

Endocardite infecciosa possível em paciente com êmbolos sépticos – relato de caso

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave caracterizada por infecção do endocárdio ou material protético do coração e o diagnóstico desta afecção pode ser dificultado devido aos sintomas inespecíficos. O atraso no diagnóstico pode levar a complicações como êmbolos sépticos, insuficiência cardíaca e sepse. Dessa forma, é essencial a identificação precoce da EI, inclusive nos casos atípicos.

Objetivos

Descrever caso de paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa provável

Delineamento e métodos

Relato de caso construído a partir da revisão de prontuário médico, exames e seguimento clínico do paciente. Fundamentação teórica com revisão de literatura internacional em bases de dados, como PubMed e NEJM e guideline da IDSA.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 60 anos, internação recente por oclusão arterial aguda e diagnóstico de fibrilação atrial, admitido com insuficiência respiratória aguda devido a pneumonia complicada com empiema com necessidade de intubação orotraqueal e drenagem de urgência. Durante internação, angiotomografia de tórax evidenciou arco aórtico com defeito parcial de enchimento pelo contraste podendo corresponder a trombo flutuante. Além disso, tomografia computadorizada de abdômen com abscesso esplênico. Aventada hipótese de endocardite infecciosa. Critérios maiores negativos, com hemoculturas negativas e ecocardiograma transesofágico (ECOTE) sem presença de trombos ou vegetações. Preenchido critérios menores com diagnóstico de endocardite infecciosa provável: febre, êmbolos sépticos, hematúria glomerular e culturas de líquido pleural e aspirado de abscesso esplênico com crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível a oxacilina. Tratamento com drenagem de empiema, drenagem percutânea de abscesso esplênico, reabilitação fisioterápica e oxacilina por 4 semanas. Paciente apresentou melhora clínica, laboratorial e radiológica recebendo alta após 60 dias de internação.

Conclusão

O caso descrito evidencia a importância da suspeição clínica de EI no atendimento de pacientes com apresentações atípicas e que não preenchem os critérios maiores. Uma das hipóteses para ECOTE negativo para EI é a possibilidade de embolização da vegetação antes do exame ser realizado, uma vez que no momento da avaliação o paciente já apresentava afecção de outros sítios, bem como de trombo intra-aórtico, possivelmente por extensão do processo infeccioso endocárdico.