

Vegetação Gigante em Paciente Portador de Marca-Passo com Endocardite Infecciosa

Giant Vegetation in Patient with a Pacemaker with Infective Endocarditis

Antonio José Lagoeiro Jorge, Diane Xavier de Avila, Carolina Martins Lemos, Mario Luiz Ribeiro, Eduardo Nani Silva, Wolney de Andrade Martins, Humberto Villacorta Júnior, Evandro Tinoco Mesquita

Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

Introdução

O uso de Dispositivos Cardíacos Implantáveis (DCI), como Marca-Passos (MP), desfibriladores e resincronizadores, aumentou nas últimas duas décadas e, proporcionalmente, houve incremento das infecções associadas. Os DCI tornaram-se sítios frequentes de Endocardite Infecciosa (EI), constituindo problema diagnóstico e terapêutico ainda mais desafiador do que quando a EI ocorre em valvas nativas.¹ O diagnóstico de EI pode ser facilmente estabelecido em pacientes com características clássicas. No entanto, na prática clínica, as apresentações atípicas em pacientes com cardiopatias complexas e inúmeras comorbidades levam ao frequente atraso no diagnóstico.² Na EI em DCI há a limitação do tratamento antimicrobiano exclusivo, sendo necessárias a retirada do dispositivo e a decisão da melhor forma de fazê-lo. O tamanho da vegetação é o parâmetro que sugere a etiologia, a gravidade e a abordagem invasiva. O caso ora relatado surpreende pelo grande tamanho da vegetação encontrada.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 63 anos, portadora de MP, admitida com queixas de febre de origem desconhecida, astenia, perda de peso, petéquias nos membros superiores e inferiores, dispneia progressiva, tosse com hemoptise e edema de membros inferiores, nos últimos 3 meses. Relato de tratamento de infecção urinária com clindamicina e metronidazol 15 dias antes da admissão.

Ao exame físico: fácies hipocrática, hipo-hidratada, anêmica (2+/4+) e icterica (2+/4+). Pressão arterial de 150 × 80 mmHg, frequência cardíaca de 50 bpm, frequência respiratória de 22 irpm, temperatura axilar de 35,9°C; turgência jugular patológica a 45°; ausculta respiratória normal; ritmo cardíaco regular, quarta bulha e presença de sopro sistólico (3+/6+) no foco tricúspide. Apresentava edema simétrico nos membros inferiores e lesões de Janeway nos dedos dos pés. O Ecocardiograma Transtorácico (ETT) mostrou grande massa, estimada maior que 30 mm, aderida

ao cabo do MP e à valva tricúspide, causando estenose valvar (Figura 1 e Vídeo 1). A tomografia de crânio e abdome foi normal. Hemoglobina de 8 g/dL; leucócitos 16.900 mm³; plaquetas 42.000/mm³; ureia 155 mg/dL; creatinina 3,1 mg/dL; eGFR 18 mL/min/1,73m²; sódio 133 mEq/L; potássio 6,3 mEq/L; bilirrubina direta 1,96 mg/dL; Porção N-terminal do Pró-Hormônio do Peptídeo Natriurético do Tipo B (NT-proBNP) 48.014 pg/mL. Gasometria arterial com acidose metabólica. A análise urinária mostrou piúria, cilindúria e hematúria. Foi feito teste para o HIV e para colagenoses, que foram negativos.

Evoluiu com necessidade de hemodiálise. A remoção cirúrgica do cabo do MP foi realizada e uma válvula biológica nº 29 (Saint Jude Medical, EUA) foi implantada na posição tricúspide (Vídeo 2). *Candida parapsilosis* foi identificada em duas amostras de hemocultura, e o tratamento inicial com micafungina foi realizado. Foi instituído esquema com fluconazol por 6 semanas após teste de sensibilidade. A paciente recebeu alta hospitalar assintomática, com melhora da função renal. O exame histopatológico por macroscopia mostrou segmento irregular de tecido, medindo 40 × 25 × 20 mm com uma base acastanhada (Figura 2). O exame microscópico mostrou abundante material fibrinoide e leucocitário.

