

Estenose Aórtica Supravalvar Complicada por Endarterite Aórtica e Formação de Aneurisma Micótico

Antonio C. Carvalho, Ivan Romero, Antonio Vladoir Lazetti, Célia C. Silva, Miguel Maluf, José Bocanegra
São Paulo, SP

Paciente do sexo masculino, 11 anos, portador de estenose aórtica supravalvar, tendo como complicação aneurismas micóticos em aorta ascendente secundários a endocardite bacteriana. Os aneurismas foram diagnosticados através de ecocardiograma-contrôle ao término de tratamento clínico da endocardite, aparentemente sem intercorrências. A angiografia confirmou o diagnóstico, tendo sido os aneurismas ressecados cirurgicamente. Após 6 meses de cirurgia, o paciente continua bem.

Supravalvar Aortic Stenosis Complicated by Aortic Endarteritis and Mycotic Aneurysm Formation

A 11 years-old male child, with supravalvar aortic stenosis who had as complications aortic endarteritis and mycotic aneurysm formation in the ascending aorta. The aneurysms were diagnosed by a control echocardiogram at the end of an apparently successful clinical treatment of endocarditis. Angiography confirmed the diagnosis and the aneurysms were surgically resected. Six months after surgery the patient is doing well.

Arq Bras Cardiol, volume 63 (nº 5), 385-387, 1994

O aneurisma micótico da aorta ascendente é uma entidade muito rara e quase sempre de evolução fatal, mesmo com tratamento cirúrgico adequado ¹.

A literatura descreve que aproximadamente 10% dos casos devem-se a cardiopatias congênitas, entre os quais coarctação aórtica e persistência do canal arterial ². Apresentamos um caso que nos parece inédito, já que não achamos na literatura nenhum relato semelhante, de endocardite da aorta ascendente com formação de aneurisma micótico, em paciente portador de estenose aórtica supravalvar.

Relato do Caso

Menino de 11 anos, branco, com fenótipo de síndrome de Williams, internado para investigação de quadro febril com duração de 4 meses, acompanhado de emagrecimento progressivo, dispnéia, fadiga, astenia, anorexia e adinamia, tendo recebido em outro centro tratamento com cardiotônico, diurético e ampicilina.

Ao chegar à nossa instituição apresentava-se ainda febril, taquicárdico, dispnéico, hipoativo, com assimetria de pulso radial. À palpação apresentava frêmito holossistólico na fúrcula. Na ausculta cardíaca, bulhas normofonéticas, ritmo regular e sopro holossistólico ++++/6 em foco aórtico com irradiação para fúrcula e vasos da base. À palpação do abdômen apresentava hepatomegalia dolorosa.

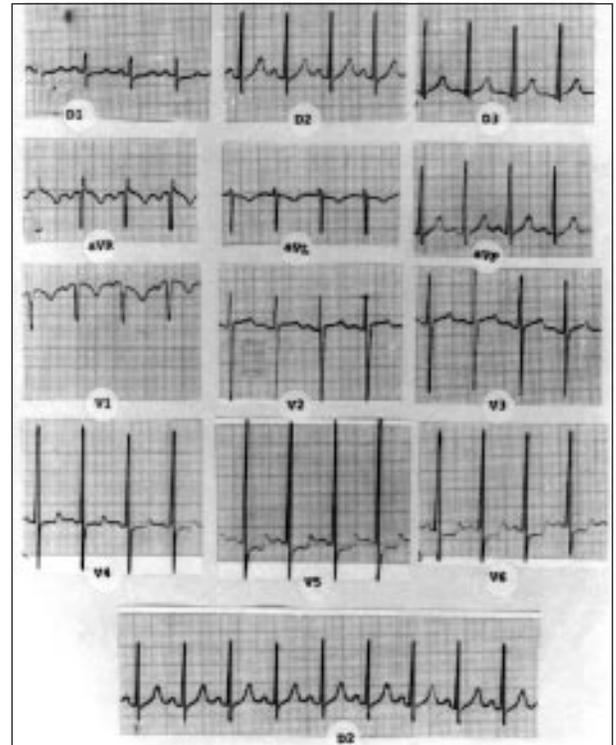


Fig. 1 - ECG demonstrando ritmo sinusal e pronunciada sobrecarga de câmaras esquerdas.

