

Oclusão aguda de artéria femoral superficial como complicação de endocardite infecciosa

Acute occlusion of superficial femoral artery due to complications of infective endocarditis

Roberto Jamaru de Aquino Filho¹, André de Oliveira Porto¹, Francisco Henrique Peixoto da Silva¹, Márcia Andréa Moura Baptista de Carvalho², Fabiano Jucá³

Resumo

O presente artigo relata o caso de paciente de 26 anos internado em enfermaria de clínica médica com oclusão arterial aguda de segmento fêmoro-poplíteo à esquerda. O paciente foi submetido a embolectomia com boa evolução. O trombo apresentou aspecto macroscópico pouco freqüente, com consistência fibro-elástica e coloração branco-nacarado. Durante a internação, o paciente recebeu diagnóstico de endocardite bacteriana, com hemocultura positiva para *Streptococcus viridans*. A realização de ecocardiograma identificou dupla lesão valvar aórtica associada a vegetações e insuficiência mitral moderada. O paciente desenvolveu insuficiência cardíaca com dispnéia em repouso, sendo submetido a troca valvar aórtica por prótese metálica e apresentando evolução favorável no pós-operatório. A embolia séptica é causa incomum de oclusão arterial aguda de membros inferiores.

Palavras-chave: endocardite, embolia, membros inferiores.

Abstract

The authors report on a 26-year-old patient admitted to a medical clinical ward with acute arterial occlusion of femoral popliteal segment in the left lower limb. The patient underwent an embolectomy with satisfactory evolution, the macroscopic aspect of the thrombus was unusual, with fiber-elastic consistence, and brown-white coloration. During the inpatient period a diagnosis of bacterial endocarditis was made, hemoculture yielded *Streptococcus viridans*. Echocardiogram identified double lesion of aortic valve, associated with vegetations and mitral valve insufficiency. The patient developed cardiac failure, with dyspnea at rest, and was submitted to a cardiac surgery for the replacement of the aortic valve by a metallic one presenting uneventful evolution after surgery. Septic embolism is not reported as a common etiology of acute arterial embolism in lower limbs.

Key words: endocarditis, embolism, lower extremities.

A oclusão arterial aguda é uma patologia dos domínios do cirurgião vascular que carrega importante morbiletalidade. Incide em 17 casos por 100.000 habitantes/ano¹ e corresponde a patologia arterial prévia, associada ou não à fonte emboligênica remota. Uma vasta gama de etiologias pode culminar com uma oclusão arterial aguda de membros inferiores,

sendo o coração, como fonte emboligênica, responsável por 78 a 96% dos casos^{1,2}. Nesse contexto, a fibrilação atrial responde pela quase totalidade dos casos de embolia, sendo mais freqüentemente relacionada a valvulopatia ou aterosclerose.

Embolias sépticas são complicações de endocardites infecciosas, sendo sua incidência verdadeira sem uniformidade na literatura¹, com relatos de até 24% dos casos em vigência de endocardite infecciosa grave em paciente hospitalizado³. Nessas, a maioria é de obstruções de pequenas artérias, sendo as oclusões de grandes artérias, como femorais e poplíteas, mais freqüentes em endocardites fúngicas, acometendo membros inferiores em 33 a 75% dos casos⁴. A oclusão de artéria femoral superficial por êmbolo séptico de origem bacteriana é de rara ocorrência na literatura.

1. Cirurgião vascular, Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, Barbalha, CE.

2. Médica intensivista, Unidade de Terapia Intensiva, Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, Barbalha, CE.

3. Cirurgião cardiotorácico, Serviço de Cirurgia Cardíaca, Hospital do Coração de Barbalha, Barbalha, CE.

Artigo submetido em 24.05.04, aceito em 26.08.04.

Relato do caso

Paciente, J.C.A.C., 26 anos, agricultor, admitido na enfermaria de clínica médica para investigação de febre persistente associada a poliartralgias de tornozelo e joelho iniciadas há 15 dias. Na anamnese e no exame físico inicial de admissão, apresentava sopro sistólico importante (+++/4+) em foco aórtico, desvio do *ictus cordis* para a esquerda e dispnéia aos moderados esforços. Radiografia simples de tórax mostrava cardiomegalia (Figura 1) com índice cardiotorácico maior que 0,6. Foi feito o diagnóstico sindrômico de endocardite infecciosa e colhidos: hemoculturas (três amostras), hemograma, bioquímica, além de solicitação de eletrocardiograma e ecocardiograma. Foi instituída, imediatamente, penicilina cristalina na dose de 5.000.000 UI de 4/4h. Exame odontológico mostrou presença de cáries em molares superiores direitos avançadas, com abscessos (Figura 2).

