

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 8, 2025

••• ARTIGO 10

Data de Aceite: 28/10/2025

ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PACIENTE TRANSPLANTADA RENAL IMUNOSSUPRIMIDA

Evandro José Walczak

Médico Residente de Clínica Médica do Hospital de Clínicas Ijuí

Douglas Prestes Uggeri

Médico Nefrologista preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital de Clínicas Ijuí

Dante Thomé da Cruz

Médico Cirurgião Cardiovascular preceptor da Residência de Cardiologia do Hospital de Clínicas Ijuí



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Palavras-Chave: Endocardite infecciosa. Vegetação. Imunossuprimida

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) configura-se como uma enfermidade de alta complexidade, especialmente por conta das transformações populacionais, que aumentaram sua incidência e a maior frequência de infecções por *Staphylococcus*. Dessa forma, vem sendo cada vez mais frequente a persistência tanto de complicações graves quanto de índices significativos de mortalidade, especialmente em pacientes imunossuprimidos, como transplantados renais. Nessa perspectiva, Sousa e Pinto (2022, p. 976) destacam que “após catorze décadas de evolução médica e tecnológica, a endocardite infecciosa continua a desafiar médicos no seu diagnóstico e manejo diário”. Isso porque, além das complicações infecciosas recorrentes, os pacientes com a doença apresentam maior risco de eventos tromboembólicos, falência do enxerto e complicações decorrentes da imunossupressão, sendo fundamental o diagnóstico precoce e, se necessário, a indicação cirúrgica para o melhor prognóstico.

Relato do caso

Nesse contexto, o presente relato refere-se a um caso de uma paciente feminina, com 27 anos de idade, procedente de Ijuí, com histórico de diabetes mellitus insulina-dependente desde 2010, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e transplante renal prévio, já tendo o histórico de nefrectomia em 2017 e internações recorrentes por pielonefrite.

Em 2024, a paciente em questão foi submetida a transplante renal, permanecendo em uso de imunossupressores (micofenolato, tacrolimus e prednisona). Em junho de 2025, apresentou quadro de cefaleia, vômitos, tontura, astenia e lesões dolorosas em extremidades, sendo internada com suspeita de infecção. Foram realizados exames laboratoriais, que revelaram PCR elevado (101 mg/L), creatinina 3,0 mg/dL e leucocitose discreta. O ecocardiograma transsesofágico identificou vegetação de 15 mm aderida ao folheto mitral.

Durante a internação, o quadro evoluiu com sinais neurológicos compatíveis com embolização séptica, confirmada por tomografia de crânio, que evidenciou áreas de isquemia e focos hemorrágicos, em que a equipe de neurologia contraindicou anticoagulação. Dessa forma, diante do risco de novos eventos embólicos, optou-se por intervenção cirúrgica de plastia de válvula mitral com retirada da vegetação (1,5 cm) e desbridamento de tecidos, realizada no dia 17 de junho de 2025. O procedimento ocorreu sem intercorrências intraoperatórias; entretanto, no pós-operatório, a paciente apresentou piora da função renal, necessitando hemodiálise a partir do dia 21 do mesmo mês. Diante do quadro, por orientação da infectologia, iniciou-se o uso de oxacilina como antibióticoterapia, que resultou na melhora progressiva do quadro clínico da paciente, com recuperação neurológica parcial, queda de marcadores inflamatórios e recuperação gradual da diurese.

Por fim, a paciente recebeu alta hospitalar em 12 de julho de 2025, com orientação de acompanhamento ambulatorial multidisciplinar e manutenção da imunossupressão ajustada.

Discussão

Rosa et al. (2015, p. 185) descrevem a endocardite infecciosa como “uma infecção grave que envolve primariamente o endocárdio dos folhetos das válvulas cardíacas”, sendo, segundo os autores, mais frequente em pacientes de hemodiálise do que na população geral. Ainda, os autores pontuam que pacientes transplantados com endocardite apresentam mortalidade elevada, especialmente quando complicados por insuficiência renal e eventos embólicos. Nessa perspectiva, segundo Rosa et al. (2015, p. 187), “após doença cardiovascular, a EI é a segunda causa mais comum de óbito em pacientes de hemodiálise. A mortalidade da EI nestes pacientes é de 30 a 60%, o que é consideravelmente mais alto do que na população geral”. A paciente em questão é uma transplantada que, após um período da cirurgia, apresentou sinais infeciosos que acometeram suas válvulas cardíacas, com necessidade de intervenção cirúrgica, além da condução para hemodiálise e uso de oxacilina. O tipo de caso descrito no presente trabalho demonstra a complexidade da endocardite infecciosa em pacientes transplantados renais. De acordo com Rosa et al. (2015, p. 187), “a EI tem uma incidência de 308/100.000 pacientes/ano em pacientes de hemodiálise, ou seja, 50 a 180 vezes mais elevada do que a incidência observada na população geral”. Isso porque, de acordo com os autores, os fatores de risco nesses grupos de pacientes incluem o risco de infecção bacteriana recorrente durante o próprio processo de hemodiálise, a uremia, as alterações imunológicas e a valvopatia degenerativa precoce. Além disso, o uso de imunossupressão associado a comorbidades como diabetes aumenta o risco de infecção grave e recorrente.

Ainda, a presença de vegetação >10 mm e complicações neurológicas configuraram indicação cirúrgica precoce, ainda que o risco de piora neurológica no pós-operatório fosse significativo. No caso em questão, a vegetação aderida ao folheto mitral da paciente foi de 15 mm, o que configurou a necessidade de cirurgia, que foi crucial para a recuperação. Sousa e Pinto (2022) pontuam que o melhor momento para se fazer a cirurgia ainda é controverso, porém enfatizam que deve ser realizada dentro de 24 horas em caráter de emergência ou dentro de poucos dias, em casos menos severos. Neste caso clínico, a cirurgia foi bem-sucedida, o que foi fundamental para a melhora do quadro clínico da paciente. Para casos como este, pontuamos que a condução médica precisa ser multidisciplinar, integrando em grande parte dos casos os conhecimentos da cardiologia aliados à nefrologia, infectologia, neurologia e, se necessário, cirurgia cardíaca. Essa interação de diferentes profissionais garantiu a melhora do quadro clínico da paciente até sua alta hospitalar.

Conclusão

O presente relato descreveu um caso de endocardite infecciosa em uma paciente jovem imunossuprimida por transplante renal, que evoluiu com complicações graves (AVC e insuficiência renal), exigindo intervenção cirúrgica precoce. O caso ressalta a importância do diagnóstico rápido, da avaliação criteriosa do risco-benefício cirúrgico e do manejo multidisciplinar.

Referências

ROSA, Silvia Aguiar; GERMANO, Nuno; SANTOS, Ana; BENTO, Luís. Endocardite aórtica e tricúspide em paciente de hemodiálise com embolia sistêmica e pulmonar. **Rivista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 185–189, 2015. DOI: 10.5935/0103-507X.20150031. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/gLJybt4wsZnnT39rH-qLWwwb/>. Acesso em: 21 set. 2025.

SOUZA, Catarina; PINTO, Fausto J. Endocardite infecciosa: ainda mais desafios que certezas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 5, p. 976-988, 2022. DOI: 10.36660/abc.20200798. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/67QDmX46yz9WJ6zgqS-dYsgK/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2025.