**Endocardite após internação por meningoencefalite bacteriana: relato de caso**

KLEEMANN, Fernanda.[[1]](#footnote-1)

CAPELLI, Carolinne Cristina.[[2]](#footnote-2)

DA SILVA, Larissa Bortolotto.[[3]](#footnote-3)

ZAGO, Letícia Barboza.[[4]](#footnote-4)

DA SILVEIRA, Guilherme Manueira. [[5]](#footnote-5)

**Resumo**

É relatado o caso de um paciente de 34 anos, internado com quadro de meningoencefalite bacteriana. Ao 19° dia de internação o paciente foi diagnosticado com infecção de corrente sanguínea (ICS) por Burkholderia, com evolução para endocardite. O diagnóstico de endocardite foi confirmado por ecodopplercardiograma transesofágico e o paciente foi submetido à uma troca valvar de urgência, evoluindo para óbito.

**PALAVRAS-CHAVE**: Meningoencefalite bacteriana, endocardite, troca valvar aórtica.

#

# 1. INTRODUÇÃO

As infecções constituem-se de uma das maiores causas de mortalidade dos pacientes críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dados europeus mostram que a prevalência de infecções nesse setor é quase 4 vezes maior do que em outras unidades de internação, e dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que o desfecho seja desfavorável em aproximadamente 30% dos pacientes afetados.

Endocardite infecciosa é uma condição pouco comum na população em geral, no entanto sua incidência tem aumentado em pacientes hospitalizados, a taxa de mortalidade entre esses pacientes varia entre 9-26%. As valvas cardíacas são as regiões mais comumente afetadas pela endocardite bacteriana, em especial as valvas mitral e aórtica. As bactérias do complexo Burkholderia geralmente não causam endocardite na ausência de condições prévias agravantes, como imunossupressão, prótese valvar, presença de cateter venoso central inserido perifericamente e uso de drogas injetáveis.

A meningite bacteriana é uma doença grave e representa um importante problema de saúde pública, com altas taxas de morbidade e mortalidade. As sequelas mais frequentes são perda auditiva, ataxia devido a lesão vestibular, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, paresia, epilepsia, diabetes insípido e cegueira. Excluindo o período neonatal, as bactérias mais comumente identificadas no Brasil e responsáveis ​​por quase 90% dos casos de meningite são: Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae e Haemophilus influenzae tipo b (Hib).

**2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave do endocárdio do coração e das válvulas cardíacas, causada por uma variedade de agentes infecciosos. (Ferro JM, Fonseca AC, 2014).

Segundo Yang, E. (2018), a EI afeta cada vez mais pacientes idosos com doenças crônicas e dispositivos cardíacos artificiais. A apresentação, entretanto, permanece sutil e variada, com sintomas inespecíficos que vão desde aqueles que se assemelham a uma infecção viral leve até choque séptico e falência de múltiplos órgãos. A EI tem potencial para causar morbidade e mortalidade significativas por meio de seu impacto na função cardíaca e de complicações embólicas. As hemoculturas antes dos antibióticos e a obtenção de ecocardiografia imediata são etapas diagnósticas essenciais, seguidas pela seleção adequada de antibióticos empíricos e, em muitos casos, colaboração com especialistas em doenças infecciosas, cardiologia e cirurgia cardiotorácica.

Corroborando tal estudo, a pesquisa realizada por Long, B. (2018) demonstrou que os principais fatores de risco para desenvolvimento de uma endocardite incluem endocardite prévia (o fator de risco mais comum), dano estrutural ao coração, uso de drogas intravenosas (IVDU), função imunológica deficiente (vasculite, HIV, diabetes, malignidade), nosocomial (colocação de material cirúrgico, técnica cirúrgica inadequada, desenvolvimento de hematoma), higiene oral deficiente e uma grande variedade de organismos.

Long, B (2018) descreve a apresentação da EI e a abordagem inicial da seguinte forma:

Os pacientes geralmente apresentam doenças semelhantes à gripe. Embora a febre e o sopro ocorram na maioria dos casos, eles podem não estar presentes no momento da apresentação inicial. Um componente importante é a consideração dos fatores de risco. Um paciente com IVDU (uso anterior ou atual) e febre deve iniciar a consideração de EI. Outros fatores relevantes são múltiplos locais de infecção, dentição deficiente e resultados de cultura anormais com organismos atípicos. Se a endocardite for provável com base na história e no exame, a admissão para avaliação adicional é recomendada. As hemoculturas e o ecocardiograma são os principais exames diagnósticos.