O resultado do ecocardiograma evidenciou uma fração de ejeção de 70% com vegetações e dupla lesão de válvula aórtica com gradiente de pressão de 41. No sétimo dia de internamento hospitalar, desenvolveu dor súbita de membro inferior esquerdo. O exame físico evidenciou palidez, resfriamento até coxa distal e ausência de pulsos poplíteo tibial anterior e posterior. Foi contatada a clínica vascular que fez o diagnóstico de oclusão arterial aguda, e o paciente foi encaminhado de imediato à arteriografia digital por punção femoral. Durante o exame, foi

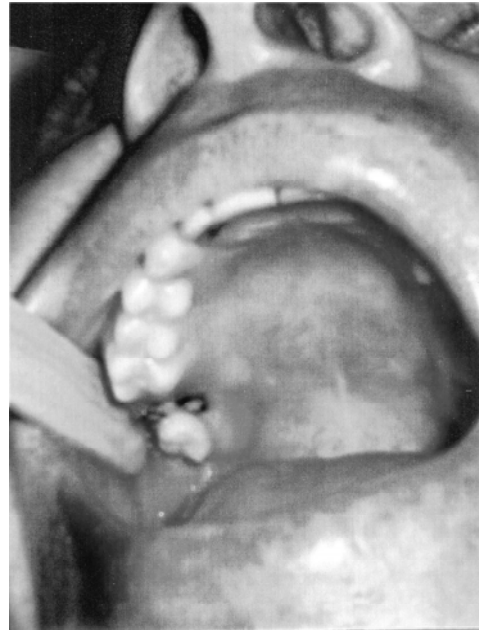


Figura 2 - Exame odontológico mostrando cáries com abscessos.

evidenciada oclusão de artéria femoral superficial na altura do terço inferior do canal dos adutores (Figura 3). O paciente foi, então, encaminhado à cirurgia de emergência, onde foi realizada uma embolectomia a Fogarty de membro inferior esquerdo, com abordagem poplíteia.

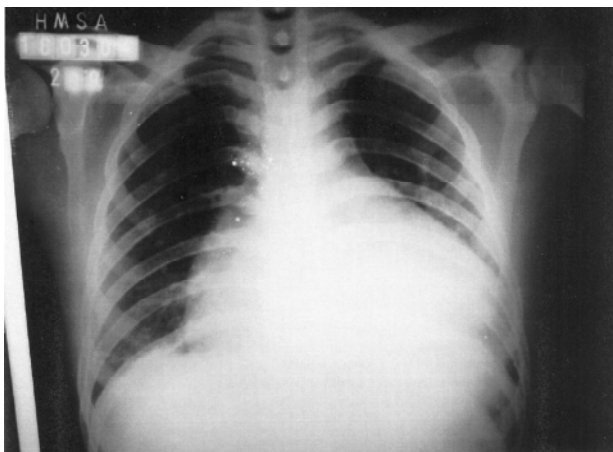


Figura 1 - Radiografia simples de tórax mostrando cardiomegalia.

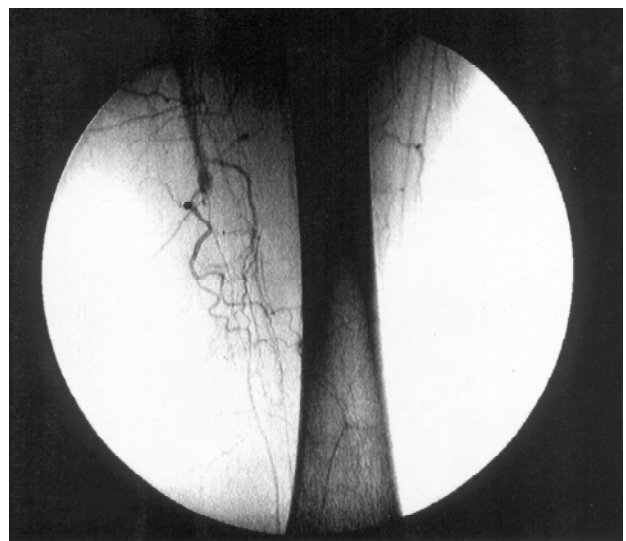


Figura 3 - Arteriografia digital evidenciando oclusão de artéria femoral superficial.

Decorrida a revascularização, observou-se que a característica do trombo não era compatível com um coágulo de origem atrial, como mais freqüente.

Observou-se consistência endurecida e fibro-elástica, branco-nacarada. Foi encaminhado para cultura, que apresentou o mesmo resultado da hemocultura outrora realizada.

Houve pronto restabelecimento do fluxo distal, permanecendo apenas lesão cianótica, que posteriormente tornou-se seca e indolor (Figura 4).

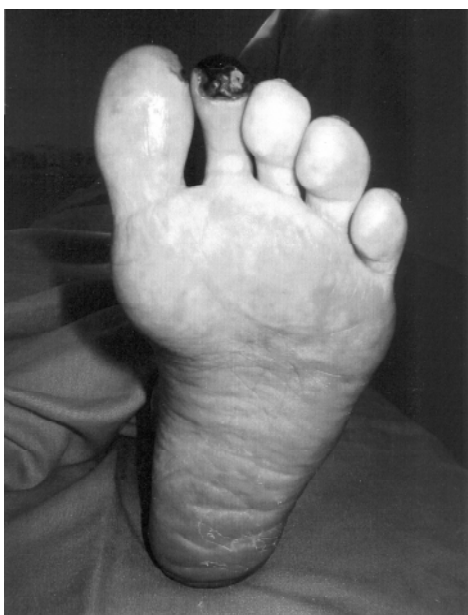


Figura 4 - Lesão cianótica seca e indolor.

