

CASO CLÍNICO

Endocardite infecciosa como primeira manifestação de cardiopatia congénita de apresentação tardia

Patrícia Vaz Silva*, Joana Castro Marinho, Paula Martins, Isabel Santos, António Pires, Graça Sousa, Eduardo Castela

Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra, Portugal

Recebido a 3 de fevereiro de 2012; aceite a 2 de maio de 2012

Disponível na Internet a 22 de janeiro de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Endocardite infecciosa;
Comunicação interventricular;
Staphylococcus aureus

KEY WORDS

Infective endocarditis;
Ventricular septal defect;
Staphylococcus aureus

Resumo O diagnóstico de cardiopatia congénita é estabelecido habitualmente em idade precoce, logo, a endocardite infecciosa é uma forma de apresentação rara desta patologia.

Descreve-se um caso clínico de um adolescente com febre intermitente com uma semana de evolução e perda ponderal não quantificada. A observação detetou um sopro holossistólico rude e um sopro diastólico, associados a um frêmito na região precordial. Analiticamente, apresentava sinais sugestivos de um processo infeccioso ativo. A investigação etiológica revelou a presença de uma comunicação interventricular perimembranosa restritiva, bicuspidia aórtica com regurgitação aórtica e vegetações a nível da válvula mitral e aórtica. Perante o diagnóstico de endocardite mitroaórtica, iniciou antibioterapia endovenosa associada a terapêutica anticongestiva. Após melhoria clínica inicial, desenvolveu quadro de insuficiência cardíaca congestiva. Repetiu o ecocardiograma, que mostrou abscesso paravalvular aórtico e mitral extenso. A antibioterapia foi substituída e a terapêutica anticongestiva foi intensificada. Foi posteriormente submetido a cirurgia cardíaca. A evolução tem sido favorável, mantendo-se assintomático sob terapêutica anticongestiva.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Infective endocarditis as a form of late presentation of congenital heart disease

Abstract A diagnosis of congenital heart disease is usually established at an early age, so infective endocarditis is a rare form of presentation.

The authors describe the case of a male adolescent with a week-long history of intermittent fever and unquantified weight loss. Physical examination detected pansystolic and diastolic murmurs, and an associated precordial thrill. Laboratory tests showed evidence of an active infection. Etiological investigation revealed a perimembranous ventricular septal defect, aortic regurgitation, and aortic and mitral valve vegetations. A diagnosis of mitral-aortic infective endocarditis was made and he was started on intravenous antibiotics and anticongestive therapy. After initial clinical improvement, he developed symptoms and signs of congestive heart

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: patriciavazsilva@gmail.com (P. Vaz Silva).

failure. Repeat echocardiography showed an extensive mitral-aortic paravalvular abscess. The antibiotics were changed and anticongestive therapy was intensified, and he subsequently underwent surgery. The outcome has been generally favorable, and at present he is asymptomatic under anticongestive therapy.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é responsável por cerca de 0,5-1 de cada 1000 admissões hospitalares (excluindo a endocardite pós-operatória). Aproximadamente 70% dos casos de EI em pediatria ocorrem em crianças com cardiopatia congénita¹, especialmente naquelas com comunicação interventricular (CIV)².

Descreve-se um caso clínico de um adolescente, aparentemente previamente saudável, com diagnóstico tardio de cardiopatia congénita, sendo a primeira manifestação da doença um processo de endocardite infecciosa.

