

Endocardite Bacteriana Subaguda: Uma Entidade a Não Esquecer *Subacute Bacterial Endocarditis: An Entity Not to Forget*

Marisa Roldão¹ , André Gonçalves², Ana Rita Sanches² , Margarida Carvalho²

Palavras-chave: Endocardite Bacteriana; Viridans Streptococci.

Keywords: Endocarditis, Bacterial; Viridans Streptococci.

Homem de 81 anos, com antecedentes de púrpura trombocitopénica imune, medicado com prednisolona 10 mg/dia, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 4 meses de evolução de astenia, anorexia, febre vespertina e perda ponderal involuntária de 10 kg, associado a edema periférico e lesões cutâneas eritematosas, indolores e não pruriginosas, dos membros inferiores, com envolvimento das plantas dos pés desde há 1 mês. Referia múltiplas cáries e extrações dentárias sem condições de assepsia no domicílio, nos meses precedentes ao início das queixas. À admissão febril, com sons cardíacos rítmicos e sopro sistólico grau III/VI audível em todo o precórdio, mais evidente no foco aórtico, com edema dos membros inferiores até ao joelho e exuberantes manchas eritematosas nos membros inferiores, plantas dos pés e palmas das mãos (Figs. 1 e 2). Estudo analítico com trombocitopenia ligeira (plaquetas 130 000), e elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose 16,309/L com neutrofilia e proteína C reativa 16,6 mg/dL). Colheu rastreio séptico e iniciou empiricamente antibioterapia com ceftriaxone. No segundo dia isolado *Streptococcus viridans* nas hemoculturas, pelo que realizou ecocardiograma transesofágico que revelou a presença de vegetação da valva sigmoideia coronária direita, confirmando o diagnóstico de endocardite da válvula aórtica. Foi dirigida antibioterapia com ampicilina, que cumpriu durante 4 semanas. Evoluiu com regurgitação aórtica grave e necessidade de substituição valvular.

No caso clínico apresentado as extrações dentárias em condições inadequadas permitiram a entrada em circulação de agentes patogénicos, nomeadamente *Streptococcus viridans*, que se alojaram na válvula aórtica, levando à endocardite infecciosa. A evolução subaguda do quadro, com sintomas inespecíficos, num doente sem história de endocardite ou próteses valvulares cardíacas, dificultou o diagnóstico. O exame objetivo, com destaque para as exuberantes lesões de

Janeway, resultantes de micro-êmbolos sépticos,¹⁻⁴ foi fundamental para o diagnóstico e orientação do doente. ■



Figura 1: Lesões de Janeway na face plantar do pé direito em doente com endocardite infecciosa subaguda.

Declaração de Contribuição

MR, AG – Orientação do doente, colheita da história, escrita do artigo

ARS, MC – Revisão do artigo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida

Contributorship Statement

MR, AG – Patient orientation, history taking, article writing

ARS, MC – Article review

All authors approved the final draft

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

¹Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo, Unidade de Torres Novas, Torres Novas, Portugal

²Serviço de Medicina V, Centro Hospitalar do Médio Tejo, Unidade de Torres Novas, Torres Novas, Portugal.



Figura 2: Lesões de Janeway na face dorsal do pé esquerdo em doente com endocardite infecciosa subaguda.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Marisa Roldão - marisa.roldao@chmt.min-saude.pt

Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo, Unidade de Torres Novas, Torres Novas, Portugal

Av. Xanana Gusmão 45, 2350-754 Torres Novas, Portugal

Recebido / Received: 2022/01/23

Aceite / Accepted: 2022/03/06

Publicado online / Published online: 2023/03/31

REFERÊNCIAS

1. Tan JS, Kerr A. Biopsies of the Janeway lesion of infective endocarditis. *J Cutan Pathol.* 1979; 6:124-9. doi: 10.1111/j.1600-0560.1979.tb01113.x
2. Jiménez Melo OR, Pinilla Lozano MJ, Morte Romea E, Andrés Gracia A. Diagnostic hands: Janeway lesions-a forgotten entity. *Eur Heart J Case Rep.* 2021;5:ytaa490. doi: 10.1093/ehjcr/ytaa490
3. Panginikkod S, Gopalakrishnan V, Parikh M, Gupta N. Janeway Lesions: a Painless Manifestation of Infective Endocarditis. *J Gen Intern Med.* 2019;1360-71. doi: 10.1007/s11606-018-4770-6
4. Brown AJ. Famous and not-so-famous physical findings in infectious endocarditis: A look back. *Cleve Clin J Med.* 2021;88:316-8. doi: 10.3949/ccjm.88a.21033.