

# Extrusão completa de unidade geradora de marcapasso e endocardite infecciosa de cabo ventricular.

## Relato de Caso. ID: 64042

JEFERSON FREIXO GUEDES<sup>1</sup>, LUIS GUSTAVO BELO DE MORAES<sup>2</sup>, VINÍCIO ELIA SOARES<sup>3</sup>, CLAUDIA GUERRA MURAD<sup>4</sup>, DOMINGOS ANTONIO GOMES<sup>2</sup>, TATIANA RODRIGUES GUSMÃO DA CIDADE BAPTISTA<sup>2</sup>, ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA<sup>5</sup>

1- Chefe do Serviço de Cardiologia e ecocardiografista do Hospital Municipal Miguel Couto

2-Cardiologistas da Unidade Coronariana do Hospital Municipal Miguel Couto.

3- Chefe da Unidade Coronariana do Hospital Municipal Miguel Couto.

4- Cardiologista rotina da Unidade Coronariana do Hospital Municipal Miguel Couto.

5- Residente de Clínica Médica do Hospital Municipal Miguel Couto.

freixojf@gmail.com

**Introdução:** A infecção local associada à extrusão completa da unidade geradora de marcapasso (MCP) é uma complicação rara e geralmente tardia. De acordo com o estudo de Valente *et al* em 2001, dentre 574 procedimentos (implantes ou trocas de unidades geradoras) a incidência de infecção de ferida operatória foi de 1,11% (6 casos), havendo somente 2 casos de extrusão de unidade geradora. A endocardite infecciosa (EI) em dispositivos implantáveis constitui entidade clínica ainda menos frequente, não sendo identificado nenhum caso de EI na série de procedimentos do referido estudo. Dessa forma, a combinação destas duas condições (extrusão completa de unidade geradora e EI) é muito rara, cursa com grande potencial de complicações e mortalidade constituindo um grande desafio terapêutico.

**Relato de Caso;** Paciente de 66 anos, tabagista de longa data, magro (IMC = 14) e sem comorbidades, iniciou quadro de astenia e tontura 3 meses antes de sua admissão hospitalar por bloqueio átrio-ventricular total com implante de MCP definitivo bicameral em região infra-clavicular esquerda. Internado em unidade coronariana 1 mês após o implante por extrusão completa de unidade geradora, episódios de febre e sinais infecciosos em loja de MCP. Relatou necessidade de retorno precoce para suas atividades laborais que envolviam grande carga em membros superiores, contrariando as recomendações médicas. Cultura de secreção e hemoculturas evidenciando *Staphylococcus aureus* sendo iniciado Teicoplanina e Gentamicina (alergia a Vancomicina). Ecocardiograma transtorácico com leve aumento do volume atrial esquerdo e função sistólica global biventricular normal. Exame transesofágico evidenciando imagem ecogênica de 1,6 cm, móvel e filamentar (compatível com vegetação) em porção intra-atrial de cabo ventricular do MCP. Realizou-se retirada de cabos, desinfecção de unidade geradora com reimplante da mesma externamente em região cervical direita e implante de um novo cabo para estimulação ventricular. Após término de antibioticoterapia (28 dias) e negatização de hemoculturas houve retirada do referido cabo ventricular, implante de novos cabos e nova unidade geradora em sítio infra-clavicular direito.

**Conclusões:** A relevância deste caso fundamenta-se no desafio terapêutico decorrente da combinação de duas condições muito raras porém com grande potencial de gravidade e mortalidade.

