

Endocardite infecciosa por *Listeria monocytogenes* em prótese valvar. Relato de um caso

Rui Póvoa *, **Celso Ferreira ****, **Helio Korkes *****, **Michael Roy Smith ******, **João Reinaldo Novaretti *******, **Nelson Kasinski *******, **Victor Schubsky *******, **Celso Ferreira F.º Adolpho Barcellini *******

*Os autores relatam o caso de um paciente portador de prótese biológica em posição mitral, que apresentou endocardite infecciosa por *Listeria monocytogenes*. Após revisão da literatura, ressaltam a raridade dessa associação e as particularidades clínicas de endocardite por esse agente etiológico.*

Os aspectos epidemiológicos, etiológicos e clínicos da endocardite infecciosa têm sofrido profundas alterações¹. Assim, os achados clínicos típicos das endocardites causadas classicamente pelo *Streptococcus viridians* poucas vezes são encontrados na atualidade. Tal fato decorre, fundamentalmente, do uso abusivo e indiscriminado de antibióticos, antes mesmo da identificação do germe ou da sede da infecção, além da variedade de agentes etiológicos envolvidos.

Dentre os germes não habituais encontra-se a *Listeria monocytogenes*, bacilo polimorfo, aeróbio, gram positivo e móvel da família corynebacteriaceae².

O presente trabalho refere-se a um paciente portador de cardiomiopatia hipertrófica, com prótese valvar biológica, que apresentou endocardite por *Listeria monocytogenes*, destacando-se a raridade dessa associação e suas particularidades.

Apresentação de caso

Homem branco de 43 anos, brasileiro, natural de São Paulo e procedente dessa Capital foi internado na Enfermaria de Cardiologia da Escola Paulista de Medicina em 08/01/83, com queixa de falta de ar aos médios esforços, tosse com expectoração amarelada e febre há 6 dias. Há 12 anos fora feito o diagnóstico de estenose subvalvar aórtica em diafragma e muscular hipertrófica difusa, sendo realizada

resseção do anel subvalvar e troca da valva mitral por prótese homóloga. Em 06/81, foi necessária nova substituição valvar mitral por prótese de Ionescu-Shiley 27 mm, por disfunção da prótese. Evoluiu bem até 11/82, quando foi internado com quadro clínico sugestivo de endocardite infecciosa, embora com hemoculturas negativas. Instituída antibioticoterapia, teve alta 40 dias depois. Passava bem, quando surgiu falta de ar aos médios esforços, febre alta, principalmente à tarde, e tosse com catarro esbranquiçado. Fazia uso de digoxina e furosemida. Negava antecedentes reumáticos de diabetes ou de hipertensão, bem como manipulação dentária ou urológica progressas.

Ao exame físico, encontrava-se descorado ++, febril (37.9°C) com pressão arterial de 110 X 70 mmHg e pulso de 70 bpm. Apresentava estase jugular +. O exame dos pulmões mostrou raros estertores crepitantes e subcrepitantes em ambas as bases. Apresentava ictus no 6.º EIE rítmico; 1.ª bulha hiperfônica ++; em foco mitral; sopro holossistólico suave ++ em área mitral, com irradiação para axila; sopro holossistólico rude ++ em área aórtica, irradiado para o pescoço. O fígado era palpável a 1 cm do rebordo costal direito, borda romba, consistência

Trabalho realizado na Escola Paulista de Medicina.

* Pós-Graduando da Disciplina de Cardiologia.

** Professor Adjunto, Livre Docente da Disciplina de Cardiologia.

*** Doutor em Cardiologia. Monitor da Disciplina de Cardiologia.

**** Residente da Disciplina de Cardiologia.

***** Professor Adjunto da Disciplina de Cardiologia.

***** Acadêmico de Medicina.

***** Chefe da Disciplina de Cardiologia.

umentada. O baço era palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo, doloroso.