Os exames laboratoriais mostraram anemia normocítica normocrômica (HB = 8g/dl; HTc=26ml/dl; reticulócitos = 6%), série branca de 10.600, VHS de 80mm na 1ª hora e hemoculturas negativas. O eletrocardiograma evidenciou importante sobrecarga do ventrículo esquerdo (VE) (fig. 1). A

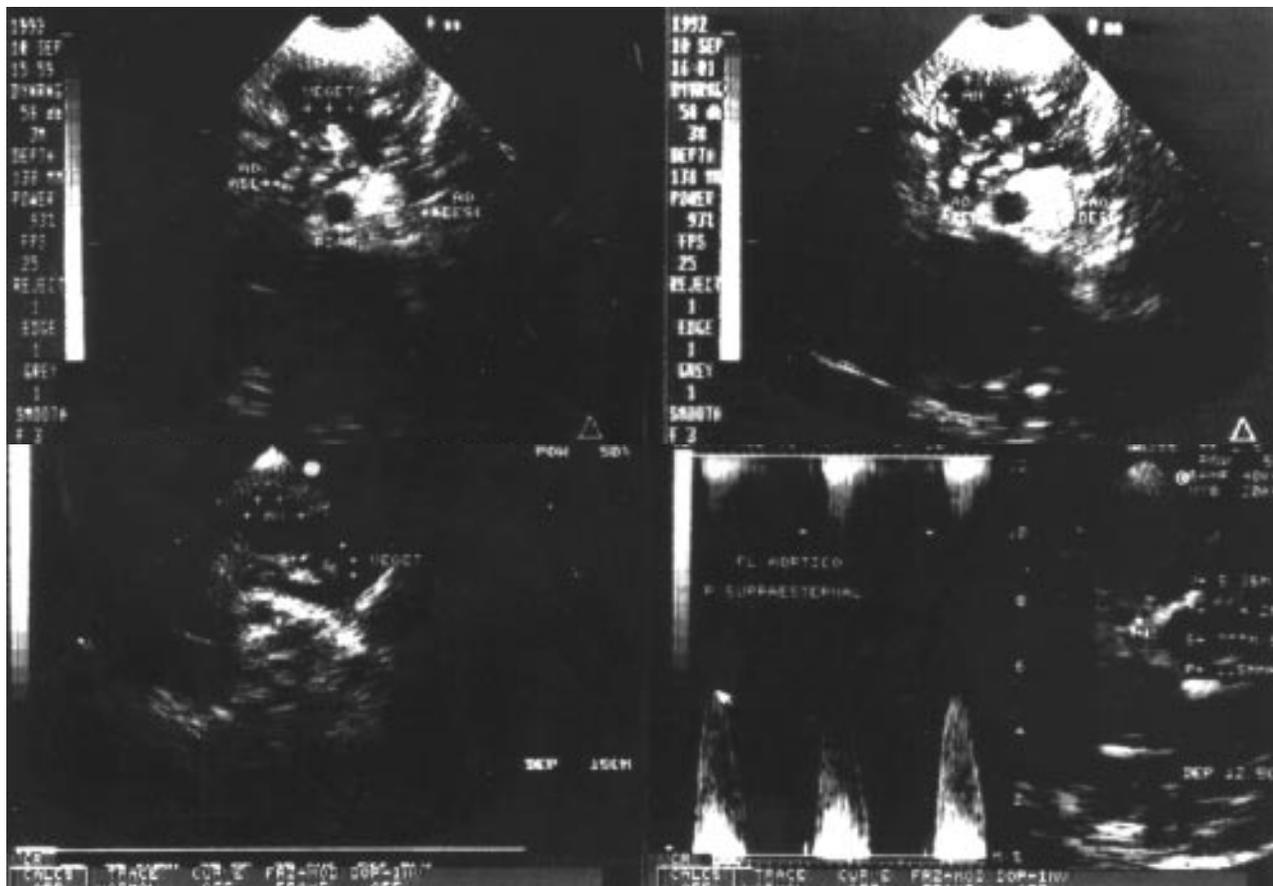


Fig. 2 - Ecodoppler evidenciando a presença de múltiplas massas na aorta ascendente (fotos superiores), um grande aneurisma nessa região (foto inferior à esquerda) e um significativo gradiente (acima de 100mmHg) na região supraavalvar (foto inferior à direita).

radiografia de tórax mostrou estase pulmonar discreta com pequena cardiomegalia.

