

## ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PACIENTE JOVEM COM SUSPEITA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO

SILVA, J.N.B. KRUGER, G.S. CARVALHO, H.C.P. BORGES, D.S. HERMENEGILDO, L.F.

**INTRODUÇÃO:** A endocardite infecciosa (EI) consiste na infecção do endotélio cardiovascular na presença de microorganismos. Classicamente, se apresenta por febre, sopro cardíaco, tromboembolismo, entre outros. O diagnóstico definitivo depende de achados anatomopatológicos, ecocardiográficos e de hemoculturas positivas, visto que outras condições, como endocardite de Libman-Sacks (ELB), mimetizam sua clínica. **OBJETIVOS:** Apresentar caso de EI cujo principal diagnóstico diferencial foi ELB, salientando a importância do raciocínio clínico e dos exames complementares ao adotar uma conduta. **MÉTODOS:** Relato de caso com dados obtidos pela anamnese e revisão de prontuário. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Y.C.M, homem, 24 anos, transferido para serviço terciário (03/11/21) após 7 dias de internação prévia, em uso de ciprofloxacino e ceftriaxone. Na admissão, refere febre, dor retroesternal moderada, diurese espumosa, poliartralgia e hiporexia há um mês. Relata tratamento dentário 15 dias antes do início dos sintomas. Possui histórico familiar de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Ao exame físico, apresentava sopro sistólico em foco mitral 3+/6+, edema de membros inferiores 3+/4+ e demais parâmetros normais. O ecocardiograma evidenciou vegetação (8x3mm) em valva mitral (VM) com insuficiência de grau importante. Os exames laboratoriais apresentavam leucocitose ( $12.410/\text{mm}^3$ ), injúria renal aguda (creatinina de 3,1 mg/dl), FAN positivo padrão misto nuclear homogêneo e pontilhado fino (1:160 e 1:640, respectivamente) e anti-DNA Nativo positivo (1:80). Todas as culturas foram negativas no período. Biópsia renal exibiu glomerulonefrite difusa aguda, vasculite transmural e marcador C1q positivo; já a de VM mostrou inflamação aguda e focos sugestivos de colonização bacteriana. Como tratamento, optou-se por antibioticoterapia (28 dias de ceftriaxone e oxacilina + 17 dias de gentamicina), troca de VM por prótese mecânica e 4 ciclos de hemodiálise, com melhora significativa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da concordância com os critérios de Duke modificados, o diagnóstico de EI foi desafiador e descartar uma ELB tornou-se imperativo diante da clínica, história familiar e biópsia renal sugerindo possibilidade de nefrite lúpica. Durante a evolução, ainda que levantada essa hipótese, a escolha de uma terapia não imunossupressora mostrou-se assertiva. A investigação de LES persiste e o paciente permanece em acompanhamento ambulatorial na reumatologia, sem atividade suspeita de doença desde então.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa. Lúpus eritematoso sistêmico. Endocardite de Libman-Sacks. Glomerulonefrite.