Ponente: José A. Parra Blanco.
H. Marqués de Valdecilla. Santander

Pregunta

15. ¿Considerarías recomendar una TC abdominal de rutina a un paciente con endocarditis?

A favor:

1: la TC es altamente sensible y específica en el diagnóstico de abscesos esplénicos y en otras localizaciones.

2: La TC puede ayudar a detectar complicaciones vasculares de la EI y ayudar en su seguimiento.

Habib G, et al. 2015 ESC guidelines for the management of infective endocarditis. Eur Heart J 2015; 36:3017-123.

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

En contra:

1. La mayoría de los hallazgos en la TC en el eje hepatoesplenorenal en pacientes con endocarditis izquierda corresponden a infartos y su presencia no afecta el pronóstico.

Detection of spleen, kidney and liver infarcts by abdominal computed tomography does not affect the outcome in patients with left-side infective endocarditis

José A. Parra, MD, PhD[a,*], Luis Hernández, MD[b], Patricia Muñoz, MD, PhD[c], Gerardo Blanco, MD[d], Regino Rodríguez-Álvarez, MD[e], Daniel Romeu Vilar, MD[f], Arístides de Alarcón, MD[g], Miguel Angel Goenaga, MD[h], Mar Moreno, MD[i], María Carmen Fariñas, MD, PhD[i,*], on behalf of the Spanish Collaboration on Endocarditis-Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa en España (GAMES)

177 pacientes: 50 (34%) émbolos eje hepatoesplenorenal
48 infartos (la mayoría esplénicos)
2 abscesos hepáticos

Table 4

Antibiotics, surgery treatments, and outcomes in 147 patients with left-side infective endocarditis and abdominal CT scans.

	All patients (%) n=147	Patients with SRL lesions (%) N=50	Patients with normal CT (%) N=97	*P* value*
Medical treatment				
B-lactam†	113 (76.8)	42 (44.0)	71 (73.2)	.14
Aminoglycosides‡	72 (48.9)	25 (50.0)	47 (48.5)	.85
Vancomycin	48 (32.6)	12 (24.0)	36 (37.1)	.10
Median antibiotic treatment (IQR)§	42 (29.7–42.2)	42 (30.0–42.0)	42 (30–42)	.96
Surgical treatment	72 (48.9)	26 (52.0)	46 (47.4)	.59
Emergency surgery (<8 days)	17 (23.6)	4 (15.3)	13 (28.2)	
Early surgery (8–21 days)	22 (30.6)	7 (27.0)	15 (32.6)	.32
Late surgery (>22 days)	33 (45.8)	15 (57.7)	18 (39.2)	
Reasons for surgery				
Severe heart failure	41 (27.8)	15 (34.1)	26 (28.6)	.51
Myocardial invasion	7 (4.7)	3 (6.8)	4 (4.4)	.55
Severe valve regurgitation	30 (20.4)	11 (25.0)	19 (20.9)	.58
Systemic embolism	9 (6.1)	6 (13.6)	3 (3.3)	.024
Outcome				
Median hospital stay (IQR)§	48 (29–59)	48 (29.7–57.5)	47 (29–59.5)	.98
In-hospital mortality	34 (23.1) n=113‖	13 (26.0) n=37‖	21 (21.6) n=76‖	.55
One-year mortality¶	13 (11.5)	6 (16.2)	7 (9.2)	.35
Mean survival time from discharge (95% CI**)	336.2 (320.6–351.8)	323.4 (290.6–356.3)	342.4 (320.6–351.8)	.26#

Parra JA, et al. Medicine (Baltimore) 2018; 97:33(e11952)

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

En contra:

2. Los hallazgos de la TC tóraco-abdominal afectan el diagnóstico y el tratamiento de la EI en una proporción muy pequeña de pacientes asintomáticos.

Risk-benefit Assessment of Systematic Thoracoabdominal-pelvic Computed Tomography in Infective Endocarditis

Raphaël Lecomte, Nahéma Issa, Benjamin Gaborit, Paul Le Turnier, Colin Deschanvres ...

Clinical Infectious Diseases, Volume 69, Issue 9, 1 November 2019, Pages 1605–1612, https://doi.org/10.1093/cid/ciz014

MENSAJE: la realización de una TC "toraco"-abdominal de rutina (en un paciente asintomático) parece innecesaria. Si se realiza, se debe prevenir la insuficiencia renal, especialmente en pacientes mayores

Tratamiento	Solo 42 (8%) lesiones precisaron tratamiento y, de ellas solo 9 (1,9%) fueron un hallazgo exclusivo en la TAC toracoabdomino-pélvica (5 espondilodiscitis, 2 embolias pulmonares y 2 aneurismas vasculares)
Fallo renal agudo (5 días después de la TAC con contraste)	17% (personas más ancianas y un FG < a 60 mL/min/m^2)

Lecomte R, et al. Clin Infect Dis 2019;69:1605-12

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

Ponente: José Antonio Parra Blanco.
H. Marqués de Valdecilla. Santander

Pregunta

16. ¿En qué pacientes con endocarditis está indicado hacer una prueba de imagen del Sistema Nervioso Central ¿cuál y cuándo hacerlo?

