



ENDOCARDITE INFECCIOSA

*Poliana Batista Machado; Ana Luisa Faria Dias; Rena Reno Grilo;
Thiago Caceres Ferreira de Carvalho; Danielli Rodrigues Leite da Silva;
Daniele Brandalise Fialho Severo; Rafaela Pinto Ferraz; Luiz Raphael Mota Oliveira;
Ana Cristina Doles.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, RJ

Introdução: Endocardite é uma doença em que agentes infecciosos invadem as superfícies endocárdicas, produzindo inflamação e danos. A infecção frequentemente produz vegetações que são estruturas compostas de plaquetas, fibrina e microrganismos infecciosos. O aspecto da vegetação à ecocardiografia é de uma massa de material ecogênico, aderida a uma superfície endocárdica, geralmente anormal (valvas alteradas, locais de shunts, etc.).

Objetivos: A endocardite infecciosa é uma doença cardíaca grave, que apresenta risco de vida. Seu desenvolvimento pode estar relacionado com bacteremias decorrentes de procedimentos odontológicos em determinados pacientes com condições cardíacas diversas. Atualmente, alterações valvares degenerativas e próteses, e não mais a doença reumática, representam as causas mais comuns de endocardite em países desenvolvidos. Portanto, o conceito antigo de que a endocardite ocorria quase que exclusivamente em portadores de valvulopatias, já não se aplica e, cada vez mais, a endocardite é diagnosticada em pacientes com alterações degenerativas das valvas cardíacas esquerdas, pacientes em hemodiálise, diabéticos ou usuários de drogas, com os *Estafilococos aureus*, despontando como causa crescente de endocardite. O presente trabalho aborda as possíveis etiologias da endocardite infecciosa, bem como suas possíveis complicações.

Relato de Experiência: T.L.A., sexo feminino, 24 anos, solteira, técnica de enfermagem, natural e residente em Volta Redonda, apresenta quadro de febre persistente e emagrecimento (perda ponderal acentuada); hiporexia. G1P1A0; CIV Congênita / Tratamento odontológico incompleto recente; pai e mãe hipertensos; tabagista 3 anos/maço; Etilista social; uso de maconha e cocaína. No exame físico, apresenta-se hipocorada +/-, desidratada +/-, acianótica, anictérica, ausência de adenomegalias palpáveis; TA = 38,4°; ACV: RCR 2T BNF, Sopro sistólico ejetivo

++/4+ Panfocal; PA = 100 X 60 mmHg; FC = 96 BPM; Aresp: MV +, ARA, eupnéica. SaO₂ = 95 % (A.A.); Abdome: RHA +, normotenso, indolor à palpação, ausência de massas ou visceromegalias. Exames complementares: Hemograma da admissão: Hb: 10,1 g/dL; Htc: 31 %; VCM: 86; HCM: 30; Leucometria global: 11.200, com 62% de neutrófilos; 6% de bastões; 28% de linfócitos; 4% de monócitos; Plaquetas: 138.000. Ecotransesofágico (21/03/2015): Fração de Ejeção: 72 %; Presença de CIV perimembranosa de 7 mm de diâmetro; imagem sugestiva de vegetação de 11 X 5 mm aderida à valva tricúspide. Culturas à admissão: Urocultura: Negativa; Hemocultura: 3 tipos de Staphylococcus, sugestivo de contaminação. Tratamento: Antibioticoterapia Empírica: Oxacilina 2 g EV 4/4 horas; Gentamicina 240 mg EV 24/24 horas; Ampicilina + Sulbactam 3 g EV 6/6 horas. Intercorrência durante a internação: parada cardiorrespiratória aos 26 dias de internação.

Resultados: Após a antibioticoterapia D35, o novo ecotransesofágico apresentou o resultado de valva Tricúspide normal, ausência de imagens sugestivas de vegetações ou abscessos, permitindo a alta hospitalar.

Conclusões: A endocardite representa uma doença com um perfil variável e dinâmico, com mudanças profundas nos últimos anos. O conhecimento sobre essa doença tem crescido ultimamente e a participação da ecocardiografia, sempre associada à clínica, se torna cada vez mais essencial para seu diagnóstico. A melhor resolução dos aparelhos atuais e, principalmente, o uso do ecocardiograma transesofágico são responsáveis pela alta acurácia do método no diagnóstico da endocardite.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.M. Endocardite Infecciosa: perfil clínico e evolução. **Arquivos Brasileiros de Cradiologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, 2004.

SEXTON, J.M. et al. Clinical manifestations of infective endocarditis. **UptoDate**, 2015.

CALDERWOOD, S. B. et al. Infective endocarditis: Historical and Duke criteria. **Uptodate**, 2014.

GOLDMAN, L. M.; AUSIELLO, G. P. **Cecil medicina interna**. Tradução 23. ed. São Paulo: Elsevier, 2011, p. 687-705.