

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA DE PRÓTESE DE VÁLVULA AÓRTICA DE IMPLANTE PERCUTÂNEO: RELATO DE CASO

Camila Pozzi, Jessica Trindade, Pedro Barcellos, Luiz Henrique Dussin, Rodrigo Saadi, Eduardo Saadi

Introdução

Desenvolvida em 2002 por Alain Cribier, o implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI) surgiu como intervenção revolucionária para o tratamento de estenose aórtica, combinando elevada eficácia com bom perfil de segurança.

Este caso ilustra um exemplo complexo e desafiador de endocardite infecciosa (EI) pós TAVI, enfatizando a importância do manejo adequado diante desta complicação.

Método

Paciente MJDS, masculino, branco, 83 anos, multicomorbido, submetido a TAVI sem intercorrências em 04/01/2023 e diagnosticado com EI 13 meses após o procedimento. À internação apresentava sinais de congestão e imagem sugestiva de vegetação em prótese aórtica de 17 mm, tendo portanto indicação de tratamento cirúrgico.

No ato cirúrgico, constatou-se prótese aderida aos folhetos nativos, com presença de múltiplas vegetações nos folhetos, causando restrição da mobilidade. Foi ressecada prótese e folhetos nativos, além de realizada a decalcificação do anel. Observou-se presença de abscesso com secreção purulenta no anel aórtico, envolvendo cerca de 50% do anel. Realizou-se drenagem de abscesso, debridamento e limpeza do anel; e após, implante de prótese biológica.

Paciente evolui com complicações como necessidade de diálise, intubação prolongada e sepse, porém com bom desfecho, tendo alta em bom estado geral no 30º dia pós operatório.

Discussão

A literatura mostra que não há diferença estatística entre a incidência de EI pós TAVI ou cirurgia convencional. Porém, pacientes pós TAVI com EI apresentam maior mortalidade intra-hospitalar. A maioria dos casos requer intervenção cirúrgica para o tratamento de complicações, como abscessos ou falhas na prótese, como observado neste caso.

As principais indicações de explante de TAVI são falha relacionada ao procedimento, leak paravalvar e endocardite. Ressalta-se que o explante de TAVI é muito mais complexo que reoperação por bioprótese cirúrgica, as quais os cirurgiões estão habituados. Como nesta situação, a prótese pode estar aderida à aorta, e existem os folhetos nativos entre a prótese e a parede da aorta, dificultando a retirada da prótese, requerendo cirurgias mais extensas.

A técnica cirúrgica exige cuidadosa dissecação devido a neoendotelização, evitando injúrias nas estruturas cardíacas adjacentes, criando um plano de clivagem entre prótese e anel para realização do explante.

Conclusão

Com os avanços na tecnologia existe uma expectativa de crescimento do número de TAVIs, que acarretará em aumento proporcional das complicações relacionadas, entre elas a EI. A evolução deste paciente ressalta os desafios associados ao manejo da EI em pacientes pós TAVI e enfatiza a necessidade do cirurgião estar preparado para os desafios técnicos do tratamento desta complicação potencialmente fatal.

