

# Endocardite associada a dor abdominal: Um relato de caso



Isabela Brunini Carneiro<sup>1</sup>, Álvaro Conrado Francisco Filho<sup>2</sup>, Jefferson Fischer<sup>3</sup>, Jarbas Ferrari Neto<sup>4</sup> e Enio Teixeira Molina Filho<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Médica Residente de Clínica Médica da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi, PR; e-mail: isabrunini94@gmail.com; <sup>2</sup> Médico Residente de Clínica Médica da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi, PR; e-mail:alvaro\_conrado@hotmail.com; <sup>3</sup> Médico emergencista da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi, PR; e-mail: utimetro@hotmail.com; <sup>4</sup> Médico cardiologista assistente da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi, PR; e-mail: Jfnferrari@outlook.com; <sup>5</sup> Médico intensivista e gerente médico da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi, PR; e-mail: dreniomolina@gmail.com

## Introdução

A endocardite infecciosa caracteriza-se por uma inflamação do endotélio cardíaco, que, apesar de rara, apresenta alta morbimortalidade. Manifesta-se por sintomas constitucionais geralmente inespecíficos e fenômenos embólicos. Seu diagnóstico, apesar de complexo, deve ser realizado precocemente, com reconhecimento das principais manifestações clínicas, afim de evitar consequências que podem ser fatais.

## Objetivos

Relatar forma rara de apresentação inicial de endocardite cursando com dor abdominal intensa devido embolismo séptico em artéria esplênica e posteriormente para artéria cerebral média, ocasionando, respectivamente, infarto esplênico e múltiplos acidentes vasculares cerebrais.

## Resumo

J.I.T.S, 62 anos, masculino, previamente hígido, internado por dor abdominal intensa em quadrante superior esquerdo e febre, sendo realizado exames de imagem (tomografia computadorizada de abdome total e ecocardiograma) e diagnosticado com infarto esplênico por embolismo séptico proveniente de vegetação extensa em válvula mitral. Evoluiu com crise convulsiva, áreas múltiplas de isquemia cerebral e hemorragia intracraniana, sendo necessário realização de derivação ventrículo externo. Durante a permanência na UTI, progrediu com choque misto (cardiogênico e séptico), acidose metabólica, insuficiência respiratória e insuficiência renal aguda secundária ao processo infeccioso. Instituído tratamento para insuficiência cardíaca, antibioticoterapia de amplo espectro e suporte ventilatório invasivo. Submetido à craniotomia descompressiva para redução imediata da pressão intracraniana, com bom resultado cirúrgico. Não havia

relato de procedimento odontológico prévio, nem uso de drogas ilícitas por via intravenosa e demais portas de entrada para microrganismos.

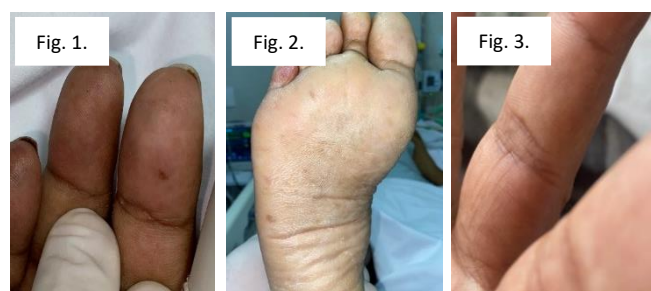


Fig. 1 e 2: máculas hemorrágicas – machas de Janeway.

Fig. 3: nodulação em falange proximal – nódulo de Osler.

## Considerações Finais

Alguns pacientes podem cursar ao longo do quadro de endocardite com múltiplos infartos embólicos pequenos, que geralmente seguem para o sistema nervoso central, ocasionando infartos cerebrais e gerando sintomas órgão-específicos, como cefaleia, rebaixamento do nível de consciência, convulsões e sintomas neurológicos focais. Os infartos esplênicos, embora incomuns, podem ocorrer nesses pacientes, os quais cursam com esplenomegalia e dor em quadrante superior esquerdo. Devido à alta taxa de mortalidade relacionada com embolismo séptico, a endocardite deve ser diagnosticada precocemente e instituído tratamento adequado.

## Referências bibliográficas

1. RONAK, Rajani et. al. **Infective endocarditis: A contemporary update**. Clin Med (Lond). Jan, 2020.
2. CAHILL, Thomas J. et. al. **Challenges in Infective Endocarditis**. Journal of the American College of Cardiology. Vol 69, pag. 325-344, 24 Jan 2017.
3. O'GARA, Patrick T. et. al. **Infective Endocarditis**. ACP medicine, pag. 1-20, 2011.