

Relato de Caso

Endocardite Bivalvar com Manifestações Clínicas Confundidoras com Doença Arterial Obstrutiva Periférica

Pedro Rio Leal Moraes de Melo ^{1,*}, Maria das Neves Dantas da Silveira Barros ¹

¹ Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco, Recife Pernambuco, Brasil.

* Correspondência: pedroriolealm@gmail.com.

Resumo: A endocardite infecciosa (EI) é uma enfermidade grave, associada a elevada morbimortalidade, caracterizada pela infecção do endotélio cardíaco, especialmente em válvulas cardíacas nativas ou protéticas. Nas últimas décadas, observa-se aumento de sua incidência e mudança no perfil epidemiológico, atribuídos ao envelhecimento populacional e ao maior número de intervenções invasivas. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de endocardite infecciosa bivalvar complicada por aneurisma micótico periférico, cujo diagnóstico foi tardio em razão da interpretação inicial da manifestação vascular como doença arterial periférica isolada. Trata-se de um paciente de 71 anos, com comorbidades cardiovasculares, que apresentou febre intermitente prolongada, dispnéia progressiva e lesão aneurismática em artéria poplítea direita. A investigação diagnóstica revelou vegetações volumosas em valvas mitral e aórtica ao ecocardiograma transesofágico, associadas a insuficiências valvares graves, além de hemoculturas positivas para *Streptococcus gallolyticus*. O aneurisma periférico foi interpretado como aneurisma micótico secundário a fenômeno embólico séptico. O paciente foi submetido a antibioticoterapia direcionada e tratamento cirúrgico com troca valvar mitral e aórtica associada à revascularização miocárdica, evoluindo, contudo, com choque cardiogênico refratário e óbito no pós-operatório. O caso ilustra a complexidade diagnóstica da endocardite infecciosa de apresentação subaguda e destaca a importância da suspeição clínica precoce diante de febre de origem indeterminada associada a manifestações embólicas periféricas, visando reduzir atrasos diagnósticos, complicações graves e mortalidade.

Citação: Melo PRLM, Barros MNDS. Endocardite Bivalvar com Manifestações Clínicas Confundidoras com Doença Arterial Obstrutiva Periférica. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr231.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr231>

Recebido: 29 Janeiro 2026

Aceito: 16 Setembro 2026

Publicado: 6 Outubro 2026

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; Aneurisma micótico; Fenômeno embólico; Diagnóstico tardio; Relato de caso.



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave, causada por uma infecção do endotélio cardíaco, descrita há mais de 350 anos [1]. Geralmente, ocorre quando existem válvulas cardíacas nativas doentes ou em próteses valvares. Também, pode ocorrer no endocárdio mural, nos defeitos dos septos cardíacos, nos cateteres endovenosos e em usuários de drogas venosas [1,2,5]. É causada por bactérias ou fungos que se aderem a vegetações formadas por fibrina e plaquetas nas condições relatadas [1,2]. A pesquisa de endocardite é recomendada em caso de sepsis de origem desconhecida ou febre prolongada na presença de fatores de risco [1,2].

O registro de endocardite europeu (EURO-ENDO) mostrou que a apresentação clínica mais prevalente foi: febre (77,7%), sopro (64,5%) e insuficiência cardíaca (27,2%). As complicações embólicas ocorreram em 25,3% e distúrbios do sistema condução em 11,5% [4]. Os estigmas periféricos como as manchas de *Janeway* e nódulos de *Osler* foram menos vistos. Os fenômenos imunológicos como: as manchas de Roth, a glomerulonefrite e he-

hemorragias subungueais permanecem como achados comuns. O diagnóstico da EI é elucidado pelos critérios de Duke, que classificam em EI definitiva, provável e rejeitada, conforme os achados clínicos, microbiológicos e ecocardiográficos compatíveis com EI. O que há de curioso em recentes décadas é o aumento da sua incidência e mudança do patógeno principal, o que vem sendo atribuído ao envelhecimento populacional e o aumento das intervenções médicas invasivas [2,5]. As orientações terapêuticas têm sido pautadas mais em estudos observacionais que em ensaios clínicos randomizados [1,5,7].

