

Relato de Caso: Endocardite de Septo Interatrial Relacionada a Cateter Causada por Cândida Parapsilosis

Case Report: Catheter-Related Interatrial Septum Endocarditis Caused by Candida Parapsilosis

Gustavo Neves de Araújo,^{1,2} Felipe H. Valle,^{1,2} Douglas M. Freitas,^{1,2} Felipe Martins Lampa,^{1,2} Miguel Gus,^{1,2} Luis E. Rohde^{1,2}

Hospital de Clínicas de Porto Alegre¹, Divisão de Cardiologia; Universidade Federal do Rio Grande do Sul², Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS – Brasil

Introdução

Pacientes com insuficiência renal crônica em estágio avançado sem fístula arteriovenosa maturada necessitam, frequentemente, de acesso venoso central para diálise. Mais de 15% dos pacientes que utilizam esses cateteres têm complicações como infecções, punção arterial, trombose e pneumotórax.¹ A endocardite infecciosa (EI) é uma rara e grave complicação com alto índice de mortalidade. A endocardite do lado direito não é comum devido à baixa pressão hemodinâmica, mas pacientes com cateter venoso central apresentam maior risco.² A abordagem terapêutica correta em casos em que não há envolvimento valvar ainda não está bem definida. Aqui relatamos um caso de endocardite do septo interatrial causada por cândida sp., relacionada ao uso prolongado de cateter.

Relato do Caso

Uma paciente de diálise crônica de 49 anos, com cateter tunelizado devido a diversos episódios de disfunção da fístula arteriovenosa, foi encaminhada da clínica de diálise para o pronto atendimento. A paciente havia apresentado, na semana anterior, febre e calafrios durante sessões de diálise. Também apresentava dispneia, tosse seca e náusea.

No momento da internação, a paciente tinha um cateter venoso na veia subclávia direita com sinais flogísticos. O exame cardiovascular mostrou-se normal,

sem sopro. Não foram achadas outras informações relevantes no exame físico.

O exame de sangue apresentou alterações no CBC (hemoglobina 9,6 mg/dL, leucócitos 3400 – 8,5% de formas imaturas) e testes inflamatórios positivos (proteína C reativa 26,2 mg/dL, valor de referência < 4 mg/dL). Culturas foram positivas para cândida parapsilosis.

O raio X de tórax não mostrou alterações no parênquima pulmonar. Um cateter venoso foi colocado no átrio direito/ veia cava inferior. O ECG não apontou alterações relevantes. Os ventrículos esquerdo e direito e o átrio esquerdo mostraram-se normais no ecocardiograma transesofágico (TE) (Figura 1). Havia um cateter dentro do átrio direito, e uma imagem móvel de 1,5 x 1,2 cm dentro da veia cava inferior, próximo à ponta do cateter aderido ao septo interatrial.

Considerando-se que não havia envolvimento valvar, a equipe de cardiologia decidiu não submeter a paciente a uma cirurgia cardíaca. O tratamento com antibióticos foi iniciado com Anfotericina B, e depois alterado para Fluconazol após a realização do teste de susceptibilidade fúngica. Uma ecocardiografia de controle feita após duas semanas mostrou regressão do tamanho vegetação. A paciente teve alta com prescrição para Fluconazol via oral de 800 mg para dias de diálise (três vezes por semana). Após três meses, a paciente apresentava-se assintomática e não foi encontrada vegetação no ecocardiograma TE de controle (Figura 2). Dessa forma, o tratamento antifúngico foi suspenso.

Palavras-chave

Insuficiência Renal Crônica, Infecções Relacionadas com Cateteres, Endocardite Bacteriana, Candida.

Discussão

A EI é significativamente mais comum em pacientes que fazem hemodiálise do que na população em

Correspondência: Felipe Martins Lampa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Ramiro Barcelos, 2350. CEP: 90035-003, Porto Alegre, RS – Brasil
E-mail: lampabr@yahoo.com

DOI: 10.5935/2359-4802.20170030

Artigo recebido em 27/07/2016; revisado em 03/11/2016; aceito em 23/01/2017.

