

Relato de Caso: Endocardite Infecciosa

Terezinha Eliza Ferreira Costa Panizzi

HSJB – Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ

Introdução

A endocardite infecciosa é uma doença rara, com cerca de 3,1-3,7 episódios por 100 mil habitantes por ano, que é de alta incidência de idosos. Os organismos mais frequentemente causam a infecção são diferentes espécies de estafilococos e estreptococos.¹

Nas últimas décadas mudou o espectro de doença cardíaca predisponente à endocardite e doença cardíaca degenerativa é a doença valvular cardíaca mais comum e aumentou dramaticamente o número de pacientes com endocardite valvular sem previamente conhecida. Além disso, até um terço dos pacientes com endocardite infecciosa adquirir a infecção como resultado de estreito contato com o sistema de saúde, e estes pacientes são mais frágeis, o que permite uma maior mortalidade hospitalar. Como resultado dessas mudanças epidemiológicas importantes, profilaxia antibiótica pode prevenir alguns casos de endocardite infecciosa.¹

Apesar do progresso indubitável no tratamento médico e cirúrgico, a mortalidade hospitalar de pacientes com endocardite infecciosa é alta. Ainda assim, há espaço para melhorias na prevenção de bacteremia nosocomial, detecção precoce da infecção em pacientes com risco conhecido, a rápida identificação de pacientes com maior risco de complicações e a formação de equipes multidisciplinares na gestão desta doença.¹

Objetivo

O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso sobre endocardite infecciosa, incluindo uma discussão sobre a patologia, sua abordagem, tratamento e prevenção de complicações.

Metodologia/pesquisa bibliográfica

Foi realizada pesquisa, de revisão bibliográfica, em que foram retiradas informações de livros e periódicos. A busca foi realizada em livros e nos portais *Scielo*, *PubMed* e nos sites de revistas pertinentes ao assunto utilizando como palavras-chave: endocardite; infecciosa; valva mitral; doença valvar.

Relato de caso

J.F.C., masculino, 65 anos, casado, carpinteiro, residente e natural de Barra Mansa, foi admitido no pronto-socorro do HSJB-VR no dia 30/07/14 com história de queda do estado geral e adinamia progressiva. Relata febre com temperatura de 39C. História patológica pregressa de cardiomiopatia hipertrófica e Infarto agudo do miocárdio com realização de cateterismo. Paciente hipertenso em tratamento irregular com losartana 50mg 12/12h. Nega alergias a medicamentos. Nega cirurgias anteriores. Não tem história familiar de doenças cardíacas.

Ao exame físico, no aparelho cardiovascular apresenta sopro ++/4+ pancardíaco, mais audível no foco mitral.

Hipótese diagnóstica: endocardite infecciosa.

Conduta 1: internação hospitalar, solicitado Hemograma e ecodopplercardiograma.

Ao ecodopplercardiograma tratorácico apresentou provável vegetação em folheto mitral posterior, aumento de átrio esquerdo e coração hipodinamico. Posteriormente essa vegetação foi confirmada pelo Eco transesofágico.

Leucometria de 23.700 e 9% de bastões.

Conduta 2: Antibioticoterapia com penicilina G cristalina 5.000 UI em SF 4/4h + gentamicina 240mg em SF 1x/dia + hemocultura.

Discussão

Conceito de endocardite infecciosa (EI): infecção geralmente bacteriana, que afeta principalmente as valvas cardíacas e em alguns casos afeta o septo entre as câmaras cardíacas.

Alguns pacientes não apresentam Fator de risco, mas outros apresentam condições cardíacas causadoras de um fluxo turbilhonar na superfície endocárdica ou através de uma valva que predispõe os pacientes à EI.

A cardite reumática com disfunção valvar e o prolapso de valva mitral são os fatores de risco mais comuns. A doença degenerativa valvar (principalmente por calcificação

senil), os defeitos congênitos (transposição de grandes vasos e Tetralogia de Fallot), prótese valvar, endocardite prévia, drogas intravenosas (IV), uso de cateter sobretudo paciente em hemodiálise são outros fatores de risco que merecem ser lembrados.

Segundo o Cecil (Tratado de Clínica Médica), pacientes com miocardiopatia hipertrófica tem maior risco de EI, principalmente os que tem obstrução ao débito cardíaco.

A valva mitral é classicamente a mais afetada seguida pela aórtica.

Microbiologia: 90% dos casos são causados por estafilococos (o *S. aureus* é mais relacionado ao uso de drogas IV), estreptococos (principalmente o viridans, especialmente na valva nativa) ou enterococos (mais comum de todos, principalmente em pacientes hospitalizados). Esses agentes dominam o espectro microbiológico da EI porque expressam receptores específicos para a ligação e aderência a superfícies valvares lesadas e porque são colonizadores naturais da pele, orofaringe e trato urogenital com acesso frequente à corrente sanguínea.

