

## **Endocardite infecciosa: quando abordar a válvula e o baço?**

DIOGO MORAES NOLASCO, CLARA WEKSLER e CRISTIANE LAMAS

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Sabe-se que a redução da morbi-mortalidade na endocardite infecciosa grave é determinada pelo diagnóstico rápido e pela abordagem correta. **Objetivo:** Discutir o melhor momento para abordagem cirúrgica da válvula cardíaca e da embolia esplênica. **Relato de caso:** Paciente de 29 anos, portador de febre reumática desde os 13 anos, com insuficiência aórtica grave em acompanhamento desde os 19 anos, sem disfunção de ventrículo esquerdo. Há um ano, estava em CF NYHA III, foi submetido à troca valvar aórtica mecânica, sem intercorrências. Após 8 meses, foi admitido com endocardite de válvula aórtica, com 3 imagens aditivas com 1,3 cm e abscesso periprotético visto ao ecocardiograma transesofágico (ETE). Primeiro esquema antimicrobiano com vancomicina, oxacilina e gentamicina, que foram trocados no terceiro dia para anidulanfungina, ceftriaxone, rifampicina e daptomicina, devido a: gravidade do caso, insuficiência renal aguda dialítica e culturas negativas em andamento. Em tomografia computadorizada de abdome (TCA) destacou-se embolia esplênica central com 7 x 8 x 8,1 cm. Foi realizado nova troca valvar aórtica mecânica 9 dias após a admissão, sem complicações, 105´ de CEC; e foi evidenciado abscesso e destruição do anel fibroso. As hemoculturas (10) fecharam negativas. Após 40 dias da nova troca valvar, foi realizado esplenectomia, sem intercorrências, com histopatológico de infarto esplênico extenso. Completou-se 42 dias do esquema antibiótico e recebeu alta hospitalar em ótimo estado geral. **Discussão:** Sabe-se que o tema abordado é um hiato na literatura. Atualmente, é reconhecida a grande relevância da abordagem cirúrgica precoce na endocardite infecciosa, reduzindo a mortalidade em até 50% em casos de urgência cirúrgica como o caso relatado, uma vez que apresentava abscesso perivalvar. Por outro lado, a esplenectomia é indicada, idealmente, antes ou durante a troca valvar quando a suspeita é de abscesso esplênico. Quando existe uma urgência para troca valvar e faltam evidências de abscesso esplênico, pode-se abordar a válvula e em segundo momento realizar a esplenectomia, se: nova suspeita clínica de abscesso e/ou grande embolia (> 200 cm<sup>2</sup>), pois esta última possui grande risco de ruptura. Sabe-se que 98% das embolias esplênicas são infartos e que normalmente se caracterizam na TCA como imagens periféricas e pequenas; podendo ser acompanhadas clinicamente.