

ENDOCARDITE INFECCIOSA

Júlia Torres Costa Vinagre¹; Roger Lanes Silveira¹; Cristiana Buzelin Nunes²

¹ Acadêmicos do 2º. Período do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (Uni-BH)

² Anatomopatologista e Mestre em Patologia pela UFMG; Professora das disciplinas de Patologia II e III do Uni-BH

Palavras-Chave: Endocardite infecciosa, semiologia

INTRODUÇÃO: A Endocardite Infecciosa (EI), também conhecida como Endocardite Bacteriana, é uma alteração patológica que ocorre no endocárdio, causada pela colonização de microorganismos, gerando inflamação e destruição de parte do revestimento interno do coração.

OBJETIVO: Apresentar, de modo simplificado, os fatores de risco pra a EI, sua patogênese, seus tratamento e profilaxia preventiva.

METODOLOGIA: Para isso foram reunidos o conceito, a classificação, a etiologia, a patogênese, as manifestações clínicas, o tratamento e a profilaxia da doença. Realizou-se a pesquisa através de revisão de literatura em textos base, como livros de patologia, anatomia humana e clínica médica, além de artigos científicos atuais e sites científicos relacionados ao assunto.

DISCUSSÃO:

Etiologia: A Endocardite Infecciosa é o acometimento do endocárdio provocado pela colonização de microorganismos. É classificada em Aguda, quando há patógenos de grande virulência, gerando quadro clínico exuberante e complicações precoces; e Subaguda, quando os patógenos são de menor virulência, possuindo uma evolução lenta. A principal causa de EI é de origem bacteriana, com maior prevalência de estreptococos e estafilococos, embora possa ser causada por fungos (< 5%).

Patogênese: A EI geralmente se desenvolve em valvas cardíacas previamente anormais, sendo que o paciente, geralmente, possui antecedentes conhecidos ou o histórico de cirurgias cardíacas específicas. Apesar de existirem algumas predisposições para que ocorra

a patologia, a manifestação da doença pode surgir em indivíduos sem características prévias. Nesses casos geralmente ocorre a forma aguda, sendo infecção por estafilococos, com manifestações clínicas em um prazo de até duas semanas após a bacteremia. Os usuários de drogas intravenosas e os indivíduos em uso de cateteres intravenosos, por tempos prolongados, são outro grupo predisponente à EI. A sequência patogênica da EI se inicia com uma lesão no endotélio cardíaco. Quando o tecido conjuntivo subendotelial, contendo fibras colágenas, tem seu endotélio removido, plaquetas agregam-se no local. Muitas vezes esses agregados são estabilizados por deposição de fibrina, que crescem formando vegetações chamadas de Endocardites Trombóticas não Bacterianas. Se essas forem colonizadas por bactérias circulantes, advindas de uma bacteremia transitória, forma-se a EI. Após a adesão das bactérias e de novas camadas de plaquetas e fibrina, a microbiota fica protegida, sendo nutrida por substâncias advindas do próprio sangue. As manifestações clínicas podem ser inespecíficas, contudo, a febre é o sintoma mais comum. Na anamnese há queixas que levam ao diagnóstico de “síndrome gripal”, além de histórico de febre reumática, sopro cardíaco, cardiopatia congênita ou cirurgia cardíaca. No exame físico, sinais periféricos podem estar presentes como petéquias, hemorragias subungueais lineares, manchas de Roth, nódulos de Osler, lesões de Janeway e baqueteamento digital. O pulso periférico pode estar rápido, além da presença de um pulso em martelo d’água. Exames complementares como de urina e hemograma são fundamentais para o diagnóstico. Além disso, exames como Eletrocardiograma ou Raio-X de tórax podem demonstrar alterações compatíveis com a EI.

Tratamento: O tratamento com antibióticos tem duração de semanas, e leva em consideração os tipos de bactérias infectantes e a adequação do paciente ao medicamento. No caso das infecções fúngicas, são utilizados os anti-fúngicos. O tratamento cirúrgico ocorre em casos específicos onde há sinais de infecções persistentes, formação de abscessos, recidiva de infecções em próteses valvares, dentre outros.

Profilaxia: A profilaxia antibiótica é recomendada, segundo a *American Heart Association*, nos casos em que pode ocorrer bacteremias em pacientes com fatores de risco alto e moderado para EI, sendo: alto risco – válvulas cardíacas protéticas; endocardite infecciosa prévia; doenças cardíacas congênitas; shunts ou condutos pulmonares sistêmicos construídos cirurgicamente. Médio risco – disfunção valvar adquirida; cardiomiopatia

hipertrófica; prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar; maior parte das demais malformações congênitas. Nos casos de baixo risco, a profilaxia antibiótica não é recomendada.

CONCLUSÃO: É de extrema importância o reconhecimento dos principais grupos de risco para a EI. Além disso, devem-se investigar os sinais e sintomas relacionados às manifestações aguda e subaguda, visando o tratamento e a prevenção.

REFERÊNCIAS:

BENNETT, J. Claude; PLUM, Fred. **Cecil tratado de medicina interna**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 2 v.

WILSON, Walter *et al.* Prevention of Infective Endocarditis. **Jornal of the American Heart Association**, Dallas, v. 116, p. 1736-377, abr 2007. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.106.183095>>. Acesso em: 24 jun 2009.

LAUREANO FILHO, José *et al.* Importância da profilaxia antibiótica na prevenção da endocardite bacteriana. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 6, n. 3, p. 43-51, jul/ago 2003.