

FEBRE E ENDOCARDITE INFECCIOSA

Entre os sintomas e sinais da endocardite infecciosa (EI), um dos mais constantes é a elevação da temperatura corporal. Tanto que, segundo Décourt¹, a presença de hipertermia em portador de valvopatia ou de cardiopatia congênita, por período maior que 7 dias, levanta a suspeita da síndrome, se não há outra causa que a justifique.

Já é do conhecimento que em certas situações clínicas decorrentes da própria síndrome, o seu decurso pode se fazer sem hipertermia por períodos prolongados de tempo - é o que se pode observar quando instaladas insuficiência renal e/ou insuficiência cardíaca congestiva^{1,2}. Há ainda, descrições de EI com apirexia ao internamento, como observaram Douglas e col³ em 13 de 87 episódios da moléstia.

Por outra, não é incomum que em pessoas idosas o curso da EI se faça de modo subfebril⁴, ao contrário de pacientes abaixo de 40 anos, traduzindo, em parte, nos dois grupos etários, distinta capacidade reacional face à invasão microbiana⁹.

No momento em que técnicas sofisticadas se solidificam no diagnóstico da EI, ou de suas complicações cardíacas⁵, é gratificante lermos trabalhos de realce eminentemente clínico, como o é o de Assef e col, ora publicado nos nossos Arquivos (Assef e col. Análise da febre em 58 casos de endocardite infecciosa. Arq Brás Cardiol, 1992 58: 107-12). De modo claro, os autores mostram como a simples análise da temperatura axilar elevada por ser altamente informativa na compreensão do quadro da EI, e isto sob vários ângulos.

Assim, em etapa pré-hospitalar, a referência de um período relativamente curto de hipertermia (menos de 15 dias) pode denunciar um quadro mais **grave**, eis que a própria evolução desfavorável pela presença de microorganismos mais virulentos, forçaria a procura do cuidado médico. De fato, esta característica revelou paralelismo com positividade de hemoculturas para *S. aureus* em 41,7% das vezes. Weinstein e Schlesinger² já informavam, em 1974, desta peculiaridade dos processos agudos, como decorrência de fenômenos destrutivos endocárdicos mais intensos.

Já em nível de internação hospitalar, a persistência de febre em torno da 3ª semana de tratamento médico adequa proporia uma série de conjecturas, antes de se pensar em fracasso terapêu-

tico ao lado de complicações da doença, entre elas a extensão cardíaca da infecção valvar (causa mais freqüente de febre prolongada em estudo similar de 1986³), cabe a busca de intolerância medicamentosa, de etiologia polimicrobiana⁶, de superinfecção⁷, ou mesmo de fenômenos imunológicos mais exuberantes, que são tardios. Picos febris em número de 3 ou mais, a partir daí, se correlacionaram a períodos mais prolongados de internação, com prognóstico mais sombrio, ocorrendo presença significativa de embolização arterial. Uma visão assim, mais prudente, permitiria a indicação do manuseio cirúrgico do coração com maior conveniência.

Sob outro ângulo, o epidemiológico, o trabalho de Assef e col é também valioso. Sendo pesquisa de anos recentes feita em um grande hospital da cidade mais desenvolvida do país, é de se esperar que o perfil epidemiológico da EI pudesse reproduzir o que se vê em países ricos^{4,6}: Nesses, o curso das formas do idoso, com alterações degenerativas valvares predominantes⁸, e de corações normais é cada vez mais significativa. Mas, não é o que os autores mostram: a maior incidência se fez entre os 11 e 30 anos ($x = 28$ anos) e em portadores de **valvopatia, de etiologia quase sempre reumática** (65,8% dos casos, não se incluindo os com prótese valvar).

Em trabalho feito na cidade de Brazzaville, Congo, recém-publicado⁹, verifica-se semelhança com esta pesquisa de Assef e col, sendo idêntica a média etária (28 anos) e inexpressiva a participação da endocardite do coração direito (1 caso, apenas, de 32), que parece, de fato, ser rara na África¹⁰. Curiosamente, nas duas publicações, é evidente o predomínio do sexo feminino, cujas causas não ficam esclarecidas. Esta participação da mulher, contrariando o que parecia assentado^{3,4}, de algum modo reflete, aqui também, a presença cada vez major deste sexo nas doenças do coração, talvez como decorrência da força de trabalho que hoje elas representam. Mas, esta seria uma característica das sociedades mais desenvolvidas.