Os aneurismas micóticos são incluídos como embolização vascular e classificados como critérios menores [1,8]. O termo micótico remonta da sua primeira descrição por William Osler quando imaginou que a infecção da parede vascular e a formação aneurismática fossem decorrentes de uma infecção fúngica, mas sabe-se que a maioria dos casos deve-se à etiologia bacteriana. Os principais agentes etiológicos atribuídos às lesões aneurismáticas infecciosas são o *Staphylococcus aureus* e a *Salmonella ssp* [3,8,9]. Os fatores de risco são imunodepressão, como infecção por HIV, diabetes, drogas imunodepressoras ou trauma arterial, procedimentos invasivos, doença cardíaca congênita, endocardite infecciosa e uso de drogas intravenosas. Os sintomas variam conforme o sítio e tamanho e o risco maior é de ruptura. [3,8,9]

O diagnóstico é feito por métodos de imagem, como ultrassonografia Doppler, angiogramografia, angiografia ou ressonância magnética [8,9]. A abordagem terapêutica, envolve antibioticoterapia dirigida e, frequentemente, intervenção cirúrgica ou endovascular, devido ao alto risco de complicações e mortalidade associada ao tratamento exclusivamente clínico. De acordo com a *American Heart Association* recomenda-se a abordagem multimodal, com cirurgia ou reparo endovascular em casos selecionados, a depender do tamanho das vegetações, do grau de acometimento valvar e da sintomatologia clínica.[8]

Esse trabalho é um relato um caso de endocardite infecciosa que teve seu diagnóstico tardio devido a interpretação de uma lesão em pé direito ser atribuída exclusivamente à doença arterial periférica.

2. Relato de Caso

Paciente masculino, 71 anos, natural e residente em Bonito-PE, admitido em 26/04/2024 no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco para investigação de dor e sensação de massa pulsátil em membro inferior direito, com aproximadamente 10 dias de evolução. Ao exame inicial, observou-se cianose periférica distal em região plantar e pododáctilos direitos, sem evidências de isquemia crítica. Ultrassonografia Doppler arterial e venosa de membros inferiores demonstrou alteração do fluxo arterial na região poplítea direita, sugestiva de lesão aneurismática. Durante a avaliação pré-operatória, foi solicitado parecer cardiológico, com cintilografia miocárdica positiva para isquemia infero-septal, sendo indicado cateterismo cardíaco para estratificação invasiva. Durante o internamento no setor de Cirurgia Vascular, o paciente apresentou dispneia, motivando encaminhamento para a Clínica Médica.

Na anamnese detalhada, observou-se que o paciente apresentava dispneia aos pequenos esforços em piora progressiva há aproximadamente oito meses da admissão. Relato de internamento há cerca de 04 meses em hospital da rede conveniada por queixa de dispneia, sendo evidenciado derrame pleural bilateral em radiografia e manejado como insuficiência cardíaca descompensada por pneumonia. O paciente possuía histórico prévio de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Não havia relatado cardiopatia conhecida, negou histórico de tabagismo, asma, ortopneia ou dispneia paroxística noturna previamente.

A história clínica foi revisada, com relato febre intermitente desde novembro de 2023, com múltiplas idas à emergência, tendo sido tratado com antibióticos para quadros de pneumonia, sem melhora clínica. Fazia uso de dipirona nos últimos meses para alívio de fadiga e sensação febril. Ao exame físico, presença de sopro cardíaco sistólico 4+/6+,

audível em focos aórtico e mitral. Foi identificado pulso de Corrigan positivo. Havia lesões necróticas em primeiro, quarto e quinto pododáctilos do MID (demonstrado na figura 1), além de ausência de pulsos distais à direita. O paciente evoluiu sem sinais de desconforto respiratório, porém mantinha queixa de dor em MID.

Figura 1. Lesões necróticas em pododáctilos e região plantar direita.



Nos exames complementares, a arteriografia do membro inferior direito demonstrou a presença de lesão aneurismática em artéria poplítea direita, conforme demonstrado na figura 2. O cateterismo cardíaco, evidenciou doença arterial coronariana crônica multiarterial, com lesão de tronco da coronária esquerda, lesão severa em artéria descendente anterior proximal e em artéria circunflexa, além de lesão moderada em artéria coronária direita.

Figura 2. Arteriografia de membro inferior direito evidenciando aneurisma sacular em artéria poplítea.