Discussão

As infecções de DCI por fungos são raras, de difícil suspeição e sempre levam a atraso no diagnóstico. Estudos mostram como principais etiologias os estafilococos (60 a 80%), os bacilos Gram-negativos (5 a 12%), a infecção polimicrobiana (2 a 7%) e os fungos (2 a 5%).^{2,3}

Em estudo ecocardiográfico realizado com 60 pacientes hospitalizados com EI associada a DCI, relataram-se apenas 19% dos casos com vegetação maior que 20 mm. Dos 60 casos avaliados, 33% tiveram indicação de extração cirúrgica, com média de tamanho da vegetação 17,9 ± 7,0 mm, assim como fora indicado para nossa paciente. A infecção do DCI associado à válvula tricúspide foi encontrada nesse estudo em apenas um caso.⁴

A diretriz da American Heart Association (AHA) recomenda a remoção completa do dispositivo com o emprego de antibioticoterapia por tempo prolongado em qualquer paciente com infecção do dispositivo. A remoção do cabo pode ser realizada por técnicas percutâneas na maioria dos casos, porém em pacientes com endocardite valvar ou vegetações maiores que 30 mm, como no presente caso, a cirurgia aberta deve ser realizada.⁵ A estratégia cirúrgica combinada com agentes antifúngicos pode alterar a evolução da doença. A taxa de mortalidade por EI por *Candida sp.* foi excepcionalmente alta. Trata-se de doença rara, mas muitas vezes fatal.

Palavras-chave

Endocardite; Marcapasso; Estenose da Valva Tricúspide.

Correspondência: Antonio Jose Lagoeiro Jorge

Rua Coronel Bittencourt, São Bento da Lagoa. CEP: 24900-000, Marica, RJ, Brasil.

E-mail: lagoeiro@globomail.com

Artigo recebido em 9/1/2019; revisado em 10/1/2019; aceito em 22/4/2019

DOI: 10.5935/2318-8219.20190041

Relato de Caso

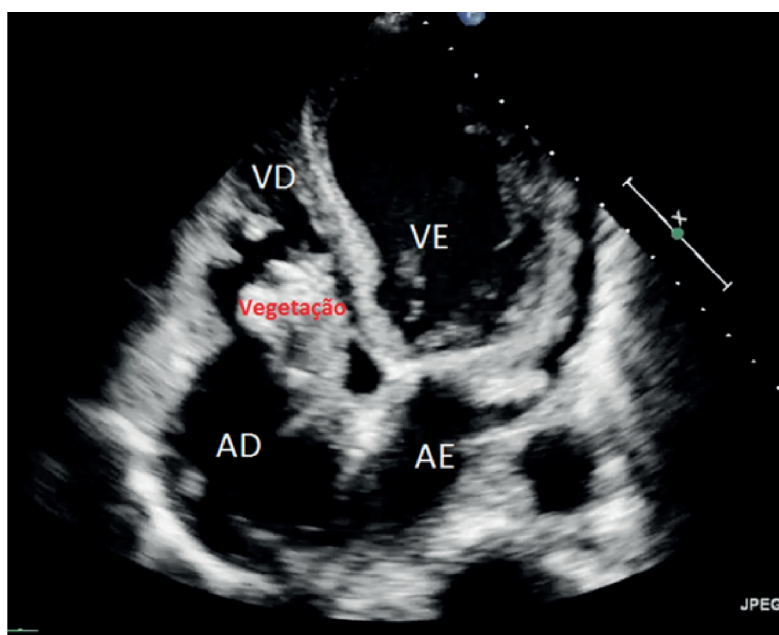
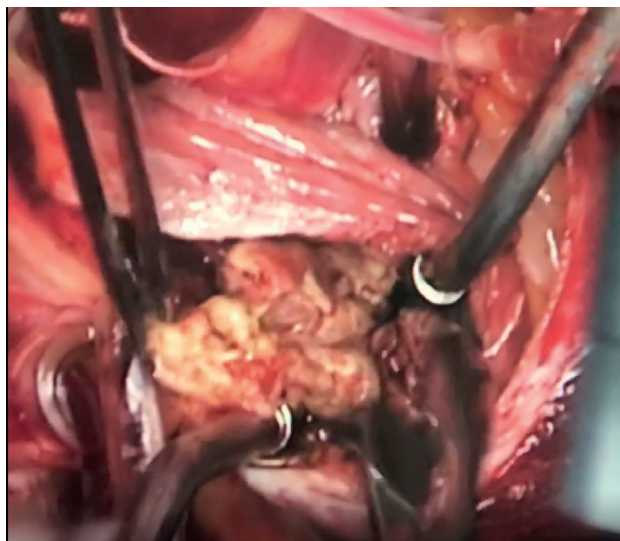


