

## ENDOCARDITE INFECCIOSA POR LISTERIA MONOCYTOGENES E ANEURISMA MICÓTICO DA ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA. RELATO DE UM CASO

WALTER OLESCHKO ARRUDA\*, HELENA A. P. HOMEM DE MELLO E SOUZA\*\*, MOEMA DE ARAÚJO CARDOSO\*\*\*

---

*É apresentado o caso de uma mulher portadora de endocardite bacteriana por Listeria monocytogenes, diagnosticada a partir do surgimento de um aneurisma micótico em artéria femoral profunda. Os autores enfatizam a importância do diagnóstico clínico precoce dessa condição, para a condução adequada da investigação complementar e para o sucesso terapêutico.*

---

Listeria monocytogenes é um cocobacilo Gram positivo não capsulado, uniflagelado e móvel, sendo frequentemente isolado do solo, água e vegetação<sup>1</sup>.

Em 1955, Hoepfich e Chernoff descreveram o primeiro caso de endocardite bacteriana por essa bactéria em um homem de 42 anos, com lesão reumática valvar prévia, que sofreu uma intervenção cirúrgica dentária<sup>2</sup>.

Não obstante o amplo emprego de antibiótico e a queda na incidência de relatos de aneurismas micóticos, esses não constituem uma entidade propriamente rara. Sem preferência por sexo ou idade, ocorrem em qualquer vaso sistêmico, responsáveis por um amplo espectro de manifestações clínicas. Neste relato, é descrito o caso singular de um aneurisma micótico secundário à endocardite por Listeria monocytogenes.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Mulher de 34 anos, branca, foi internada no Serviço de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná em 12/02/83, com queixa de dor acentuada na face ântero-medial do terço superior da coxa esquerda, com início há 30 dias, progressivamente pior, dificultando bastante a deambulação. Referia emagrecimento de 3 kg nesse período. Negava febre ou calafrios. Com 8 dias da internação, surgiram edema de membros inferiores (+/4) e dispnéia aos médios esforços. Há cerca de 10 anos, tinha tido quadro de artrite em joelhos e tornozelo esquerdo, com resolução espontânea. Mãe de 6 filhos, todos partos normais, último há 3 anos.

Ao exame físico, estava em bom estado geral, corada, afebril, com pressão arterial de 120 mm Hg x 20 mm Hg, frequência cardíaca 88 bpm, frequência respiratória 20 mrpm. Os pulsos carotídeos eram simétricos, "bisferiens", sem frêmitos. O "ictus cordis" era palpável no 5.º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, impulsivo, sem frêmitos. Auscultava-se sopro sistólico e diastólico, ++/4, em área aórtica, irradiando-se para fúrcula e pescoço, audível em todo o precórdio. Não havia hepatoesplenomegalia. À palpação de coxa esquerda, na face ântero-medial, parte superior, percebia-se tumoração pulsátil intensamente dolorosa, sem hiperemia, com calor local e sopro holossistólico à ausculta. Havia ainda edema de membros inferiores +/-4.

O hemograma revelava 8500 leucócitos/mm<sup>3</sup> (1% eosinófilos, 2% bastões, 61% segmentados, 31% linfócitos, 5% monócitos), plaquetas normais, velocidade de hemossedimentação (1ª hora) 52 mm, hemoglobina 13,1 d/dl, índices hematimétricos normais. A glicemia de jeum era de 90 mg/dl. Os demais exames laboratoriais mostravam mucoproteínas 6,07 mg/dl, VDRL negativo, FTA-abs negativo, proteína-C-reativa fracamente positiva, exame parcial de urina com densidade 1025, pH 6,0, hemácias +, leucócitos ++, células epiteliais +. A radiografia de tórax mostrou discreto aumento de área cardíaca, sem predomínio de câmaras. O eletrocardiograma revelou efeito digitalico e taquicardia sinusal.

No estudo ecocardiográfico bidimensional, detectou-se insuficiência aórtica pura, ventrículo esquerdo dilatado, com função normal (encurtamento percen-

\* Médico-Residente 3.º ano, Departamento de Clínica Médica - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

\*\* Farmacêutica-bioquímica do Laboratório Clínico do Hospital de Clínicas - Seção de Bacteriologia - UFFR.

\*\*\* Acadêmica de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

tual 48%), átrio esquerdo no limite superior da normalidade, valvas mitral, tricúspide e pulmonar normais.

Foi realizada arteriografia, que demonstrou a existência de um aneurisma na artéria femoral profunda esquerda (fig. 1).



Fig. 1 – Arteriografia evidenciando aneurisma da artéria femoral profunda esquerda.

Em 3 amostras de sangue venoso, as hemoculturas mostraram crescimento de bacilos Gram positivos, identificados como *Listeria monocytogenes* tipo I, sensível à tetraciclina, cloranfenicol, gentamicina, kanamicina, amicacina-cefazolina, ampicina, sulfametoxazol-trimetoprim, penicilina, eritromicina e oxacilina, mas resistente à cefoxitina (método de Kirby-Bauer).