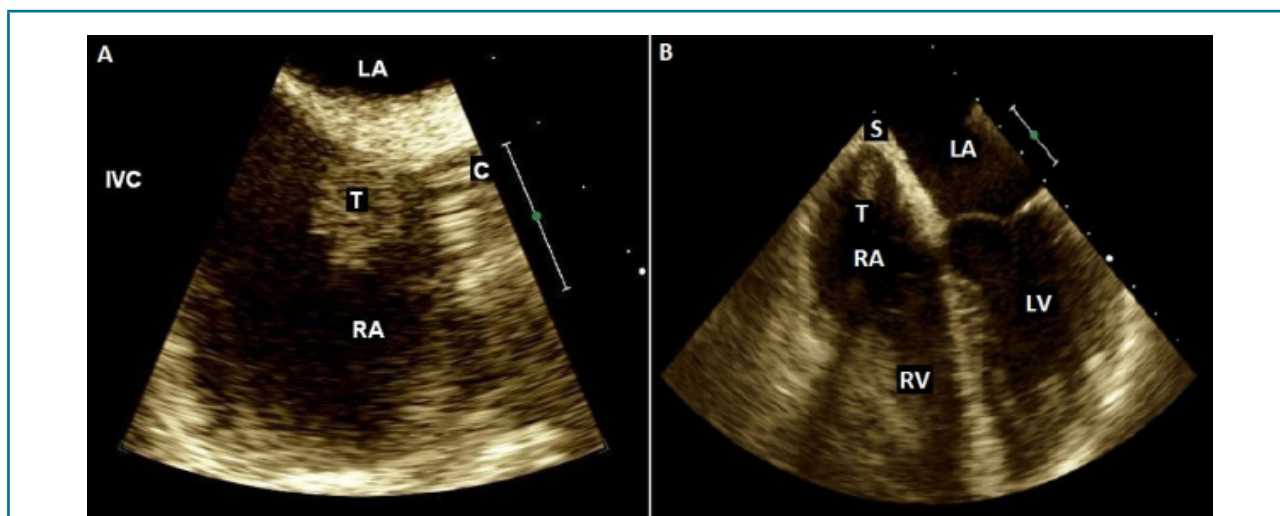


Figura 1 – Ecocardiograma transesofágico mostrando imagem móvel (T) de 1,5 x 1,2 cm aderida ao septo interatrial, próxima à ponta do cateter (C). IVC: veia cava inferior; LA: átrio esquerdo; RA: átrio direito; RV: ventrículo direito; LV: ventrículo esquerdo; S: septo.

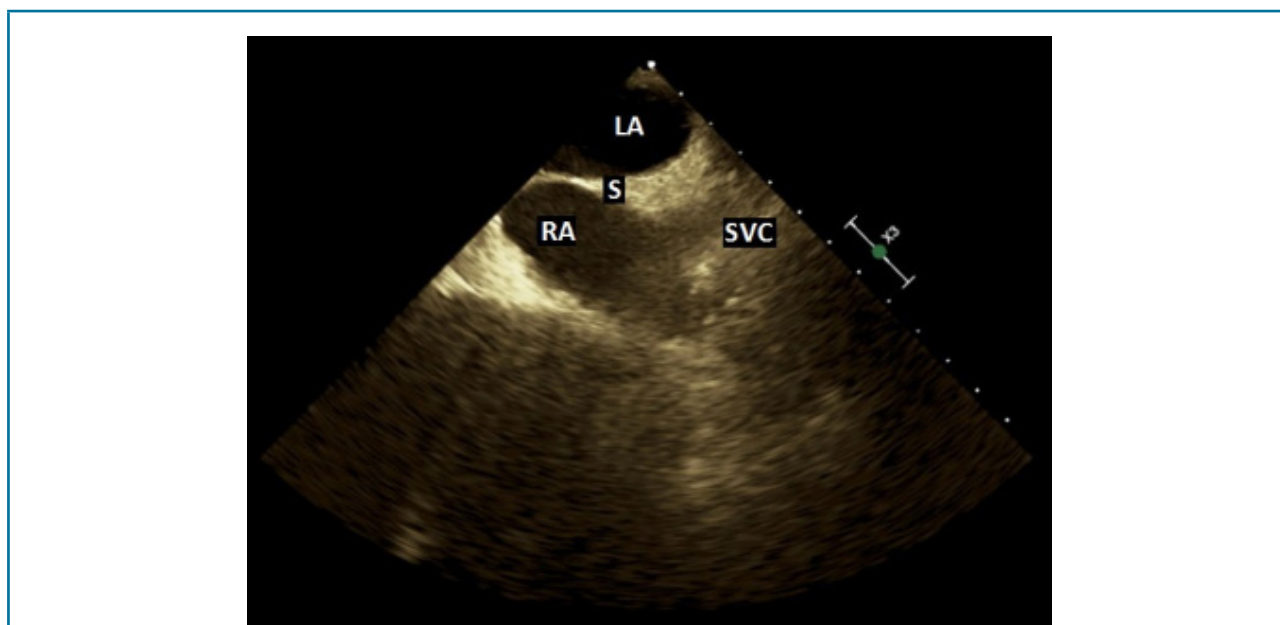


Figura 2 – Ecocardiograma transesofágico de controle feito três meses após o diagnóstico, mostrando regressão completa do trombo. S: septo; LA: átrio esquerdo; RA: átrio direito; SVC: veia cava superior.

