

Endoarterite Infecçiosa Pós-Coarctação de Aorta em Menino de 11 anos

Lurildo R. Saraiva, Luis Tigre Noé, Djair Brindeiro F°, Regina W. Carneiro, Catarina Cavalcanti, Mauro B. Arruda Recife, PE

Os autores descrevem um caso infreqüente de endoarterite infecciosa pós-coarctação de aorta em um menino de 11 anos de idade.

Peculiaridades do quadro clínico, o aspecto ecocardiográfico e o excelente resultado cirúrgico são destacados.

Infectious Endoarteritis After Aortic Coarctation in an Eleven-Year-Old Boy

The authors describe an unusual case of infectious endoarteritis after aortic coarctation.

Clinical and echocardiographic aspects and the excellent surgical results are enhanced.

Arq Bras Cardiol volume 61, n° 3, 181-182, 1993

É muito rara a ocorrência de infecção bacteriana em segmento de aorta coarctada¹. Nos casos de endocardite infecciosa (EI), descritos na literatura médica mundial, a partir de 1986^{2,4}, onde a coarctação de aorta (CoAo) compunha o quadro clínico, quase sempre o processo infeccioso localizava-se em outra estrutura cardíaca anômala, de em modo geral.

Esta forma de endoarterite mimetiza, sobremaneira, a síndrome de EI, representando, na natureza, uma comprovação real do mecanismo proposto por Rodbard¹ sobre a localização das colônias bacterianas em valvas e defeitos do coração, bem como em grandes artérias.

Estas considerações justificam a presente publicação.

Relato do Caso

Menino de 11 anos, de origem camponesa, deu entrada em 4/1/93 no Serviço de Pediatria Clínica do Hospital de Lucena. Informava febre alta contínua há 8 dias, cefaléia fronto-temporal e precordialgia mal definida, sem caráter isquêmico. Em serviço de urgência de hospital pediátrico do Recife iniciara, 48h antes, penicilina cristalina e gentamicina em doses parcimoniosas. Pertencia a família de baixa renda e na sua residência não havia saneamento básico. Dias antes do quadro febril, apresentou lesão purulenta no lábio inferior.

Na internação encontrava-se toxemiado, com temperatura axilar de 39,5°C, taquipnéico. Os pulsos radiais eram bem palpáveis, mas os femorais eram de baixa amplitude. A aorta, nitidamente pulsátil na fúrcula esternal. A pressão arterial (PA) em membro superior direito era de 140x90mmHg. O ritmo cardíaco era regular, notando-se in-

tenso estalido proto-sistólico em área aórtica e mesocárdio, onde se ouvia, também, sopro sistólico de ejeção +++/4, com acentuação tardia. Os pulmões eram limpos à ausculta e no abdome não se percebeu visceromegalia. A radiografia do tórax demonstrou dilatação significativa da aorta, aumento do volume cardíaco (ventrículo esquerdo-VE), sendo evidente o sinal de Roesler. No ECG havia sobrecarga do VE.

A despeito do uso dos antibióticos, o que justificou negatificação de três hemoculturas realizadas, a evolução por dois dias foi dominada por febre acentuada. Estudo ecocardiográfico com Doppler, além de comprovar a existência de CoAo (gradiente trans-coarctação de 65mmHg), mostrou a presença de “vegetação” no segmento distal (fig. 1). Ao esquema antibiótico associaram-se oxacilina (250mg/kg/dia) e aspirina (100mg/dia), até porque foram detectadas lesões cutâneas avermelhadas e punctiformes, dolorosas, no 5° pododáctilo direito, sugestivas de vasculite. A leucocitose, então registrada, foi discreta



Fig. 1 - Corte ecocardiográfico longitudinal da aorta torácica, por via de acesso supra-esternal, percebendo-se endotélio espessado com superfície irregular, na região medial pós-coarctação (asterisco), sugestivo de “vegetação”.

Hospital Barão de Lucena (SUS-PE), Hospital Português do Recife e Universidade Federal de Pernambuco

Correspondência: Lurildo Saraiva

Rua Gal. Polidoro, 512/601 - CEP 50740-050 - Recife, PE

Recebido para publicação em 22/6/93

Aceito em 2/8/93

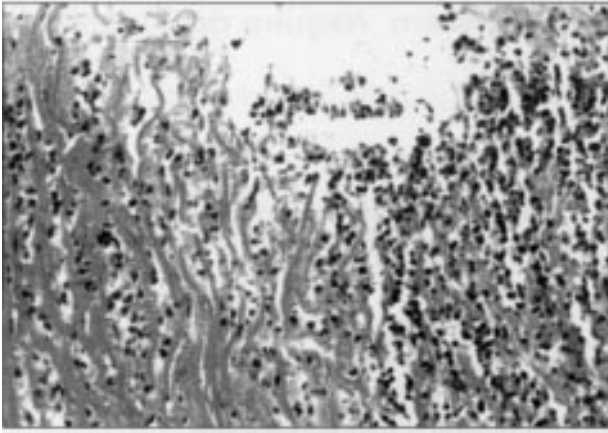


Fig. 2 - Detalhe de parede aórtica com infiltração neutrofilica entre fibras em degeneração hialina e microabscedação (HE, aprox. 200x).

(12.300 leucócitos/mm³).

