



# Endocardite Infecçiosa em Valva Tricúspide relacionada a cateter de longa permanência: correlação anátomo-clínico-radiológica

David Weslei de Godoy<sup>1</sup>; Giulia Kodja Zanetta<sup>1</sup>; Juliana de Abreu Jorge<sup>1</sup>; Samuel Nolasco Berni<sup>1</sup>; Thiago Luis Ronconi<sup>1</sup>  
1. PUC – Campinas

## Introdução/Fundamentos

Endocardite infecciosa (EI) é a infecção de uma valva cardíaca, do endocárdio ou de um dispositivo intracardíaco.<sup>1</sup> O acometimento de câmaras cardíacas direitas representa cerca de 5 a 10% dos casos, sendo que 7% dos pacientes hospitalizados evoluem para óbito.<sup>1</sup>

Suspeita-se do diagnóstico em quadro febril sem foco definido, associado a fatores de risco, sendo o quadro clínico variável e pouco específico.

## Objetivos

Relatar caso de um paciente portador de cateter de longa permanência que evoluiu com endocardite infecciosa de câmaras direitas, apresentando achados relevantes para a suspeita e diagnóstico.

## Relato de Caso

Masculino, 40 anos, hipertenso há 15 anos, portador de doença renal crônica por glomerulopatia, há 1 ano, em terapia de substituição renal há 5 meses. Apresentava diagnóstico recente de Infarto Agudo do Miocárdio, após precordialgia sem estratificação invasiva. Foi admitido no hospital de referência com queixa de nova precordialgia típica, dispneia e febre. Apresentava sopro cardíaco sistólico e diastólico em focos mitral e tricúspide com presença de frêmito e irradiação para linha axilar média. Em membros inferiores, notava-se presença de máculas eritematosas nas plantas dos pés e em fundoscopia evidenciava-se hemorragia intrarretiniana em região temporal inferior.

Realizados exames complementares com Fator reumatoide positivo, Tomografia apresentando nódulos pulmonares favorecendo a hipótese diagnóstica de embolia séptica e Ecocardiograma com vegetação na extremidade de cateter venoso, átrio direito e valva tricúspide (figura 1).

Apresentava cultura de urina com *Pseudomonas aeruginosa* sensível a Ciprofloxacino e hemoculturas, com primeira amostra negativa e a segunda com crescimento de *Staphylococcus aureus* Oxacilina sensível. Neste momento, optado por antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Oxacilina, associando-se Gentamicina. Realizado nova coleta de hemoculturas, as quais demonstraram bacteremia persistente, por crescimento de cocos gram positivos agrupados. Confirmado diagnóstico de endocardite de valva tricúspide com trombo em cateter e átrio direito, com indicação cirúrgica devido a insuficiência severa e evidência de embolização pulmonar. Realizado troca de valva tricúspide por prótese biológica e ressecção de vegetações em Permicalth e Ventrículo Direito. Encaminhada valva cardíaca para cultura, sem crescimento bacteriano.

Durante o pós-operatório, apresentou necessidade de duas reabodagens, uma delas por hemotórax. Apresentou posteriormente duas paradas cardiorrespiratória revertidas.

Evoluiu com Pneumonia associada à Ventilação Mecânica e posteriormente, com infecção por COVID-19, em que apesar do tratamento intensivo, foi a óbito após aproximadamente um mês de internação hospitalar.

## Discussão

A endocardite infecciosa acomete cerca de 3 a 10 por 100.000 por ano na população em geral, tendo entre os principais fatores de risco a hemodiálise e implantação de cateteres venosos. Torna-se difícil o seu diagnóstico rápido e preciso devido a sua diversidade clínica, o que implica em pior prognóstico. Quando ocorre infecção à direita, a valva tricúspide é a mais acometida, sendo, na maioria das vezes, o ecocardiograma transtorácico suficiente para o diagnóstico, já que as estruturas avaliadas nessa situação, localizam-se mais anteriormente e próximas ao transdutor.<sup>1</sup> As principais complicações da EI a direita incluem insuficiência valvar e embolia pulmonar séptica, sendo que nos estudos sobre o tema, o envolvimento pulmonar mostrou-se presente em aproximadamente 80% dos casos.<sup>1</sup> A EI direita tem melhor prognóstico do que a esquerda, visto que resultam em menos embolizações sistêmicas ou formação de abscessos, além de infecções com menor resistência bacteriana, sendo clinicamente melhor tolerada.<sup>1</sup>

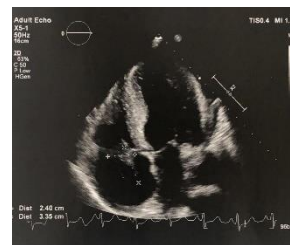


Figura 1. Imagem em átrio direito, compatível com trombo intracavitário



Figura 1. Visão intra operatória

## Conclusões/Considerações Finais

O presente relato de caso revisa informações acerca da EI e impõe a necessidade de se aventar esta hipótese diagnóstica em pacientes com predisposição a tal. Além disso, ilustra um caso com manifestações clínicas típicas e registro de exames complementares fundamentais. Demonstra ainda que, apesar de instituídas terapias medicamentosas e cirúrgicas adequadamente, há alto risco para desfecho desfavorável, reforçando a morbimortalidade envolvida nessa patologia.

## Referências Bibliográficas

1. HEZZY, Shmueli et al. Right-Sided Infective Endocarditis 2020: Challenges and Updates in Diagnosis and Treatment. Journal of the American Heart Association, Los Angeles, v. 9, n. 15, 4 ago. 2020. DOI 10.1161/JAHA.120.017293.
2. Article Source: Infective Endocarditis Epidemiology Over Five Decades: A Systematic Review. Slipczuk L, Codolosa JN, Davila CD, Romero-Corral A, Yun J, et al. (2013) Infective Endocarditis Epidemiology Over Five Decades: A Systematic Review. PLOS ONE 8(12): e82665. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082665>
3. CAHILL, Thomas J. Challenges in Infective Endocarditis. Journal of the American College of Cardiology. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.10.066>.