

Endocardite

Tipos e causas

A endocardite pode ser provocada por vários tipos de bactérias, sendo designada endocardite bacteriana, ou por fungos, denominando-se de endocardite fúngica.

Os micróbios causadores da endocardite bacteriana podem entrar na circulação sanguínea durante intervenções cirúrgicas, tratamentos odontológicos (como extracções de dentes) ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos realizados em insuficientes condições de assepsia. Também é possível que passem para o sangue a partir de um foco infeccioso mais ou menos afastado do coração. Ao circular pelo organismo, as bactérias implantam-se no endocárdio, normalmente nas válvulas cardíacas, onde se multiplicam, podendo provocar valvulopatias.

Depois de as bactérias penetrarem na corrente sanguínea, existem dois tipos de circunstâncias que favorecem o desenvolvimento da infecção. O tipo de bactéria e o número de microorganismos. De facto, algumas bactérias - como a *Staphylococcus aureus*, que se encontra frequentemente na pele de pessoas saudáveis - possuem uma notável capacidade para aderir a determinadas superfícies como, por exemplo, a do endocárdio; para além disso, são muito agressivas. Assim, quem sofre de valvulopatias ou cardiopatias congénitas tem, na superfície das válvulas cardíacas, uma rugosidade maior do que o normal, onde continuamente se formam pequenos coágulos capazes de fixar e reter os microorganismos que eventualmente circulem pelo sangue, facilitando a sua fixação e proliferação. É por isso que as pessoas que sofrem de doenças valvulares têm uma especial predisposição para o desenvolvimento de endocardites.

A endocardite fúngica incide, normalmente, nas pessoas cujo sistema de defesas está debilitado como, por exemplo, em indivíduos submetidos a tratamento imunossupressor após um transplante e também em quem sofre de imunodeficiências (como a SIDA). Contudo, existem situações em que os microorganismos patogénicos já se encontram no interior do indivíduo - isto sucede quando, por exemplo, existe um foco infeccioso prévio, podendo ter sido ou não diagnosticado.

Por outro lado, os dois tipos de endocardite são mais comuns em indivíduos dependentes de drogas de administração intravenosa, devido à troca de seringas que se encontram frequentemente contaminadas pelos locais onde já foram injectadas.

Evolução e complicações

A doença pode evoluir silenciosamente, ao longo de várias semanas ou mesmo meses (endocardite subaguda), embora habitualmente os sintomas se manifestem poucos dias após o aparecimento da infecção (endocardite aguda).

O sintoma mais frequente é a febre, com um aumento da temperatura corporal acima dos 39°C, acompanhada por mal-estar geral, fadiga, sudação, dor de cabeça e falta de apetite.

Nalguns casos, a evolução é lenta e predomina o mal-estar, enquanto que, noutros casos, a

evolução é mais rápida e a febre constitui o sintoma que mais se destaca.

Também podem surgir outros sinais e sintomas sugestivos de complicações. Uma das complicações mais habituais é que os microorganismos patogénicos acabam por danificar gravemente uma válvula cardíaca, dificultando o seu normal funcionamento: consoante a válvula atingida, podem resultar manifestações de insuficiência cardíaca esquerda (com dispneia), direita (com edemas) ou global.

Outra complicação possível é a libertação de pequenos fragmentos de tecido valvular infectado, que podem não só disseminar a infecção para outros tecidos, como obstruir vasos sanguíneos de menor calibre, impedindo a sua normal irrigação, ou seja, provocando uma embolia.

Nos casos de evolução lenta, é habitual que se apresente outra manifestação muito característica da endocardite: lesões nas pontas dos dedos e nas palmas das mãos como, por exemplo, pequenos nódulos com poucos milímetros de diâmetro e tonalidade roxa, conhecidos como nódulos de Osler, provocados por reduzidos êmbolos sépticos que obturam pequenas artérias das mãos.

Diagnóstico e tratamento

Quando surgem sinais e sintomas sugestivos de endocardite, é necessário interrogar o paciente acerca dos seus antecedentes pessoais, nomeadamente sobre a existência de doenças valvulares, de terapêuticas imunossupressoras ou de doenças crónicas que provoquem imunossupressão ou imunodeficiência, de hábitos toxicofílicos, de extracções dentárias, de intervenções cirúrgicas ou de outros procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos. De facto, a exploração física e vários exames complementares, como análises ao sangue e à urina, radiografias ao tórax e electrocardiogramas, permitem a confirmação do diagnóstico. Este fica completo quando, através do estudo de amostras de sangue, se identifica o agente causador, um factor de extrema importância na hora de planificar a terapia.

O tratamento de fundo baseia-se na administração, normalmente por via intravenosa e em doses elevadas, de antibióticos eficazes na eliminação das bactérias responsáveis. A selecção dos medicamentos que devem ser utilizados realiza-se através de um antibiograma, um exame de laboratório onde se colocam vários medicamentos em contacto com os microorganismos previamente retirados na amostra de sangue, para determinar quais são os mais eficazes contra estes. Como complemento, para aliviar os sintomas, indicam-se medicamentos anti-inflamatórios e antipiréticos. O tratamento antibiótico tem uma duração aproximada de seis semanas, embora possa ser mais prolongado, e apesar de ser iniciado no hospital, pode ser finalizado na casa do paciente.