Os exames complementares mostravam. 3.000.000 de hemácias/mm³; 8,5 g% de hemoglobina; hematócrito de 26%; 10.600 leucócitos/mm³ (00 2-86 1-0 11-1); velocidade de hemossedimentação 80 mm; uréia 62 mg%; creatinina 1,5 mg%; mucoproteínas 6,2 mg% e 12 hemoculturas positivas para **Listeria monocytogenes**. A radiografia de tórax mostrava cardiomegalia global discreta. Ao eletrocardiograma observa-se sobrecarga ventricular esquerda e hemibloqueio anterior esquerdo. O ecocardiograma modo M não tinha evidência de vegetação nas válvulas.

Instituída antibioticoterapia com ampicilina e amicacina, permaneceu afebril até o 24.º dia, quando apresentou embolia arterial para membro inferior direito e deterioração hemodinâmica. Nos 2 dias seguintes, ocorreram embolias para membro inferior esquerdo e cérebro. Após estudo hemodinâmico, foi feita troca valvar. Após a operação, apresentou insuficiência cardíaca e renal, tendo evoluído para êxito letal.

O resultado do exame anátomo-patológico foi prótese valvar com lesões vegetantes verrucosas de coloração amarelada nas bordas de fechamento (fig. 1). O estudo microscópico mostrou fragmentos de tecido conjuntivo denso, com áreas hialinizadas, contendo numerosas colônias de bactérias fracamente coradas pelo Gram. A cultura da prótese foi estéril.

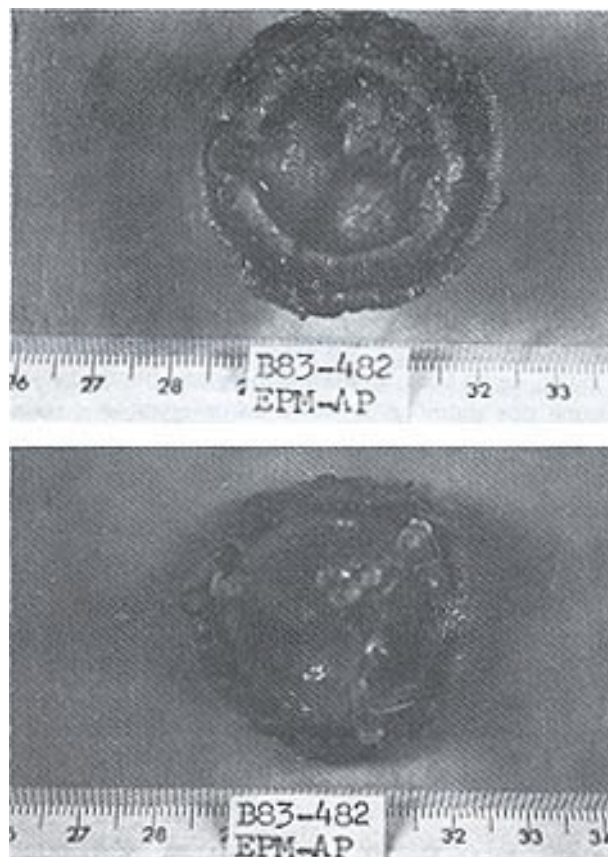


Fig. 1 - Prótese de Ionescu-Shiley, deformada e com presença de vegetação devido à endocardite por **Listeria monocytogenes**.

Discussão

A **Listeria monocytogenes** pertence à família **Cerynebacteriaceae**, largamente distribuída pela natureza, podendo ser isolada em vegetais, no solo e também em várias espécies de animais, como mamíferos e pássaros. É bactéria Gram-positiva não esporulada e que apresenta nos esfregaços tendência a se dispor em paliçada. A transmissão nas diferentes espécies animais permanece obscura. Acredita-se que o contato direto possa acarretar a infecção no homem. O leite, a poeira, os alimentos contaminados têm sido aventados como possíveis meios de transmissão. A bactéria pode existir como saprófita do trato digestivo e genital, existindo formas septicêmicas ou meningo-encefálicas, principalmente em pacientes debilitados por alguma doença consumptiva, alcoólatras ou imunodeprimidos.

A endocardite por **Listeria monocytogenes** é uma entidade rara em nosso meio.

