Etiologia: segundo grupo de risco

Valva nativa

EI aguda:
1) S. aureus
2) Enterococcus
3) Streptococcus pneumoniae

EI subaguda:
1) Streptococcus do grupo viridans
2) Enterococcus
3) Strotococcus bovis
4) Grupo HACEK

Usuários de drogas IV:
1) S. aureus
2) BGN entéricos
3) Fungos (Cândida, Aspergillus)

Prótese valvar

EI precoce (< 12 meses da troca)
1) Staphylococcus epidermitis
2) S. aureus, BGN entéricos e Cândida

EI tardia (> 12 meses da troca):
1) Streptococcus do grupo viridans
2) S. aureus

Agentes raros:
1) Abiotrophia
2) Bortonella hanselae
3) Brucella sp.
4) Tropheryma whippeli

Patogenia

Fatores predisponentes

Lesões cardíacas de risco ocasionadas por forças de cisalhamento:
- fluxo sanguíneo intenso turbilhonado
- fluxo sanguíneo de câmara de alta pressão para câmara de baixa pressão
- fluxo sanguíneo através de orifício estreitado

Lesões de alto risco:
- Valvas cardíacas protéticas
- Endocardite prévia em valva nativa
- Cardiopatia congênita cianótica complexa
- Derivação cirúrgicas sistêmico-pulmonares
- Coarctação da aorta

Lesões de médio risco:
- Doença reumática
- Doença cardíaca degerativa
- Cardiomiopatia hipertrófica
- Prolapso de valva mitral com regurgitação

Lesões que geralmente não predispõem à endocardite:
- defeito do septo atrial
- revascularização coronaria previa
- sopros cardíacos inocentes
- prolapso de valva mitral sem sopro
- doença reumática prévia sem disfunção valvar
- desfibriladores implantáveis ou marca-passos permanentes
- reparo cirúrgico de ducto arterioso patente, defeito de septo ventricular e defeito do septo atrial

Fatores desencadeadores de bacteremia

> Procedimentos de dentários:
- extração dentária
- instrumentação endodôntica
- ortodontia
- manejo periodontal

> Procedimentos genitourinários:
- cirurgia prostática
- cistoscopia
- dilatação uretral

> Procedimentos respiratórios:
- amigdalectomia
- broncoscopia rígida

> Procedimentos gastrointestinais:
- CPRE com obstrução biliar
- Colecistectomia
- Escleroterapia de varizes esofagianas

> Procedimentos cutâneos:
- drenagem de abscessos

> Drogas injetáveis

Profilaxia: indicada, na vigência de lesões de alto risco, quando estiver programada procedimentos dentários nos quais ocorre manipulação do tecido gengival, manipulação da região periapical ou perfuração da mucosa orofaringea

Opções de Esquemas:
- Amoxicilina 2g VO 1hr antes do procedimento
- Ampicilina 2g IV ou IM 1hr antes do procedimento
- Claritromicina ou Azitromicina 500mg VO 1hr antes do procedimento
- Cefalexina 2g VO 1hr antes do procedimento
- Clindamicina 600mg VO 1hr antes do procedimento
- Clindamicina 600mg IV ou IM 1hr antes do procedimento
- Cefazolina 1g IV ou IM 30min antes do procedimento
- Ceftriaxone 1g IV ou IM 30min antes do procedimento

Fisiopatologia:
- lesao inicial do endotélio
- deposição de tampão plaquetário e fibrinoso (ETNB)
- bacteremia transitória
- colonizaçao da ETNB por agentes infecciosos
- efeitos destrutivos locais
- embolização de fragmentos da vegetação
- infecção de outros sítios através de bacteremia persistente
- resposta imune humoral com hipersensibilidade do tipo 2
- produção de citocinas que determinam sintomas constitucionais

Manifestações clínicas

Segundo órgãos alvos

Periféricas:
- petequias
- hemorragias subungueais
- nódulos de Osler
- manchas de Janeway
- manchas de Roth
- baqueteamento digital

Cardiológicas:
- surgimento sopros cardiacos
- intensificação de sopros existentes
- insuficiência cardiaca rapidamente progressiva

Nefrológicas:
- Glumerulonefrite focal
- Infarto renal
- Abscesso renal

Neurológico:
- AVEi séptico
- Abscesso cerebral
- Aneurisma micótico

Se sinais e sintomas neurológicos proceder:
- TCC
- PL
- Arteriografia

Musculoesqueléticas:
- Artralgia oligo ou monoarticular
- Lombalgia

Hematológicas:
- Anemia de doença crônica
- VHS aumentada
- Leucocitose e neutrofilia

Segundo cronologia

Aguda: sintomatologia abrupta (febre alta e prostração) de início há menos de 2 semanas e até, no máximo, 6 semanas

Subaguda: sintomatologia insidiosa (febre baixa intermitente e perda ponderal) com mais de 6 semanas

Exames complementares

Hemoculturas: número de amostras:
- EI aguda: 3 com intervalo de 15min
- EI subaguda: 3 com intervalo de 6h
- ATB prévio: colher mais 3 amostras

ECO:
- TT: menos sensível (60 e 70%) e menos informativo
- TE: mais sensível (75 e 95%) e mais informativo

Critérios de Duke

Diagnóstico

Diagnóstico:
- Presença de 2 critérios maiores ou
- Presença de 1 critério maior e 3 menores ou
- Presença de 5 critérios menores

Diagnóstico diferencial se:
- diagnóstico alternativo mais provável
- melhora com menos de 4 dias de ATB
- cirurgia cardíaca branca
- necropsia branca

Diagnóstico diferencial de EIA:
- Síndrome séptica

Diagnóstico diferencial de EISA:
- TB
- Sífilis
- Abscesso cerebral
- Meningite
- LES
- AR
- Vasculites
- Púrpura trombocitopênica
- Neoplasias hematológicas

Diagnóstico: Endocardite infecciosa

Tratamento

Indicações cirúrgicas

EI em Valva nativa:
- regurgitação aórtica ou mitral relacionadas a IC classe III ou IV
- regurgitação aórtica aguda com taquicardia e fechamento precoce de valva de valva mitral
- endocardite fúngica
- evidência de abscesso anular ou aórtico
- evidência de aneurisma ou pseudo-aneurisma de seio valsalva
- evidência de disfunção valvar e bacteremia persistem por mais de 10 dias

EI em Prótese valvar:
- com colocação precoce com menos de 2 meses
- endocardite fúngica
- disfunção de prótese valvar com IC
- evidência de abscesso anular ou aórtico
- evidência de aneurisma ou pseudo-aneurisma de seio valsalva

ATB empírica

Valva nativa
- EI aguda: Oxacilina IV + Gentamicina IV → Desescalonar segundo germe isolado e manter por 4-6 semanas
- EI subaguda: Penicilina G cristalina IV + Gentamicina IV → Desescalonar segundo germe isolado e manter por 4-6 semanas

Prótese valvar
- Vancomicina IV + Gentamicina IV → Desescalonar segundo germe isolado e manter por 4-6 semanas

Usuários de drogas IV
- Vancomicina IV + Gentamicina → Desescalonar segundo germe isolado e manter por 4-6 semanas

Avaliar resposta terapêutica:
- avaliar defervescência em 1 a 2 semanas
- se febre não ceder, obter nova hemocultura em 10 dias
- se hemocultura positiva, proceder novo ECOTE
- se evidências de EI refratária, tratar adequadamente