esse patógeno na lista de germes típicos. Apresentamos três casos de EISL definitiva de acordo com os critérios modificados de Duke. Caso 1. Paciente de 16 anos, com história de cirurgia de transposição dos grandes vasos, com estenose de artéria pulmonar residual. Internação com relato de febre, tremores e dor incapacitante em membro inferior direito de 10 dias de evolução. Ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciou valva aórtica nativa espessada e com imagem aderida (16 × 16 mm) em folheto coronariano direito. Colhidas hemoculturas na admissão que evidenciaram crescimento de S.lugdunensis em 6/6 amostras. Foi identificada embolização para a artéria renal esquerda. Foi realizada troca valvar aórtica mecânica e plastia de tronco da artéria pulmonar. Caso 2. Trata-se de uma EI tardia de válvula protética em uma paciente de 68 anos internada para controle de flutter atrial, que durante a internação apresentou febre e déficit neurológico focal, confirmando acidente vascular encefálico (AVC) hemorrágico. ETT evidenciou vegetação de 5 mm aderida a bioprótese mitral. Hemoculturas evidenciaram crescimento em 2/2 amostras de S. lugdunensis, optando-se por tratamento conservador. Caso 3. Homem de 27 anos com EI de válvulas nativas (mitral e aórtica) portador de válvula aórtica bicúspide, com quadro de febre, PCR elevada e evento embólico vascular para artéria poplítea esquerda de evolução em dias. ETT evidenciou vegetação de 12 × 15 mm em válvula aórtica. Hemoculturas foram positivas em 8/8 amostras. Dupla substituição mitroaórtica por bioprótese. Realizou trombectomia e fasciotomia do membro inferior esquerdo. Foi reoperado devido à persistência de abcesso intracardíaco, com retroca mitro-aórtica por prótese mecânica. Usou cefuroxima supressiva por vários meses por apresentar captação ao PET/CT no aneurisma micótico poplíteo. Os casos apresentados mostraram curso agressivo, com embolização. Todos foram tratados com 42 dias ou mais de antibioticoterapia e sobreviveram. É fundamental a identificação a nível de espécie de ECN isolados em hemoculturas e realizar ETT e rastreio para embolizações.

Palavras-chave: Estafilococo coagulase negativo Endocardite Infecciosa Embolização S. lugdunensis Troca valvar

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103153

ENDOCARDITE INFECCIOSA ASSOCIADA A DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS: SÉRIE DE CASOS

Mariana Giorgi Barroso de Carvalho*,
Thatyane Veloso de Paula Amaral de Almeida,
Nícolas de Albuquerque Pereira Feijóo,
Rafael Quaresma Garrido,
Giovanna Ianini Ferraiuoli Barbosa,
Wilma Félix Golebiovski, Bruno Zappa, Clara Weksler,
Marcelo Goulart Correia, Cristiane da Cruz Lamas

Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O uso de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) tem crescido nos últimos anos. Nosso objetivo foi avaliar as características clínicas da endocardite infecciosa (EI) envolvendo dispositivos cardíacos (EIDCEI) em uma série de EI nos últimos 17 anos.

Métodos: De janeiro de 2006 a maio de 2023, 502 casos definitivos de EI, pelos critérios de Duke modificados, em adultos, foram diagnosticados em nosso centro, e incluídos consecutiva e prospectivamente. As EIDCEI foram buscadas e descritas.

