

Endocardite com Nódulos e Lesões Janeway

Endocarditis with Osler Nodes and Janeway Lesions

Lourenço Cruz , José Pereira de Sousa 

Palavras-chave: Endocardite; Endocardite Bacteriana; Infecções Estafilocócicas; *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina.

Keywords: Endocarditis; Endocarditis, Bacterial; Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*; Staphylococcal Infections.

Reporta-se o caso de um homem de 52 anos, utilizador de drogas endovenosas, que foi trazido ao serviço de urgência após ter sido encontrado caído inconsciente na via pública. À admissão no serviço de urgência apresentava-se com caquexia marcada, prostrado, febril e com hemiplegia esquerda. Destavam-se lesões cutâneas nas palmas e dedos das mãos (Fig. 1) e pés (Fig. 2): pequenas áreas



Figura 1: Mão esquerda, nódulos Osler e lesões Janeway.

Unidade funcional Medicina 4, Unidade Local de Saúde São José, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

<https://doi.org/10.60591/crspmi.246>



Figura 2: Pé direito, nódulos Osler e lesões Janeway.

vermelhas (nódulos Osler) e maculas irregulares hemorrágicas (lesões Janeway), ambas altamente específicas de endocardite infecciosa, quer por mecanismos auto-imunes ou por embolização, respectivamente.¹

Analicamente salientava-se leucocitose, elevação proteína C reactiva e doseamentos elevados de cocaína, cannabinóides e opiáceos na urina. Tomografia computadorizada crâneo-encefálica com angiografia revelou oclusão da artéria cerebral média direita com isquémia cerebral no seu território. O doente foi submetido a trombectomia endovascular com perfusão parcial. Ecocardiograma demonstrava abcesso aórtico peri-valvular e vegetações nas válvulas aórtica e mitral, a condicionar insuficiência aórtica grave, confirmando a hipótese diagnóstica de endocardite com embolização séptica.²

Foi iniciada antibioterapia empiricamente com vancomicina e gentamicina. Após isolamento de isolado *Staphylococcus aureus* meticilina-susceptível (SAMS) em hemoculturas, a mesma foi alterada para flucloxacilina e gentamicina. Apesar da instituição de antibioterapia e fluidoterapia vigorosa,

o doente acabou por evoluir para choque séptico com necessidade suporte vasopressor. Após avaliação em equipa multidisciplinar com a consideração da fragilidade e comorbilidades do doente, status nutricional e funcional, quadro major hemisférico direito e localização anatómica da lesão cardíaca, considerou-se não existir bondade ou benefício na intervenção cirúrgica pelo que foi decidido o tratamento médico. Apesar das medidas terapêuticas e suporte instituídos, o doente acabou por falecer 3 dias depois.

O diagnóstico de endocardite infecciosa necessita de integração de sinais clínicos, análise microbiológica (exames culturais, serológicos e moleculares) e achados imagiológicos (ecocardiografia transtorácica ou transesofágica, tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia por emissão de positrões). Os critérios de Duke modificados integram estes três domínios de acordo com o seu peso em critérios *major* e *minor*. Um diagnóstico definitivo implica a presença de dois *major*, um *major* e três *minor* ou cinco *minor*.³

Apesar dos avanços em técnicas diagnósticas e estratégias terapêuticas que têm surgido, a mortalidade em 1 ano por endocardite mantém-se significativa.³ Importa assim reconhecer os seus sinais e sintomas para se iniciar tratamento o mais precoce possível, especialmente em ambientes hospitalares meios em que a disponibilidade destes meios de diagnóstico complementares são mais limitados. Doentes com febre e fenómenos embólicos obrigam a suspeitar de endocardite infecciosa, sendo por isso utilizados como alguns dos critérios *minor* de Duke.⁴

Neste caso, à admissão o doente apresentava 4 critérios *minor* (febre, utilização de drogas endovenosas, presença de fenómenos vasculares com embolização arterial e imunológicos), ainda antes da utilização de meios complementares diagnóstico. Posteriormente, após finalizada a marcha diagnóstica, apresentava ainda dois critérios *major* com evidência de envolvimento endocárdico e bacteriemia a microorganismo típico em duas hemoculturas separadas. ■

Declaração de Contribuição

LC, JPS – Elaboração do artigo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida.

Contributorship Statement

LC, JPS - Drafting the article

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.

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. Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e SPMI Case Reports 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Case Reports 2024. Re-use permitted under CC BY. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Lourenço Cruz - lnfcruz@gmail.com

Unidade funcional Medicina 4, Unidade Local de Saúde São José, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

Rua de Santa Marta, 50, 1169-024 Lisboa

Recebido / Received: 2022/02/20

Aceite / Accepted: 2023/08/13

Publicado online / Published online: 2024/06/17

REFERÊNCIAS

1. Parashar K, Daveluy S. Osler Node and Janeway Lesions. [Updated 2022 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557621/>
2. Thuny F, Di Salvo G, Belliard O, Avierinos JF, Pergola V, Rosenberg V, et al. Risk of embolism and death in infective endocarditis: prognostic value of echocardiography: a prospective multicenter study. *Circulation*. 2005;112:69-75. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.493155.
3. Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. *Lancet*. 2016;387:882-93. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00067-7.
4. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015;36:3075-128. doi: 10.1093/eurheartj/ehv3