

Endocardite Infecçiosa: Novos Espectros, a Mesma Gravidade

Infective Endocarditis: New Spectra, Same Severity

Tiago Bignoto¹ 

Instituto do Coração – InCor - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,¹ São Paulo, SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Cirurgia de Endocardite Infecçiosa. Análise de 328 Pacientes Operados em um Hospital Universitário Terciário*

A endocardite infecciosa é uma doença rara, mas com elevada taxa de complicações graves e que muitas vezes pode ser encarada como uma síndrome.¹ Uma avaliação fria dos dados publicados internacionalmente² nos mostra que apesar de todo o avanço tecnológico e uma tendência precoce a intervenção cirúrgica, não houve uma grande redução nos desfechos clínicos, principalmente mortalidade, mas uma busca mais detalhada de informações pode nos trazer outros pontos de vista.

O artigo de Jorge MS et al.,³ corrobora a ideia de diagnósticos e intervenções precoces nesse amplo espectro de pacientes e observar a mudança epidemiológica dos pacientes ao longo dos anos é chave fundamental para uma leitura ampla do manejo da endocardite infecciosa contemporânea.⁴

Embora a patologia da endocardite seja a mesma, a doença em si surge como um antigo problema, mas com roupagem completamente diferente. Na era dos primeiros antimicrobianos disponíveis, os pacientes eram jovens e apresentavam relativamente poucas comorbidades, como cardiopatias reumática ou congênita. Recentemente, em um momento de antimicrobianos de amplo espectro e potencial bactericida mais robusto, o paciente que se apresenta tem outro perfil, sendo mais idoso, com múltiplas comorbidades e clinicamente mais instável.²

Ao observar o comportamento evolutivo dos pacientes analisados, Jorge MS et al.,³ também destaca a mudança do perfil clínico epidemiológico e das cepas microbiológicas envolvidas, situação que está intimamente relacionada ao perfil do paciente, muitas vezes institucionalizado. O que antes tinha como um grande protagonista o *Streptococcus*, os dados contemporâneos apontam para a maior prevalência do *Staphylococcus* como agente causador da endocardite infecciosa.⁵

Embora tenha sido, até o momento, pouco abordado de forma ampla e irrestrita, as mudanças no manejo da profilaxia antibiótica para prevenção da endocardite infecciosa também podem ter impactado essa evolução ao longo dos últimos 30 anos, em que cada vez mais temos uma conduta conservadora nas diretrizes internacionais, contrastando com as orientações encontradas na última diretriz nacional de valvopatias.^{6,7}

Nesse contexto, um diagnóstico rápido e preciso é o primeiro passo para oferecer ao paciente a chance de uma intervenção mais assertiva e no momento certo. Um diagnóstico tardio e a procrastinação de uma terapia antimicrobiana adequada levam a complicações e piores resultados clínicos.⁸

A apresentação clínica é diversa, partindo desde quadros sépticos graves até síndromes de febre de origem indeterminada ou mesmo manifestações puramente cardiovasculares como insuficiência cardíaca.² O autor³ inclusive aponta para a insuficiência cardíaca congestiva como principal comorbidade associada aos pacientes que foram acompanhados, o que pode trazer uma confusão clínica e um desafio diagnóstico ainda mais complexo, visto que a presença dessa manifestação pode atrasar um diagnóstico preciso que necessitará, mais do que antes, de outros critérios de Duke, como visto nos métodos de imagem.⁹⁻¹¹

Os desafios contemporâneos da Endocardite Infecçiosa são diversos e a prevenção é sem sombra de dúvidas a melhor estratégia a ser empregada.¹² Uma vez diante da possibilidade, o rápido diagnóstico e uma terapia individualizada parecem ser a melhor estratégia para reduzir as complicações, sendo o tratamento cirúrgico, um procedimento que tem papel crescente e decisivo em grupos de pacientes mais graves. A busca por informações desses pacientes proporcionará à cardiologia a chance de transformar os desafios em caminhos pavimentados para as melhores respostas terapêuticas na endocardite infecciosa.

Palavras-chave

Endocardite Infecçiosa; Cirurgia Cardíaca; Doença das Valvas Cardíacas

Correspondência: Tiago Bignoto •

Avenida Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44. CEP 05403-900, Cerqueira César, São Paulo, SP – Brasil

E-mail: tiagobignoto@yahoo.com.br

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20230117>

Referências

1. Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. *Lancet* 2016;387(10021):882–93. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00067-7
2. Cahill TJ, Baddour LM, Habib G, Hoen B, Salaun E, Pettersson GB, Schäfers HJ, Prendergast BD. Challenges in Infective Endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Jan 24;69(3):325–44. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.10.066
3. Jorge MS, Rodrigues AJ, Vicente WVA, Evora PRB. Infective Endocarditis Surgery. Insights from 328 Patients Operated in a University Tertiary Hospital. *Arq Bras Cardiol*. 2023; 120(3):e20220608
4. Prendergast BD. The changing face of infective endocarditis. *Heart* 2006;92(7):879–85. DOI: 10.1136/hrt.2005.067256
5. Habib G, Badano L, Tribouilloy C, Hoen B, Tornos P, Thuny F, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and by the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. *Eur Heart J* 2009;30(19):2369–413. DOI: 10.1093/eurheartj/ehp285
6. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021 Feb 2;143(5):e35–e71. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000932
7. Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AIO, Sampaio RO, Rosa VEE, Accorsi TAD, et al. Update of the Brazilian Guidelines for Valvular Heart Disease - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020 ; 115(4):720-75. DOI: 10.36660/abc.20201047
8. Dickerman SA, Abrutyn E, Barsic B, Bouza E, Cecchi E, Moreno A, et al. ICE Investigators. The relationship between the initiation of antimicrobial therapy and the incidence of stroke in infective endocarditis: an analysis from the ICE Prospective Cohort Study (ICE-PCS). *Am Heart J*. 2007;154(6):1086–94. DOI: 10.1016/j.ahj.2007.07.023
9. Habets J, Tanis W, Reitsma JB, den Brick R, Mali WP, Chamuleau AS, et al. Are novel non-invasive imaging techniques needed in patients with suspected prosthetic heart valve endocarditis? A systematic review and metaanalysis. *Eur Radiol*. 2015;25(7):2125–33. DOI: 10.1007/s00330-015-3605-7
10. Feuchtner GM, Stolzmann P, Dichtl W, Schertler T, Bonatti J, Scheffel H, et al. Multislice computed tomography in infective endocarditis: comparison with transesophageal echocardiography and intraoperative findings. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(5):436–44. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.01.077
11. Saby L, Laas O, Habib G, Cammilleri S, Mancini J, Tessonier L, et al. et al. Positron emission tomography/computed tomography for diagnosis of prosthetic valve endocarditis: increased valvular 18F-fluorodeoxyglucose uptake as a novel major criterion. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(23):2374–82. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.01.092
12. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Cammilleri S, Mancini J, Tessonier L, et al. 2015 ESC guidelines for the management of infective endocarditis. *Eur Heart J*. 2015;36(44):3075–128. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv319