Figura 1 – Ecocardiograma transtorácico, corte apical de 4 câmaras, evidência vegetação gigante em topografia de válvula tricúspide e ventrículo direito (VD). VE: ventrículo esquerdo; AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo.



Vídeo 1 – Vegetação. Acesse o vídeo aqui: http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2019/v32_3/video_v32_3_vegetacao_gigante_em_paciente_portador_de_marca_passo_portugues.asp

A raridade do presente caso se estabelece pelo tamanho da vegetação de 40 mm, pelo acometimento concomitante do DCI com o aparelho valvar, e pela etiologia por *Candida sp.*

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Avila DX; Obtenção de dados: Avila DX, Lemos CM, Silva EM, Ribeiro ML;

Redação do manuscrito: Jorge AJL, Avila DX, Martins WA, Villacorta Junior H; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Jorge AJL, Martins WA, Villacorta Junior H, Silva EM, Mesquita ET.

Potencial Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver potencial conflito de interesses.

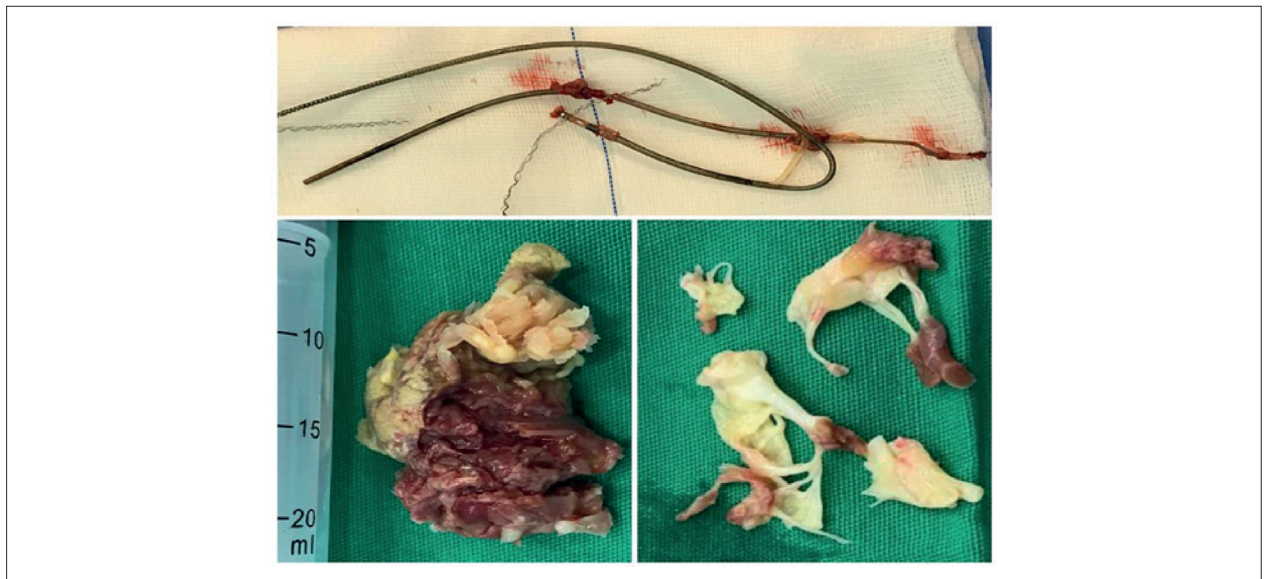
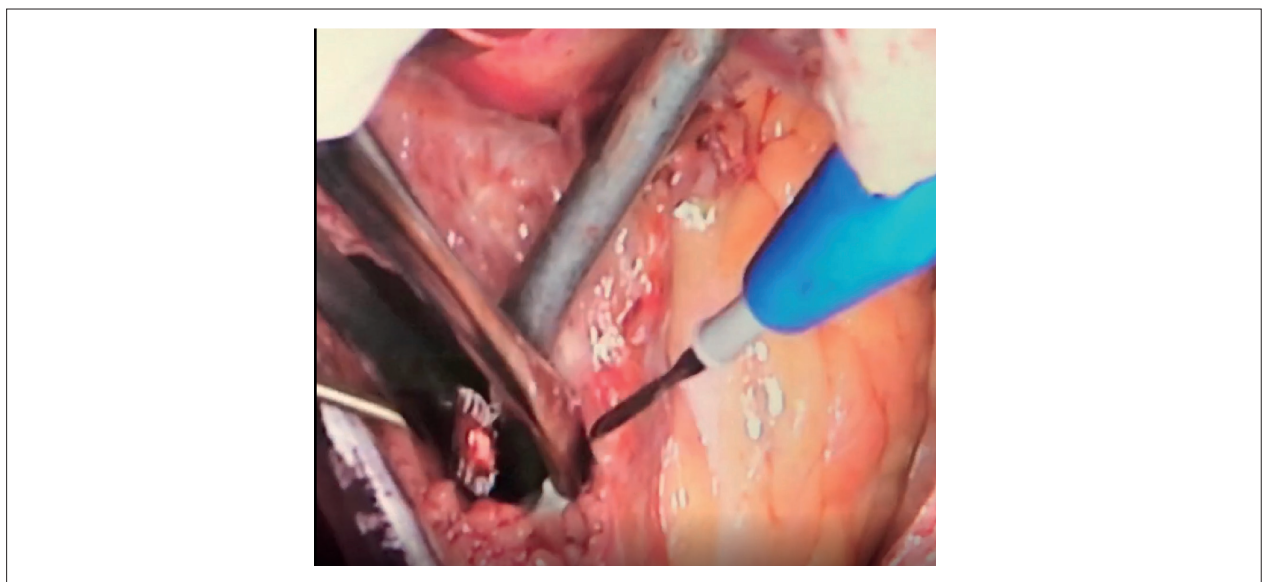


