



Revista Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular/Brazilian Journal of
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

revista@sbccv.org.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular

CROTI, Ulisses Alexandre; BRAILE, Domingo Marcolino; DE MARCHI, Carlos Henrique;
BEANI, Lilian

Lactente com endocardite fúngica na via de saída do ventrículo direito
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 225-226
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941859019>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Caso 3/2006

Lactente com endocardite fúngica na via de saída do ventrículo direito

Breastfeeding baby with fungal endocarditis at the right ventricle outflow tract

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Carlos Henrique DE MARCHI, Lilian BEANI

RBCCV 44205-822

DADOS CLÍNICOS

Criança com 1 mês e 17 dias, sexo feminino, branca, natural de São João da Boa Vista – São Paulo. Prematuro de 36 semanas, parto vaginal, bolsa rota há mais de 24h, mecônio espesso ao nascimento, apresentando gemência e cianose, seguida de crise convulsiva e hipoglicemia. Evoluiu com alteração no radiograma de tórax, sendo iniciada administração de penicilina cristalina e amicacina no Serviço de origem para tratamento de infecção pulmonar, a qual se tornou sistêmica, havendo necessidade de antibioticoterapia de amplo espectro por tempo prolongado. Observada dispnéia às mamadas, a criança foi avaliada pelo cardiologista e realizado ecocardiograma, o qual demonstrou “massa” grande na via de saída do ventrículo direito (VSVD) até o tronco pulmonar (TP), com características fúngicas. Iniciado tratamento com anfotericina, houve melhora clínica, porém sem alteração da imagem ecocardiográfica. REG, acianótica, dispneica, corada, hidratada, afebril. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, com bulhas normofonéticas sem sopros. Pulmões

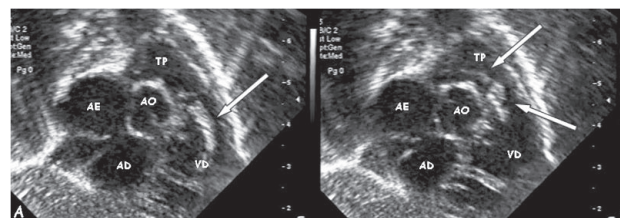


Fig. 1 – Cortes ecocardiográficos subcostal coronal demonstrando: A – Em diástole, grande vegetação na via de saída do ventrículo direito (seta). B – Em sístole, vegetação através da valva pulmonar, estendendo-se até a bifurcação das artérias pulmonares (setas). AE: átrio esquerdo, AD: átrio direito, VD: ventrículo direito, AO: aorta, TP: tronco pulmonar.

com ausculta simétrica, sem ruídos adventícios. Abdome globoso, com fígado a 4 cm do rebordo costal direito. Pulsos simétricos e saturação periférica de 96%.

ELETROCARDIOGRAMA

Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica de São José do Rio Preto – Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.

Endereço para correspondência:

Ulisses Alexandre Croti

Hospital de Base – FAMERP – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544.

São José do Rio Preto, SP. CEP 15090-000

Fone (Fax): (17) 3201-5025 / 9772-6560.

E-mail: uacroti@uol.com.br

Artigo recebido em abril de 2006

Artigo aprovado em maio de 2006

Ritmo sinusal, frequência de 125 bpm. $\hat{A}QRS + 60^\circ$ e intervalo PR 0.16s. QRS 0.08s sem sinais diretos de sobrecarga ventricular direita.

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral. Área cardíaca e campos pulmonares normais.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Conexões venoatrial, atrioventricular e ventrículo-arterial concordantes. Imagem irregular longilínea, que se projetava da VSVD, através da valva pulmonar até o TP com aspecto irregular, sugestivo de vegetação fúngica. Boa função ventricular, sem derrame pericárdico (Figura 1).

DIAGNÓSTICO

A história clínica de longa permanência com cateter venoso central para administração de antibiótico endovenoso devido a sepse neonatal, a imagem ecocardiográfica e a melhora clínica com antifúngico tornaram claro o diagnóstico de endocardite fúngica, com vegetação de alto potencial trombogênico.

OPERAÇÃO

Toracotomia transesternal mediana, instalação de circulação extracorpórea, hipotermia a 34°C , cardioplegia sangüínea, anterógrada intermitente, hipotérmica a 4°C . Após abertura do TP, foi possível visibilizar grande vegetação que se originava na VSVD. Não havia aderências no TP ou na valva pulmonar, sendo pediculada na VSVD, fato que facilitou a ressecção, sem prejuízo da valva pulmonar

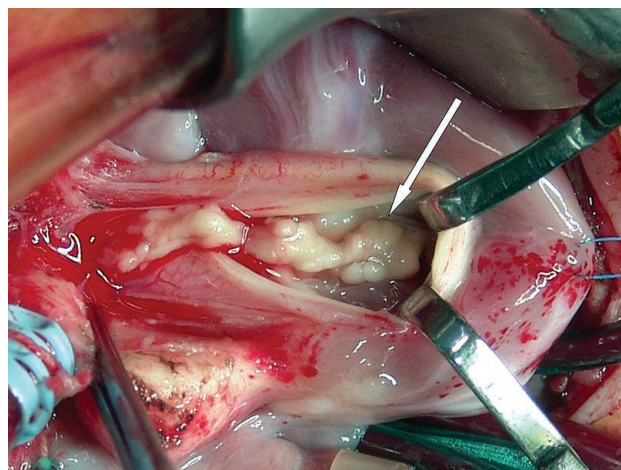


Fig. 2 – Tronco pulmonar aberto longitudinalmente expondo grande vegetação fixada na via de saída do ventrículo direito, estendendo-se até a bifurcação das artérias pulmonares através da valva pulmonar.

(Figura 2). Os tempos de perfusão e de isquemia miocárdica foram de 38 e 28 minutos, respectivamente. No material coletado, desenvolveram-se cocos Gram positivos, cocos Gram negativos, além de numerosas hifas hialinas. No pós-operatório, a paciente continuou sendo medicada com antibioticoterapia específica e antifúngico, recebendo alta em excelentes condições clínicas após 28 dias. O ecocardiograma tardio evidenciou ausência de vegetações e estruturas cardíacas normais.