



A-169. - RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

M. Serrano Herrero¹, J. Alameda Serrano², M. Martínez Marín², A. Martínez Labuena², J. Cueva Recalde², E. Moreno Esteban², I. Lacambra Blasco², F. Roncalés García-Blanco²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: En el paciente con fiebre, la rentabilidad de la ecocardiografía es alta para algunas patologías tales como la endocarditis infecciosa (EI). Teniendo en cuenta esto, la solicitud de estudios complementarios debe ser escalonada y dirigida. Se estudiaron cuantas EI eran diagnosticadas según la prueba realizada (ecocardiograma transtorácico (ETT), ecocardiograma transesofágico (ETE) o ambas).

Métodos: Estudio descriptivo de la muestra (n = 130) mediante una búsqueda en la base de datos del laboratorio de ecocardiografía del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Se revisaron los ecocardiogramas realizados en el último año (17/05/2012 a 17/05/2013) cuyo motivo de solicitud era endocarditis/FOD/sepsis.

Resultados: Del total de 130 pacientes, en 94 de ellos se realizó únicamente un ETT, en 4 de ellos un ETE y en 32 ambos procedimientos. Siendo los diagnósticos de EI realizados con dichas pruebas 4, 0 y 10 respectivamente. El diagnóstico de EI se obtuvo en el 10,7% de todas las solicitudes por endocarditis/FOD/sepsis. Estratificando las pruebas para despistaje de EI según servicio peticionario observamos: Medicina Interna, 63 solicitudes/6 casos (9,5%); Unidad de Cuidados Intensivos, 22 solicitudes/5 casos (22,7%); Infecciosas, 8 solicitudes/0 casos (0%); Nefrología, 6 solicitudes/2 casos (33,3%); Reumatología, 6 solicitudes/0 casos (0%); Cardiología, 5 solicitudes/0 casos (0%); otros, 20 solicitudes/1 caso (5%). Se analizó la década de la vida en la que es más prevalente el diagnóstico de EI, con los siguientes resultados: 70-80 años/5 casos; 60-70 años/4 casos; 80-90 años/3 casos; < 50 años/2 casos. Finalmente, se realizó un análisis para comparar los casos en los que se objetivaba hemocultivo positivo (HC+) o no (HC-) y los que realmente presentaban endocarditis infecciosa debido a esa bacteria: E. coli, HC+ 9/EI 1 (11,1% de los HC+ para E. coli presentaron EI); S. aureus, HC+ 8/EI 1 (12,5%); S. epidermidis, HC+ 3/EI 3 (100%); E. faecalis, HC-/EI 2; K. pneumoniae, HC+ 2/EI 0 (0%); S. mitis, HC+ 2/EI 0 (0%); S. constellatus, HC-/EI 1; S. bovis, HC-/EI 1. Existieron 9 casos de EI que presentaron HC-, llegando al diagnóstico etiológico sólo en 4 de ellos.

Discusión: La sensibilidad del ETT varía en las distintas series entre el 40 y el 80%. En el caso del ETE la sensibilidad se eleva significativamente superando el 95%. En cuanto a la especificidad, es muy elevada en el ETT y en el ETE (98 y 100% respectivamente). De nuestros datos se observa como el realizar ambas pruebas (ETT y ETE) incrementa de manera notable la capacidad diagnóstica. Realizar un transesofágico de manera directa no parece aumentar la rentabilidad, además de ser

una actitud más cruenta. Hay que tener en cuenta el juicio clínico, la probabilidad pre-test. La mayor rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía está en los grupos de probabilidad intermedia y/o alta basada en dicho juicio clínico. Del análisis de los servicios peticionarios observamos una mayor eficiencia de las solicitudes realizadas por la UCI con un 22,7%. Resaltar el dato curioso de la ausencia de diagnóstico en las solicitudes de Cardiología, muy probablemente explicado por el diagnóstico previo de los pacientes durante su estancia en UCI antes de llegar a la planta. Finalmente, en cuanto a la rentabilidad de la realización de las técnicas de imagen según resultado de hemocultivo vemos que, la rentabilidad del *S. epidermidis* es muy elevada (100%) en comparación con la del *E. coli* (11,1%).

Conclusiones: La EI supone un reto diagnóstico con las técnicas actuales de imagen, pero el reto ha de comenzar con una solicitud ecocardiográfica realizada adecuadamente, debido a una sospecha clínica al menos moderada, incrementa y optimiza las posibilidades diagnósticas de la prueba; evitando así la realización de procedimientos innecesario y poco eficientes.