Figura 2 – O exame histopatológico evidenciou segmento irregular de tecido medindo 40 × 25 × 20 mm, com base acastanhada, projeções esverdeadas e brancas e, à microscopia, abundante material fibrinoide e leucocitário, com colonização bacteriana.



Vídeo 2 – Cabo do marca-passo. Acesse o vídeo aqui: http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2019/v32_3/video_v32_3_vegetacao_gigante_em_paciente_portador_de_marca_passo_portugues.asp

Referências

1. Topan A, Carstina D, Slavcovici A, Rancea R, Capalneau R, Lupse M. Assessment of the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis after twenty-years. An analysis of 241 cases. Clujul Med. 2015;88(3):321-6.
2. Chahoud J, Sharif Yakan A, Saad H, Kanj SS. Right-Sided Infective Endocarditis and Pulmonary Infiltrates: An Update. Cardiol Rev. 2016;24(5):230-7.
3. Glavis-Bloom J, Vasher S, Marmor M, Fine AB, Chan PA, Tashima KT, et al. Candida and cardiovascular implantable electronic devices: a case of lead and native aortic valve endocarditis and literature review. Mycoses. 2015;58(11):637-41.
4. Massoure PL, Reuter S, Lafitte S, Laborderie J, Bordachard P, Clementy J, et al. Pacemaker endocarditis: clinical features and management of 60 consecutive cases. Pacing Clin Electrophysiol. 2007;30(1):12-9.
5. Greenspon AJ, Le KY, Prutkin JM, Sohail MR, Vikram HR, Baddour LM, et al. Influence of vegetation size on the clinical presentation and outcome of lead-associated endocarditis: results from the MEDIC registry. JACC Cardiovasc Imaging. 2014;7(6):541-9.