

Paciente Imunocomprometido Com Massas Cardíacas Múltiplas

Immunocompromised Patient with Multiple Cardiac Masses

Amélia Carro, Lourdes Pérez, Maria Mutuberry, Teresa Gonzalez-Alujas

Hospital Universitario Valle de Hebron, Barcelona, Espanha

Um homem de 57 anos de idade apresentou com um histórico de 4 dias de fraqueza geral, tosse com escarro sanguinolento, dor torácica pleurítica e febre (38,5° C). Seu histórico médico revelou uma lobectomia pulmonar superior esquerda (devido a um carcinoma "in situ"), seis anos antes, e síndrome mielodisplásica recentemente desenvolvida durante tratamento quimioterápico atual. Na admissão, ele mostrou bicitopenia e um pneumotórax do lado direito (Figura 1A). Estudos microbiológicos mostraram crescimento de *Aspergillus fumigatus* no aspirado traqueal e dois resultados positivos para antígeno galactomanana sérico. Uma tomografia computadorizada confirmou o diagnóstico de aspergilose pulmonar (Figura 1B); foi administrado tratamento antifúngico (voriconazol, anfotericina B). O curso clínico mostrou piora constante, com múltiplas petéquias cutâneas, dor de cabeça intensa, distúrbios visuais e outros sinais sugestivos de um processo neurológico. O líquido cefalorraquidiano foi positivo para antígeno galactomanana, e uma ressonância magnética de crânio (RM) diagnosticou vários infartos cerebrais e endoftalmite (Figura 1C). Foram realizados ecocardiogramas transtorácico (Figura 1D) e transesofágico (Figura 1E) em busca de uma fonte embólica, revelando a presença de uma grande massa atrial esquerda, assim como vários outras menores, ligadas a outras estruturas cardíacas (Figura 1D,E,F; setas), altamente sugestivas de vegetações. A RM cardíaca mostrou resultados semelhantes (Figura 1F), sem realce tardio pelo gadolínio na fase convencional ou na sequências fase-sensíveis de recuperação inversa. Com todas estas características de imagem, as massas cardíacas foram interpretadas como vegetações, embora

sem confirmação histológica, haja uma possibilidade de que possam corresponder a trombos. O paciente preencheu os critérios para aspergilose pulmonar invasiva com endocardite e embolias sépticas, uma forma pouco frequente da doença. É notável o tamanho extraordinariamente incomum e a localização das vegetações, a ausência de disfunção valvular ou ventricular, e o curso clínico agressivo, que finalmente levou à morte do paciente.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Análise e interpretação dos dados: Carro A, Gonzalez-Alujas T; Obtenção de dados: Carro A, Pérez L; Redação do manuscrito: Carro A; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Carro A, Pérez L, Mutuberry M, Gonzalez-Alujas T.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Palavras-chave

Neoplasias Pulmonares, Pneumectomia, *Aspergillus fumigatus*, Endocardite Bacteriana, Embolia.

Correspondência: Amélia Carro •

Carrer de Tolra n 53 2º-1º, El Carmel, 08032, Barcelona – Espanha

E-mail: achevia@gmail.com, amelia.carro@vhir.org

Artigo recebido em 26/06/12, revisado em 24/12/12, aceito em 02/01/13.