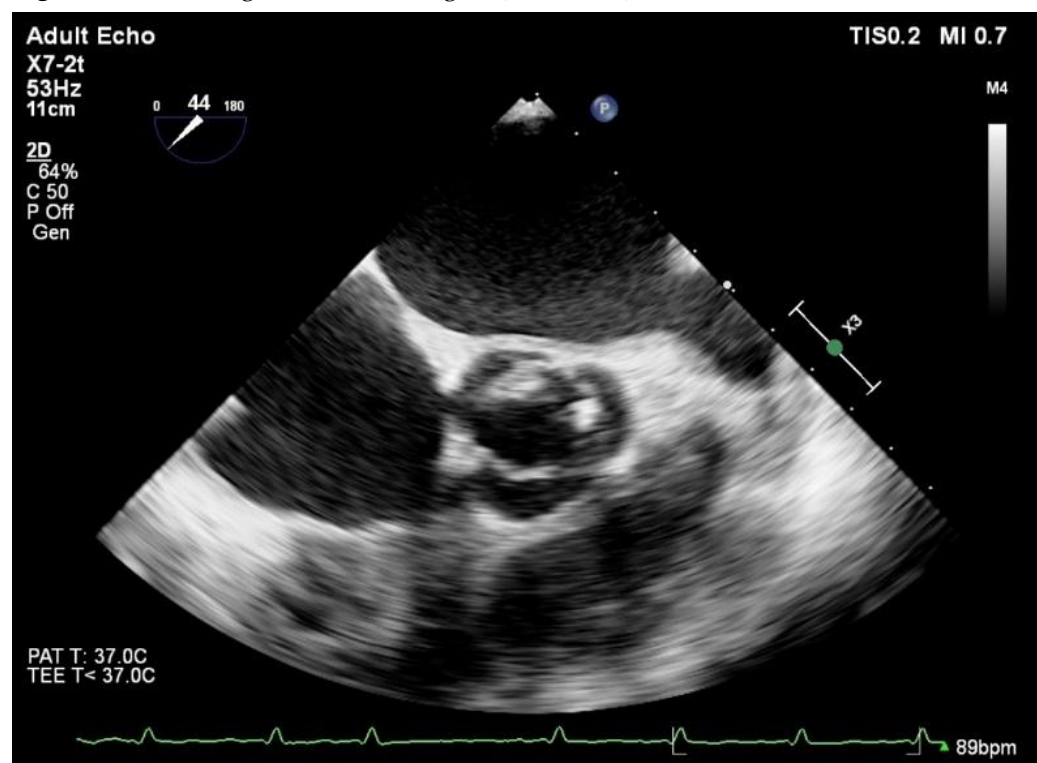
Diante do quadro de febre intermitente de longa duração, presença de lesão aneurismática periférica, sopro cardíaco sistólico 4+/6+, ausência de cardiopatia hipertensiva e sem dilatação do ventrículo esquerdo, levantou-se a suspeita de endocardite infecciosa. Optou-se, então, pela realização de ecocardiograma transesofágico (ECOTE). O exame evidenciou vegetações de grandes dimensões, medindo aproximadamente 32 mm em valva mitral (Figura 3) e 19 mm em valva aórtica (Figura 4), associadas a insuficiência mitral e insuficiência aórtica graves.

Figura 3. Ecocardiograma transesofágico (eixo longo) demonstrando vegetação de grandes dimensões aderida à valva mitral.



O paciente foi avaliado pela cardiologista responsável pelo serviço de Clínica Médica e pelo cirurgião cardiovascular, sendo indicada abordagem cirúrgica valvar e início imediato de antibioticoterapia empírica com ampicilina-sulbactam, ceftriaxona e gentamicina, considerando o alto risco de embolização sistêmica. Levantou-se a hipótese de o aneurisma de artéria poplítea direita tratar-se de aneurisma micótico secundário a fenômeno embólico. Demais exames complementares demonstravam anemia normocítica e normocrômica, com elevação da proteína C reativa. Apresentava hematúria microscópica e proteinúria, evidenciadas no sumário de urina. Hemoculturas haviam sido coletadas com 02 amostras positivas para *Streptococcus gallolyticus*, com tempo de crescimento de 02 horas e 43 minutos, com antibiograma demonstrando sensibilidade para ampicilina, sendo, portanto, mantido tratamento com monoterapia.

