

Aspectos históricos da endocardite infecciosa

MAX GRINBERG¹, MARIA CECILIA SOLIMENE²¹ Diretor da Unidade Clínica de Valvopatias - InCor, São Paulo, SP² Professora Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Médica-assistente da Unidade Clínica de Valvopatias do InCor, Hospital das Clínicas da Faculdade da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

RESUMO

A endocardite infecciosa era fatal até há três gerações. A evolução temporal do conhecimento da doença possibilitou avanços nas técnicas diagnósticas, especialmente na ecocardiografia, a possibilidade de se realizar a cirurgia cardíaca, mesmo com o processo infeccioso em atividade, e novas recomendações de profilaxia por antibióticos antes dos procedimentos de intervenção. Hoje a endocardite infecciosa é curável. Nesta revisão são abordados os aspectos históricos da endocardite, desde as observações de Osler, no século XIX, até a transformação de doença “cl clinicamente possível” em “cl clinicamente definida”.

Unitermos: Endocardite bacteriana; características culturais; evolução cultural.

SUMMARY

Historical aspects of infective endocarditis

Infective endocarditis was a fatal disease three generations ago. Temporal evolution of knowledge made possible important advances in diagnostic techniques, especially in echocardiography, the possibility of cardiac surgery during the active infectious process and new guidelines for antibiotic prophylaxis before interventional procedures. Nowadays, infective endocarditis is curable. In this review, we describe historical aspects of endocarditis, from Osler's observations in the 19th century to the change from a “clinically possible” to a “clinically defined” disease.

Keywords: Endocarditis, bacterial; cultural characteristics; outcome assessment (health care).

Trabalho realizado no Instituto do Coração — InCor, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Artigo recebido: 20/01/2010
Aceito para publicação: 25/01/2011

Correspondência para:
Max Grinberg
Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar,
44 - Bloco II Cerqueira Cesar
São Paulo - SP
CEP: 05403-000
grinberg@incor.usp.br

Conflito de interesses: Não há.

INTRODUÇÃO

“A endocardite infecciosa aguçou o interesse do médico sobre o desenrolar de um processo infeccioso”

William Bart Osler, 1893

Olhar a Medicina pelo infinito do tempo. Valer-se de um fio condutor representado pela sucessão da “boa prática do agora”. Reforçar o passado de benefício e evitar a repetição do malefício. Preservar a memória das sinuosidades dos avanços da fronteira do conhecimento. Apreciar os impactos da inovação tecnocientífica sobre a qualidade da vida humana. Revelar a mutabilidade da acepção ética de negligência e imprudência. Assim, faz-se útil saber sobre a história do conhecimento sobre uma doença.

A endocardite infecciosa já foi 100% fatal até três gerações passadas - para nossos bisavôs, portanto. Pesquisas e observações clínicas motivadas por inquietude, criatividade e colaboração fundamentaram progressos diagnósticos e terapêuticos na segunda metade do século XX que deram rápida aplicabilidade às evidências sobre a patogenia lentamente acumuladas nos séculos precedentes. A patognomônica vegetação da necropsia tornou-se visível *in vivo*, mostrando o quanto a arte de pôr em prática as informações científicas disponíveis é assimétrica no tempo.

O que pode ser singular, merecedor de atenção na história da endocardite infecciosa? Quais os passos que contribuíram para desvendar o oculto da manifestação clínica e do controle da doença? Como se deram as conexões de saberes que fundamentam o conhecimento atual?

Na confluência da visão anatomopatológica dos séculos XVIII e XIX com o subsequente reconhecimento de germes, ocorreram reformulações periódicas de conceitos de moléstia, com distinções em certos países. As peças clínicas e patogênicas foram encaixando-se com várias idas e vindas. Houve necessidade de ajustes na prática corrente para construir uma identidade nosológica que reunisse a multiplicidade de expressão clínica a partir de anormalidades localizadas. Uma questão crucial foi o quanto um sinal clínico significava uma doença e o quanto inflamações em distintos tecidos podiam compartilhar mesmos sintomas. A endocardite infecciosa deu grande contribuição para muitos esclarecimentos sobre bases biopsicossociais da Medicina vigente.

ASPECTOS PIONEIROS^{1,2}

A revelação da endocardite infecciosa é contemporânea à descoberta do Brasil. Nos primórdios da Idade Moderna, os médicos de renome eram humanistas, homens de letras, tidos em alta estima e utilizavam a dissecação humana como método pilar da aquisição de novas informações sobre órgãos que causariam as manifestações clínicas cuidadosamente anotadas, à espera da finalização espontânea da evolução da doença intratável.

Jean François Fernel (1497-1558) foi um médico francês alcinchado de Galeno moderno, que cuidou do rei Henrique II e da rainha Catarina de Medicis, também astrônomo-epônimo da cratera lunar de Fernelius, que entrou para a história da Medicina por ter demonstrado alta capacidade de síntese sobre observações da beira do leito. Ele fez a primeira menção a aspectos clínicos da endocardite infecciosa.

Um novo marco aconteceu anos depois, quando o também francês Lazare Rivière (1589-1655) observou excrescências que se assemelhavam a tecido pulmonar do tamanho de uma avelã, obstruindo a via de saída do ventrículo esquerdo em um paciente com quadro clínico de arritmia cardíaca, dispneia e edema. Passaram-se 60 anos até Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) escrever que os pequenos nódulos de carne eram projeções do tecido valvular, e não simples aposições. A história dá um salto de um século, e nos primórdios do século XIX, Jean Nicolas Corvisart (1755-1821) cunhou o termo vegetação para a florescência que lembrava a couve-flor da sífilis. Anos após, Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) estabeleceu correlação entre endocardite “tifoide” e o que chamava de artrite reumatoide aguda. Pouco tempo após, William Senhouse Kirkes (1822-1864) anotou que fragmentos de vegetações valvulares eram encontrados em artéria cerebral, rins e baço em casos que cursaram com febre, sopro cardíaco e manchas purpúreas na pele, além de observar nódulos cutâneos, depois batizados de nódulos de Osler por Emanuel Libman (1872-1946). Na segunda metade do século XIX, clínicos de renome como Jean-Martin Charcot (1825-1893) e Alfred Vulpian (1826-1887) entendiam que hipertermia, calafrios e esplenomegalia eram sintomas da endocardite tifoide, atribuídos à intoxicação por um veneno produzido no endocárdio doente. Na sequência, Emmanuel Winge (1817-1894) descreveu o encontro de “micro-organismos parasitas” em vegetação de valva aórtica cerca de um mês após uma supuração em pele, e Hjalmar Heiberg (1837-1897) anotou um caso de endocardite após infecção puerperal. Os segredos da endocardite infecciosa começavam a ser revelados e já podiam sustentar teorias.

A noção de porta de entrada e transporte pela corrente sanguínea foi reforçada por Edwin Klebs (1834-1913) com base na presença de micro-organismos na vegetação valvular em 27 necropsias. Uma questão que incomodava era se a presença dos micro-organismos era causa ou consequência das vegetações valvulares.

A noção de lesão valvar como fator predisponente era o que faltava para dirimir a dúvida. Ainda no século XIX, Ottomar Rosenbach (1851-1907) e Karl Koester (1843-1904) observaram que o comprometimento valvular era fator precedente favorecedor ao desenvolvimento de endocardite infecciosa.

Na penúltima década do século XIX, Hugo Ribbert (1855-1920) realizou experiências de indução de endocardite infecciosa. Ele injetou em coelhos *Staphylococcus*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825200>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825200>

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