

# Endocardite infecciosa como simuladora de infecção do sistema nervoso central

Inês Burmester<sup>1</sup>, Julieta Ramalho<sup>1</sup>, André Santa Cruz<sup>1</sup>, Maria João Regadas<sup>1</sup>, Paulo Gouveia<sup>1</sup>, António Oliveira E Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

<sup>2</sup>Diretor de Serviço

**INTRODUÇÃO:** A endocardite infecciosa (EI) pode apresentar-se de várias formas diferentes, simulando outras entidades. O seu perfil epidemiológico tem vindo a alterar-se, afetando cada vez mais doentes com válvulas nativas e sem fatores de risco conhecidos.

Descrevemos 2 casos clínicos de doentes sem fatores de risco para esta etiologia em que as manifestações iniciais dirigiram o pensamento noutra direção.

## CASO CLINICO 1

Homem, 24 anos  
Ø Antecedentes patológicos  
Ø Contacto com drogas

Recorreu ao SU por **cefaleias, febre (39°C)** e **alteração do comportamento**.  
Encontrava-se hipotenso e taquicárdico.

TAC cerebral: normal  
PL: sem alterações  
Analiticamente: ↑ parâmetros inflamação

Do restante estudo considerou tratar-se de um **choque séptico com disfunção multiorgânica** sem ponto de partida definido.  
Iniciou ceftriaxone.

No internamento: apareceram **petéquias na mucosa jugal, face e palmas das mãos, petéquias subungueais (lesões de Janeway e nódulos de Osler)** e um **sopro holossistólico grau III**.



Realizou Ecocardiograma que evidenciou **endocardite de válvula mitral com rotura do folheto posterior**.  
HCs positivas para **Staphilococcus aureus**.

## CASO CLINICO 2

Homem, 79 anos  
Hipertenso  
FA

Enviado ao SU por **alteração da consciência, prostração e hemiplegia esquerda**.

No SU estava febril (39°C).  
TC: AVC da ACMD  
Não realizou PL por estar hipocoagulado.  
Iniciou ceftriaxone e aciclovir.

Realizou RMN que revelou **lesões isquémicas em diversos territórios**.

Pensou-se nesse momento em Endocardite pelo que realizou ecocardiograma que demonstrou a presença de **vegetações na válvula aórtica e mitral**.  
HCs positivas para **Streptococcus salivaris**.

**CONCLUSÃO:** A EI representa um desafio clínico que nunca deve ser esquecido mesmo em doentes sem fatores de risco para esta etiologia.

**BIBLIOGRAFIA:** 1. European Heart Journal (2009) 30, 2369–2413 doi:10.1093/eurheartj/ehp285; 2. Raimund Erbel, MD: The New Strategy in Infective Endocarditis: Early Surgery Based on Early Diagnosis Are We Too Late When Early Surgery Is Best? *Circulation*. 2015; 131: 121-123; 3. Arnold S. Bayer, et al: Diagnosis and Management of Infective Endocarditis and Its Complications. *Circulation*. 1998; 98: 2936-2948