

## CARACTERÍSTICAS DA ENDOCARDITE FÚNGICA EM UMA COORTE DE HOSPITAL QUATERNÁRIO NA REDE PÚBLICA BRASILEIRA

AUTORES: **Nícolás de Albuquerque Pereira Feijóo**<sup>1,2</sup> Thatyane Veloso de Paula Amaral de Almeida<sup>1,2</sup>, Mariana Giorgi Barroso de Carvalho<sup>1,2</sup>, Ingrid Paiva Duarte<sup>1,2</sup>, Léo Rodrigo Abrahão dos Santos<sup>1,2</sup>, Rafael Quaresma Garrido<sup>2</sup>, Giovanna Ferraiuoli Barbosa<sup>2</sup>, Clara Weksler<sup>2</sup>, Wilma Golebiovski<sup>2</sup>, Bruno Zappa<sup>2</sup>, Marcelo Goulart Correia<sup>2</sup>, Cristiane C. Lamas<sup>2,3</sup>

1 - Unigranrio/Afya, Rio de Janeiro, Brasil / 2- Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, Brasil / 3 - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

### Introdução

Fungos, especialmente *Candida* spp., são causa cada vez mais comum de infecções da corrente sanguínea, e a Endocardite Fúngica (EF) está relacionada a prognóstico ruim e alta mortalidade. O objetivo do estudo é descrever casos de Endocardite Fúngica num centro de referencia quaternário e compará-los com outros casos de Endocardite Infeciosa (EI) dentro da coorte.

### Métodos

Incluíram-se pacientes adultos com critérios definitivos para Endocardite infecciosa de acordo com os critérios modificados de Duke de 2006 a 2021 usando a ficha de coleta de dados do *International Collaboration in Endocarditis*, no Instituto Nacional de Cardiologia. Identificaram-se os pacientes prospectivamente, e coletaram-se termos de consentimento informado. As variáveis do grupo das EF foram comparadas aos outros casos de EI dentro da coorte por teste de proporção. Significância estatística foi atribuída a  $p < 0,05$ . Foi utilizado o programa estatístico Jamovi e R.

### Resultados

EF ocorreu em 14/435 (3.2%) dos casos. *Candida* spp foi responsável por 12/435 (2.7%), dos quais 8/12 (66.6%) foram *C. parapsilosis* (Figura 1), 2/12 (16.6%) *C. albicans*, 1 (8.3%) *C. tropicalis* e 1 (8.3%) *C.famata*. *Trichosporum* spp ocorreu em 2/435 (0.4%).

A taxa observada de EF foi maior em pacientes que foram submetidos previamente a cirurgia cardiovascular (8/12, 66.7% vs 162/421, 38.5%,  $p=0.07$ ). Pacientes com EF frequentemente adquiriram a infecção no hospital (7/12, 58.3% vs 105/422, 24.9%,  $p=0.016$ ).

Eventos embólicos vasculares foram mais frequentes na EF (9/12, 75% vs 196/412, 47.6%,  $p=0.079$ ), especificamente, embolização periférica (3/12, 25% vs 35/421, 8.3%,  $p=0.079$ ) e aneurisma micótico (4/12, 33,3% vs 43/420, 10.2%,  $p=0.032$ ). A mortalidade foi maior em pacientes com EF (6/12, 50% vs 103/413, 24.9%,  $p=0.05$ ).

### Discussão / Conclusão

A incidência de EF dentro da coorte de pacientes adultos com EI foi semelhante a estudos publicados (2 a 4%). *Candidas* não-*albicans* predominaram (91.7%), especialmente *C.tropicalis*, o que difere de estudos internacionais, mas é similar a outros centros na América do Sul. Isso provavelmente deve-se à aquisição intra-hospitalar e à afinidade da *C. tropicalis* aos cateteres e material protético. De fato, cirurgia cardíaca prévia e EI nosocomial foram mais frequentes em EF. Embolizações, particularmente manifestas como aneurisma micótico, e embolizações periféricas, foram duas complicações comuns da EF, o que destaca a forte disseminação emboligênica desses agentes.



**Figura 1:** Endocardite precoce por *Candida parapsilosis* em bioprótese aórtica.