



Trabalhos Científicos

Título: Endocardite Por Kingella Em Válvula Nativa Sem Lesões Prévias: Relato De Caso

Autores: MARIANA BOMFIM TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA); LEANDRO PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA); MARCELA COSTA CARRIJO (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA); BRUNELLA ALVES DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA); BRUNO VAZ DA COSTA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA); BRUNO OLIVEIRA E LIMA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA); FLAVIA ASSIS SILVA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL DE BRASILIA)

Resumo: Introdução: Endocardite infecciosa (EI) é uma causa importante de morbidade na pediatria, responsável por 0.5% das internações. *Streptococcus viridans* e *Staphylococcus aureus* são os seus principais agentes, já a infecção por *Kingella kingae* representa 3-12% dos casos. A infecção por esse patógeno é geralmente acompanhada de sintomas brandos, porém, as complicações embólicas são importantes. Descrição do caso: KLS, 5 anos, previamente hígida, com história de febre há 4 dias e dor em coxa direita há 1 dia, após queda. Ao exame, apresentava dor à palpação da região, limitação de movimentação e lesões violáceas em pés. Leucograma com 6% de bastões. Feita hipótese de artrite séptica e iniciada clindamicina. Radiografia dos membros sem alterações e ultrassonografia sugerindo contusão muscular. Suspensa antibioticoterapia e solicitada hemocultura. Houve remissão da dor, porém persistência da febre. No 7º dia de internação (DI), foi auscultado sopro sistólico. Ecocardiograma evidenciou imagem hiperrefringente, móvel, medindo 18,5mm x 11mm, em valva mitral. Hemocultura mostrou crescimento de *Kingella kingae*, introduzidas Ceftriaxona e Gentamicina. No 18º DI, queixou novamente de dor intensa em membro, apresentando redução de perfusão. Ecodoppler evidenciou material hiperecogênico com oclusão de artéria femoral comum. Sugerida hipótese de embolia cardiogênica, sendo introduzida enoxaparina. Discussão: *Kingella kingae* é um anaeróbio facultativo, gram-negativo, que coloniza o trato respiratório superior em escolares. A infecção representa de 3-12% dos casos de EI com preferência sazonal, podendo afetar de escolares a adultos. Em 25% dos casos, ocorre em corações sem malformações. Clinicamente apresenta poucos sintomas constitucionais: até sem sinais de toxemia. O curso é subagudo com aparecimento de grande vegetações geralmente na válvula mitral, com complicações em até 50% dos casos, como embolias. O tratamento de eleição é feito com cefalosporinas. Conclusão: O pronto diagnóstico e identificação do patógeno permitem a prescrição de regimes terapêuticos adequados, melhorando o prognóstico, evitando problemas clínicos significativos.