O tratamento da endocardite inclui terapia antimicrobiana apropriada e prolongada e, em casos selecionados, cirurgia cardíaca. A base para otimizar o gerenciamento de pacientes com endocardite infecciosa é uma abordagem em equipe, conforme recomendado pela Sociedade Europeia de Cardiologia e Diretrizes da Associação Americana de Cardiologia. O núcleo da equipe deve incluir especialistas em cardiologia, cirurgia cardiotorácica e doenças infecciosas, com a possível adição de anestesiologia cardíaca, radiologia, neurologia, eletrofisiologia cardíaca e outros, dependendo da situação clínica específica (Vincent LL, Otto CM. 2018).

**3. METODOLOGIA**

Os dados foram obtidos por meio de busca de prontuários e evoluções médicas através do sistema de gerenciamento, Tasy®, do Hospital São Lucas, situado na cidade de Cascavel (PR).

**4. ANÁLISES E DISCUSSÕES**

J.D.S, 34 anos, masculino, procedente de Corbélia (PR), iniciou quadro de febre com petéquias difusas, confusão mental e agitação. Foi admitido no pronto socorro de sua procedência onde fez uso de naproxeno e evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (ECG 7), sendo em seguida submetido à IOT + VM e testou sorologia para dengue (IgG). No dia seguinte foi transferido ao Hospital São Lucas (Cascavel – PR), sob IOT + VM, sedado e compensado hemodinamicamente com droga vasoativa em baixas doses.

O paciente em questão tem histórico de coarctação de aorta, pós operatório tardio de troca valvar e uso prévio de Marevan e AAS.

No momento da internação, o paciente apresentava, ao exame físico, mal estado geral, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de liberação piramidal. Além disso, apresentava rigidez de nuca, discreta hiperemia conjuntival bilateral e pétequias difusas, essencialmente em tronco e membros. Os exames e a evolução laboratorial estão descritos na tabela 1. Como hipóteses diagnosticas, suspeitava-se de meningococcemia, meningoencelite viral ou meningoencefalite por dengue. Na conduta inicial, foi prescrito ceftriaxona em dose para SNC, aciclovir e dexametasona 4mg 6/6h.

Nos dias seguintes, o paciente evoluiu com piora hemodinâmica, hemorragia conjuntival espontânea e piora da função renal. Foram realizados os exames de tomografia computadorizada de crânio e ecocardiograma transtorácico bidimensional com doppler colorido, que revelaram resultados dentro da normalidade. Após isso, o paciente foi retirado da sedação e suspendeu-se aciclovir. No sexto dia de internação, o paciente encontrava-se sem sedação, torporoso, sem despertar ativo e agitado. Mantinha IOT + VM, com ECG 10T, mobilização ativa e simétrica dos 4 membros e sem rigidez de nuca. Além disso, a cultura de LCR foi negativa e manteve-se ceftriaxona em dose para SNC. No dia seguinte, o paciente foi extubado e continuou torporoso. Ao exame físico apresentava regular estado geral e ECG 13. A meningoencefalite bacteriana foi diagnosticada e após o término da antibioticoterapia foi realizada uma nova coleta de líquor que revelou resultados dentro da normalidade, sendo assim, recebeu alta neurológica.

Devido à longa estadia em UTI decorrente do quadro de meningoencefalite bacteriana e à manutenção de picos febris contínuos, foi realizada uma tomografia computadorizada de seios da face na qual notou-se hipodensidade giral frontal esquerda e occipital esquerda, sugerindo edema vasogênico com suspeita de abscesso cerebral. Foi também identificada uma infecção de corrente sanguínea por Burkholderia e foi adotado como conduta o uso de levofluoxacino e bactrim.

No 20° dia de internação o paciente se encontrava estável clinicamente, sem déficits neurológicos e sem novos picos febris. Ao exame físico estava em regular estado geral, lentificado, com ECG 15. Foi realizada uma ressonância magnética que confirmou os achados da tomografia computadorizada de seios da face e passou a suspeitar-se de vasculite secundária ao meningococo. Diante disso, a equipe de neurologia sugeriu a manutenção de ceftriaxona para cobertura de meningococo, considerando a heterogeneidade das lesões.

