



IMAGEM EM CARDIOLOGIA

Transposição de grandes vasos congenitamente corrigida e endocardite de eletrocateter



Congenitally corrected transposition of the great vessels and defibrillator lead endocarditis

Gonçalo Cardoso*, João Abecasis, Regina Ribeiras, Diogo Cavaco, Maria João Andrade, Miguel Mendes

Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Recebido a 27 de janeiro de 2014; aceite a 11 de fevereiro de 2014
Disponível na Internet a 18 de setembro de 2014

Homem 56 anos, referenciado ao nosso serviço em 1978, com o diagnóstico de cardiopatia congénita não cianótica operada: encerramento de comunicações interventricular (CIV) e interauricular (CIA) associado a correção de estenose valvular pulmonar. A radiografia do tórax mostrava mesocárdia. A partir de 1992 verificaram-se sintomas/sinais de insuficiência cardíaca, com sopro sistólico no bordo esternal esquerdo. Nos ecocardiogramas transtorácicos (ETT) seriados detetava-se CIV residual alta, tendo uma ressonância magnética cardíaca (RM), em 1999, colocado o diagnóstico de transposição das grandes artérias sem presença de CIV/CIA.

Em 2005, foi-lhe implantado um cardioversor desfibrilhador (CDI) por taquicardia ventricular sincopal (Figura 1).

Em 2011, foi internado no Luxemburgo por quadro febril, cefaleias, náuseas e alterações neurológicas não focais (estado estuporoso). Uma TAC-CE mostrou um abscesso cerebral na região frontal mediana esquerda e o ecocardiograma transesofágico (ETE) identificou vegetações no eletrocateter. Apresentava hemoculturas positivas para *Streptococcus constellatus* e *Micromonas micros*.

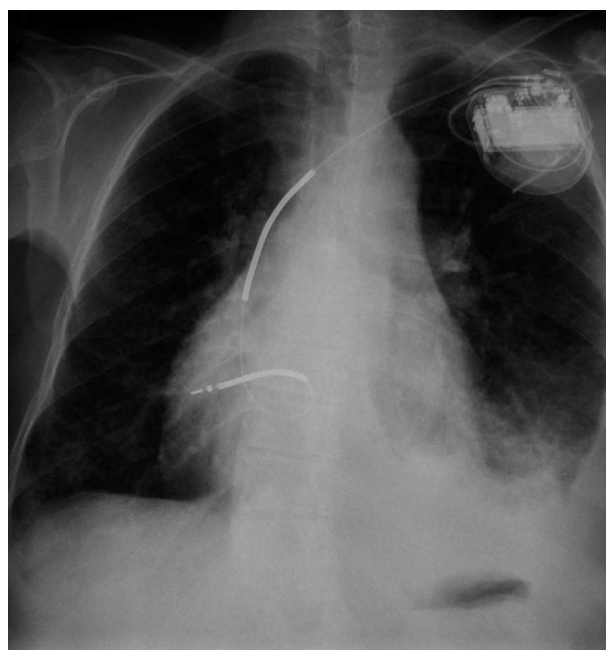


Figura 1 Radiografia de tórax que revela posição do eletrocateter (que se encontra dirigido para a direita) no ventrículo morfologicamente esquerdo.

* Autor para correspondência.
Correio eletrónico: goncalocardoso@gmail.com (G. Cardoso).

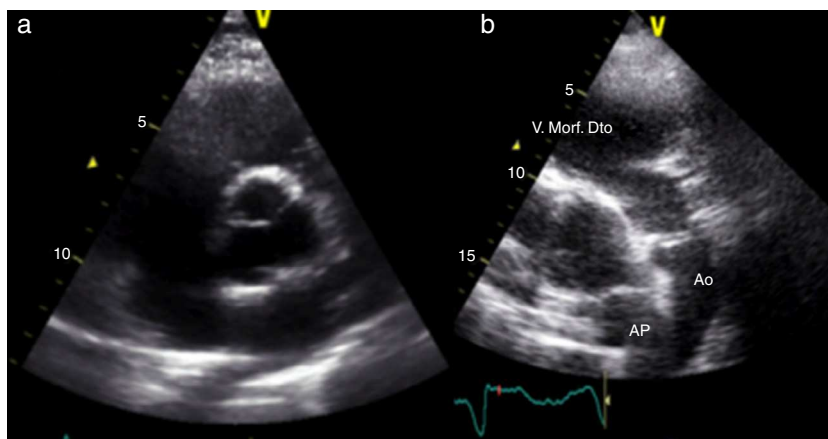


Figura 2 ETT: a) imagem anatomicamente normal em paraesternal eixo-curto (PEE-T); b) PEE-T com grandes vasos paralelos e ventrículo morfologicamente direito anterior em continuidade com a aorta, também anterior (vídeo 1).

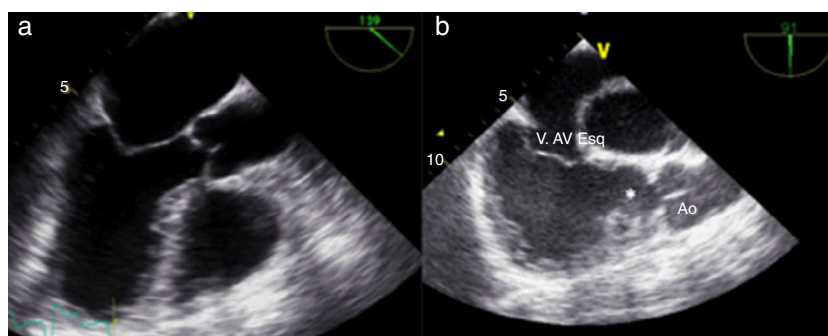


Figura 3 ETE: a) imagem anômica normal; b) imagem correspondente mostrando ausência de continuidade entre a válvula aórtica e a válvula auriculoventricular esquerda (morfologicamente tricúspide), através de um infundíbulo (asterisco); ventrículo morfologicamente direito em posição esquerda e válvula aórtica em normal continuidade com vaso sistêmico (aorta) (vídeo 2).

