

O desafio diagnóstico da endocardite de Libman-Sacks: um relato de caso.

ID do trabalho: 24350

Dayane Burgardt Bertolo

Hospital Angelina Caron

Nayara Pravato Maziero

Hospital Angelina Caron

Thammy Lethicia de Sousa Silveira

Hospital Angelina Caron

Fábio Oscar Domborovski Gonçalves

Hospital Angelina Caron

Marcos Aurelio Rodrigues dos Santos

Hospital Angelina Caron

Dalton Bertolim Précoma

Hospital Angelina Caron

INTRODUÇÃO

A endocardite não infecciosa é uma condição rara, geralmente diagnosticada em autópsias. Está relacionada a diagnósticos de neoplasias malignas avançadas e ao lúpus eritematoso sistêmico (LES). Atualmente, cerca de 11% dos pacientes com LES apresentam endocardite de Libman-Sacks. Apesar de geralmente leve e assintomática, pode estar relacionada com eventos tromboembólicos, endocardite bacteriana sobreposta e regurgitação valvar importante.

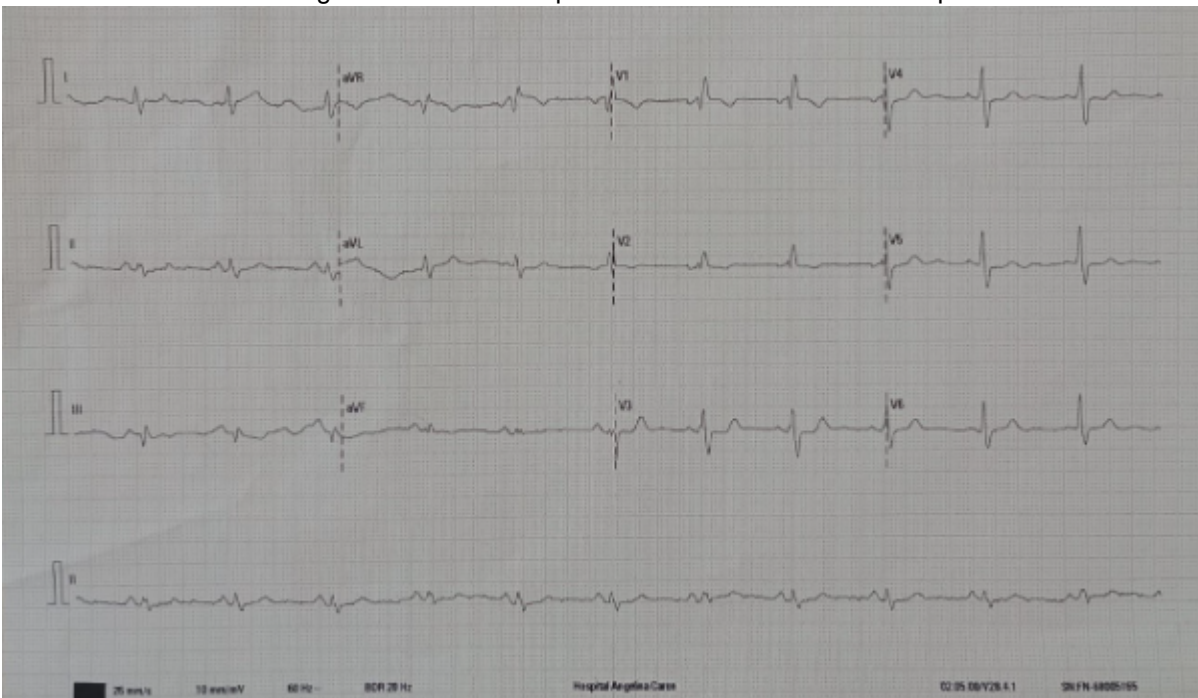
CASO CLÍNICO

Paciente J.J., masculino, 52 anos, branco, solteiro, trabalhador rural, procurou serviço de saúde por dispnéia aos moderados esforços, associado de sudorese, febre sem foco, ortopneia, hiporexia e dor torácica esporádica, em pontada de leve intensidade e sem irradiação. Após 15 dias de evolução do quadro foi encaminhado para serviço de cardiologia com suspeita de endocardite. Referia histórico de Guillain-Barré há cerca de 10 anos e trombose venosa profunda há 12 anos. Estava em uso irregular de antivaricoso. Negava tabagismo ou uso de drogas, bem como tratamentos dentários recentes. Ao exame físico paciente não apresentava sinais de congestão pulmonar ou edema de membros inferiores, na ausculta cardíaca bulhas estavam rítmicas, normofonéticas e com sopro holossistólico ++/++++ em área tricúspide.

A investigação complementar cursou com o ecodopplercardiograma transtorácico, que identificou imagem filamentar em face atrial da valva tricúspide medindo 18x6mm sugestiva de vegetação, associada de regurgitação importante. O exame também demonstrou função sistólica global preservada, sem alteração da contratilidade segmentar, sinais de hipertensão pulmonar, sobrecarga de volume do ventrículo direito e aumento do átrio direito.



Os 3 pares de hemoculturas não tiveram crescimento bacteriano. Outro exame importante foi o eletrocardiograma que apresentou o padrão S1Q3T3. Foi prosseguido com a investigação para tromboembolismo arterial pulmonar agudo, cuja hipótese foi confirmada. Para descarte de etiologia neoplásica também foi realizado tomografia de abdômen que identificou trombose de veia porta.



Com esses dados, síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) e LES foram investigados e a endocardite elencada como de Libman-Sacks. O caso foi conduzido em conjunto com a equipe de reumatologia que optou por realizar pulsoterapia. O paciente recebeu alta estável, em uso de hidroxiquina e anticoagulado com varfarina.

CONCLUSÃO

O caso relatado foi um desafio para equipe de cardiologia em decorrência do achado da endocardite não infecciosa ser incomum como causa primária de internamento de pacientes sem diagnóstico prévio de SAAF

e/ou LES. Especialmente em se tratando de um paciente do sexo masculino. A abordagem multidisciplinar foi essencial para o adequado diagnóstico e tratamento do paciente.

Palavras-chave

Endocardite não infecciosa, Libman-Sacks, Lupus Eritematoso Sistêmico.

Ao submeter este resumo, o autor confirma que todos os coautores concordam e aprovaram a versão final do resumo e que seus dados de nome e instituição são acurados.

De acordo

Prêmio Destaque Cardiologia da Mulher - Ao optar por concorrer a este prêmio, o autor confirma que seu tema livre tenha enfoque primário nas doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares em mulheres. Isto inclui diferenças entre os sexos neste tópico.