

Endocardite bacteriana simulando agravamento de quadro demencial em paciente idoso: relato de caso

Bacterial endocarditis simulating worsening of dementia in an elderly patient: case report

Emanuela Bezerra Silva¹.

Arnaldo Aires Peixoto Júnior¹.

Laio Cardoso de Oliveira¹.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os quadros demenciais nos idosos têm etiologias diversas e seu curso pode sofrer influência de múltiplos fatores, dentre os quais se encontram as infecções sistêmicas que podem manifestar-se com alterações da consciência ou da cognição. **Relato de caso:** Paciente de 72 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de insuficiência aórtica e quadro demencial de progressão insidiosa. Apresentou acentuação de declínio cognitivo-funcional, com evolução para dependência total para as atividades básicas da vida diária (ABVD) que ocorreu após o surgimento de febre associada a sintomas constitucionais. Na investigação clínica, por preencher os critérios de Duke e ter histórico de valvopatia, foi diagnosticado com Endocardite Bacteriana (EB). Adicionalmente, realizou angioressonância de crânio que apresentou alterações compatíveis com degeneração lobar frontotemporal. Após início da antibioticoterapia, o paciente retomou a independência para ABVD e retornou ao status cognitivo prévio ao quadro infeccioso. **Conclusões:** a EB em idosos se apresenta com sintomas inespecíficos e que podem ser confundidos com outras condições clínicas prevalentes na população geriátrica, como é o caso do declínio cognitivo-funcional. Para o adequado manejo desses quadros, é importante a implementação de avaliação geriátrica e multidisciplinar abrangente, além da realização de estudos com foco no manejo das particularidades da EB nessa população.

Palavras-chave: Endocardite bacteriana. Transtornos neurocognitivos. Demência. Avaliação geriátrica.

ABSTRACT

Introduction: Dementia in the elderly has different etiologies and its course can be influenced by multiple factors, among which are systemic infections that can manifest with changes in consciousness or cognition. **Case report:** A 72-year-old male patient with a previous diagnosis of aortic insufficiency and insidious progression of dementia. He presented accentuated cognitive-functional decline, with evolution to total dependence for basic activities of daily living (BADL), which occurred after the onset of fever associated with constitutional symptoms. In the clinical investigation, as he met the Duke criteria and had a history of valvular heart disease, he was diagnosed with Bacterial Endocarditis (BE). Additionally, he performed an angioresonance of the skull, which showed alterations compatible with frontotemporal lobar degeneration. After initiation of antibiotic therapy, the patient regained independence for BADL and returned to the cognitive status prior to the infectious condition. **Conclusions:** BE in the elderly presents nonspecific symptoms that can be confused with other clinical conditions prevalent in the geriatric population, such as cognitive-functional decline. For the proper management of these situations, it is important to implement a comprehensive geriatric and multidisciplinary assessment, in addition to carrying out studies focused on the management of the particularities of BE in elderly.

Keywords: Bacterial Endocarditis. Neurocognitive Disorders. Dementia. Geriatric Assessment.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Emanuela Bezerra Silva, Rua Raimunda Galdino, 821, Sapiranga, Fortaleza, Ceará. CEP: 60833-612. E-mail: emanuelabezerra@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 13 Jun 2023; Revisado em: 28 Mar 2024; Aceito em: 04 Dez 2025.

INTRODUÇÃO

Os quadros demenciais na população idosa têm etiologias diversas e seu curso pode sofrer influência de múltiplos fatores, dentre os quais se encontram as infecções sistêmicas que podem manifestar-se com alterações da consciência e/ou da cognição. Dentre elas, enquadra-se a endocardite bacteriana (EB), que tem acometido com maior frequência idosos, fato que pode ser atribuído à maior expectativa de vida e ao aumento da prevalência de doenças cardiodegenerativas neste grupo.^{1,5}

Apresenta-se o caso de um paciente previamente hipertenso e valvulopata, com quadro demencial de progressão insidiosa, evoluindo com piora aguda do comprometimento cognitivo de base no contexto de um episódio de EB.

RELATO DO CASO

Paciente de 72 anos, sexo masculino, admitido no Hospital Universitário Walter Cantídio em maio de 2022 para investigação de quadro demencial, que teve piora concomitante ao surgimento de sintomas constitucionais.

Paciente apresentava diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e coronariopatia, com dois episódios de infarto agudo do miocárdio (IAM), nos anos de 2017 e 2019, com necessidade de implante de *stent* em coronária descendente anterior para tratamento do quadro. Durante o seguimento cardiológico pós-IAM, em 2019, foi diagnosticado com insuficiência aórtica, tendo recusado a realização da cirurgia de correção na ocasião.

Segundo relato de familiares, era hígido e independente para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e atividades básicas da vida diária (ABVD) e tinha boa interação social, quando, em novembro de 2017, após o episódio de IAM supracitado, evoluiu com quadro progressivo de perda de memória para fatos recentes, reclusão social, humor deprimido e início de dependência para as AIVD.

