



36<sup>º</sup> CONGRESSO BRASILEIRO DE  
**PEDIATRIA**  
O olhar que prepara para o Futuro



## Trabalhos Científicos

**Título:** Endocardite Infecçiosa Secundária A Bacteremia Estafilocócica: Relato De Caso

**Autores:** PAULA SILVA NASCIMENTO (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); JOSÉ DOMINGOS ROCHA GONÇALVES (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); REGINARA OLIVEIRA SOUZA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); CAROLINA SILVEIRA GONÇALVES (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); ALFA MORAES BARATA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); MARIA GABRIELA ALVES DIAS MATOS (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); ALINE CAMPOS REIS (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); DENISE NOGUEIRA OLIVEIRA GANTOIS SANTOS (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); LEDA LÚCIA FERREIRA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS); DILTON RODRIGUES MENDONÇA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS)

**Resumo:** Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é responsável por 0,2% a 0,5% das internações pediátricas. Embora relativamente rara em crianças, é importante causa de mortalidade, apesar dos avanços no tratamento e profilaxia. A maioria das crianças com EI tem um fator de risco identificável. *Staphylococcus aureus* é o agente mais frequente (57% dos casos) e causa importante de bacteremia, podendo advir de diferentes focos, como pele e pulmão. O intervalo entre bacteremia e endocardite é inferior a duas semanas em 80% dos casos. Descrição do caso: CSC, 11 anos, com febre há 13 dias, admitido na UTI com pneumonia e derrame pleural bilateral, tratado inicialmente com Ceftriaxone e Oxacilina devido à gravidade, e por suspeita de foco estafilocócico, devido à história recente de impetigo. Evoluiu com episódios de bacteremia associado à sepse, sendo modificada antibioticoterapia para Cefepime. No 7º dia, apresentou ao exame sopro cardíaco tricúspide e lesões de Janeway. Identificado no ecocardiograma vegetação em válvula tricúspide de 17,9 x 6,9mm. Hemocultura com *Staphylococcus epidermidis* coagulase-negativo. Tratado com Penicilina Cristalina (posteriormente Vancomicina), Oxacilina e Gentamicina, com boa evolução. Discussão: Deve-se suspeitar de endocardite na presença de sopro cardíaco novo, eventos embólicos de origem desconhecida, além de febre por predisposição e intervenção recente relacionada à bacteremia. Acrescenta-se ainda hemocultura positiva para germes causadores de endocardite e fenômenos vasculares. O uso prévio de antimicrobianos e infecções por microorganismos de isolamento mais difícil, como os do grupo HACEK e fungos, levam a EI com hemoculturas negativas. Conclusão: A identificação precoce de provável etiologia estafilocócica reflete na conduta adequada e limitação da disseminação do agente. O pronto diagnóstico, rapidez no tratamento e reconhecimento das complicações da EI são imperativos para seu prognóstico.