

Endocardite em Válvula de Eustáquio

Eustachian Valve Endocarditis

Viviane Cordeiro Veiga, Ana Cristina Carlo Magno Molinari, Cíntia Mara Farias, Amilton Silva Junior, Elias César Hauy Marum, Salomón Ordinola Rojas, Marcelo Luiz Patrício, Henry Abensur

Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência – São Paulo, SP

A endocardite em válvula de Eustáquio é uma condição rara, que ocorre geralmente em usuários de drogas injetáveis e em portadores de marcapasso ou cateter venoso central. Apresentamos um caso de paciente que, em pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea, apresentou endocardite em válvula de Eustáquio diagnosticada pela ecocardiografia, sendo identificada *Klebsiella pneumoniae* à hemocultura. O paciente foi tratado com antibioticoterapia apropriada, apresentando resolução do quadro em quatro semanas.

Eustachian valve endocarditis is a rare condition that affects mostly injectable drug users and patients using pacemakers or central venous catheter. We describe the case of a patient who underwent myocardial revascularization with extracorporeal circulation and who presented Eustachian valve endocarditis in the postoperative period, diagnosed by echocardiogram. The blood culture identified Klebsiella pneumoniae. He received appropriate antibiotic therapy and presented resolution of the condition within four weeks.

Introdução

A endocardite em válvula de Eustáquio é uma condição rara, que ocorre geralmente em usuários de drogas injetáveis e em portadores de marcapasso ou cateter venoso central^{1,2}.

Na circulação fetal, a válvula de Eustáquio desvia o sangue da veia cava inferior para o átrio esquerdo através do forame oval.

O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de um caso de endocardite em válvula de Eustáquio no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Relato do Caso

Paciente de 45 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de insuficiência coronariana, submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio, com anastomose da artéria torácica interna direita para a artéria coronária direita e da artéria radial esquerda para o ramo marginal esquerdo, com circulação extracorpórea, sem intercorrências, tendo como procedimentos invasivos durante a realização da cirurgia a cateterização da artéria radial direita para monitorização invasiva da pressão arterial média e o implante de acesso venoso central. Recebeu alta da unidade de terapia intensiva no primeiro dia de pós-operatório, em boas condições clínicas, em uso de antibioticoterapia profilática com cefuroxima na dose de 750 mg três vezes por dia.

No terceiro dia de pós-operatório, começou a apresentar distensão abdominal e no dia seguinte, calafrios e febre,

sendo solicitadas hemoculturas. O acesso venoso central foi retirado, tendo sido iniciada antibioticoterapia empírica com ciprofloxacino na dose de 400 mg por dia.

Nas hemoculturas e no exame microbiológico da ponta do cateter venoso central foi identificada *Klebsiella pneumoniae* resistente ao ciprofloxacino e sensível ao imipenem, antibiótico este que passou a ser utilizado na dose de 2 g por dia, com melhora tanto clínica como laboratorial.

Foi solicitada ecodopplercardiografia transtorácica para investigação de endocardite, em que foram observadas função ventricular direita e função ventricular esquerda preservadas, refluxo valvar mitral e tricúspide de grau discreto, e presença de massa móvel em átrio direito, sendo sugerida a realização de ecocardiografia transesofágica.

Ao ecocardiograma transesofágico, foi visibilizada presença de massa móvel, hiperecogênica, com movimentação aleatória, medindo aproximadamente 30 mm, localizada no átrio direito, aderida à válvula de Eustáquio, sugerindo vegetação endocárdica (fig. 1).

O paciente apresentou melhora do quadro infeccioso, permanecendo afebril a partir do quinto dia do início do antibiótico, com melhora concomitante do hemograma.

No vigésimo sexto dia de terapia específica, o paciente foi submetido a ecocardiografia transesofágica de controle, sendo visibilizada a válvula de Eustáquio sem sinais de vegetação. Não havia outras alterações ao ecocardiograma. O paciente apresentava-se afebril, com padrões laboratoriais não compatíveis com quadro infeccioso.

Recebeu alta hospitalar após quatro semanas de antibioticoterapia, sem sinais clínicos e laboratoriais de infecção em atividade (fig. 2).

Palavras-chave

Endocardite, válvula de Eustáquio, valvas cardíacas.

Correspondência: Viviane Cordeiro Veiga •

Alameda Hungria, 89 – 06474-140 – Barueri, SP

E-mail: vcveiga@cardiol.br

Artigo recebido em 19/05/06; revisado recebido em 16/08/06; aceito em 14/09/06.

Discussão

A endocardite em válvula de Eustáquio, condição rara e com poucos casos descritos na literatura^{1,3}, geralmente é

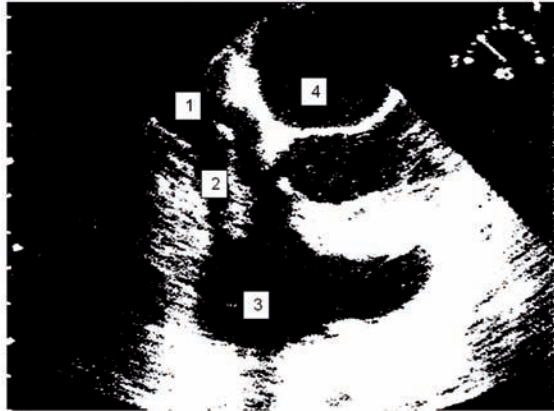


Fig. 1 - Presença de vegetação em válvula de Eustáquio visibilizada ao ecocardiograma transesofágico. 1. Veia cava inferior. 2. Válvula de Eustáquio com vegetação. 3. Átrio direito. 4. Átrio esquerdo.

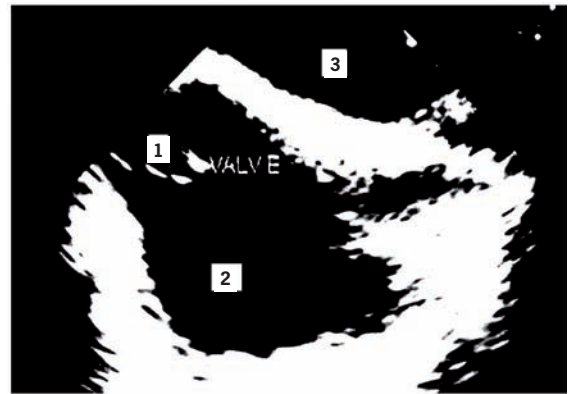


Fig. 2 - Ecocardiograma transesofágico após quatro semanas de antibioticoterapia, em que se observa válvula de Eustáquio sem sinais de endocardite; 1. Válvula de Eustáquio; 2. Átrio direito; 3. Átrio esquerdo.

associada a endocardite de valva tricúspide⁴.

O fator predisponente mais comum para essa condição é o uso de drogas injetáveis, sendo também relacionada ao uso de cateter venoso central e de marcapasso^{5,6}. Em nosso caso, a endocardite em válvula de Eustáquio foi decorrente do uso de cateter venoso central implantado durante a revascularização cirúrgica do miocárdio.

O patógeno mais freqüentemente isolado nessa condição é o *Staphylococcus aureus*^{5,7,8}, não havendo relato de *Klebsiella pneumoniae* como encontrado em nosso paciente.

O diagnóstico de endocardite em válvula de Eustáquio geralmente é feito por meio de ecocardiografia transesofágica, que possibilita melhor visibilização dessa região, comparativamente à ecocardiografia transtorácica. No entanto, a ecocardiografia transtorácica ainda é o exame

inicial de escolha, devendo a ecocardiografia transesofágica ser realizada diante da suspeita de vegetação ao ecocardiograma transtorácico ou diante de quadro clínico sugestivo de endocardite^{5,9,10}.

O tratamento para essa condição inicialmente é clínico, com antibioticoterapia apropriada, sendo indicada cirurgia nos casos refratários ao tratamento. Em nosso paciente, houve remissão do processo infeccioso após quatro semanas com antibioticoterapia específica, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica.

Conclusão

A endocardite em valva de Eustáquio isoladamente é uma possibilidade que deve ser investigada diante de suspeita clínica em portadores de cateteres centrais.

Referências

1. James PR, Dawson D, Hardman SM. Eustachian valve endocarditis diagnosed by transesophageal echocardiography. *Heart*. 1999; 81: 91.
2. Palakodeti V, Keen WD, Rickman LS, Blanchard DG. Eustachian valve endocarditis detection with multiplane transesophageal echocardiography. *Clin Cardiol*. 1997; 20 (6): 579-80.
3. Villacosta I, San Roman JA, Roca V. Eustachian valve endocarditis. *Br Heart J*. 1990; 64: 340-1.
4. San Roman JA, Villacosta I, Sarria C, Garcimartin I, Rollan MJ, Fernandez-Aviles F. Eustachian valve endocarditis: is it worth searching for? *Am Heart J*. 2001; 142: 1037-40.
5. Pellicelli AM, Pino P, Terranova A, Ambrosio C, Soccorsi F. Eustachian valve endocarditis: a rare localization of right side endocarditis. A case report and review of the literature. *Cardiovasc Ultrasound*. 2005; 3: 30.
6. Bowers J, Krinsky W, Gradon JD. The pitfalls of transthoracic echocardiography. A case of eustachian valve endocarditis. *Tex Heart Inst J*. 2001; 28: 57-9.
7. Schmidt MA, Nigbor D, Eitzman DT. Eustachian valve endocarditis caused by *Streptococcus viridans*. *J Am Soc Echocardiogr*. 2001; 14: 1042-3.
8. Pintor E, Gómez C, González J, Fernández-Cruz A, Almería C, Zamorano J. Bacteriemia por *Staphylococcus aureus* y masa en la aurícula derecha en un paciente portador de una vía central. *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51:158-60.
9. Sawhney N, Palakodeti V, Raisinghani A, Rickman LS, De Maria NA, Blanchard DG. Eustachian valve endocarditis: a case series and analysis of the literature. *J Am Soc Echocardiogr*. 2001; 14: 1139-42.
10. Edwards AD, Vickens MA, Morgan CJ. Infective endocarditis affecting the Eustachian valve. *Br Heart J*. 1986; 56: 561-2.