O ecodopplercardiograma inicial revelou hipertrofia concêntrica moderada do VE com boa função sistólica, valva aórtica bicúspide sem sinais de disfunção e demais valvas normais, estando as artérias coronárias dilatadas em grau moderado. Havia gradiente supra aórtico de 115mmHg ao exame com Doppler. O exame da aorta torácica mostrou múltiplas massas móveis de baixa ecogenicidade, compatíveis com vegetações, localizadas na aorta ascendente, a partir da obstrução supraavalvar e envolvendo também o arco. Foi iniciado tratamento com penicilina cristalina 200.000U/kg/dia e amicacina 15mg/kg/dia.

Na evolução, após 35 dias de tratamento clínico, apresentou melhora em seu estado geral, embora ainda com picos febris intermitentes de pequena intensidade (37,6°C, 37,7°C). O ecocardiograma de controle mostrou imagem de aneurisma micótico ao nível da porção ascendente da aorta e também no arco aórtico com discreto derrame pericárdico (fig. 2), sendo então submetido a estudo hemodinâmico e angiográfico que confirmou estes achados (fig 3). No 37º dia de tratamento clínico foi indicada cirurgia que consistiu em ampliação da região estenótica, ressecção dos aneurismas e limpeza cirúrgica da área; os óstios dos aneurismas foram fechados com pericárdio bovino e o exame anatomopatológico mostrou múltiplos trombos fibrinoleucocitários.

Nos ecodopplercardiogramas de controle (30 dias e 6 meses de PO) há gradiente supra-aórtico residual de 30mmHg

e não existem mais imagens de vegetações. Não houve recidiva da febre, tendo o estado geral do paciente se normalizado, permanecendo em classe funcional I (NYHA).

Discussão

A formação de aneurisma micótico na aorta, na literatura, é citada como entidade rara, porém usualmente fatal em sua evolução natural^{2,3}. Na patogenia da doença a endocardite bacteriana é o fator mais freqüente (até 95% dos casos), sendo que aproximadamente 90% dos aneurismas micóticos desta etiologia envolvem a aorta ascendente e o arco aórtico^{4,5}. Os fatores de risco ainda envolvem trauma arterial, imunossupressão, sepses, defeitos cardíacos congênitos e "primários"². Os defeitos cardíacos congênitos citados são coarctação aórtica e persistência do canal arterial e não achamos nenhum caso relatado de estenose aórtica supraavalvar. A turbulência do fluxo ao redor destas diferentes doenças claramente causa lesão da íntima arterial que pode, então, permitir a localização bacteriana e a formação do aneurisma micótico².

O achado de hemoculturas negativas provavelmente se deve ao fato do paciente já ter recebido antibiótico antes da nossa avaliação. Atualmente os agentes mais encontrados são: *Streptococcus viridans* (30%-40%); *Staphylococcus aureus* (10%-25%); *Enterococcus* (5%-15%); bacilos gram negativos (2%-12%) e *Staphylococcus epidermidis* (1%-3%), sendo as hemoculturas negativas em 5%-20% dos casos⁶.