No dia seguinte, foi realizado um ecocardiograma transesofágico, que mostrou abscesso perivalvar, com soltura de 1/3 da prótese de válvula aórtica e dos fios de sutura, indicando um quadro de endocardite bacteriana. O paciente estava evoluindo com congestão pulmonar e com múltiplos sangramentos intracranianos, sendo indicada a cessação de anticoagulação plena devido ao alto risco de sangramento intracraniano, e foi indicada também cirurgia cardiológica. Um novo ecodopplercardiograma transesofágico foi realizado e nele houve a confirmação de que a prótese mecânica aórtica estava em posição aórtica com sinais de disfunção.

No 25° dia de internação o paciente apresentou relevante piora clínica do ponto de vista cardiovascular, sendo submetido à troca valvar aórtica de urgência e fechamento de comunicação intraventricular. Em seguida apresentou piora hemodinâmica, e mesmo com aumento de drogas vasoativas não foi obtida resposta hemodinâmica adequada, evoluindo com choque refratário e assistolia em monitor. Ao exame, apresentou ausência de pulsos, murmúrio vesicular e bulhas cardíacas ausentes e arreflexia de tronco, sendo então constatado óbito.

Tabela 1 – Evolução das coletas de líquor

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Proteinorraquia | Glicorraquia  | Leucócitos  | Hemácias | Células | Anticorpos para dengue |
| 21/08 | 80 mg/dL | - | 110/mm3 | - | - | NR |
| 27/08 | 51 mg/dL | 81 mg/dL | 2/mm3 | - | - | - |
| 07/09 | 43 mg/dL | 71 mg/dL | - | 2/mm3 | 1/mm3 | - |

Fonte: Prontuário do paciente.

# 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico aqui descrito tem como objetivo relatar um quadro de endocardite resultante de uma infecção sanguínea causada pelo Burkholderia, em um paciente do sexo masculino, de 34 anos, com histórico prévio de prótese aórtica metálica e internação por meningoencefalite bacteriana.

**REFERÊNCIAS**

Blanco, Bruna P. Pediatric bacterial meningitis and meningococcal disease profile in a Brazilian General Hospital. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 2020. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867020300805?via%3Dihub <acesso em: 07 out.2021.

Cardoso Teixeira Sinésio, Marcia, Magro, Marcia Cristina da Silva, Carneiro, Tatiane Aguiar, Nunes da Silva, Kamilla Grasielle, FATORES DE RISCO ÀS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. Cogitare Enfermagem. 2018;23(2). Disponível em < https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483660205013/483660205013.pdf>acesso em: 08 out.2021.

Costa, André Falcão Pedrosa. Endocardite por Burkholderia cepacia e corpo estranho intracardíaco. Revista Portuguesa de Cardiologia, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255114000079>acesso em: 07 out.2021.

David CMN. Infecção em UTI. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 30 de setembro de 1998 [citado 8 de outubro de 2021];31(3):337-48. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7680>acesso em: 08 out.2021.

Ferro JM, Fonseca AC. Infective endocarditis. Handb Clin Neurol. 2014. Disponível em < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24365290/>acesso em: 06 out.2021.

Long B, Koyfman A. Infectious endocarditis: An update for emergency clinicians. Am J Emerg Med. 2018. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/243/>acesso em: 06 out.2021.

Vincent LL, Otto CM. Infective Endocarditis: Update on Epidemiology, Outcomes, and Management. Curr Cardiol Rep. 2018. Disponível em < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30117004/>acesso em: 06 out.2021.

Yang E, Frazee BW. Infective Endocarditis. Emerg Med Clin North Am. 2018. Disponível em < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30296997/>acesso em: 06 out.2021.

1. Acadêmica do sexto período de medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: fermedfag@gmail.com [↑](#footnote-ref-1)
2. Acadêmica do sexto período de medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: capellicarolinecristina@gmail.com [↑](#footnote-ref-2)
3. Acadêmica do sexto período de medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: larissab\_ds@hotmail.com [↑](#footnote-ref-3)
4. Acadêmica do sexto período de medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: leticiazago2008@hotmail.com [↑](#footnote-ref-4)
5. Médico cardiologista e ecocardiografista, professor da disciplina de cardiologia sexto período de medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gourgacz. E-mail: guilherme\_manueira@hotmail.com [↑](#footnote-ref-5)