Após apirexia mantida durante duas semanas (sob anti-bioterapia) foi transferido para o nosso serviço com os diagnósticos de endocardite de eletrocater e abscesso cerebral em doente com Tetralogia de Fallot operada sem CIA/CIV.

Realizou ETT/ETE, tendo sido modificado o diagnóstico da cardiopatia congênita de base para «transposição dos grandes vasos congenitamente corrigida» (TGVCC) e CIA baixa (conforme figuras). Foi feita a extração do sistema de CDI. Por se ter observado durante o seu seguimento em consultas de CDI, prévias ao internamento, períodos de bloqueio auriculoventricular de terceiro grau e grande dependência de *pacings* ventriculares e por se querer que o doente fique com o mínimo de material protésico intravascular, colocou-se *pacemaker* dupla-câmara epicárdico e CDI subcutâneo. Teve alta clinicamente estável.

Conclui-se assim que da cirurgia corretiva realizada em 1978 ficou CIA baixa residual com *shunt* sistêmico-pulmonar, diagnosticada em ETT, mas não confirmada por RM e que se revelou ser o mecanismo determinante de embolização sistêmica paradoxal.

Embora não tivesse sido possível obter o relatório operatório nas notas clínicas do doente, identificou-se o *case report*¹ publicado pelo cirurgião em 1978, onde é descrita

a malposição L-anômica dos grandes vasos, suportando o diagnóstico atual (Tabela 1).

Realça-se a importância da análise ecocardiográfica complementar ETT e ETE para o diagnóstico das cardiopatias congênitas, mais concretamente para a identificação de *shunt* residual, não observado pela RM. O reconhecimento

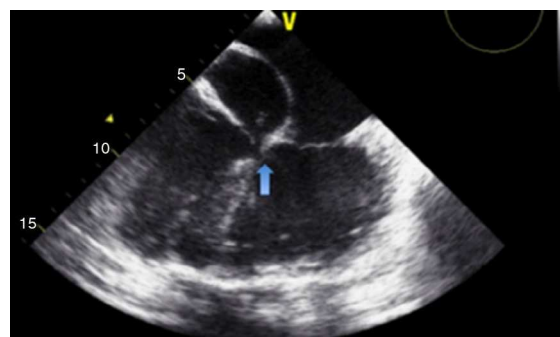


Figura 4 ETE: inserção das válvulas aurículo ventriculares no mesmo plano (seta), de acordo com associação de TCCGV com defeito de canal AV, que ocorre em até 75% dos casos² (vídeo 3).

Tabela 1 Critérios imagiológicos para diagnosticar transposição dos grandes vasos congenitamente corrigida – dupla discor-
dância: auriculoventricular (AV) e ventrículo-arterial

Grandes vasos paralelos com aorta em posição anterior (Figura 2)

Ventrículo morfológicamente direito (trabeculado), relacionado com válvula AV morfológicamente tricúspide em posição esquerda e em continuidade com válvula aórtica e aorta torácica (Figuras 2 e 3)

Inserção da válvula AV morfológicamente tricúspide em posição esquerda num plano inferior ou no mesmo plano do que a válvula AV em posição direita (Figura 4)

Ventrículo morfológicamente esquerdo (sem infundíbulo), relacionado com aurícula recetora de duas veias cava. Neste caso, observa-se trajeto de eletrocater identificado em ambas as cavidades (Figura 5)

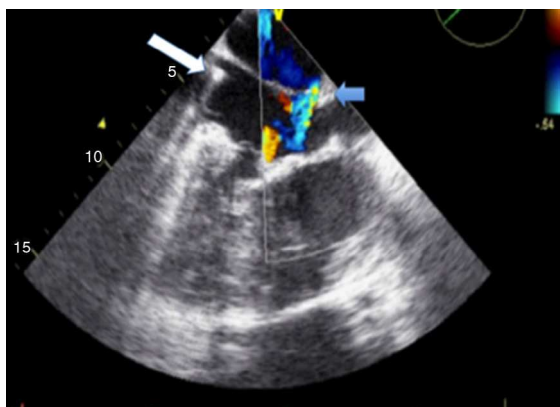


Figura 5 ETE: aurícula recebendo duas veias cava (aurícula direita); válvula AV morfológicamente mitral em posição direita; eletrocater (seta branca) identificando veia cava superior e ventrículo morfológicamente esquerdo em posição direita; SIA com *shunt* residual baixo (seta azul) (vídeos 4 e 5).

deste *shunt* residual revelou-se o principal determinante da mudança da estratégia terapêutica.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Apêndice. Material Adicional.

Pode consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrónica disponível em [doi:10.1016/j.repc.2014.02.003](https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.02.003).

Bibliografia

1. Macedo MM, Lino JA, Roquette J, et al. Congenital cyanotic heart disease with "situs solitus", dextroversion, juxtaposition of the atrial appendages and anatomical malposition of the great arteries. Report of a case with surgical correction. *Acta Med Port.* 1979;1:73–8.
2. Hornung TS, Calder L. Congenitally corrected transposition of the great arteries. *Heart.* 2010;96:1154–61.