Nosso caso é interessante já que apesar de existir uma

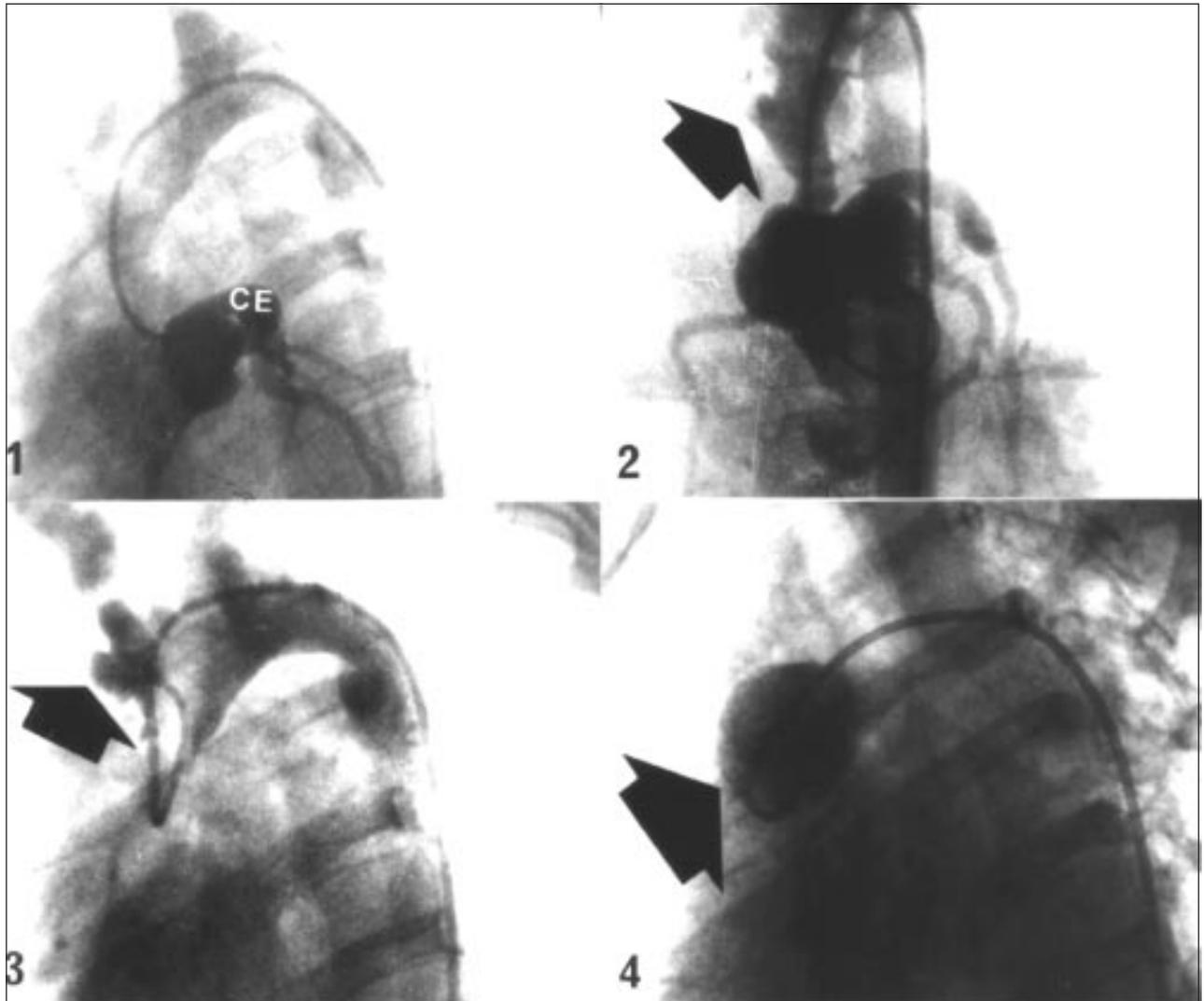


Fig. 3 - Detalhes angiográficos demonstrando 1) um tronco de coronária bastante dilatado 2 e 3), regiões irregulares e aneurismáticas pequenas na aorta ascendente e 4) enorme aneurisma no final da aorta ascendente que foi cateterizado seletivamente e contrastado com injeção manual. CE- coronária esquerda.

base anatômica (estenose supra aórtica) para a localização bacteriana, a endocardite infecciosa nesta doença é muito rara. Talvez neste caso a evolução prolongada do processo infeccioso sem tratamento adequado tenha colaborado para o desenvolvimento dos aneurismas. Além disso é fundamental, como o caso ilustra bem, que o acompanhamento ecocardiográfico seja feito de rotina mesmo em pacientes que clinicamente estejam evoluindo bem. Se isto não for feito poderemos não detectar o desenvolvimento de complicações potencialmente fatais que não guardam necessariamente correlação com o quadro clínico.

Devido aos sintomas não específicos e à dificuldade de reconhecimento desta condição durante acompanhamento clínico, 75% dos aneurismas rompem pré-operatoriamente⁶. Deve-se lembrar desta forma rara e grave de apresentação em paciente com febre prolongada e doença cardíaca congênita envolvendo a aorta; em pacientes com história prévia de

endocardite sugerimos a realização de ecodopplercardiograma-controle periódico. Atualmente o tratamento cirúrgico pode ser bem sucedido como no caso relatado.

Referências

1. Parkhurst GF, Decker JP - Bacterial aortitis and mycotic aneurysm of the aorta. A report of twelve cases. *Am J Path* 1955; 31: 821-35.
2. Johansen K, Devin J - Mycotic aortic aneurysms. A reappraisal. *Arch Surg* 1983; 118: 583-8.
3. Kieffer SA - Mycotic aneurysm distal to coarctation of the aorta. Report of an unusual case and review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1961; 42: 507-13.
4. Benett DE - Primary mycotic aneurysms of the aorta. Report of case and review of the literature. *Arch Surg* 1967; 94: 758-64.
5. Benett DE, Cherry JK - Bacterial infection of aortic aneurysms. A clinicopathologic study. *Am J Surg* 1967; 113: 321-6.
6. Sanjay A - Mycotic aneurysm presenting as fever of unknown origin. *West J Med* 1989; 150: 694-6.