



Endocardite Infecçiosa em prótese

No início de 2008 faleceu Beto Carreiro, artista famoso. Seu histórico médico: após 4 meses de cirurgia bem sucedida, mas indisciplinado nos cuidados preventivos, teve febre por 15 dias não comunicada e reoperação (endocardite em prótese aórtica) com morte. Auristela O. Ramos, chefe da seção de Endocardite do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia nos explica o tema.

“Endocardite infecciosa (EI) é complicação que pode ocorrer após o implante de uma prótese valvar, tecidual ou mecânica, com incidência de 0,3% a 1,2% paciente/ano, pico nos primeiros três meses após o implante. Deve existir uma condição predisponente com lesão endotelial (cardiopatía valvar, congênita ou prótese) e invasão de microorganismos no sangue capazes de aderirem à superfície endocárdica ou protética.

A monitorização contínua por hemoculturas, novos métodos de identificação de microorganismos causadores de infecção, refinaram o diagnóstico etiológico da EI. Fatores patogênicos da EI em prótese: homens, antecedentes de EI na valva nativa e tempo de circulação extracorpórea. Localização mais freqüente: no anel da sutura, leva à deiscência, abscesso, vazamento paraprótico e fístulas.

A EI em prótese, pode ser precoce: nos 12 primeiros meses após o implante da prótese e os germes mais comumente responsáveis: *Staphylococcus epidermidis* oxacilina-resistente, os gran-negativos, os fungos e as bactérias do grupo HACEK. Nesses casos, a bacteremia é secundária à manipulação transoperatória ou à infecção da ferida operatória, dos cateteres endovenosos, do trato urinário ou respiratório. Na tardia: *Streptococcus* na maioria dos casos, e a bacteremia é de lesões de pele, pobre higiene bucal e procedimentos invasivos.

A mortalidade na EI em prótese continua elevada: demora no diagnóstico e retardo no tratamento adequado da EI precoce; a idade avançada, a infecção por *Staphylococcus*, a cirurgia de emergência, a disfunção renal hepática indicam mau prognóstico. A apresentação clínica inclui febre persistente após a troca valvar, anorexia, presença de novos sopros cardíacos, IC, Bloqueios de Ramo no ECG e fenômenos embólicos.

Hemocultura identifica o agente etiológico e a ecocardiografia esclarece o diagnóstico nos pacientes com alta suspeição clínica de infecção.



Nabil Ghorayeb
ghorayeb@cardiol.br

O eco transesofágico (ETE) é o mais sensível que o transtorácico na EI em prótese, no que diz respeito às complicações: abscessos, deiscência de prótese e fístulas.

A escolha do antibiótico deve ser baseada sempre na hemocultura e no tempo do implante da prótese. Nas EI tardias, quadros subagudos e pacientes com bom estado geral, o início do tratamento pode ser retardado por 24/48 horas, na tentativa de isolar o microorganismo responsável. Se não houver crescimento após 48 horas, o antibiótico deve ser iniciado baseado no quadro clínico e na possível porta de entrada pela história clínica, epidemiológica ou pelo exame físico. Na EI precoce, febre elevada, calafrios e hemograma infeccioso, iniciar os antibióticos imediatamente após a coleta das hemoculturas: Vancomicina, gentamicina e rifampicina para os germes nosocomiais, *Staphylococcus oxacilina-resistente*.

Cirurgia associada ao tratamento clínico favorece o prognóstico do paciente. IC, infecção persistente, disfunção da prótese, fístulas, abscessos e EI precoce, usar a estratégia combinada. Iniciar a prevenção da EI em prótese antes da troca valvar, com revisão odontológica, identificação de possíveis portas de entrada para microorganismos e curando infecções antes da internação. Na indução anestésica, é recomendada a aplicação de antibióticos de largo espectro, os quais devem ser mantidos por cerca de 48 horas ou até a retirada dos cateteres. As infecções no pós-operatório devem ser prontamente tratadas. Após a alta hospitalar, febre, queda do estado geral ou sinal de infecção ou descompensação cardíaca, iniciar antibioticoterapia antes de qualquer intervenção que possa cursar com bacteremia.”

“ **Endocardite infecciosa é complicação que pode ocorrer após o implante de uma prótese valvar, tecidual ou mecânica, com incidência de 0,3% a 1,2% paciente/ano, pico nos primeiros três meses após o implante.** ”

Auristela O. Ramos, chefe da seção de Endocardite do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia