

CASO CLÍNICO

Um caso de endocardite infecciosa de válvula nativa em doente imunocomprometido

Maria Salomé Carvalho^{a,*}, Marisa Trabulo^a, Regina Ribeiras^a, João Abecasis^a,
Fernando Leal da Costa^b, Miguel Mendes^a

^a Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, CHLO, Carnaxide, Portugal

^b Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia, Lisboa, Portugal

Recebido a 9 de fevereiro de 2011; aceite a 28 de junho de 2011

Disponível na Internet a 6 de dezembro de 2011

PALAVRAS-CHAVE

Endocardite infecciosa;
Imunossupressão;
Streptococcus dysgalactiae;
Indicações cirúrgicas;
Risco embólico

KEYWORDS

Infective endocarditis;
Immunosuppression;
Streptococcus dysgalactiae;
Surgical indications;
Embolic risk

Resumo A endocardite infecciosa é uma doença cuja mortalidade, apesar das opções terapêuticas médicas e cirúrgicas existentes, se mantém elevada. A intervenção cirúrgica está indicada em casos de insuficiência cardíaca diretamente relacionada com a disfunção valvular, infecção não controlada e, por vezes, na prevenção de fenómenos embólicos. Os autores descrevem o caso de um doente de 56 anos, com doença degenerativa mitroaórtica, esplenectomizado e com linfoma de Hodgkin recentemente recidivado, internado por endocardite infecciosa a *Streptococcus dysgalactiae*. Ao trigésimo dia de antibioticoterapia dirigida verificou-se um aumento significativo do volume e mobilidade da vegetação mitral, tendo sido equacionada a opção cirúrgica. No entanto, e dada a estabilidade clínica e analítica do doente, optou-se por uma atitude conservadora com prolongamento da antibioticoterapia. Foi constatada regressão franca da vegetação sete dias depois. Dado o comportamento atípico da vegetação com regressão mais lenta que o habitual para o agente em causa, os autores sugerem que, em doentes com algum grau de imunocompromisso, a antibioticoterapia deva ser mais prolongada.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

A case of native valve infective endocarditis in an immunocompromised patient

Abstract Infective endocarditis continues to be associated with high mortality, despite the medical and surgical therapeutic options available. Surgical intervention is indicated in cases of heart failure or uncontrolled infection and sometimes for the prevention of embolic phenomena. The authors present the case of a 56-year-old male patient, with fibro-calcific mitral-aortic valve disease, splenectomized and with recently relapsed Hodgkin's lymphoma, who was admitted with infective endocarditis due to *Streptococcus dysgalactiae*. On the thirtieth day of directed antibiotic therapy, the mitral vegetation showed a significant increase in size

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: mariasalomecarvalho@gmail.com (M.S. Carvalho).

and mobility. Surgery was considered at this point. However, given the patient's clinical stability and laboratory results, it was decided to adopt a conservative approach and to extend antibiotic therapy. The vegetation had regressed considerably seven days later. Given this atypical vegetation behavior, with slower than usual regression for the causative agent, the authors suggest that antibiotic therapy should be extended in patients with some degree of immunosuppression.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Embora a epidemiologia da endocardite infecciosa se tenha alterado nos últimos 50 anos (a cardiopatia reumática é cada vez menos frequente, em contraponto com a doença valvular degenerativa), a incidência e a mortalidade têm-se mantido constantes¹.

A incidência é de quatro a dez em cada cem mil pessoas por ano, sendo ligeiramente mais frequente no sexo masculino, e a mortalidade, apesar dos sofisticados meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis, mantém-se elevada: cerca de um em cada cem mil, anualmente^{2,3}.

O tratamento da endocardite infecciosa tem como objetivos a erradicação do microrganismo responsável e a resolução de eventuais complicações infecciosas intra e extracardíacas.

O primeiro objetivo é muitas vezes alcançado com antibioticoterapia bactericida endovenosa atempada e dirigida ao agente, enquanto o segundo exige frequentemente intervenção cirúrgica.

O regime de antibioticoterapia é adaptado ao tipo de válvula envolvida (nativa ou protésica), à relação temporal entre implantação da prótese valvular e evento infeccioso (prótese valvular implantada há mais ou menos de um ano) e ao agente etiológico, quando identificado⁴.

A evidência na literatura em relação à mais adequada duração da antibioticoterapia em endocardites a agentes não oportunistas em doentes imunocomprometidos é escassa.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 56 anos, com doença degenerativa mitroaórtica sem compromisso funcional significativo, hipertenso, esplenectomizado desde 1980 no contexto de doença de Hodgkin diagnosticada nesse ano e com recidiva abdominal recente.

É internado no Instituto Português de Oncologia de Lisboa a 13/10/2010, em choque séptico, tendo iniciado suporte inotrópico e antibioticoterapia com piperacilina e tazobactam, à qual se associou posteriormente vancomicina por isolamento de *Streptococcus dysgalactiae* em hemoculturas. Realizou ecocardiograma transesofágico (ETE) que revelou vegetações nas válvulas mitral e aórtica. Realizou ainda estadiamento da doença de Hodgkin, que revelou múltiplas adenopatias infradiafragmáticas, cuja biópsia permitiu diagnosticar recidiva de linfoma de Hodgkin.

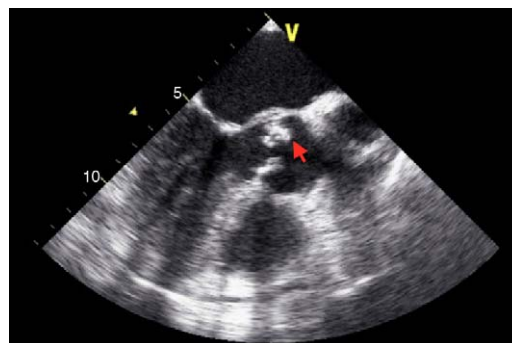


Figura 1 ETE: pequena vegetação aórtica em posição supra-valvular.

Transferido para o nosso hospital a 28/10/2010, já estabilizado clinicamente, com o diagnóstico de endocardite infecciosa das válvulas mitral e aórtica a *S. dysgalactiae*. Foi alterada antibioticoterapia, de acordo com teste de sensibilidade antibiótica, para ceftriaxone, tendo cumprido também, durante a primeira semana, gentamicina.

O ETE na data da admissão revelava válvula aórtica moderadamente espessada com abertura ligeiramente diminuída e regurgitação ligeira e pequena vegetação móvel com cerca de cinco milímetros de comprimento apenas à face arterial da válvula aórtica (Figuras 1 e 2). Na válvula mitral observava-se imagem sugestiva de vegetação com cerca de cinco milímetros de comprimento adjacente à porção basal da face ventricular do folheto anterior; moderada calcificação do anel e regurgitação mitral ligeira (Figura 3).

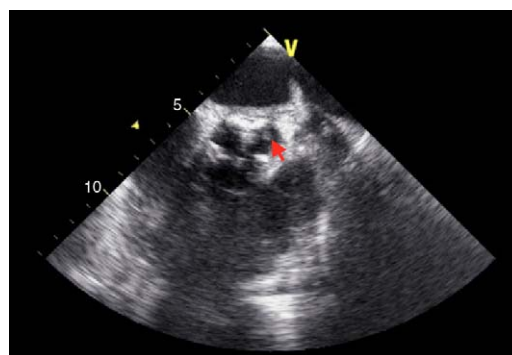


Figura 2 ETE: válvula aórtica em eixo curto com moderada calcificação e pequena vegetação apenas à cúspide coronária esquerda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126646>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126646>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)