geral.³ O uso de cateter venoso central (permanente ou temporário) aumenta tal risco.⁴

Em pacientes de HD crônicos, a EI afeta principalmente as válvulas nativas, e apenas uma pequena porcentagem de casos (20%) são vistos em válvulas prostéticas.⁴ A IE envolve o lado esquerdo do coração, mas pacientes

que usam cateteres venosos centrais têm maior risco de desenvolver EI do lado direito devido a danos mecânicos durante a inserção do fio-guia e injeção forçosa através do cateter.² A EI do lado direito representa de 5 a 10% de todos os casos de EI, e está associada ao uso de drogas intravenosas.⁵ A EI com impacto do septo interatrial é

ainda mais rara e apenas foi descrita em associação a próteses como válvulas e placas.⁶ Até onde sabemos, esse foi o primeiro caso descrito de endocardite interatrial relacionada ao uso de cateter.

Micro-organismos comuns causadores de EI em pacientes de HD são staphylococcus aureus, enterococcus and streptococcus. Espécies gram-negativas raramente são encontradas, e agentes fúngicos são ainda mais raros.⁵⁻⁷

Nossa paciente não apresentava sopro cardíaco ou sinais imunológicos de endocardite, o que tornou o diagnóstico desafiador. Especialmente em pacientes dialíticos com cateteres venosos de longa permanência, o diagnóstico de endocardite do lado direito requer alto índice de suspeita. É essencial que pacientes com cateteres de longa permanência tenham a ponta do cateter colocada corretamente na via cava superior, com confirmação por meio de imagem, para evitar complicações.

Não há recomendações específicas para o tratamento de EI sem envolvimento valvar. Portanto, decidimos não operar a paciente, mesmo na presença de infecção fúngica. Mantivemos a terapia antifúngica por aproximadamente quatro meses, e o medicamento foi suspenso após confirmação, pelo ecocardiograma TE, da regressão

completa da lesão. Nessa situação, a remoção do cateter permanente é altamente recomendável.⁸

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Araújo GN, Valle FH, Freitas DM, Lampa FM, Gus M, Rohde LE. Obtenção de dados: Araújo GN, Valle FH, Freitas DM, Lampa FM. Análise e interpretação dos dados: Araújo GN, Valle FH, Freitas DM, Gus M. Redação do manuscrito: Araújo GN, Lampa FM, Gus M, Rohde LE. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Gus M, Rohde LE.

Potencial Conflito de Interesse

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.

Referências

1. McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. *N Engl J Med*. 2013;348(12):1123-33.
2. Kale SB, Raghavan J. Tricuspid valve endocarditis following central venous cannulation: the increasing problem of catheter related infection. *Indian J Anaesth*. 2013;57(4):390-3.
3. Abbott KC, Agodoa LY. Hospitalizations for bacterial endocarditis after initiation of chronic dialysis in the United States. *Nephron*. 2002;91(2):203-9.
4. Kamalakannan D, Pai RM, Johnson LB, Gardin JM, Saravolatz LD. Epidemiology and clinical outcomes of infective endocarditis in hemodialysis patients. *Ann Thorac Surg*. 2007;83(6):2081-6.
5. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al; ESC Committee for Practice Guidelines. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2009;30(19):2369-413.
6. Osawa H, Saitoh T, Sugimoto S, Takagi N, Abe T. Dissection of intima on atrial septum patch after mitral valve replacement in a patient with infective endocarditis after incomplete atrio-ventricular septal defect repair: report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;10(2):124-5.
7. Nori US, Manoharan A, Thornby JI, Yee J, Parasuraman R, Ramahathan V. Mortality risk factors in chronic hemodialysis patients with infective endocarditis. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21(8):2184-90.
8. Bentata Y, Haddiya I, Ismailli N, Benzirare A, Elmahi O, Azzouzi A. Severe tricuspid valve endocarditis related to tunneled catheters in chronic hemodialysis patients: when should the catheter be removed? *Arab J Nephrol Transplant*. 2013;6(2):115-8.