



ENDOCARDITE INFECCIOSA E TROMBOSE INTRACAVITÁRIA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: DESAFIOS TERAPÊUTICOS E EVOLUÇÃO CLÍNICA

Tamara Marielle de Castro¹, Andressa Nayara Degen², Felipe Sousa Silva², Cristiano do Amaral De Leon³
Email: tamara_mdcastro@hotmail.com

Autor principal¹: Pediatra do Hospital Universitário da ULBRA;
Co autor²: Acadêmico(a) da Universidade Luterana do Brasil- ULBRA;
Orientador³: Pediatra do Hospital Universitário da ULBRA

INTRODUÇÃO:

A endocardite infecciosa (EI) neonatal é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, geralmente associada ao uso de cateteres venosos centrais e à sepse tardia em recém-nascidos pré-termo (RNPT). A formação de vegetações e trombos intracavitários impõe um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo a integração entre antibioticoterapia prolongada e anticoagulação sistêmica, sob rigorosa monitorização ecocardiográfica e hematológica.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Recém-nascida, 32 semanas e 4 dias, peso ao nascer 1760g, nascida de parto cesáreo por rotura prematura de membranas ovulares prolongada (uma semana). Evoluiu com sepse tardia no 5º dia de vida, com hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus sp.* Durante a investigação de foco infeccioso persistente, o ecocardiograma revelou imagens hiperrefringentes e oscilantes em átrio direito (3,2mm x 2,5mm) e ventrículo direito, compatíveis com vegetações/trombos. O manejo incluiu ciclos prolongados de vancomicina, cefepime, linezolida e anfotericina B. Devido à manutenção das imagens intracavitárias e risco embólico, instituiu-se anticoagulação inicialmente com heparina não fracionada e, posteriormente, enoxaparina (1,7 mg/kg/dose). Ao longo de dois meses de internação, a paciente apresentou episódios de anemia grave necessitando de múltiplas hemotransfusões. Atualmente, aos 2 meses e 18 dias de vida, a lactente encontra-se estável em ar ambiente, em berço comum, com aceitação plena de dieta via oral e ganho ponderal satisfatório. Ecocardiogramas seriados demonstram redução progressiva e organização das vegetações, sem repercussão hemodinâmica ou disfunções valvares.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS:

A EI neonatal por *Enterococcus sp.* é particularmente desafiadora devido à capacidade de formação de biofilme em dispositivos invasivos. No presente caso, a persistência de imagens intracavitárias após a negatização das culturas exigiu a diferenciação entre vegetação ativa e trombo residual organizado. A decisão pela anticoagulação com enoxaparina foi crucial para a estabilização das massas atriais, exigindo controle minucioso do tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa). A evolução favorável reafirma a importância da ecocardiografia seriada como guia terapêutico e a necessidade de suporte nutricional e vitamínico vigoroso para compensar os insultos infecciosos e hematológicos sofridos.

O manejo da endocardite neonatal exige uma abordagem multidisciplinar e individualizada. A combinação de antibioticoterapia de largo espectro e anticoagulação estratégica permitiu a resolução do quadro infeccioso e a organização dos trombos intracavitários, garantindo a sobrevivência e a estabilidade clínica de um paciente de alto risco biológico.

REFERÊNCIAS:

- Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. 32. ed. Itasca: American Academy of Pediatrics; 2021.
- Baltimore RS, Gewitz M, Baddour LM, et al. Infective endocarditis in childhood: 2015 update. *Circulation*. 2015;132(15):1487-1515.
- Monagle P, Cuello CA, Augustine C, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of pediatric venous thromboembolism. *Blood Advances*. 2018;2(22):3292-3316.