



CASO CLÍNICO

Endocardite da válvula tricúspide em doente com cardiopatia congénita

Ana Moura Gonçalves^a, Ana Correia^b, Luiz Menezes Falcão^{c,*}

^a Serviço de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

^b Instituto Nacional de Emergência Médica, Lisboa, Portugal

^c Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 29 de março de 2011; aceite a 14 de junho de 2012

Disponível na Internet a 11 de dezembro de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Endocardite infecciosa;
Válvula tricúspide;
Malformação congénita

KEYWORDS

Infective endocarditis;
Tricuspid valve;
Congenital heart disease

Resumo Os autores apresentam um caso de endocardite infecciosa (EI) recidivante da válvula tricúspide num doente sem hábitos toxicofílicos endovenosos. Esta entidade, embora mais prevalente nos doentes utilizadores de drogas endovenosas, pode ocorrer em indivíduos sem estes hábitos. A recorrência do processo infeccioso nesta localização, num doente sem aparentes fatores de risco, alertou para a possibilidade de haver uma cardiopatia congénita não conhecida, que se veio a confirmar.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Tricuspid valve endocarditis in a patient with congenital heart disease

Abstract A case of tricuspid valve infective endocarditis is presented. Since this was not the first episode, the patient had not undergone invasive procedures and there was no history of intravenous drug abuse, the possibility of congenital heart disease was considered, a hypothesis that was confirmed.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) «do coração direito» surge predominantemente em indivíduos utilizadores de drogas endovenosas (UDEV)¹, podendo, no entanto, estar

relacionada com um amplo leque de entidades patológicas, tal como o alcoolismo, a imunodepressão, a presença de *pacemakers* permanentes ou de cateteres venosos centrais e de cardiopatias congénitas^{2,3}. A incidência de endocardite interessando o coração direito varia entre 5 a 10%^{4,5}.

Lejko-Zupanc et al. apresentaram, em 1999, um estudo retrospectivo efetuado no Centro Médico Universitário de Ljubljana, em que foram avaliados todos os casos de EI num período de 12 anos. Constataram a presença de

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: luizmfalcao@sapo.pt (L.M. Falcão).

205 casos, sendo afetadas as válvulas direitas em 13 casos, principalmente a tricúspide. Em nenhum dos casos havia história de hábitos toxicofílicos endovenosos. Quatro doentes tinham sido expostos a procedimentos invasivos (catéteres endovenosos, aborto provocado, colocação de dispositivo intrauterino, implantação de *pacemaker*), quatro doentes apresentavam doença debilitante ou maligna (cirrose hepática alcoólica, trombocitemia essencial, carcinoma laríngeo). Dois doentes tinham patologia valvular prévia, um apresentava uma comunicação interventricular (CIV), um tinha história de endocardite relacionada com o eletrocáteter do *pacemaker* e outro não tinha história de patologia cardíaca ou manobra invasiva prévia. Surgiu tromboembolismo pulmonar em nove dos 13 doentes, sendo que a maior parte não tinha aspetos radiográficos compatíveis com enfarte pulmonar, havendo somente um infiltrado pulmonar difuso. O caso de endocardite em doente com CIV ocorreu numa mulher de 33 anos, que foi posteriormente submetida a cirurgia de encerramento da comunicação, tendo ficado curada⁶.

Apesar de a toxicofilia endovenosa ser considerada o principal fator de risco de endocardite interessando o «coração direito», na sua ausência, é a patologia cardíaca congénita o principal fator de doença infecciosa valvular direita⁷⁻¹⁰.

Caso clínico

JCSF, sexo masculino, 49 anos de idade, raça caucasiana, casado, auxiliar de ação médica.

Foi admitido no serviço de urgência por queixa de dor precordial em repouso, tipo aperto, sem outros sintomas acompanhantes.

Iniciou quadro de cansaço progressivo 3 meses antes do internamento. Fez avaliação analítica e ecocardiograma MM e 2D, que não revelaram alterações. Na altura, face a antecedentes de endocardite infecciosa aos 18 anos de idade, terá efetuado penicilina intramuscular em regime ambulatorio.

Desde então, permaneceu com queixas de cansaço para pequenos esforços, tendo emagrecido cerca de 9 kg em 3 meses. Face à persistência da situação, foi ao médico de família, tendo efetuado avaliação analítica, que evidenciou a presença de anemia microcítica e hipocrômica, para a qual foi prescrita terapêutica com sulfato ferroso oral.