No decorrer do quinto dia pós-operatório, o paciente desenvolveu descompensação cardíaca grave com insuficiência e dispnéia ao repouso. Foi admitido na UTI e foram acrescentadas vancomicina e clindamicina. Foi proposta, posteriormente, a intervenção cirúrgica cardiotorácica, sendo realizada uma exploração valvar aórtica com substituição por prótese metálica e exploração valvar mitra (Figura 5). O aspecto valvar aórtico mostrou-se com dupla lesão associada à vegetação de origem infecciosa (Figura 6). O paciente teve alta no décimo dia pós-operatório, a foram administrados cumarínico 5 mg/dia e furosemida 40 mg/dia, via oral.

Membro inferior esquerdo com pequena área de gangrena seca, pulsos restabelecidos e sem febre.



Figura 5 - Intervenção cirúrgica cardiotorácica.

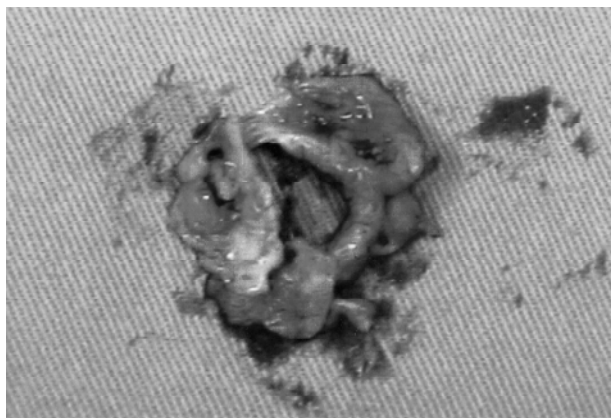


Figura 6 - Aspecto valvar aórtico.

Discussão

A embolia séptica distal constitui uma complicação incomum em pacientes portadores de endocardite infecciosa, no entanto, pode ser a primeira manifestação clínica dessa doença infecciosa². Em estudo realizado no *St. Josef Hospital, Ruhr-Universitat Bochum*, tentou-se estabelecer critérios ecocardiográficos como elementos preditores de embolização periférica, em pacientes com endocardite bacteriana. Neste estudo, atribuiu-se um risco mais elevado a vegetações com mais de 10 mm, principalmente em valva mitral. Contudo, por falta de

variáveis controladas, não foi possível prever o real risco de destacamento das vegetações⁵, tanto endocardites de causa bacteriana como fúngica podem causar tal quadro. Dentre as bacterianas, o padrão mais frequente de embolização é o de oclusão de pequenas artérias e arteríolas, limitando-se a necrose de dedos e pequenas partes do corpo, como ramos cerebrais, artéria oftálmica, entre outros⁶. O risco de perda de um membro é incomum. Dados da literatura mostram, ainda, que as endocardites por *Staphylococcus sp.* têm uma evolução mais aguda e virulenta que as de etiologia estreptocócica⁷. Já a incidência dos fenômenos embólicos não mostra relação direta com a duração dos sintomas da endocardite. Porém, intervenções cirúrgicas precoces e antibioticoterapia adequada mostraram ser importantes determinantes no prognóstico do membro embolizado.

Ao fim deste relato, deseja-se enfatizar a atenção às possíveis complicações embólicas em pacientes internados em enfermarias de outras clínicas e à menção da possibilidade de etiologia infecciosa para os casos de oclusão arterial aguda em pacientes cardiopatas febris. Lembrando que a fonte emboligênica central deverá ter avaliação e conduta realizadas pelas equipes de clínica e cirurgia cardiológica para o completo e definitivo tratamento.

Referências

1. Abreu FH, Lastória S, Yoshida WB. Doenças vasculares periféricas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 970-991.
2. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ. Harrison's Principles of Internal Medicine. 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing; 1992.p. 5-62 , 5-67.
3. Pereira Barretto AC, Nobre MR, Mansur AJ, Scipioni A. Peripheral arterial embolism. Report of hospitalized cases. Arq Bras Cardiol 2000;74:324-8.
4. Veraldi GF, Guglielmi A, Genna M, Bertolini P. Occlusion of the common iliac artery secondary of fungal endocarditis: report of a case. Surg Today 2000;30:291-3.
5. Mugge A. Management of imminent emboli in endocarditis: are they predictable? Herz 2001;26:391-7.
6. Schmidt D, Zehender M. Arterial occlusion of the eye in infectious endocarditis. Ophthalmologie 1999;96:264-6.
7. Cassada DC, Moniz M, Stevens SL, et al. Factors affecting the surgical management of infective endocarditis. Am Surg 1999;65:307-10.

Correspondência:

Roberto Jamaru de Aquino Filho
Rua Pergentino Maia, 160/04, Parque Grangeiro
CEP 63106-070 - Crato, CE
E-mail: jamaru@uol.com.br