

## Rendimiento diagnóstico del PET/TC con <sup>18</sup>F-FDG en el diagnóstico de patología infecciosa asociada a dispositivos intracardíacos



Begoña Rodríguez-Alfonso<sup>a,\*</sup>, Isabel Zegrí Reiriz<sup>b</sup>, Victor Castro Urda<sup>b</sup>, Marta Cobo Marcos<sup>b</sup>, Alejandra Restrepo Córdoba<sup>b</sup>, Beatriz Orden<sup>c</sup>, Isabel Sánchez Romero<sup>c</sup>, Pablo García-Pavía<sup>b</sup>, Mercedes Mitjavila Casanovas<sup>a</sup>, Antonio Ramos Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

<sup>c</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid  
Correo electrónico: [brodrigueza@salud.madrid.org](mailto:brodrigueza@salud.madrid.org) (B. Rodríguez-Alfonso).

**Objetivo:** En pacientes con sospecha de infección asociada al dispositivo intracardíaco (DIC) es fundamental diferenciar si se limita al bolsillo (local) o constituye endocarditis infecciosa (EI). Nuestro objetivo fue analizar la aportación del PET/TC al diagnóstico de extensión de infecciones asociadas al DIC.

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente los PET/TC realizados por sospecha de infección asociada al DIC desde 2011 a enero de 2017. Los resultados se clasificaron como negativos (ausencia de focos patológicos asociados al DIC), positivos para infección local (captación limitada al bolsillo del DIC) o positivos para EI (captación en cables, válvulas o superficie endocárdica). Se calculó el rendimiento diagnóstico comparando los resultados con el *gold standard* (GS), que se consideró como el resultado del cultivo de material explantado o la decisión final del comité de endocarditis. Asimismo se valoró el impacto del PET/TC en el manejo del paciente (IMP) teniendo en cuenta la decisión terapéutica planeada inicialmente y la llevada a cabo tras conocer el resultado del PET/TC.

**Resultados:** Se incluyeron 39 pacientes (17 desfibriladores/22 marcapasos). El tiempo medio entre la última manipulación del DIC y la realización del PET/TC fue de 23,4 meses (0,5-120 meses). Dieciocho pacientes mostraron exclusivamente signos de infección local en el momento del estudio. El GS estableció el diagnóstico de EI en 17 pacientes (43,6%) y descartó infección asociada al DIC en 20. En el resto (3 pacientes) el diagnóstico definitivo fue de infección local. Se realizó explante en 15 pacientes y manejo conservador en 24. La sensibilidad (S) y la especificidad (E) de ETT/ETE fue de 0,5 y 0,61. Los criterios Duke alcanzaron una S de 0,81 y una E de 0,39. El PET/TC resultó positivo para EI en 16 pacientes, para infección local en 3 y negativo en 20, obteniendo valores de S comparable a los criterios Duke (0,81) pero con elevada E (0,91). El IMP del PET/TC fue del 38,9% en el grupo de pacientes con sospecha inicial de infección local (fundamentalmente por contribuir a la decisión de explante) y del 42,8% en el grupo de pacientes con sospecha inicial de infección profunda, especialmente en aquellos clasificados a priori como EI «posible» (sobre todo por contribuir a decidir un manejo conservador). En 7 pacientes se detectaron fenómenos embólicos y en el 15,4%, enfermedad neoplásica concomitante.

**Conclusiones:** El <sup>18</sup>F-FDG-PET/TC mejora la S del ETT/ETE y E de los criterios Duke. El resultado del PET conduce a la modificación de la decisión terapéutica en más de un tercio de los casos. El mayor IMP se obtiene en el grupo de «EI posible». El PET mejora el

diagnóstico de extensión del proceso infeccioso y detecta patología concomitante.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.022>

## ¿Operamos todo lo que debemos en endocarditis infecciosa? Resultados de la cirugía en nuestro medio



J.A. Giner-Caro<sup>\*</sup>, A. Jimeno-Almazán, B. Alcaraz-Vidal, N. Cobos-Trigueros, R. Rojano-Torres, M.J. del Amor-Espín, R. Gutierrez-Civicos, A. Ortín-Freire, R. Jiménez-Sánchez, M. Viqueira-González

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España  
Correo electrónico: [gincajo@gmail.com](mailto:gincajo@gmail.com) (J.A. Giner-Caro).

**Justificación:** La endocarditis infecciosa (EI) conlleva una elevada morbilidad y necesidad de tratamiento quirúrgico precoz en aproximadamente la mitad de los pacientes (p).

**Objetivo:** Analizamos los resultados de la cirugía y su relación con el pronóstico de los p con EI de nuestra área en relación a lo publicado en otras series.

**Método:** Incluimos todos los casos de p hospitalizados de mayo de 2009 a febrero de 2017 por EI confirmada a partir del diagnóstico microbiológico, siempre que dispusiéramos de todos los datos clínicos pertinentes (especialmente, indicación de cirugía, ocurrencia de la misma y evolución hospitalaria y a 6 meses del diagnóstico de EI). Comparamos nuestros resultados con los publicados en otras series, especialmente, el registro internacional multicéntrico ICE-PLUS (1.296 p con EI de 2008 a 2012).

**Resultados:** Obtuvimos un total de 52 p, edad media  $71 \pm 11$  años, 62% mujeres y con alta comorbilidad (Charlson ajustado por edad de 5 [3-7]). 43/52 EI (83%) fueron de adquisición comunitaria y 38/52 (73%) sobre válvula nativa, con más frecuencia la aórtica aislada (20/52, 38%), seguida de la mitral aislada (19/52, 36%). Los gérmenes más frecuentemente implicados fueron *S. aureus* (15 p, 29%), *E. faecalis* y otros enterococos (12 p, 23%), *S. epidermidis* (7 p, 13%) y estreptococos del grupo *viridans* (7 p, 13%). La tasa de mortalidad hospitalaria global fue de 12/52 p (23%) y en los 6 meses siguientes al diagnóstico (5 p con menor seguimiento), de 15/52 p (29%), sucediendo el fallecimiento con una mediana de 28 días (13-39) desde la fecha del diagnóstico. El pronóstico fue mejor en aquellos sin indicación quirúrgica (muerte en 1/17 p, 6,7%). En 35 p (67%) sí se consideró indicada la cirugía, y finalmente se intervinieron 20 de estos 35 p (un 40% del global de EI). De los 20 p operados fallecieron 6 (mortalidad del 30%), la mitad en la propia cirugía y la otra mitad en la primera semana. La mortalidad fue aún mayor en el grupo con indicación quirúrgica no operados, falleciendo 8/15 p (53%).

**Conclusiones:** Aunque nuestra tasa de mortalidad hospitalaria global fue similar a lo publicado en otras series (23% vs 22,7% en ICE-PLUS), la mortalidad de los pacientes con cirugía fue significativamente mayor (30% vs. 14,7% en registro ICE-PLUS). Del mismo modo y quizás con relación a lo anterior, en nuestro medio los p con EI se operaron menos que en lo publicado en otras series (40%, registro ICE-PLUS 57%).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.023>



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**