O quadro cognitivo evoluiu de forma insidiosa, até que familiares notaram em maio de 2022 importante piora cognitiva, com surgimento de adinamia, anorexia, ausência de interação social, sonolência excessiva, dependência total para realização das ABVD, além de alucinações visuais e comportamento de desinibição. Esse quadro veio acompanhado por um episódio isolado de febre mensurada em 38,5°C, desconforto abdominal não bem caracterizado e perda ponderal não estimada. Nesse contexto clínico, o paciente buscou assistência em uma unidade de pronto-atendimento, sendo conduzido apenas com medicações sintomáticas. Pela ausência de melhora do status geral do paciente com as medidas adotadas, foi encaminhado ao Hospital Universitário Walter Cantídio para elucidação diagnóstica do quadro.

Na admissão, o paciente encontrava-se desidratado, sonolento, irritado e pouco cooperativo com o examinador.

Ao exame físico, tinha como achados marcantes a presença de alterações típicas de insuficiência aórtica, como sopro diastólico em foco aórtico, aumento da pressão de pulso visualizada no leito ungueal e pulso de Corrigan.

Na investigação clínica, realizou ecocardiograma transtorácico (ECOTT), que mostrou imagem compatível com vegetação, medindo 2,0x0,4 cm, aderida à face ventricular do folheto não coronariano da valva aórtica. O achado se confirmou no ecocardiograma transesofágico (ECOTE), que visualizou imagem sugestiva de vegetação medindo 6,5 x 5,5 mm. Além das alterações ecocardiográficas, apresentou pesquisa de fator reumatoide reagentes e hemocultura com crescimento de *Staphylococcus epidermidis* sensível à oxacilina em duas amostras coletadas. Os achados, somados à valvopatia prévia, conduziram ao diagnóstico de EB pelos critérios de Duke, sendo iniciada a antibioticoterapia guiada pelo perfil de sensibilidade do microrganismo identificado na hemocultura.

Na investigação adicional do quadro de demência e visando descartar complicações vasculares secundárias ao quadro de EB que pudessem justificar o comprometimento cognitivo, o paciente realizou angiorressonância de crânio, que mostrou marcada atrofia temporal bilateral simétrica, incluindo os hipocampos, sugerindo doença neurodegenerativa no espectro da degeneração lobar frontotemporal (DLFT).

Após início de antibioticoterapia, paciente evoluiu com melhora cognitiva, tornando-se cooperativo e com melhor interação com examinador e cuidadores, respondendo adequadamente a questionamentos simples e retomando a independência para as ABVD. Os ECOTT de controle para seguimento de EB evidenciaram redução da vegetação, mas, pela evidência de sinais de rotura do folheto aórtico, foi indicada abordagem cirúrgica, tendo o paciente sido submetido à troca de valva aórtica por prótese biológica, recebendo alta hospitalar após o procedimento.

DISCUSSÃO

A endocardite bacteriana (EB) representa uma doença ameaçadora à vida e é fator causador de morbidade na população geriátrica. Seu diagnóstico é uma tarefa complexa, dado que em idosos a EB nem sempre apresenta seus sintomas típicos e pode manifestar-se inicialmente apenas como um quadro de confusão mental.^{1,2}

A apresentação clínica mais comum em idosos consiste no aparecimento de sintomas constitucionais, como letargia, adinamia, anorexia e perda ponderal, os quais podem ser facilmente interpretados como consequências de outras doenças comuns neste grupo, por exemplo, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e declínio cognitivo-funcional.¹

O uso dos critérios de Duke para diagnóstico de EB não mostrou particularidades em idosos, exceto pela menor

especificidade e sensibilidade do achado de sopros cardíacos ao exame físico. Isso pode ser justificado pelo fato de que é mais comum em idosos a existência de doenças valvares degenerativas prévias ao quadro de EB e também porque a ausculta de sopros cardíacos pode tornar-se mais difícil pela anatomia do idoso, que tende a ter redução dos espaços intercostais.³

Na suspeita clínica de EB, a realização de um ecocardiograma é fundamental para a avaliação da anatomia valvar e identificação de vegetações. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) tem menor sensibilidade para diagnóstico de EB, sobretudo na população idosa, que é acometida com maior frequência por degenerações e calcificações valvulares. Isso torna importante que, sempre que disponível, o ecocardiograma transesofágico (ECOTE) seja o exame de escolha, pois ele aumenta a taxa de diagnóstico de EB em cerca de 45% nos pacientes idosos e é superior ao ecocardiograma transtorácico (ECOTT) na detecção de vegetações menores que 5mm, alterações aneurismáticas e abscesso perivalvar.⁴

Os exames laboratoriais geralmente são inespecíficos e apresentam alterações genéricas compartilhadas pela maioria dos quadros infecciosos e inflamatórios. A pesquisa de fator reumatoide e dosagem do complemento podem auxiliar no direcionamento do diagnóstico.⁵