- **1. Un alto porcentaje de pacientes (60-80%) con EI presentan alteraciones en el SNC (la mayoría infartos y más de la mitad asintomáticos).**
- **2. La RM es más sensible que la TC en la detección de lesiones en el SNC**
- **3. La TAC es más accesible y rápida que la RM**

Indicaciones TC	Indicaciones RM
Pacientes sintomáticos	Pacientes sintomáticos con TAC no concluyente o RM accesible
	Pacientes sin síntomas neurológicos y EI posible (+ criterio menor)
Pacientes críticos	
Pacientes candidatos a cirugía (planificación del tratamiento)	

Habib G, et al. Eur Heart J. 2015; 36:3075-123.
Carneiro TS, et al. Semin Neurol 2019;39:495-506
Kim YK, et al. Eur J Clin. Microbiol Infect Dis 2018;37:545-53
TAM DY, et al. Can J Cardiol 2018;34:1185-99

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

¿Estaría indicada la realización de una prueba de imagen de rutina?

Current Neurology and Neuroscience Reports (2019) 19:23
https://doi.org/10.1007/s11910-019-0935-x

NEUROLOGY OF SYSTEMIC DISEASES (J. BILLER, SECTION EDITOR)

Neurological Complications of Infective Endocarditis

Filipa Dourado Sotero[1] · Madalena Rosário[1] · Ana Catarina Fonseca[1,2] · José M. Ferro[1,2]

Recent Findings Neurological complications occur in about one-fourth of patients with infective endocarditis. Brain MRI represents a major tool for the identification of asymptomatic lesions, which occur in most of the patients with infective endocarditis. The usefulness of systematic brain imaging and the preferred treatment of patients with infective endocarditis and silent brain lesions remains uncertain. The basis of treatment of infective endocarditis is early antimicrobial therapy. In stroke due to infective endocarditis, anticoagulation and thrombolysis should be avoided. Endovascular treatment can be useful for both acute septic emboli and mycotic aneurysms, but evidence is still limited. In patients with neurological complications, cardiac surgery can be safely performed early, if indicated.

Sotero FD et al. Curr Neurol Neurosci Rep 2019;19:23

Neurological Complications of Endocarditis: A Multidisciplinary Review with Focus on Surgical Decision Making

Thiago Santos Carneiro, MD[1] Eric Awtry, MD[2] Nikola Dobrilovic, MD[3] Maura A. Fagan, MD[2]
Simeon Kimmel, MD, MA[2] Zoe M. Weinstein, MD, MS[2] Anna M. Cervantes-Arslanian, MD[1,4,5]

Abstract Infective endocarditis (IE) is a systemic disease with many potential neurologic manifestations including ischemic and hemorrhagic strokes, cerebral microbleeding, infectious intracranial aneurysms, meningitis, brain abscesses, and encephalopathy. The majority of left-sided (heart) IE patients have brain lesions that may alter management decisions, warranting the systematic use of magnetic resonance imaging. Many patients require surgical treatment of valvular disease, and central nervous system lesions weigh into decision making. Data regarding the timing of surgery are conflicting, but earlier surgery appears to be safe in most ischemic strokes, while ideally surgery should be delayed for 3 to 4 weeks in patients with hemorrhagic strokes. IE requires a multidisciplinary team to collaboratively care for the patient. In this article, we review the current understanding and management of the neurological complications of IE and their impact on the performance and timing of cardiac surgery.

Keywords
- infectious endocarditis
- infectious intracranial aneurysms
- valvular surgery

Carneiro TS, et al. Semin Neurol 2019;39:495-506

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

MENSAJE: Todavía no existe una pauta clara de si es necesario o no realizar una prueba de imagen de rutina en pacientes con EI.
El manejo óptimo de un paciente con complicaciones neurológicas de EI necesita una discusión individualizada del caso y la participación de un equipo multidisciplinario que incluya neurólogos, cardiólogos, cirujanos cardiotorácicos, neuroradiólogos, neurocirujanos y especialistas en enfermedades infecciosas.

Malhotra A, et al. Cerebrovasc Dis 2017;43:59-67
Hui FK, et al. J Neurointervent Surg 2015;7:449-52.
Dammert S, et al. Neuroradiology 2004;46:427-34

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares