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