

ENDOCARDITE INFECCIOSA ASSOCIADA A DROGAS ENDOVENOSAS: UM RELATO DE CASO.

WHITAKER, Maria Eduarda Dall'Oglio¹; GRIZA, Rafaela Luiza Altheia²; GUTIERREZ, Soraya Argenton Rahman³; LEGRAMANTI, Sara⁴; LUCENA, Julia Mello⁵

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção do endotélio cardíaco e pode se apresentar como doença aguda ou subaguda. Exames de imagem podem revelar sinais periféricos de EI, como cavitação pulmonar e infarto esplênico. A hipótese deve ser aventada em pacientes que apresentam doença associada a fatores de risco, como, idade maior que 60 anos, sexo masculino, doença cardíaca estrutural, valva protética, história de EI e uso de droga intravenosa.

Objetivo: Ilustrar um caso de EI em paciente portador de fatores de risco.

Método: Estudo de relato de caso, analisado prontuário retrospectivamente.

Relato de caso: Masculino, 34 anos, previamente hígido, com histórico de uso de drogas endovenosas. Procurou Pronto Atendimento por cefaleia há 1 mês com piora recente, alteração comportamental e febre. Questionada hipótese de meningite bacteriana, iniciado tratamento e encaminhamento para hospital terciário. Admitido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde foi descartada hipótese inicial e aventado diagnóstico de EI, sendo evidenciada em Ecocardiograma Transtorácico (ECO-TT) volumosa lesão vegetante em valva mitral associada a discreta insuficiência valvar. Coletada hemocultura e iniciado tratamento empírico.

Após 4 dias em UTI, sem melhora clínica, suspenso tratamento anterior e iniciada Vancomicina para o tratamento do *Staphylococcus hominis* identificado em hemocultura. Devido a dificuldade na titulação da droga, opta-se pela substituição por Daptomicina.

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG – Cascavel-PR. Autor relator. E-mail: dudadwhitaker@gmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG – Cascavel-PR. Coautora. E-mail: rlagriza@gmail.com

³ Médica formada pela Pontifícia Universidade Católica, residente de Clínica Médica na Fundação Hospitalar São Lucas. Coautora. E-mail: sol.rahman@hotmail.com

⁴ Médica formada pela Universidade José do Rosário Vallano (Unifenas), clínica médica pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. Coautora. E-mail: saralegramanti@hotmail.com

⁵ Médica pelo Centro Universitário FAG - Cascavel-PR, atualmente residente de clínica médica no Hospital São Lucas de Cascavel. E-mail: juliamlucena@hotmail.com

Após 15 dias, sem melhora clínica, ultrassonografia (USG) de abdome evidenciou lesão sugestiva de embolia séptica no baço e novo ECO-TT demonstrou insuficiência mitral grave. Após avaliação pela equipe de cirurgia cardíaca, optado pela troca da valva por prótese metálica.

No 14° PO evolui com novo quadro febril, apresentando ECO-TT sem alterações e USG de abdômen com redução da lesão esplênica. Devido a deterioração clínica, optou-se por ampliar cobertura antimicrobiana, sendo esta suspensa após 10 dias devido a farmacodermia grave. No 36° PO, apresentou melhora clínica importante, estando apto para alta hospitalar após novo ECO-TT e USG sem alterações significativas, com retorno ambulatorial precoce.

Conclusões: Observa-se, portanto, quadro de EI em paciente jovem com fator de risco. Ao descrever complicações intra-hospitalares nota-se gravidade do caso, dificuldade no manejo, resultando em internação prolongada.