O conhecimento deste perfil epidemiológico da EI, assim delineado em países do 3º mundo, é, sem dúvidas, de relevo em termos preventivos e de Saúde Pública. No entanto, são necessários estudos com mais casuística entre nós na tentativa de se verificar a tendência revelada por Assef e col. Afinal,

na longa série estudada por Mansur¹¹ em 1987, - onde, a propósito, febre foi assinalada em quase todos os episódios, - não obstante a média etária também baixa (30 anos), outros parâmetros se mostraram diferentes: manteve-se o predomínio do sexo masculino e a participação de casos sem evidência de cardiopatia anterior atingiu o percentual significativo de 23%.

Lurildo R. Saraiva
Departamento de Medicina Clínica Universidade Federal de Pernambuco

REFERÊNCIAS

1. Décourt LV – Endocardites infecciosas. In: Benchimol AB, Schlesinger RP. eds. Enciclopédia Médica Brasileira. Cardiologia, vol. II. Seção V. Rio de Janeiro, Livro Med. Ed. 1978: 3.
2. Weinstein L, Schlesinger JJ – Pathoanatomic, pathophysiologic and clinical correlations in endocarditis (First of two parts). N Engl J Med. 1974; 291: 832-7.
3. Douglas A, Moore-Gillon J, Eykin S – Fever during treatment of infective endocarditis. Lancet, 1986; 1: 1341-3.
4. Terpenning MS, Buggy BP, Kauffman CA – Infective endocarditis: clinical features in young and elderly patients. Am J Med. 1987; 83: 626-34.
5. Daniel WG, Mugge A, Martin RP et al. – Improvement in the diagnosis of abscesses associated with endocarditis by transesophageal echocardiography. N Engl J Med. 1991; 324: 795-800.
6. Raucher B, Dobkin J, Mandel L et al – Occult polymicrobial endocarditis with Haemophilus parainfluenzae in intravenous drug abusers. Am J Med., 1989; 86: 169-72.
7. Weinstein L – Life-threatening complications of infective endocarditis and their management. Arch Intern Med. 1986; 146: 953-7.
8. Karchmer AW – Endocarditis infecciosa. In: Eagle KA, Haber E, DeSanctis RW, Austen WG eds. La práctica de la Cardiologia. Normas del Massachusetts General Hospital. 2 ed. Vol. I, Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1991: 823.
9. Bouramoué C, Aliko-Mbiambina ME – Les endocardites infectieuses au Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. Étude à partir de 32 cas Arch Mal Coeur, 1990; 83 (14): 2053-9.
10. Mesbahi R, Chaara A, Benomar M – L'endocardite infectieuse du couer droit. A propos de 10 observations. Arch Mal Coeur, 1991; 84 (3): 355-9
11. Mansur AJ – Avaliação da probabilidade de óbito em portadores de endocardite infecciosa. Tese doutoramento, Sao Paulo: Universidade de São Paulo, 1987, 96p.

DISSECÇÕES AGUDAS DA AORTA: IMPORTANCIA DA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

As dissecções agudas da aorta constituem uma das mais graves doenças cardiovasculares. A possibilidade de se alterar sua história natural através de novas técnicas de diagnóstico e tratamento é uma preocupação constante de muitos cardiologistas e cirurgiões. Nesse número dos Arquivos, Vianna e col. (Arq Bras Cardiol, 1992; 58: 95-9) estudam a evolução hospitalar de 186 casos de dissecção aórtica aguda. De forma muito objetiva os autores conseguem realçar a gravidade da doença ao revelarem que, apesar de atendidos numa instituição de elevado padrão, somente 41,4% dos pacientes sobreviveram. Merecem ainda atenção especial os seguintes fatos: 1) 12 (6,4%) dos casos não foram diagnosticados em vida; 2) 11 (5,9%) pacientes faleceram aguardando arteriografia, que fora indicada; 3). O tempo médio entre a suspeita clínica e a realização da arteriografia foi de 5 horas. Esses dados realçam o valor da ecocardiografia transesofágica no diagnóstico das dissecções aórticas. Recentemente, Simon e col¹ descreveram o benefício desse método em 15 pacientes submetidos a ecocardiografia transesofágica imediatamente após a admissão. O diagnóstico foi facilmente estabelecido em todos os casos e em 14 (93%) foi possível identificar corretamente o local da dissecção. A ecocardiografia transesofágica é um método simples que pode, à beira do leito, diagnosticar dissecções aórticas agudas alterando assim a evolução hospitalar dessa grave patologia.

Carlos R. Moraes
Departamento de Cirurgia Torácica
Universidade Federal de Pernambuco

REFERÊNCIAS

1. Simon P, Owen AN, Havel M, Wolner E, Hiesmayr M, Mohl W – Transesophageal echocardiography in the emergency surgical management of patients with aortic dissection. Presented at 71st meeting of the American Association for Thoracic Surgery. Washington, 1991.