

## ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VALVA TRICÚSPIDE DE CULTURAS NEGATIVAS COM DISSEMINAÇÃO DE ÊMOLOS SÉPTICOS: RELATO DE CASO

Letícia Henn Chicol<sup>1\*</sup>, Ingrid Ide Kohatsu<sup>1</sup>, Andrielle Fernandes Ferreira<sup>1</sup>, Marina Palla Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Rosa Pedrossian – HRMS

\*E-mail: lhennchicol@gmail.com

### INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa é uma infecção grave do endotélio cardíaco causada por diversos microorganismos, estando a sua etiologia associada aos fatores predisponentes do indivíduo. Pode se manifestar com febre, toxemia, fenômenos imunológicos e infecções metastáticas a distância.

Apesar dos avanços tecnológicos o seu diagnóstico ainda constitui um desafio, considerando sua apresentação clínica multifacetada. Atualmente os critérios de Duke definem o diagnóstico pela combinação de características clínicas, microbiológicas, patológicas e ecocardiográficas.

O sucesso terapêutico depende da suspeição clínica e início de tratamento precoce baseado em antibioticoterapia guiada por culturas e cirurgia cardíaca para correção ou substituição da estrutura afetada, quando necessária.

Aproximadamente 5 a 10% dos indivíduos com diagnóstico de endocardite infecciosa apresentarão hemoculturas negativas, o que está comumente relacionado ao uso prévio de antibióticos ou a microorganismos fastidiosos, como o grupo HACEK, *Bartonella henselae*, *Brucella* e *Tropheryma whippeli*.

### OBJETIVO

Mostrar a versatilidade na apresentação clínica e fisiopatológica da endocardite infecciosa, ressaltando a importância de ser considerada como diagnóstico diferencial nos diversos contextos clínicos.

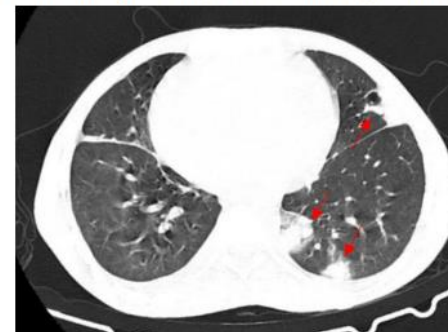
### RELATO DE CASO

J.H.C., masculino, 19 anos, tabagista, etilista e usuário de pasta base foi encaminhado ao pronto socorro por diarreia, anasarca, dor e distensão abdominal associada a febre, tosse, hemoptise e dispneia com 30 dias de evolução.

Exames laboratoriais revelaram anemia, plaquetopenia e leucocitose. Tomografia de tórax mostrou consolidações subpleurais e cavitações de parede espessa em periferia (figura 1) e ultrassom de abdome com ascite. BAAR, hemoculturas, sorologias para HIV, hepatites e leishmaniose vieram negativas.

Durante a internação paciente evoluiu com piora clínica, sopro cardíaco, redução de murmúrios vesiculares e progressão da anasarca.

Figura 1 – Consolidações subpleurais e cavitações em TC de tórax



Fonte: autor

TC contrastada mostrou aumento das condensações pulmonares, derrame pleural, derrame pericárdico e tromboembolismo em lobo direito. Cortes abdominais revelaram ascite, hepatomegalia e trombose de veia porta (figura 2), confirmada posteriormente em ultrassom doppler.

Figura 2: Hipoatenuação no interior da veia porta



Fonte: autor

## ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VALVA TRICÚSPIDE DE CULTURAS NEGATIVAS COM DISSEMINAÇÃO DE ÊMOLOS SÉPTICOS: RELATO DE CASO

Letícia Henn Chicol<sup>1\*</sup>, Ingrid Ide Kohatsu<sup>1</sup>, Andrielle Fernandes Ferreira<sup>1</sup>, Marina Palla Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Rosa Pedrossian – HRMS

\*E-mail: lhennchicol@gmail.com



Aventada a hipótese diagnóstica de endocardite infecciosa com disseminação de êmbolos sépticos ou doença autoimune, considerando bicitopenia, serosite e eventos trombóticos.

Foram solicitadas novas hemoculturas, que apresentaram resultado negativo. Autoanticorpos revelaram a presença de anticoagulante lúpico e hipocomplementemia. Ecocardiograma transesofágico evidenciou vegetação importante em valva tricúspide com ampla movimentação, associada a imagem sugestiva de perda de tecido valvar com perfuração, desabamento de cúspide anterior e insuficiência valvar importante.

Apesar das hemoculturas negativas, paciente preencheu critérios para endocardite infecciosa, sendo 1 maior e 3 menores: vegetação ao ecocardiograma, febre > 38°C, fenômenos vasculares e imunológicos, respectivamente.

Foi ampliado o esquema de antibióticos e encaminhado para cirurgia cardíaca para substituição biológica da valva tricúspide. Cultura da vegetação após a cirurgia também não mostrou crescimento de microorganismos.

Paciente evoluiu com melhora clínica progressiva e condições de alta hospitalar.

### CONCLUSÃO

A endocardite infecciosa que se apresenta como múltiplas lesões pulmonares cavitárias em paciente com febre e perda ponderal pode ser confundida com pneumonia de curso prolongado, tuberculose, infecção fúngica, entre outros. Além disso, a endocardite pode estar presente mesmo na ausência de seus achados clássicos, como febre, vegetações ou positividade de hemoculturas.

O diagnóstico definitivo pode ser difícil e preocupante, já que a falta ou atraso no tratamento podem culminar em um desfecho potencialmente fatal.

Neste relato todas as hemoculturas e inclusive a cultura da valva nativa no pós-operatório não mostraram crescimento de microorganismos. Ainda assim, preencheu critérios para endocardite infecciosa seguindo os critérios de Duke (1 maior e 3 menores).

Autoanticorpos podem positivar na vigência de processos infecciosos e simular vasculites sem critérios suficientes para tal.

Infecção em vários sítios, com febre e múltiplas embolizações devem sugerir endocardite infecciosa em determinados contextos, merecendo investigação e tratamento direcionado.

### BIBLIOGRAFIAS

BAUER, A.K. (2021). Nonbacterial thrombotic endocarditis. In LEUNG, L.L.K, FINLAY, G. (Ed.), UpToDate.

RAOULT, D., SEXTON, D. J. (2019). Culture-negative endocarditis: Epidemiology, microbiology, and diagnosis. In CALDERWOOD, S. B., BARON, E.L. (Ed.), UpToDate.

SEXTON, D. J., CHU, V. H. (2019). Right-sided native valve infective endocarditis. In CALDERWOOD, S. B., BOLGER, A., BARON, E. L. (ED.), UpToDate.

WANG, A., HOLLAND, T. L. (2020). Overview of management of infective endocarditis in adults. In BOLGER, A., SEXTON, D. J., YEON, S. B., BARON, E. L. (Ed.), UpToDate.