



# ENDOCARDITE INFECCIOSA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE SECUNDARIA A PIELONEFRITE COMPLICADA COM ABSCESSO PERIRRENAL

Giovanna Rocha Carrilho PESSOA<sup>1</sup>; Maria das Neves Dantas da Silveira BARROS<sup>2</sup>; Lucas da Cunha XAVIER<sup>3</sup>; Jessica de Souza Leão Silva<sup>4</sup>; Bárbara Azevedo Neves CAVALCANTI<sup>5</sup>

1. Graduação em Medicina. Universidade Federal da Paraíba<sup>1</sup>; 2. Doutorado em Medicina e Saúde humana pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública ; 3. Graduação em Medicina. Universidade de Pernambuco; 4. Graduação em Medicina. Universidade de Pernambuco ; 5 Médica pela Universidade Católica de Pernambuco.

## Introdução

Endocardite infecciosa (EI) define-se por agentes infecciosos que invadem a superfície do endocárdio, ocasionando inflamação e deterioração. Um dos achados característicos são as vegetações valvares notadas no ecocardiograma devido à deposição de estruturas compostas de fibrina, plaquetas e patógenos infecciosos. Entre as válvulas mais acometidas, destaca-se a aórtica onde se dirige a regurgitação. Dentre todos os patógenos, estreptococos e estafilococos são os mais comuns na prática diária. *Klebsiella pneumoniae* é um bacilo gram-negativo comum, mas a EI causada por ela é rara.

## Descrição do caso

Feminina, 60 anos, admitida na emergência queixando-se de lombalgia com intensidade progressiva há 01 semana associada a dispneia nas últimas 24h e febre. Negou queixas urinárias. Relatou uso de levofloxacino há 6 dias devido a ITU. Histórico de nefrolitíase de repetição. Ao exame apresentava desorientação, taquicardia com ritmo cardíaco irregular, pressão arterial elevada, taquipneia e baixa saturação de oxigênio. Constatada sepse após avaliação inicial, sendo iniciado piperacilina-tazobactam. ECG com ritmo de FA. TC de abdome revelou pielonefrite complicada com abscesso entre o músculo psoas e rim direito medindo 46 cm<sup>3</sup>, além de nefrolitíase bilateral não obstrutiva. Urocultura e hemoculturas positivas para *Klebsiella pneumoniae*. Realizada ureterolitotripsia rígida a laser com colocação de cateter duplo J em ambos os rins. Paciente evoluiu com choque séptico, necessitando de internamento em UTI e ventilação mecânica. Fez uso de drogas vasoativas e amplo espectro de antibioticoterapia com sucessivas trocas de esquema devido a piora clínica e laboratorial. TC de abdome de controle evidenciou pequenos abscessos renais à direita e coleção de 112 mL perirrenal à direita, áreas de infarto esplênico e necrose em área de base pulmonar à direita. Aventada hipótese de endocardite. Ecocardiograma transtorácico com vegetação em valva aórtica +/- 1,4 x 0,5 cm, móvel, em cúspide coronariana direita sem disfunção sistólica ou diastólica. Realizado tratamento com meropenem dose dobrada, vancomicina e ampicacina. Drenagem percutânea de abscesso com aspirado de 0,5 mL de aspecto sanguinolento e culturas negativas. Paciente apresentou melhora clínica e laboratorial, com descalonamento para ceftriaxona guiado por antibiograma. Recebeu alta em boas condições para acompanhamento ambulatorial.

## Discussão

Um grupo heterogêneo de microorganismos pode causar endocardite, entre os mais comuns, apresentam-se *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans* e *Enterococci*, e causas mais raras estão relacionadas à infecção por fungos e do grupo HACEK (*Haemophilus*, *Aggregatibacter*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*, *Kingella*). Em comparação com os gram-positivos, as bactérias gram-negativas, como *Escheria Coli* e *Klebsiella Pneumoniae*, são menos prevalentes. O diagnóstico deve ser realizado diante de um paciente com sinais de bacteremia associado a fatores de risco para desenvolver endocardite. Fatores de risco independentes mais relevantes são Infecção do trato geniturinário, estado de comprometimento imunológico, contato com a assistência médica e dispositivo cardíaco implantado. Com o objetivo de diagnosticar a doença, são utilizados critérios baseados nas manifestações clínicas, hemoculturas e achados ecocardiográficos. A principal ferramenta utilizada para essa finalidade são os critérios modificados de Duke.. Em uma revisão sistemática de Endocardite infecciosa por *Klebsiella*, foi observado que a válvula protética estava presente em 16,4%, enquanto o patógeno causador mais comum foi *K. pneumoniae* seguido por *K. Oxytoca*. A válvula aórtica foi o sítio intracardíaco mais comumente infectado, seguida pela válvula mitral. O diagnóstico foi baseado na ecocardiografia transtorácica em 46,2%, enquanto o diagnóstico foi estabelecido na autópsia em 9,2% dos pacientes incluídos, sendo hemocultura positiva em 93,8%.

## Conclusões

A endocardite infecciosa acarreta morbidade e mortalidade consideráveis. A identificação precoce de fenômenos embólicos é definidora no diagnóstico e tratamento. Estar atento a patógenos menos comuns se faz importante.

## Referências Bibliográficas

- IOANNOU, Petros et al. Infective endocarditis by *Klebsiella* species: a systematic review.  Journal of Chemotherapy, p. 1-10, 2021.  assan SA, Akhtar A, Falah NU, Khan M. Um caso incomum de endocardite por *Klebsiella pneumoniae*.  Cureus.  14 de fevereiro de 2020; 12 (2): e6999.  doi: 10.7759 / cureus.6999.  PMID: 32206463;  PMCID: PMC7077065
- HASSAN, SA  et al. Um caso incomum de endocardite por *Klebsiella pneumoniae*.  Cureus, [s. l.], v. 12, ed. 2, 14 fev. 2020. DOI 10.7759. Disponível em:  cureus.6999. Acesso em: 26 ago. 2021