Figura 4. Ecocardiograma transesofágico (eixo curto) evidenciando valva aórtica.



O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico cerca de 45 dias após a hospitalização inicial, com ressecção e implante de próteses valvares mitral e aórtica, além de revascularização miocárdica com enxerto de artéria mamária para artéria descendente anterior e enxerto de veia safena para artéria circunflexa. Permaneceu em unidade de terapia intensiva (UTI) no pós-operatório, com necessidade de uso de droga vasoativa (DVA). Manteve-se em estado geral grave com falha de desmame de DVA, apresentando hipotensão refratária e piora clínica, cujo desfecho foi óbito por choque cardiogênico refratário no oitavo dia do pós-operatório.

4. Discussão

A endocardite infecciosa (EI) permanece como uma condição clínica de elevada morbimortalidade, especialmente em pacientes idosos e portadores de múltiplas comorbidades cardiovasculares, como observado no presente caso. Dados do registro europeu EURO-ENDO demonstram que a idade média dos pacientes com EI situa-se acima dos 60 anos, frequentemente associada a doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, características compatíveis com o perfil do paciente descrito [1]. O caso evidencia uma apresentação clínica subaguda e atípica da endocardite infecciosa, marcada por febre intermitente de longa duração, sintomas constitucionais inespecíficos e múltiplas internações prévias com diagnósticos alternativos, como pneumonia e insuficiência cardíaca descompensada. Esse padrão é amplamente descrito na literatura como fator associado a atraso diagnóstico, o que impacta negativamente no prognóstico [1,2,5].

Um aspecto relevante deste caso foi a manifestação periférica inicial sob a forma de aneurisma de artéria poplítea direita, posteriormente interpretado como provável aneurisma micótico. Os aneurismas micóticos representam complicação rara, porém grave, da endocardite infecciosa, resultando de fenômenos embólicos sépticos que acometem a parede arterial, levando à destruição tecidual e dilatação aneurismática [3,8,9]. Embora mais

frequentemente descritos em circulação cerebral e visceral, aneurismas micóticos periféricos, como em artéria poplítea, estão bem documentados e associados a elevada taxa de complicações, incluindo isquemia distal, necrose tecidual e risco de ruptura [6].

No presente caso, a associação entre febre prolongada, sopro cardíaco significativo, vegetações valvares volumosas e aneurisma periférico fortalece a hipótese de fenômeno embólico séptico como mecanismo fisiopatológico central. O ecocardiograma transesofágico revelou vegetações extensas em valvas mitral e aórtica, medindo 32 mm e 19 mm, respectivamente. Segundo o EURO-ENDO registry, vegetações maiores que 10 mm, especialmente quando associadas a insuficiência valvar grave, estão fortemente relacionadas a maior risco de embolização sistêmica e mortalidade. [1,2,4,5]

Em um estudo multicêntrico observacional, aneurismas, os micóticos periféricos sintomáticos, ocorreram em 1,9% (85 de 4.548) dos episódios de endocardite infecciosa, sendo todos associados à endocardite de câmaras esquerdas, especialmente em válvulas nativas. [9] A identificação do *Streptococcus gallolyticus* como agente etiológico também merece destaque. Esse microrganismo é classicamente associado à endocardite infecciosa subaguda e possui reconhecida relação com fenômenos embólicos sistêmicos. Além disso, sua presença reforça a necessidade de investigação concomitante de neoplasia colorretal, embora tal abordagem não tenha sido possível neste caso em razão da evolução desfavorável [2,5]. O tratamento antimicrobiano direcionado com ampicilina, após resultado de hemocultura e antibiograma, seguiu recomendações internacionais e está alinhado com os protocolos descritos nos registros europeus [1,2,5].

A indicação de abordagem cirúrgica precoce foi fundamentada em critérios bem estabelecidos: vegetações volumosas, insuficiência valvar grave, alto risco embólico e presença de complicações extracardíacas [1,2,5]. No entanto, mesmo com intervenção cirúrgica adequada, incluindo troca valvar mitral e aórtica associada à revascularização miocárdica, o paciente evoluiu com choque cardiogênico refratário no pós-operatório. Esse desfecho ressalta a elevada mortalidade associada à endocardite infecciosa complicada, especialmente quando coexistem doença arterial coronariana avançada e necessidade de procedimentos cirúrgicos extensos, conforme descrito no EURO-ENDO registry, que aponta mortalidade hospitalar superior a 20% nos casos cirúrgicos complexos [4,5].