Recorreu ao serviço de urgência por agravamento dos sintomas com episódio de dor precordial em repouso, tipo aperto, sem irradiação, de curta duração, autolimitada, sem outra sintomatologia acompanhante. Referiu cansaço para esforços ligeiros, bem como um episódio de síncope.

No serviço de urgência, ao exame objetivo destacava-se o aspeto emagrecido e pálido do doente e a presença de um sopro holossistólico nas áreas mitral e tricúspide.

Analicamente, havia a referir a presença de anemia microcítica e hipocrômica com eritrocitos: $2,88 \times 10^{12}/L$, hemoglobina (Hb): 7,5 g/dL, hematócrito (Htc): 23,1%, com volume globular médio (VGM): 79 fL e insuficiência renal, com ureia de 96 mg/dL e creatinina de 3,3 mg/dL, sem alteração dos restantes parâmetros analíticos, nomeadamente dos marcadores cardíacos.

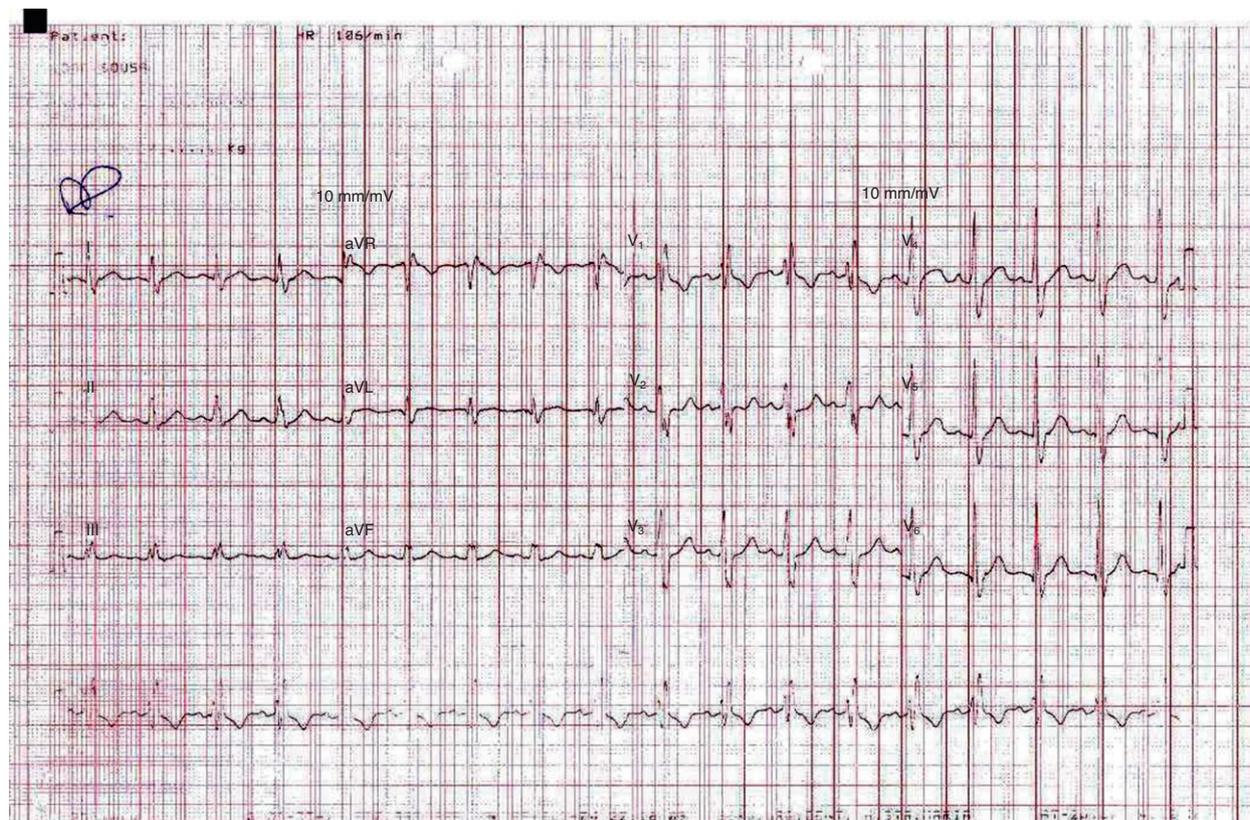


Figura 1 Eletrocardiograma efetuado no serviço de urgência.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126205>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126205>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)