Resultados: EIDCEI ocorreu em 37/502 (7,4%) casos de EI. A idade média ± desvio padrão foi de 54,6±19,0 anos, sendo 64,8% do sexo masculino. Aquisição comunitária de EI ocorreu em 11 (29,7%), nosocomial em 19 (51,3%) e associada a assistência à saúde não nosocomial em 7(18,9%). Na história pregressa, 17 (45,9%) tinham feito cirurgia cardíaca, 18 (48,6%) tinham insuficiência cardíaca congestiva (ICC), 12 (32,4%) tinham doença arterial coronariana, 9 (24,3%) insuficiência renal crônica e 24 (64,8%) hipertensão arterial. Ecocardiograma transesofágico foi realizado em 32/37(86.5%) dos pacientes e acometimento concomitante de valva tricúspide, mitral e aórtica foi encontrado em 7/37(18.9%),513.5%) e 1(2,7%) casos respectivamente. Febre foi observada em 89,2%, novo sopro regurgitante em 16,2%, evento vascular embólico em 27%. Proteína C reativa estava elevada em 30/37(81%) e velocidade de hemossedimentação em 5/22(22,7%). Todos os pacientes colheram hemoculturas, das quais, 73% foram positivas. Os microrganismos causadores foram predominantemente Staphylococcus aureus (35%), Gram negativos não HACEK (10,8%) e fungos (10,8%). As principais complicações foram bacteremia persistente em 7(18.9%), IC aguda em 8 (21,6%), insuficiência renal aguda em 14 (37,8%) e embolização para pulmões em 10/35 (28,5%). A cirurgia foi indicada para 33 (89,2%) pacientes e efetivamente realizada em 30 (81%). A mortalidade intra-hospitalar foi de 15/37 (40,5%).

Conclusão: A endocardite infecciosa em DCEI tem apresentado incidência crescente na literatura, em função do maior número de dispositivos inseridos, do envelhecimento da população e das comorbidades, e em nosso centro representou quase 10% de todas as EI nos últimos 17 anos. Os agentes etiológicos podem ser não usuais na EI em geral, como bastonetes Gram negativos e fungos. Trata-se de uma doença grave, com alto índice de complicações e óbitos, que requer a retirada do dispositivo.

Palavras-chave: Endocardite Infecciosa Dispositivo Implantável Nosocomial Fungos Bastonetes Gram Negativos

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103154

ENDOCARDITE INFECCIOSA E PNEUMOCISTOSE COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Brener Rafael Nascimento*,
Nazareth Fabíola Rocha Setúbal,
Tarquino Erastides Gavilanes Sanchez,
Elízia Carolline Rodrigues Araujo,
Claudia Neto Gonçalves Neves da Silva

Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Brasília, DF, Brasil

A infecção pelo vírus HIV não é um fator de risco particular para endocardites infecciosas e, da mesma forma que a população não infectada pelo HIV, é mais frequente em usuários de drogas injetáveis. O caso a seguir é uma descrição incomum de manifestação inicial de infecção pelo vírus HIV com Endocardite e pneumocistose. Paciente, DFS, masculino, 33 anos, previamente hígido deu entrada no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em 05/03/2021, com sintomas respiratórios sugestivos de infecção por Covid-19 (febre, dispnéia, fadiga, astenia e dessaturação) iniciados 2 semanas antes da internação. Realizada tomografia de tórax que evidenciou infiltrado em vidro fosco difuso e bilateral com predomínio central, reticulações e pequenos nódulos de permeio comprometendo 50% do parênquima pulmonar. Realizou 2 exames de RT-PCR para Sars-Cov2, ambos negativos. Recebeu corticoterapia porém ainda assim evoluiu com piora do quadro respiratório, taquicardia importante (até 140bpm), persistência da febre, além de monilíase oral. Em angiotomografia de tórax realizada em 18/03/21 evidenciou aumento das opacidades para 70%. Solicitada sorologia para HIV que foi reagente, o que motivou início de bactrim terapêutico para pneumocistose (CD4+ 107 células/mm^3, carga viral 146.014 cópias). Devido à persistência de febre, taquicardia e sopro panfocal, solicitado Ecocardiograma transesofágico 20/04/21 que evidenciou imagem filamentar em valvas mitral e tricúspide. Paciente negou uso de drogas injetáveis ou outros fatores de risco para endocardite. Várias amostras de hemoculturas coletadas negativas. Fez uso empírico de Meropenem e Vancomicina por 6 semanas. Permaneceu afebril, em bom estado geral e recebeu alta em 14/05/2023 em uso de antirretrovirais e profilaxia secundária para pneumocistose. No auge da pandemia de covid-19 muitas infecções respiratórias foram negligenciadas devido a similaridade das alterações clínicas e tomográficas deste vírus com outras patologias, como a pneumocistose, a exemplo do caso descrito. Além disso, enfatizamos a importância da observação minuciosa do paciente; o mesmo ainda apresentava taquicardia e febre persistente, sintomas que poderiam ser facilmente atribuídos à doença oportunista e à infecção pelo HIV, porém ao prosseguir com a investigação foi possível diagnosticar e tratar uma endocardite infecciosa, o que certamente contribuiu para a sobrevivência do paciente, apesar de todas as possibilidades de desfechos negativos relacionados a este caso.