De 1955 até 1978, somente 13 casos foram descritos na literatura mundial³ e até 1979, 2 casos na literatura nacional⁴. Dessa data até a atualidade, não existem novos relatos. Há, também, um caso descrito por Saravolatz e col.³ envolvendo prótese valvar biológica de porco em posição mitral e outro relato por Weinstein e col.⁵ em 1972, envolvendo a prótese em posição aórtica. Assim, o levantamento da literatura permite a inferência de que o presente relato seja o 15.º caso e o 3.º ocorrido em prótese cardíaca.

Em contraste com a forma septicêmica ou meningo-encefálica da listeriose humana, a endocardite não está associada a moléstias debilitantes ou imunossupressoras. Entre todos os casos descritos, somente 2 estavam associados a neoplasias: um portador de carcinoma de pâncreas² e um de carcinoma basocelular da face⁶. Ambos eram alcoólatras. Os testes de imunidade celular e humoral não revelaram alterações.

Outro aspecto importante é a incidência de fenômenos tromboembólicos sistêmicos, que estiveram presentes em mais de 60% dos casos descritos na literatura, excedendo de maneira impressionante a da endocardite bacteriana por outros patógenos (15 a 33%)⁷⁻¹⁰.

No presente caso, a embolização sistêmica representou o ponto capital do insucesso terapêutico, sendo a principal manifestação da doença. Como particularidade da endocardite por **Listeria monocytogenes**, nenhuma fonte de infecção, veículo transmissor ou porta de entrada foi verificada nesse paciente, bem como nos casos relatados na literatura pertinente¹¹.

A mortalidade em todas as séries descritas foi muito grande, representando quase 50% dos casos⁹. As causas de morte mais frequentes foram insuficiência cardíaca intratável, abscessos metastáticos e embolização sistêmica, principalmente para o sistema nervoso central.

Em vista da má evolução clínica, preconizamos a intervenção cirúrgica antes que se instale uma deteriorização progressiva.

Summary

A case of *Listeria monocytogenes* endocarditis evolving into a mitral prosthesis (Ionescu Shiley) is presented. In addition to a review of the literature, the rarity of the aforementioned association and the clinical features of endocarditis due to *Listeria* are emphasized.

Referências

1. Grinberg, M. - O iceberg chamado endocardite infecciosa. *Arq. Bras. Cardiol.* 32: 213, 1979.
2. Baker, C. C.; Felton, F. G.; Muchmore, H. G. - Listeriosis: Report of five cases. *Am. J. Med. Sci.* 241: 739, 1961.
3. Saravolatz, L. D.; Burch, K. H.; Madhavan, T.; Quinn, E. L. - Listerial prosthetic valve endocarditis. Successful medical therapy. *JAMA* 240: 2186, 1978.
4. Saraiva, L. R.; Montenegro, D.; Padilha, M.; Victor, E. G. - Endocardite infecciosa por *Listeria monocytogenes*. A propósito de um caso. *Arq. Bras. Cardiol.* 33: 193, 1979.
5. Weinstein, G. S.; Nichols, N. J.; Rogers, M. R. - Endocarditis of aortic valvular prosthesis due to *Listeria monocytogenes*. *Chest*, 69: 807, 1976.
6. Elston, H. R.; Zeneka, A. E.; Sketch, M. H. - *Listeria monocytogenes* endocarditis. *Arch. Intern. Med.* 124: 488, 1969.
7. Kaplan, J.; Stollenwerk, A. - *Listeria monocytogenes* endocarditis (letter). *Arch. Intern. Med.* 137: 1484, 1977.
8. Pitcher, D.; Mary, D. - *Listeria monocytogenes* endocarditis in hypertrophic cardiomyopathy. *Br. Med. J.* 961, 1978.
9. Bayer, A. S.; Chow, A. W.; Guze, L. B. - *Listeria monocytogenes* endocarditis: a report of a case and review of the literature. *Am. J. Med. Sci.* 273: 319, 1977.
10. Holshouser, C. A.; Ansbacher, R.; Mcnitt, T.; Steele, R. - Bacterial endocarditis due to *Listeria monocytogenes* in a pregnant diabetic. *Obstet. Gynecol.* 51: 9s, 1978.
11. Gelber, R. H.; Borchart, K. A.; Crull, S. L. - Synergistic therapy for *Listeria* endocarditis: Case report. *Millit. Med.* 145: 704, 1980.