



I-136 - ESTUDIOS DE IMAGEN EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA ERA ACTUAL. REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI)

M. Sánchez Ledesma¹, C. Bea Serrano², O. Pérez Hernández³, C. Ramírez Baum¹, A. Artero⁴, M. Tejedor Delgado⁵, A. Salinas Botrán⁶ y F. Boumhir Lendínez¹

E. Fernández Carracedo, M. Villalba García, J. Cucurull Canosa, M. Egido Murciano, I. Lechuga, A. Hernández Belmonte, N. Vicente López, M. Solís Marquín y J. de la Fuente Aguado en representación del Grupo de Trabajo Registro Español de Endocarditis Infecciosa en Medicina Interna (REEIMI)

¹Unidad Infecciosas, Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Tenerife). ⁴Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁵Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁶Medicina Interna. Hospital de Denia. Dénia (Alicante).

Resumen

Objetivos: Analizar los estudios de imagen de los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) en el territorio nacional en grupos de Medicina Interna.

Material y métodos: El registro español de EI en Medicina Interna (REEIMI-GTEI) se inicia en octubre de 2018, mediante una plataforma online, que cumple los criterios SEMI de estándares de legalidad y seguridad.

Resultados: Se recogen los datos de octubre 2018-febrero 2019 del REEIMI: 35 hospitales 47 investigadores a nivel nacional, con 121 pacientes y 15.841 datos. Ecocardiograma transtorácico (ETT): la FEVI media fue del 61% y TAPSE del 18, realizándose ecocardiograma transesofágico (ETE) en 80,8% de los pacientes. La mediana ingreso-ETT fue de 2,5 días y la mediana ingreso-ETE 4 días. La válvula frecuentemente afectada es mitral, seguida de aórtica, tricúspide y pulmonar (50,7%, 38,8%, 9% y 1,5% respectivamente). En el 96% de los ETE se identificaba verruga, siendo un 34,4% muy móvil. Había absceso en 17 pacientes (73,7% aórtico), pseudoaneurisma en 4 pacientes y fístula en 7 pacientes (66% mitral). Se realizó TAC cardiaco en 13 pacientes (11%) y en 9 (7,4%) se confirma EI, RMN cardiaca en 4 pacientes (3%) que no confirma EI y PET/TAC en 21 pacientes (17%), confirmándose en 11.

Discusión: Han existido avances diagnósticos en las técnicas de imagen en EI. En los últimas modificaciones de los criterios de DUKE como criterio mayor de imagen se incluye el PET/TAC, el SPECT o lesiones paravalvulares objetivables, habiéndose convertido el PET/TAC con 18 DFG en prueba de referencia en pacientes protésicos con ETE dudoso.

Conclusiones: Se objetiva buenos tiempos desde el ingreso con sospecha de EI a la realización de

ETT, probablemente en relación a la buena orientación diagnóstica del médico internista. Las guías recomiendan la realización de ETE a toda EI, sin embargo en la práctica clínica no se realizan con frecuencia. La colaboración entre hospitales en registros ayuda a conocer la situación actual de la EI en el territorio nacional.

Bibliografía

1. Habib G, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: Eur Heart J. 2015;36(44):3075-128.