



759 - ESTUDIO DE IMAGEN EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA: EXPERIENCIA DE REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI-GTEI)

David Puertas Miranda¹, Juan Cantón de Seoane², Carlos Bea Serrano³, Adriana Hernández Belmonte⁴, Josep Cucurell Canosa⁵, María Ángeles Tejero Delgado⁶, Azucena Rodríguez Guardado⁷, Arturo Artero Mora⁸, Onán Pérez Hernández⁹, Pablo Ortíz de Urbina Fernández¹⁰, María Victoria Muñoz Alba¹¹, Íñigo Lechuga¹², Javier de la Fuente Aguado¹³ y María Sánchez Ledesma¹

¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ²Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España. ³Hospital Universitario Clínico de Valencia, Valencia, España. ⁴Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España. ⁵Hospital de Figueras, Girona, Girona, España. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁷Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. ⁸Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ⁹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. ¹⁰Hospital Universitario de León, León, España. ¹¹Hospital de Denia, Denia, España. ¹²Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona, España. ¹³Hospital Ribera Poviisa, Vigo, España.

Resumen

Objetivos: Analizar los estudios de imagen realizados en pacientes con endocarditis infecciosa (EI) en el ámbito de la Medicina Interna a nivel nacional.

Métodos: El Registro español de EI en Medicina Interna (REEIMI-GTEI) se inició en octubre de 2018 a través de una plataforma online que cumple con los nuevos criterios SEMI de legalidad y seguridad.

Resultados: Se recopilaron datos de 652 pacientes provenientes de 41 hospitales y con la participación de 53 investigadores a nivel nacional, en el período comprendido entre 2016 y 2022. En el ecocardiograma transtorácico (ETT), la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) promedio fue del 58,3% (desviación estándar de 1,9), y se encontró una excelente correlación con la FEVI medida por ecocardiografía transesofágica (ETE) (coeficiente de correlación de Pearson de 0,9). La mediana de tiempo entre el ingreso y la realización del ETT fue de 3,3 días, mientras que para el ETE fue de 5,5 días. En los casos de endocarditis infecciosa protésica, se observó un rendimiento diagnóstico inferior en el ETE en comparación con el ETT. Sin embargo, el ETE mostró una frecuencia cuatro veces mayor de abscesos con prótesis en comparación con el ETT, representando un aumento del 400%. En 441 pacientes (87,3%) de los 493 en los que se realizó ETE, se confirmó la presencia de vegetaciones, siendo las localizaciones más frecuentes la válvula mitral (32,9%) y la válvula aórtica (36,6%). Se observó una alta movilidad en el 23,6% de las vegetaciones identificadas en la ETE. Otras complicaciones encontradas incluyeron abscesos en el 15,4% de los casos, pseudoaneurismas en el 5,3% y fístulas en el 5,0%. Se realizaron tomografías computarizadas (TAC) cardiacas en 67 pacientes (10,2%), confirmándose la endocarditis en 33 de ellos (49,3%). La resonancia magnética cardiaca (RMC) se realizó en 14 pacientes (2,1%), y se encontraron signos de endocarditis en 1 caso (7,1%). El PET/TAC se llevó a cabo en 93 pacientes (14,2% del registro), y se confirmó endocarditis en el 55,9% (52 pacientes).

Discusión: En las últimas modificaciones de los criterios de DUKE, se ha incluido el PET/TAC como criterio mayor de imagen, así como el SPECT o la detección de lesiones paravalvulares. El PET/TAC-18DFG se ha establecido como la prueba de referencia en pacientes con endocarditis protésica y sospecha dudosa en la

ETE.

Conclusiones: Las válvulas mitrales y aórticas fueron las más frecuentemente afectadas, en línea con lo descrito en la literatura. Se encontró una excelente correlación entre la FEVI medida por ETT y ETE en ambos estudios. En los casos de EI protésica, el rendimiento diagnóstico de la ETE fue superior al del ETT, especialmente en la detección de abscesos, donde se observó una frecuencia cuatro veces mayor con la ETE. Se observó un tiempo adecuado desde la sospecha de endocarditis hasta la realización del ETT, lo cual puede indicar una buena orientación diagnóstica por parte del médico internista. Sin embargo, en la práctica clínica, no se realizó la ETE de manera sistemática, a pesar de las recomendaciones actuales.