DOI: 10.5935/abc.20130083

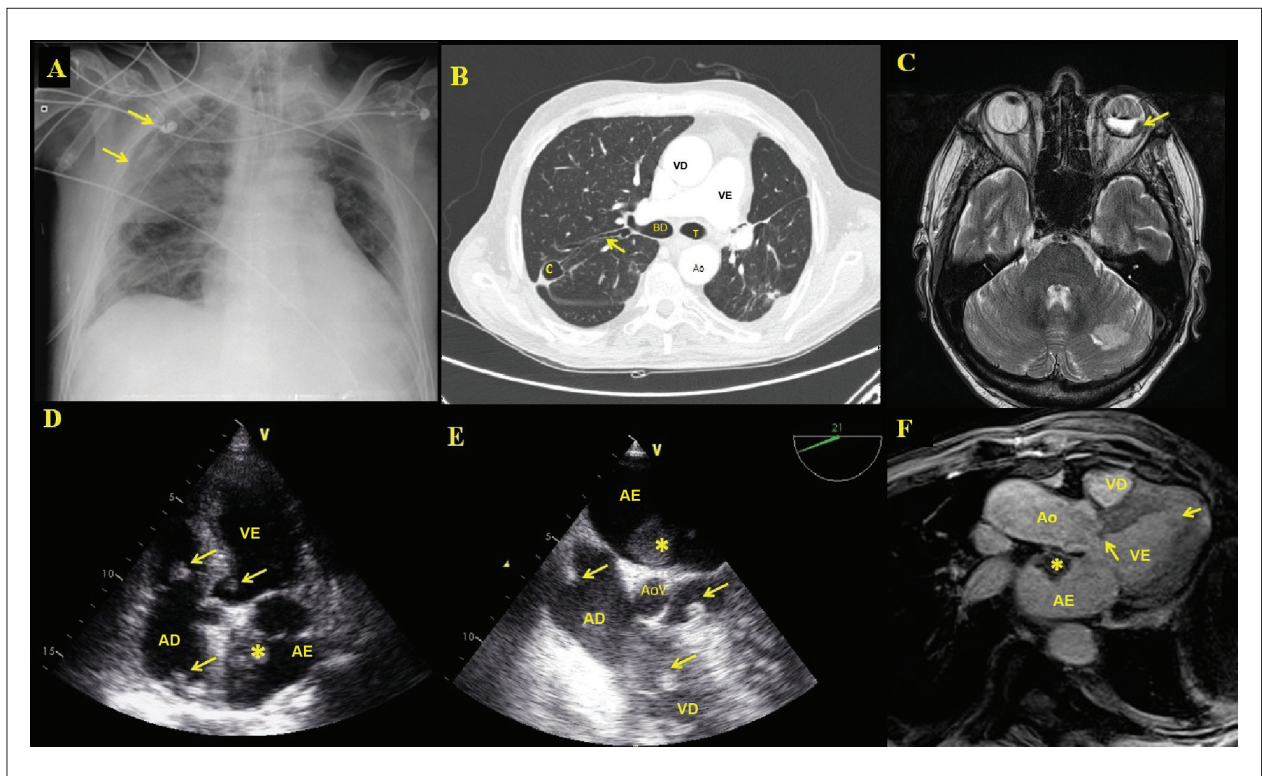


Figura 1 – A Radiografia de tórax na admissão mostrou pneumotórax do lado direito, evidenciado pela presença da linha branca pleural visceral (setas). O campo pulmonar esquerdo é atelectásico devido à lobectomia anterior. B: tomografia computadorizada do tórax mostrando uma cavidade cheia de ar (C) (12x20mm) no segmento posterior do lobo pulmonar superior direito, que se comunica com o brônquio adjacente (seta). C: ressonância magnética de crânio mostrando sinal hiperintenso em T1 na parte posterior do globo ocular esquerdo (seta), indicando infiltração gordurosa relacionada a processos inflamatórios (endoftalmite). D: Corte longitudinal de 5 câmaras no ecocardiograma transtorácico, destacando a presença de uma massa atrial esquerda heterogênea (*), sem ponto claro de conexão com o septo interatrial. Massas menores também foram encontradas no trato de saída do ventrículo esquerdo, válvula tricúspide e átrio direito (setas). Corte longitudinal de 5 câmaras no ecocardiograma transesofágico, destacando a presença de uma massa atrial esquerda heterogênea (*), sem ponto claro de conexão com o septo interatrial. Massas menores também foram encontradas no trato de saída do ventrículo esquerdo, válvula tricúspide e direito átrio (setas). F: Corte Longitudinal de três câmaras de uma RM cardíaca, destacando a presença de uma massa atrial esquerda isointensa (*). Massas menores também foram encontradas no trato de saída do ventrículo esquerdo e no ventrículo esquerdo (setas). VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo; BD: brônquio direito; Ao: aorta torácica descendente; T: traquéia; AE: átrio esquerdo; AD: átrio direito; VAo: válvula aórtica.