

Espondilodiscite estafilocócica em paciente com dispositivo cardíaco: retirar ou não? Eis a questão

40° CONGRESSO
SOCERJ2023
19 A 21
ABRIL | 2023



Marcelle Gonçalves Henriques Lizandro¹, Alexandra Correia Andrade¹, Yuri Marinheiro Aragão¹, Pedro Antonio Gomes Costa¹, Augusto das Neves Azevedo¹, Paulo Henrique Rosado de Castro¹, Luis Gustavo Belo de Moraes¹, Claudio Querido Fortes¹, Juliano Carvalho Gomes de Almeida¹ e Roberto Muniz Ferreira¹



Instituto do Coração Edson Saas –
ICES/UFRJ
Hospital Samaritano Botafogo - RJ

Introdução: Embora a espondilodiscite seja comumente associada à endocardite infecciosa (EI), tal diagnóstico representa uma causa rara de dor na coluna em pacientes adultos. Mais de 90% dos pacientes queixam-se de dores persistentes nas costas ou no pescoço e o *S. aureus* é o germe mais frequentemente isolado, em cerca de 80% dos casos. Um alto índice de suspeição permanece fundamental para o diagnóstico precoce e instituição do tratamento adequado, visando à prevenção de sequelas graves. **Caso:** Homem, 56 anos, com doença degenerativa de coluna cervical e CDI/Ressincronizador (CRT-D) há 2 anos, devido à disfunção grave do ventrículo esquerdo (VE), procura o serviço de emergência por dor cervical incapacitante, associada à febre e calafrios, com cerca de 1 semana de evolução. Na admissão não apresentava achados significativos ao exame físico, porém havia leucocitose e proteína-C-reativa elevada. Coletadas amostras de hemoculturas e iniciada empiricamente ampicilina-sulbactam, além de analgesia venosa. Após as culturas evidenciarem o crescimento de *S. aureus*, o antibiótico foi trocado para cefazolina. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem sinais de endocardite. Tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT) revelou hipermetabolismo sugestivo de espondilodiscite na projeção discal de C5/C6 (Fig A - seta), porém sem captação valvar ou no sistema do CRT-D. Ressonância magnética de coluna não demonstrou sinais de gravidade, sendo optado pelo tratamento conservador. Novas amostras de hemocultura coletadas no sétimo dia após início da antibioticoterapia foram negativas. O paciente evoluiu com melhora funcional significativa, recebendo alta hospitalar após 6 semanas de antibioticoterapia parenteral. **Conclusão:** Até 30% dos casos de espondilodiscite estão associados à EI. É fundamental que tal diagnóstico seja exaustivamente perseguido em todos os pacientes com espondilodiscite, pois a sua presença implicaria em mudanças significativas no manejo clínico. Em pacientes com dispositivos cardíacos este aspecto é ainda mais importante, pois a retirada de todo o sistema estaria indicada caso o seu acometimento fosse confirmado. Além da ecocardiografia e coletas seriadas de hemoculturas, o PET/CT e a cintilografia com leucócitos marcados podem auxiliar nesta tomada de decisão, principalmente quando não existem sinais evidentes de acometimento cardíaco.

