Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 2

Revista Española de Cardiología

5001-2. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES/TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE PRÓTESIS Y VÁLVULAS NATIVAS?

Cristina Sánchez-Enrique[1], Isidre Vilacosta[1], Carmen Olmos[1], Ana Jiménez-Ballvé[2], Cristina Fernández[3], Carlos Ferrera[1], David Vivas[1] y María Jesús Pérez-Castejón[2] del [1]Servicio de Cardiología, [2]Servicio de Medicina Nuclear y [3]Servicio de Epidemiología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) se hace de acuerdo a los Criterios de Duke, basados en hallazgos clínicos, ecocardiográficos y microbiológicos, que proporcionan una buena sensibilidad y especificidad. Sin embargo, cuando se trata de una válvula protésica o hay distintos posibles focos de infección, el diagnóstico se convierte en un verdadero reto. El objetivo de este estudio fue determinar el valor de la tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC) con 18F-FDG en esta enfermedad.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo con PET/TC en 50 pacientes con sospecha de EI. Se consideró positiva cuando detectó una captación patológica de 18F-FDG que persistía en las imágenes no corregidas. La anatomía fue el patrón oro en pacientes sometidos a cirugía (n = 16) o en aquellos con necropsia (n = 3). En los que no se dispuso de comparación anatómica, se tuvo en cuenta la decisión clínica final de un equipo multidisciplinar experto en endocarditis.

Resultados: Estudiamos 50 pacientes con 72 posibles focos de infección: 29 válvulas nativas (grupo I), 29 prótesis mecánicas (grupo II) y 14 prótesis biológicas (grupo III). Los criterios de Duke aplicados a cada foco antes de la PET/TC clasificaron la EI en definitiva (48,6%) y posible (51,4%). Los hallazgos microbiológicos fueron criterio mayor en el 51,4% y menor en el 15,3%. La ecocardiografía fue positiva en el 70% de los focos. La mayoría de los pacientes (90,3%) tuvieron fiebre, 20,8% fenómenos vasculares, 5,6% inmunológicos y 69,4% valvulopatía predisponente. La PET/TC tuvo una sensibilidad global del 75,6%, especificidad del 67,7%, valor predictivo positivo (VPP) 75,6%, valor predictivo negativo (VPN) 67,7% y precisión diagnóstica del 72,2%. En el grupo I la sensibilidad fue 50%, especificidad 81,8%, VPP 81,8%, VPN 50% y precisión diagnóstica 62%. En el grupo II la sensibilidad fue 92,3%, especificidad 56,3%, VPP 63,2%, VPN 90% y precisión 72,4%. En el grupo III la sensibilidad fue 100%, especificidad 75%, VPP 91%, VPN 100% y la precisión 93%. Estos hallazgos se comparan en la tabla.

Comparación de la utilidad de la PET/TC como prueba diagnóstica para la detección de endocarditis infecciosa en vá

	Global	Grupo I (válvulas nativas)	Grupo II (prótesis mecánicas)	Grupo III (prótesis biológicas)
Sensibilidad	75,6%	50,0%	92,3%	100,0%
Especificidad	67,7%	81,8%	56,3%	75,0%
Valor predictivo positivo	75,6%	81,8%	63,2%	91,0%
Valor predictivo negativo	67,7%	50,0%	90,0%	100,0%
Proporción de falsos positivos	32,3%	18,2%	43,8%	9,0%
Proporción de falsos negativos	24,4%	50,0%	7,6%	0,0%
Precisión diagnóstica	72,2%	62,0%	72,4%	93,0%

Conclusiones: La exactitud diagnóstica de la PET/TC en pacientes con EI sobre válvula nativa es baja. La sensibilidad y VPN en pacientes con prótesis es muy elevada. Estos datos sugieren que la PET/TC es más útil en pacientes con sospecha de EI protésica.