Iniciou-se administração de penicilina G cristalina, 12 milhões de unidade por dia, via endovenosa. Submetida à cirurgia com ligadura da artéria femoral profunda na altura do 2.º ramo, retirando-se com dificuldade uma formação aneurismática, preenchida de coágulos, já notando-se rotura da mesma para tecidos moles adjacentes. O exame histológico mostrou intenso infiltrado inflamatório polimorfonuclear, estendendo-se até adventícia e tecido conjuntivo adjacente, onde se configurava início de uma formação pseudoaneurismática. Não se detectaram germes. Ao término de 4 semanas de antibioticoterapia, novas hemoculturas revelaram-se negativas. Em 24/03/83, a paciente teve alta,

em excelentes condições, para posterior acompanhamento em ambulatório.

## DISCUSSÃO

Várias outras descrições de endocardite por *Listeria monocytogenes* se somaram<sup>3-8</sup> à descrição inicial de Hoeplich e Chernoff<sup>2</sup>, nas nenhuma teve como complicações aneurisma micótico.

O relato de Saraiva e col.<sup>6</sup> chama atenção para a possibilidade de rotura de aneurisma micótico levando a acidente vascular cerebral.

A tentativa de caracterizar-se clinicamente a endocardite por *Listeria* já se mostrou infrutífera<sup>3-4</sup> e o diagnóstico só pode ser firmado pelo isolamento do germe em hemoculturas. Na maioria dos casos, como nesse, a porta de entrada da bactéria permaneceu desconhecida.

O aneurisma micótico deve ser suspeitado em qualquer paciente com lesão inflamatória na área de grandes vasos. No presente caso, a investigação e confirmação diagnóstica de endocardite bacteriana foram levados a termo a partir do diagnóstico clínico inicial de aneurisma micótico. Chama atenção a pobreza de outras manifestações clínicas do quadro de endocardite nesta paciente. Outros relatos mostram também um curso clínico relativamente indolente, podendo, contudo, apresentar um desfecho trágico<sup>6</sup>.

Em relação à sensibilidade dos antibióticos, não há um consenso genérico, mas nos diversos relatos a *Listeria* tem-se mostrado sensível a boa parte dos antibióticos de uso corrente<sup>4</sup> sem dificuldades de seleção de emprego. Nesse caso, a cepa isolada era só resistente à cefoxitina.

A arteriografia confirma o diagnóstico clínico e auxilia na definição da melhor abordagem cirúrgica.

O tratamento deve ser prontamente instituído, com antibioticoterapia, baseada na detecção do agente microbiano ou na suspeita clínica do provável agente causador, e ressecção cirúrgica da lesão aneurismática, com bons resultados de modo geral<sup>9-11</sup>.

A case of a woman with bacterial endocarditis by *Listeria monocytogenes* is reported. The diagnosis was made from a mycotic aneurysm in the deep femoral artery. The authors emphasize the importance of early diagnosis of this condition for adequate supplementary investigation and a successful therapy.

## REFERÊNCIAS

1. Seeliger, H. P. R. - *Listeria monocytogenes*. In: Braude, A. I. Medical Microbiology and Infectious Diseases. Samiy-Smith-Wyngaarden Saunders, 1981. p. 306.
2. Hoeplich, P. D.; Chenoff, H. M. - Subacute bacterial endocarditis due to *Listeria monocytogenes* Am. J. Med. 19: 488, 1955.

3. Elston, H. R.; Zencka, A. E.; Sketch, M. H. - *Listeria monocytogenes* endocarditis. A clinical and bacteriological report Arch. Intern. Med. 124: 488, 1969.
4. Quiret, J. C.; Bens, J. L.; Liénard, J.; Laurans, G.; Orfila, J.; Lesbre, J. P. - Endocardite k *Listeria monocytogenes* (à propos d'un cas). Arch. Mal. oCeur. 65: 765 1971.
5. Leonard, A.; Raj, L.; Shapiro, F. L. - Bacterial endocarditis in regularly dialyzed patients. Kidney Int. 4: 407, 1973.
6. 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.
7. Nielman, R. E.; Lorber B. - Listeriosis in adults: a changing pattern. Report of eight cases and review of the literature, 1968-1978. Rev. Infect. Dis. 2: 207, 1980.
8. Higgins, T. L.; Mallek, J. A.; Slugg, P. H. - *Listeria monocytogenes* endocarditis on a prosthetic heart valve South Med. J. 76: 675, 1983.
9. Patel, S.; Johnston K. W. - Classification and management of mycotic aneurysms. Surg. Gynecol. Obstet. 144: 691, 1977.
10. Tobia, J. B. A.; Dominguez, J. F. Q.; Palau, L. G.; Gutiérrez, F. M.; Guinovart, M. P.; Farré, M. M. - Aneurisma micótico de la arteria femoral postendocarditis bacteriana. Tratamiento quirúrgico. Med. Clin. (Barcelona) 72: 21 1979.
11. Johnson J. R.; Ledgerwood A. M.; Lucas C. E. - Mycotic aneurysms. New concept in therapy. Arch. Surg. 118: 577, 1983.