Assim, este caso ilustra de forma didática a complexidade diagnóstica e terapêutica da endocardite infecciosa [3,8,9], destacando a importância da suspeição clínica precoce diante de febre prolongada associada a sinais cardiovasculares e manifestações embólicas periféricas. Além disso, reforça o impacto prognóstico negativo das complicações vasculares, como aneurismas micóticos, e da apresentação tardia, mesmo diante de manejo multidisciplinar e baseado em evidências [4,5].

5. Conclusão

O caso apresentado evidencia a endocardite infecciosa como uma doença de apresentação clínica heterogênea, frequentemente subdiagnosticada em suas fases iniciais, sobretudo quando se manifesta de forma subaguda e com sintomas inespecíficos. A evolução prolongada com febre intermitente, múltiplas internações prévias e tratamentos empíricos contribuiu para o atraso diagnóstico e para o surgimento de complicações graves.

A ocorrência de aneurisma periférico de artéria poplítea, interpretado como aneurisma micótico secundário a fenômeno embólico séptico, reforça a importância do reconhecimento das manifestações extracardíacas da endocardite infecciosa. Esse achado, associado à presença de vegetações valvares volumosas e insuficiências valvares graves, configurou um quadro de alto risco embólico e hemodinâmico, exigindo abordagem cirúrgica precoce. Apesar da condução terapêutica baseada em diretrizes, com antibioticoterapia direcionada e intervenção cirúrgica adequada, o desfecho desfavorável ressalta a elevada mortalidade associada à endocardite infecciosa complicada, especialmente em pacientes idosos com doença arterial coronariana avançada e múltiplas comorbidades.

Dessa forma, o presente relato reforça a necessidade de alto grau de suspeição clínica frente a quadros de febre de origem indeterminada associados a sopros cardíacos e eventos embólicos, bem como a importância de abordagem multidisciplinar precoce, visando reduzir complicações e melhorar o prognóstico dessa condição ainda desafiadora na prática clínica.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Todos os procedimentos realizados na pesquisa seguiram rigorosamente os princípios éticos previstos para os estudos com seres humanos. A confidencialidade das informações da paciente foi mantida em conformidade com as diretrizes éticas e legais. O paciente autorizou a produção deste relato, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os autores assinaram o Termo de Confidencialidade Livre e Esclarecido assegurando resguardo das informações obtidas, visto que os escopos da pesquisa foram, exclusivamente, acadêmicos, sem conflitos de interesse.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Baddour LM, et al. Infective endocarditis in adults: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(15):1435-1486. doi:10.1161/CIR.0000000000000296.
2. Chambers HF, Bayer AS. Native-valve infective endocarditis. *N Engl J Med*. 2020;383(6):567-576. doi:10.1056/NEJMcp2000400.
3. González I, et al. Symptomatic peripheral mycotic aneurysms due to infective endocarditis: a contemporary profile. *Medicine (Baltimore)*. 2014;93(1):42-52. doi:10.1097/MD.0000000000000014.
4. Habib G, et al. Clinical presentation, aetiology and outcome of infective endocarditis: results of the ESC-EORP EURO-ENDO (European infective endocarditis) registry: a prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2019;40(39):3222-3232.
5. Li M, et al. Infective endocarditis. *Lancet*. 2024;404(10450):377-392. doi:10.1016/S0140-6736(24)01098-5.
6. Osler W. The Gulstonian lectures, on malignant endocarditis. *Br Med J*. 1885;1(1262):467-470.
7. Pericàs JM, et al. The RE-ENDO registry: a prospective, interoperable, standardised clinical registry of infective endocarditis patients. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2022;8(2):159-168.
8. Wilson WR, et al. Vascular graft infections, mycotic aneurysms, and endovascular infections: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(20):e412-e460. doi:10.1161/CIR.0000000000000457.
9. Sánchez-Pinto AM, et al. Mycotic aneurysms in infective endocarditis: clinical characteristics and outcomes. *Clin Infect Dis*. 2024;78(3):642-650. doi:10.1093/cid/ciad629.