O início precoce da antibioticoterapia parenteral tem extrema importância no manejo da EB e, em pacientes que não apresentam complicações, costuma resultar em uma defervescência da infecção e na melhora dos sintomas após a primeira semana de tratamento. Na falha do tratamento antibiótico, a necessidade de intervenção cirúrgica para controle do quadro deve ser considerada.³

As indicações cirúrgicas para tratamento da EB em idosos são as mesmas preestabelecidas para população geral, mas há uma tendência de as equipes assistentes preferirem tratamentos mais conservadores, dado que, no geral, com o avançar da idade, os pacientes tendem a acumular comorbidades e ter maior risco de complicações intra e pós-operatórias.¹

A última diretriz da ESC (*European Society of Cardiology*) recomenda avaliar o estado clínico, comorbidades e risco operatório para orientar na decisão de intervenção em pacientes com EB.⁶ Nenhum escore cirúrgico está atualmente validado para EB e os escores pré-operatórios validados até o momento para outras cirurgias cardíacas não incluem parâmetros suficientes para abranger de forma segura a população geriátrica.¹ A indicação cirúrgica deve, portanto, ser individualizada para cada paciente e uma cuidadosa avaliação multidisciplinar é essencial para ponderar o risco e o benefício do procedimento.⁷

O acompanhamento de pacientes idosos com EB inclui não apenas o uso de antibióticos e a definição de necessidade de tratamento cirúrgico, mas também a prevenção e o manejo

de complicações comuns à população idosa, como é o caso do *delirium*, da desnutrição, do declínio cognitivo-funcional e dos efeitos adversos de medicamentos.¹

Torna-se importante a sistematização de uma avaliação ampla e multidisciplinar do paciente idoso acometido por EB, que é uma doença capaz de comprometer o status cognitivo-funcional da população geriátrica.⁸ Além disso, a avaliação multidisciplinar também ganha relevância, pois, excetuando-se as complicações cardíacas e infecciosas, o estado funcional e nutricional foram os únicos parâmetros que mostraram associação com a mortalidade nesta população.^{7,9}

CONCLUSÃO

A EB em idosos tem diversas especificidades, que não só influenciam no processo de diagnóstico da doença como também implicam na necessidade de decisões individualizadas sobre o manejo clínico desses pacientes.

Os *guidelines* sobre o assunto atualmente disponíveis não abordam a gestão da EB no idoso e é incerto até que ponto as orientações podem ser extrapoladas para esse grupo de pacientes.

Diante do exposto, fica evidente a importância da implementação de uma avaliação geriátrica e multidisciplinar abrangentes para orientar o diagnóstico, o tratamento e prever desfechos, assim como a necessidade de ampliar o conhecimento e promover mais estudos com foco na população geriátrica acometida pela EB.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O relato de caso foi desenvolvido obedecendo os princípios da Declaração de Helsinki, tendo sido avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, tendo como número de parecer de aprovação: 6.062.929.

REFERÊNCIAS

1. Bea C, Vela S, García-Blas S, Perez-Rivera JA, Díez-Villanueva P, de Gracia AI, et al. Infective Endocarditis in the Elderly: Challenges and Strategies. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2022;9(6):192.
2. Wu Z, Chen Y, Xiao T, Niu T, Shi Q, Xiao Y. The clinical features and prognosis of infective endocarditis in the elderly from 2007 to 2016 in a tertiary hospital in China. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):937.
3. Dhawan VK. Infective Endocarditis in Elderly Patients. *Clin Infect Dis*. 2002; 34(6):806-12.
4. Daniel WG, Mügge A, Martin RP, Lindert O, Hausmann D, Nonnast-Daniel B, et al. Improvement in the diagnosis of abscesses associated with endocarditis by transesophageal echocardiography. *N Engl J Med*. 1991;324(12):795-800.
5. Ursi MP, Durante ME, Rajani R, Hancock J, Chambers JB, Prendergast B. Infective Endocarditis in the Elderly: Diagnostic and Treatment Options. *Drugs Aging*. 2019;36(2):115-124.
6. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the Management of Infective Endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2015; 36(44):3075–3128.
7. Chirillo F. It is not how old you are, it is how you are old: need for changes in the management of infective endocarditis in the elderly. *Heart*. 2017;103(20):1562-1564.
8. Boureau AS, Trochu JN, Colliard C, Volteau C, Jaafar P, Manigold T, et al. Determinants in Treatment Decision-Making in Older Patients with Symptomatic Severe Aortic Stenosis. *Maturitas*. 2015;82(1):128-33.
9. Forestier E, Roubaud-Baudron C, Fraisse T, Patry C, Gavazzi G, Hoen B, et al. Comprehensive geriatric assessment in older patients suffering from infective endocarditis: a prospective multicentric cohort study. *Clin Microbiol Infect*. 2019;25(10):1246-1252.

Como citar:

Silva EB, Peixoto AA Júnior, Oliveira LC. Endocardite Bacteriana simulando agravamento de quadro demencial em paciente idoso: relato de caso. *Rev Med UFC*. 2025;65:e90991.