

Espondilodiscite como Manifestação Clínica de Endocardite Infecciosa

Daniela Calderaro, Tatiana F.G. Galvão, Renato Scotti Bagnatori, Bruno Caramelli

São Paulo, SP

Homem de 68 anos, previamente hígido, foi admitido em enfermaria ortopédica devido a dor lombar de forte intensidade, incapacitante para deambulação, iniciada há 2 semanas, sem história de trauma. Concomitantemente, apresentava febre e calafrios. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, sem alterações neurológicas, com propedêutica de insuficiências aórtica e mitral, sem sinais de insuficiência cardíaca e com dor à palpação de apófise espinhosa da 12ª vértebra torácica. Exames laboratoriais revelaram leucocitose com desvio à esquerda (leucócitos=20.500; 26 bastonetes/ 65 segmentados), e intensa atividade inflamatória, com velocidade de hemossedimentação de 78mm (normal: 10-15mm) e 97,2 mcg/ml de proteína C-reativa (normal: < 5mcg/ml). Identificado em todos os 3 pares de hemocultura *Streptococcus constellatus*. Ao eletrocardiograma, apenas discretas alterações da repolarização. A suspeita clínica de espondilodiscite foi confirmada por típica imagem na ressonância nuclear magnética (figs. 1 e 2), sem sinais de instabilidade da coluna. Investigação complementada com ecocardiograma que corroborou a propedêutica cardiológica, evidenciando insuficiência aórtica importante e insuficiência mitral moderada, com vegetações pequenas e pedunculadas em ambas as valvas. Preenchidos assim critérios maiores de Duke¹, microbiológico e ecocardiográfico, para endocardite infecciosa. Iniciada vancomicina com rápida melhora da dor lombar e da curva febril. Após um mês o paciente desenvolveu franca insuficiência cardíaca, apesar do uso de vasodilatadores, e recidiva da febre. Repetido o ecodopplercardiograma, que mostrou piora da insuficiência mitral, quantificada como importante, além das mesmas alterações detectadas no exame prévio. Foi indicado tratamento cirúrgico das valvas aórtica e mitral, com substituição de ambas por próteses biológicas. Havia vegetações em



Fig. 1 e 2 - Imagens adquiridas em T-1 por ressonância nuclear magnética em planos frontal (figura 1) e sagital (figura 2) após contraste com gadolínio. Observado hipossinal em disco vertebral entre T12 - L1 e áreas osteolíticas nos corpos vertebrais adjacentes com realce heterogêneo.

ambas as valvas, além de perfurações circulares em folhetos coronariano esquerdo e não coronariano da valva aórtica. Não havia extensão paravalvar da endocardite e as culturas (sangue e valvas) resultaram negativas. O paciente teve excelente recuperação e completou 8 semanas de antibioticoterapia (nos casos de endocardite infecciosa associada a espondilodiscite, a terapêutica antibiótica deve ser mais prolongada, durando no mínimo 6 semanas e até mesmo 3 meses²).

A endocardite infecciosa continua a ser uma doença de elevada morbi-mortalidade a despeito dos grandes avanços diagnósticos e terapêuticos, com estimativas recentes de 12 a 15% de mortalidade na fase intra-hospitalar³. Entre os fatores prognósticos, ressaltam-se os eventos embólicos e precocidades diagnóstica e terapêutica. Embora não haja o conceito formal da pesquisa sistemática da associação

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas – FMUSP
Correspondência: Daniela Calderaro – INCOR – Av. Dr Eneas C Aguiar, 44
Cep 05403-000 – São Paulo, SP – E-mail: daniela.calderaro@incor.usp.br
Recebido para publicação em 19/11/02
Aceito em 31/3/03

entre espondilodiscite e endocardite, há relatos de incidência de 10 a 15% de espondilodiscite em pacientes com endocardite, principalmente quando se trata de etiologia estreptococcica^{2,4}. Nesses casos, a exemplo do que observamos, o sintoma ortopédico pode ser o predominante.

Acreditamos que esta comorbidade deva ser sempre considerada e que pacientes com espondilodiscite que apre-

sentem sopro à ausculta cardíaca, ou fatores de risco para endocardite, devam ser submetidos precocemente a ecocardiograma e hemoculturas. Por outro lado, nos casos de pacientes em tratamento de endocardite infecciosa que apresentem dor lombar ou dorsal, ou ainda nos casos de pesquisa de focos infecciosos metastáticos, deve-se fazer avaliação da coluna vertebral.

Referências

1. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. *Am J Med* 1994; 96:200-9.
2. Le Moal G, Roblot F, Paccalin M, et al. Clinical and laboratory characteristics of infective endocarditis when associated with spondylodiscitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 671-5.
3. Mauri L, de Lemos JA, O'Gara PT. Infective endocarditis. *Curr Probl Cardiol* 2001; 26:560-604.
4. Morelli S, Carmenini E, Caporossi AP, Aguglia G, Bernardo ML, Gurgo AM. Spondylodiscitis and infective endocarditis: case studies and review of the literature. *Spine* 2001; 26: 499-500.