

Endocardite Subaguda complicada como apresentação inicial de doença reumática. Relato de Caso ID: 64047

JEFERSON FREIXO GUEDES¹, HENRIQUE MADUREIRA DA ROCHA COUTINHO², JOAQUIM HENRIQUE SOUZA AGUIAR COUTINHO³, GUSTAVO KIKUTA², ZELY SANT'ANNA MAROTTI ALMEIDA², JOAO CARLOS JAZBIK², PAULO VIEIRA DAMASCO⁴, ADOZINA MARQUES DA SOUZA NETA⁵, AUGUSTO DAS NEVES AZEVEDO⁵, MARIA EDUARDA DO VALE PADILHA⁵.

1- Chefe do Serviço de Cardiologia e ecocardiografista do Hospital Municipal Miguel Couto. 2-Cirurgiões Cardíacos do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

3- Chefe do Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto . 4- Infectologista do Hospital Universitário Pedro Ernesto .

5- Residentes de Clínica Médica do Hospital Municipal Miguel Couto.
Contato: freixojf@gmail.com

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é conceituada como ocorrência de processo inflamatório endocárdico acometendo principalmente as valvas cardíacas com predominância de etiologia infecciosa. Condições clínicas como anomalias congênitas, lesões valvares adquiridas (como acometimento reumático) e presença de dispositivos intra-cardíacos (próteses valvares) são predisponentes para EI. De acordo com Barbosa, 2004, vegetações em valva aórtica podem se propagar por contiguidade para a cúspide anterior mitral através da camada fibrosa intervalvar mitro-aórtica ou por jatos regurgitantes sobre a referida estrutura. Diante da menor vascularização desta porção fibrosa há maior possibilidade de infecção e complicações como: abscessos, aneurismas e perfurações.

Relato de Caso: Paciente de 47 anos, sexo masculino, desconhecendo comorbidades prévias, foi admitido em unidade cardiológica por palpitações taquicárdicas, fibrilação atrial, episódios recorrentes de febre vespertina e perda ponderal de 3 Kg nos 40 dias anteriores a internação. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico demonstrando função sistólica biventricular normal, importante aumento atrial esquerdo (volume de 62 mL/m²), acometimento reumático mitro-aórtico: dupla lesão mitral moderada (área valvar de 1,4 cm² pelo PHT, gradiente médio AE/VE de 7 mmHg) e estenose mitral grave (gradiente médio VE/AO de 45 mmHg, Velocidade máxima de jato sistólico aórtico de 4,3 m/s e área valvar de 1 cm²). Visualizado imagens ecogênicas, filamentosas e móveis de 0,8 cm em valva mitral e 1,4 cm em cúspide coronariana direita de valva aórtica. Iniciado tratamento para EI de padrão subagudo com ampicilina, oxacilina e gentamicina. O paciente foi prontamente avaliado pela cirurgia cardíaca sendo submetido a troca valvar mitral e aórtica com ligadura da auriculeta esquerda. Visualizado no intra-operatório, além das referidas vegetações, orifício em membrana mitro-aórtica, abaixo do ânulos aórtico e acima da cúspide anterior de valva mitral, que poderia cursar com fistulização para o interior do átrio esquerdo diante de postergação da abordagem cirúrgica.

Conclusões: A relevância deste caso fundamenta-se na identificação de endocardite subaguda como apresentação inicial de quadro reumático, com visualização no intra-operatório de perfuração local (orifício) paravalvar aórtico-mitral com grande potencial de complicação na ausência de tratamento cirúrgico.

