

Abstract Nº PO-SAB-24

ENDOCARDITE ASSOCIADA A CATETER DE HEMODIALISE: DOIS ESPECTROS DA MESMA PATOLOGIA

Mariana Sousa (1); Sara Barreto (1); Joana Martins (1); Rita Gouveia (1); Cristina Santos (1); Aura Ramos (1);

(1) - Hospital Garcia de Orta, Nefrologia, Almada, Portugal;

A infeção é um problema importante nos acessos vasculares de hemodialise (HD) particularmente nos cateteres de longa duração (CLD). No entanto a prevalência da utilização deste acesso mantém-se aumentada. Expõem-se dois casos clínicos de endocardite associado a CLD.

Caso 1: Homem, 44 anos, leucodermico, antecedentes pessoais (AP) de doença renal crónica em hemodialise (DRC 5D) por glomeruloesclerose segmentar e focal e infeção por HIV com carga viral negativa e hipertensão arterial. Recorre ao serviço de urgência, por quadro com um dia de evolução com início após sessão de hemodialise de astenia e lombalgia associada a febre e calafrio. Por suspeita de bacteriemia de ponto de partida de cateter colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica de largo espectro. Identificou-se *Staphylococcus aureus* metilicilino-sensível em 3 hemoculturas tendo sido alterada a antibioterapia para flucloxacilina (2g de 8/8h) em dose de bacteriemia. Foi removido o cateter. Realizado ecocardiograma transesofágico (ecoTE) que revelou "na emergência da porção final da veia cava superior e aurícula direita observa-se imagem de massa muito móvel friável de dimensões máximas longo eixo > 5cm e espessura 11,4 mm sendo sugestivo de endocardite da veia cava superior / aurícula direita." Realizou 6 semanas de antibioterapia dirigida com boa resposta clínica e ecográfica.

Caso 2: Mulher, 64 anos, leucodermica com AP de obesidade, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, com complicações micro e macrovasculares nomeadamente nefropatia diabética e DRC5D associada. Por ter recusado construção de fistula arteriovenosa atempada foi colocado cateter venoso jugular direito de longa duração. Durante uma sessão de hemodialise identificada hipotensão grave (Tensão arterial de 59/21 mmHg) tendo respondido com fluidoterapia. Ao exame físico, identificou-se sinais inflamatórios locais com secreção purulenta no local de inserção do cateter. Por suspeita de sepsis de ponto de partida em cateter de hemodialise colheu hemoculturas e exsudado do cateter e iniciou antibioticoterapia de largo espectro. Foi identificada uma *Candida Albicans* multisensível tendo iniciado micafungina. Realizou ecoTE identificando-se uma "grande massa (>5x1,7 centímetros) localizada na veia cava superior, ocupando ~ 50% do lúmen, aderindo à parede anterior com protrusão para o átrio direito, multilobulado e muito móvel compatível com uma vegetação". Após discussão multidisciplinar cumpriu 3 semanas de terapêutica antifúngica e reavaliação imagiológica. Por manter grande vegetação que preenchia todo o lúmen da porção visualizada da veia cava superior, projetava-se na cavidade do átrio direito e atingia a face atrial da valva tricúspide) foi submetida a excisão cirúrgica. Completou posteriormente 8 semanas de micafungina, não se verificou recorrência após suspensão, encontrando-se aos 12 meses de follow up assintomática.

DISCUSSÃO :As endocardites podem ser complicações associadas ao cateter de hemodialise, variando o prognóstico mediante o agente em causa. A endocardite a *Candida* tem uma alta morbimortalidade (36% intrahospitalar e 59% até um ano) sendo este um caso raro de sucesso. É necessário um forte índice de suspeita para o seu diagnóstico e tratamento atempado.