Após 24h a criança ficou afebril e, daí então, a evolução clínica foi excelente, tendo usado gentamicina por 15 dias, penicilina por 28 dias e oxacilina por 24 dias. Os níveis séricos de mucoproteínas foram normais, sendo negativa a reação do látex e positiva em 1+, a pesquisa da proteína C reativa.

Em fevereiro de 1993 foi submetido à cirurgia corretora da CoAo e, no procedimento, exposta a área segmentar coarctada, onde se notou, no cabo distal, intensa reação inflamatória e trombótica. O estudo histopatológico da peça (fig. 2) mostrou transição abrupta de estrutura arterial normal para outra, a jusante, onde foi marcante a infiltração neutrofilica entre fibras musculares em degeneração hialina (arterite aguda necrotizante de causa bacteriana).

Sob o uso de propranolol e de hidroclorotiazida, em seguimento de 3 meses, o menino está assintomático, com PA de 95x60mmHg.

Discussão

O mecanismo proposto por Simon Rodbard ¹, em 1963, a propósito da localização de colônias bacterianas em valvas e defeitos cardíacos, mediante influxo de micro-organismos em regime de alta pressão em um tubo venturi permeável, sob constricção central, parece real na natureza. Segundo o autor, o aumento da velocidade de fluxo central, associado à queda de pressão lateral pós-constricção (região da *vena contracta*), faria com que as bactérias fossem encontradas aderidas na parte distal do tubo, portanto, a jusante da constricção. Na CoAo, com sítio de endoarterite distal ao estreitamento, como aqui vimos, reflete-se fielmente o experimento de Rodbard ¹.

Nos trabalhos de literatura médica de anos recentes ²⁴, a CoAo, em casos de EI, quase sempre não representou a sede do processo infeccioso. No relato de D'Costa e Davidson ², no qual a infecção se fez em pequena comunicação interventricular, visualizou-se, durante o manuseio cirúrgico, endoarterite em um dos ramos intercostais, com formação aneurismática próxima à aorta.

E no de Vilaicosta e col ³, aneurisma pós-coarctação representou uma complicação de EI no coração direito.

O quadro que ora descrevemos, não obstante mimetize o de EI, revela algumas particularidades. Apesar de não ter sido factível a obtenção de hemoculturas positivas, o comparecimento de uma criança cardíaca febril a serviço médico, em período menor de 15 dias, levantaria a suspeita de um processo infeccioso bacteriano mais grave, por germe mais virulento, como entre nós se viu, recentemente, na série estudada por Assef e col ⁵. A toxemia acentuada, a vasculite precoce e a imediata resposta do quadro, quando associada a oxacilina ao esquema antibiótico, permitem supor etiologia estafilocócica.

Dados relevantes, neste caso, que se opõem à última assertiva, foram a leucocitose discreta e a taxa de mucoproteínas séricas. É bem verdade que, no caso de evolução protraída de D'Costa e Davidson ², com hemoculturas positivas para *Streptococcus faecalis* e *Streptococcus sanguis*, não houve elevação de leucócitos no sangue periférico - tal fato, entretanto, é comum na EI subaguda ⁶. E na descrição de Sanyal e col ⁴, de cunho mais agudo, decorrente de infecção por *Moraxella lacanata*, instalada após angioplastia eficaz para CoAo, a leucocitose foi muito discreta (14.000/mm³).

É importante realçar que, rigorosamente, o presente caso não se constitui um quadro real de EI. É, de fato, uma situação ímpar. Por tal, não sabemos se numa infecção instalada extra-endocárdio, mas no interior de um grande vaso doente, mesmo considerando a solidariedade reacional entre o endocárdio e o endotélio vascular ⁷, os dados laboratoriais, notadamente os de fase aguda do soro, possam, de algum modo, serem mais atenuados, vez que a significativa alteração dessas reações é um dos importantes achados da EI, como sempre alertou Décourt ⁷.

Assim, peculiaridades do quadro clínico, o curioso aspecto ecocardiográfico (fig. 1) e o excelente resultado cirúrgico salientam-se desta descrição.

Agradecimentos

Ao Dr Vital Lira, pelo estudo histopatológico.

Referências

1. Rodbard S - Blood velocity and endocarditis. *Circulation*, 1963; 27: 18-27.
2. D'Costa DF, Davidson AR - Coarctation of the aorta associated with a sinus venosus atrial defect presenting with endocarditis in middle age. *Postgrad Med J*, 1990; 66: 951-2.
3. Vilaicosta I, González Pinto A, Nuñez L, Pérez-Casar F - Aneurisma micótico poscoarctación en drogadicto. *Rev Esp Cardiol*, 1986; 39: 151-2.
4. Sanyal SK, Wilson N, Twun-Danson K, Abomelha A, Soheli S - Moraxella endocarditis following balloon angioplasty of aortic coarctation. *Am Heart J*, 1990; 119: 1421-3.
5. Assef MAS, Wusthof AR, Chih LY et al - Análise da febre em 58 casos de endocardite infecciosa. *Arq Bras Cardiol*, 1992; 58: 107-12.
6. Weinstein L, Schlesinger JJ - Pathoanatomic, pathophysiologic and clinical correlations in endocarditis (First of two parts). *N Engl J Med*, 1974; 291: 832-7.
7. Décourt LV - Endocardites infecciosas. In: Benchimol AB, Schlesinger PP, ed. *Enciclopédia Médica Brasileira. Cardiologia*, Vol II, seção V: 3, Rio de Janeiro, Livros Médicos. Ed. 1978.