Caso clínico

Os autores descrevem um caso clínico de um adolescente de 12 anos, de etnia cigana e contexto socioeconómico desfavorável, com antecedentes pessoais patológicos desconhecidos (sem registo de consultas de vigilância infantil prévias) e sem qualquer diagnóstico prévio de uma eventual patologia cardíaca. Recorreu ao serviço de urgência do Hospital da Área de Residência no sétimo dia de um quadro caracterizado por febre intermitente, tosse por acessos e perda ponderal não quantificada, sem outras queixas associadas. A auscultação cardíaca revelou um sopro holossistólico rude no bordo esquerdo do esterno e um sopro diastólico no segundo espaço intercostal direito, associados a um frémito na região précordial. O exame objetivo, evidenciou ainda múltiplas cáries não tratadas. Sem outras alterações relevantes, nomeadamente sinais de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Analiticamente, destacava-se a presença de um processo infeccioso ativo (leucocitose neutrofílica – $24 \times 10^3/\mu\text{l}$ com $20 \times 10^3/\mu\text{l}$ neutrófilos e proteína C reativa de 5,6 mg/dl). Realizou um ecocardiograma transtorácico (ETT) com estudo Doppler, por telemedicina com o nosso Serviço, identificando-se uma pequena CIV perimembranosa restritiva e bicuspidia da válvula aórtica associada, sem estenose valvular mas com regurgitação moderada (grau III/VI); observou-se ainda a presença de vegetações aórtico-mitrais. A função ventricular esquerda estava conservada.

Perante o diagnóstico de endocardite mitroaórtica, iniciou tratamento antibiótico endovenoso empírico com vancomicina (30 mg/kg/d) e gentamicina (5 mg/kg/d). Iniciou também terapêutica anticongestiva oral com diuréticos (furosemida 1 mg/kg/dose 12/12 h e espironolactona 25 mg 12/12 h) e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (captopril 1 mg/kg/dose 8/8 h). Posteriormente, isolou-se nas hemoculturas colhidas previamente ao início da antibioticoterapia, um *Streptococcus mitis*, sensível à antibioticoterapia previamente instituída. Teve uma evolução clínica inicial favorável com atingimento da apirexia no

sexto dia de tratamento. Contudo, na segunda semana após a admissão hospitalar, houve reaparecimento da febre, associada a sinais e sintomas de ICC. Perante este agravamento clínico, a antibioticoterapia foi substituída por ceftriaxone (60 mg/kg/d) e teicoplanina (10 mg/kg/d), em associação à intensificação da terapêutica diurética, com aumento da dose de furosemida para 1 mg/kg/dose 6/6 h e administrada de forma endovenosa, mantendo a restante terapêutica nas doses e forma de administração previamente instituídas. As hemoculturas colhidas antes da substituição da antibioticoterapia vieram a revelar-se negativas. Nesta fase, realizou também um ecocardiograma transesofágico, que revelou vegetações em ambas as válvulas mitral e aórtica (Figuras 1 e 2), assim como um abscesso paravalvular

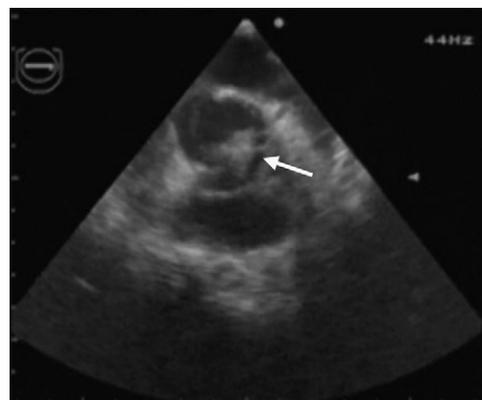


Figura 1 Plano em eixo curto de um ecocardiograma transesofágico mostrando uma vegetação (seta) a nível da válvula aórtica bicúspide.

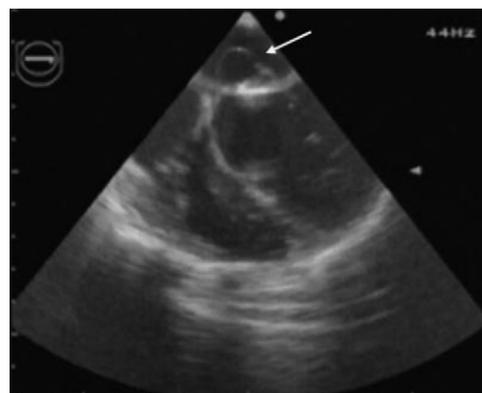


Figura 2 Plano 4 câmaras de um ecocardiograma transesofágico mostrando uma imagem sugestiva de abscesso (seta) localizado no folheto anterior da válvula mitral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126472>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126472>

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