A endocardite fúngica é de difícil diagnóstico e tratamento. É causada principalmente pelo *Aspergillus* e pela *Candida*. Tem mortalidade elevada (>50%).

Existem *situações especiais*, que merecem destaque. São as seguintes:

- 1) EI nosocomial: adquirida 48 hs após internação hospitalar. É causada principalmente devido a cateteres vasculares e o principal agente é *S. aureus* e o *S. coagulase negativo*.
- 2) EI de prótese valvar: precoce (<2 meses após a cirurgia), intermediária (2-12 meses) e tardia (>12 meses), causa também principalmente por *S. aureus* e *S. coagulase negativo*.

Fisiopatologia: a maioria das EI começam em uma superfície endocárdica lesada, segue com agregação de fibrina e plaquetas, criando uma vegetação estéril. Há uma bacteremia transitória que resulta na semeadura da vegetação e proliferação e invasão microbiana da superfície endocárdica.

Clínica: a apresentação inicial da EI varia enormemente de paciente a paciente, tornando por vezes esse diagnóstico difícil. Há apresentação aguda e também, a insidiosa com sintomas inespecíficos. A maioria dos pacientes queixa-se de febre e sintomas constitucionais inespecíficos, como fadiga, astenia e perda de peso. Metade dos pacientes queixa-se de sintomas músculo esqueléticos, variando desde

CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014
Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”

artrite típica até mialgias difusas. Os usuários de drogas IV queixam-se de dor pleurítica, pois a EI da valva tricúspide simula pneumonia. Já a EI nosocomial apresenta-se principalmente com sintomas de Insuficiência cardíaca e hipotensão.

Exame físico: febre (maioria dos pacientes), pressão de pulso alargada (do clínico deve estar alerta para insuficiência aórtica aguda), examinar a pele cuidadosamente em busca de fenômenos embólicos, como petéquias, nódulos de Osler (que são pequenos e dolorosos principalmente em superfície palmar, e são de origem imunológica), lesões de Janeway (máculas hemorrágicas não-dolorosas principalmente em palmas e plantas, de origem embólica) e hemorragias subungueais que desaparecem à pressão.

Laboratório: solicitar hemograma, eletrólitos, função renal, raio-x tórax e ECG. Todos os pacientes devem também ter ao menos três hemoculturas colhidas de regiões diferentes e muitos necessitam de ecocardiograma durante a admissão hospitalar.

Diagnóstico: Padrão ouro: cultura do organismo patológico de uma valva ou outra superfície endocárdica.

Os critérios de Duke (1994) tem sensibilidade entre 76-100% e especificidade entre 88-100%

CRITÉRIOS DE DUKE MODIFICADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE EI

Critérios maiores	Critérios menores
Isolamento dos agentes comuns de EI em duas hemoculturas distintas, sem foco primário	Fator predisponente para EI
Microorganismo compatível com EI isolados em hemoculturas persistentemente positivas	Febre
Única cultura ou sorologia positiva para <i>Coxiella burnetii</i>	Fenômenos vasculares (exceto petéquias e outras hemorragias)
Aparecimento de sopro ou mudança de sopro pré-existente	Fenômenos imunológicos (presença de fator reumatóide, glomerulonefrite, nódulo de Osler ou manchas de Roth)
Ecocardiograma com evidências de endocardite	Hemocultura positiva

CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014
Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”

Retirado de <http://www.fmt.am.gov.br/manual/endocardite.htm>

Tratamento: Deve ser guiado pelo isolamento do organismo responsável. Frequentemente é aconselhável a terapia empírica antes de a cultura estar disponível. No caso do paciente em questão, foi utilizada terapia empírica até que saísse o resultado da hemocultura.

Além da antibioticoterapia devem-se fazer ECG diariamente ao longo de vários dias a partir da internação para pesquisar o desenvolvimento de doença do sistema de condução que possa anunciar a extensão perivascular.

Alguns pacientes necessitam tratamento cirúrgico seja para estabelecer cura, seja para prevenir a morte por complicações da EI. Foram elaborados alguns critérios, entre eles estão os pacientes com evidências de extensão direta da infecção para estruturas miocárdicas, disfunção de prótese valvar ou ICC por lesão valvar induzida por IE.

Complicações: lesão valvar direta e consequências da invasão local; complicações Embólicas; infecções metastáticas pela bacteremia; e fenômenos imunológicos.

Referências

Epidemiología de la endocarditis infecciosa en España en los últimos 20 años; Rev Esp Cardiol. 2013; 66:728-33. - Vol. 66 Núm.09 DOI: 10.1016/j.recesp.2013.05.003

Diretriz Brasileira de Valvopatias – SBC 2011. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/Diretriz%20Valvopatias%20-%202011.pdf>

Goldman L, Ausiello D. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 22ª Edição. Rio de Janeiro:ELSEVIER R, 2005.

Palavras-chave

Endocardite; infecciosa; valva mitral; doença valvar.