

Abstract Nº PO-SEX-34

ENDOCARDITE INFECIOSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VASCULITE ANCA

Sofia Marques (1); Bárbara Ribeiro (1); Sofia Rocha (1); Raquel Vaz (1); Catarina Carvalho (1); Maria João Rocha (1); Rui Costa (1); Bernardo Faria (1); Carlos Soares (1); António Ramalheiro (1);

(1) - Hospital de Braga, Nefrologia, Braga, Portugal;

Um critério menor de Duke para diagnóstico de endocardite infecciosa (EI) é a presença de fenómenos imunológicos como glomerulonefrites. Ocorre atingimento renal em aproximadamente 1/3 das EI. Por outro lado, cerca de 1/5 das EI apresenta anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA), em particular, 8% têm ANCA anti-MPO ou PR3. Fora do contexto da EI, esta serologia associa-se a vasculite de pequenos vasos e glomerulonefrite pauci-imune. A incidência de EI é superior à das vasculites, portanto perante uma lesão renal com positividade ANCA, a possibilidade de EI deve ser diagnóstico diferencial de vasculite primária com atingimento renal. Falhar o diagnóstico pode ter consequências graves já que a imunossupressão intensiva usada nas vasculites pode agravar a infeção valvular. Descrevem-se 2 casos de lesão renal aguda ANCA* em contexto de EI, ambos inicialmente abordados como vasculite de pequenos vasos. O objetivo é aumentar a sensibilidade para esta entidade.

CASO 1: Homem de 33 anos, portador de prótese biológica (por EI pregressa) admitido por síndrome pulmão-rim, com lesão renal aguda incipiente e hemoptises. O estudo imunológico revelou consumo de complemento e ANCA PR3*. Os exames culturais incluindo bacteriológico e fúngico eram negativos. No ecocardiograma transesofágico não tinha vegetações pelo que se decidiu iniciar plasmaferese, corticoterapia e ciclofosfamida em pulsos. Realizou biópsia renal que mostrou padrão membranoproliferativo com imunofluorescência ** para IgM e C3. A prótese valvular apresentou agravamento da disfunção severa e, por insuficiência cardíaca descompensada, foi realizada substituição por nova prótese. No material protésico, por biologia molecular, foi identificada *Bartonella quintana*, estabelecendo o diagnóstico de EI.

CASO 2: Homem de 46 anos, com estenose da válvula pulmonar e defeito no septo interventricular admitido por sintomas de insuficiência cardíaca, anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução. Apresentou-se normotenso e apirético, com sopro cardíaco V/VI audível em todo o pré-córdio, crepitações pulmonares difusas, hepatosplenomegalia, ascite e púrpura nos membros inferiores. Tinha lesão renal aguda, com necessidade de iniciar diálise. O estudo identificou ANCA PR3*, consumo de complemento e crioglobulinas. A biópsia renal apresentava uma glomerulonefrite membranoproliferativa crescêntica, mas não se realizou imunofluorescência por falta de material. O doente iniciou corticoterapia e plasmaferese até à obtenção de hemoculturas positivas para *Enterococcus faecalis*. O ecocardiograma entretanto realizado revelou vegetações em múltiplas válvulas, diagnosticando EI. O doente acabou por falecer em consequência da embolização séptica da EI.

Discussão: Vários casos reportam a necessidade de diagnóstico diferencial destas duas entidades. Favorecem EI em detrimento de vasculite primária: alterações valvulares cardíacas, esplenomegalia, consumo de fatores do complemento, positividade para fator reumatoide, crioglobulinas, anticorpos anti-nucleares, anti-cardiolipinas e hemoculturas. Disponível num segundo tempo, a biópsia renal também difere nestas duas entidades já que, na EI existem imunocomplexos enquanto que a vasculite é pauci-imune.