Palavras-chave: HIV Endocardite Pneumocistose Sopro Hemocultura

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103155

ENDOCARDITE INFECCIOSA POR BARTONELLA. SPP: SERIE DE CASOS EM TRÊS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Juliana Roberta Mottta Ragozzino[a,*], Ana Maria Thomaz[a], Diego Augusto Medeiros Santos[b], Tania Mara Varejão Strabelli[a], Vera Demarchi Aiello[a], Jussara Bianchi Castelli[a], Silvia Colombo[c], Cristiane da Cruz Lamas[d], Rafael Quaresma Garrido[d], Beatriz Muller Unser[d], Paulo Vieira Damasco[e], Rinaldo Focaccia Siciliano[a]

[a] *Instituto do Coração (InCor), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;*
[c] *Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP, Brasil;*
[d] *Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;*
[e] *Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

Introdução: Endocardite infecciosa é uma doença grave, com elevada morbidade e mortalidade. O diagnóstico muitas vezes é tardio devido à sua apresentação clínica diversificada. Entre as causas da endocardite infecciosa, a infecção por Bartonella spp. tem sido reconhecida como um importante diagnóstico diferencial, especialmente em casos com culturas sanguíneas negativas. Este microrganismo também é conhecido por causar doença da arranhadura do gato, uma antropozoonose típica no Brasil.

Objetivo: Descrever e analisar serie de casos de endocardite causada por Bartonella spp.

Métodos: Foram avaliados casos consecutivos de endocardite atendidos em três hospitais universitários no período de 2004 a 2023. O critério diagnóstico utilizado foi endocardite possível ou definida pelos Critérios de Duke-ISCVID e sorologia ≥1600 para Bartonella spp.

Resultados: foram observados 24 pacientes com diagnostico de endocardite por Bartonella spp.: 20 deles provenientes do Instituto do Coração (InCor HC-FMUSP) de São Paulo, dois casos do Hospital Universitário Pedro Ernesto do Estado do Rio de Janeiro (HUPE-UERJ) e dois casos do Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro - RJ. Todos os pacientes apresentaram hemoculturas negativas e em sete deles a infecção por Bartonella spp. foi confirmada por biologia molecular sérico. Vinte e três pacientes (96%) tinham valvopatia pré-existente, e 18 (75%) prótese cardíaca. Houve predomínio do acometimento da valva aórtica (58%), seguido por valva mitral (33%) e valva pulmonar (4%). As complicações relatadas incluíram insuficiência cardíaca (58%), abscesso valvar (46%) e embolia vascular (21%). Apenas três casos (12%) não apresentaram complicações. Os antibióticos mais frequentemente usados foram ceftriaxone, vancomicina e/ou doxiciclina. Aminoglicosídeos foram utilizados em associação em 14 casos (58%). Dezesseis pacientes foram submetidos à cirurgia de troca valvar (67%), e a letalidade geral intra-hospitalar foi de 25%. Todos os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca tiveram confirmação histológica de endocardite.

Conclusão: endocardite por Bartonella spp envolveu pacientes predominantemente com prótese valvar e apresentou elevada frequência de complicações. Deve-se considerar a possibilidade desta infecção como diagnóstico diferencial dentre as endocardites com culturas negativas.

Palavras-chave: Bartonella endocardite protese valvar

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103156