



CASO CLÍNICO

Endocardite a *Streptococcus agalactiae*

Carina Machado*, Carla Almeida, Emília Santos, Nuno Pelicano, Raquel Dourado, Dinis Martins

Serviço de Cardiologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, S. Miguel, Portugal

Recebido a 13 de setembro de 2011; aceite a 12 de janeiro de 2012
Disponível na Internet a 6 de julho de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Endocardite infecciosa;
Streptococcus agalactiae;
Streptococcus do grupo B;
Insuficiência mitral

KEYWORDS

Infective endocarditis;
Streptococcus agalactiae;
Group B streptococcus;
Mitral valve regurgitation

Resumo A endocardite a *Streptococcus agalactiae* é uma entidade clínica rara. A sua apresentação clínica geralmente tem início agudo, com presença de vegetações de grandes dimensões, rápida destruição valvular e complicações frequentes, nomeadamente embolização. A mortalidade permanece elevada quando é apenas adotada terapêutica médica. Os autores apresentam um caso clínico de uma doente jovem com endocardite a *Streptococcus agalactiae* tratada com uma estratégia cirúrgica precoce e fazem uma revisão da literatura considerada pertinente.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Streptococcus agalactiae endocarditis

Abstract *Streptococcus agalactiae* endocarditis is a rare clinical entity that is generally characterized by acute onset, the presence of large vegetations, rapid valvular destruction and frequent complications, particularly embolization. Mortality is high with medical therapy alone. The authors present a case report of *Streptococcus agalactiae* endocarditis in a young patient treated by prompt surgery. The literature is reviewed.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A endocardite bacteriana a *Streptococcus agalactiae* (*S. agalactiae*) é uma entidade clínica rara¹.

A sua incidência tem, no entanto, vindo a aumentar nos últimos anos¹, particularmente em idades avançadas, e no contexto de doenças imunossupressoras crónicas nas quais se incluem o alcoolismo, diabetes *mellitus*, neoplasias e infeção por HIV².

Aproximadamente 2 a 9% das bacteriémias a *S. agalactiae* apresenta-se como endocardite^{3–5}.

O perfil clínico da endocardite causada por este microorganismo ainda permanece relativamente desconhecido, por ausência de dados na literatura atual.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: carinacmachado@gmail.com (C. Machado).

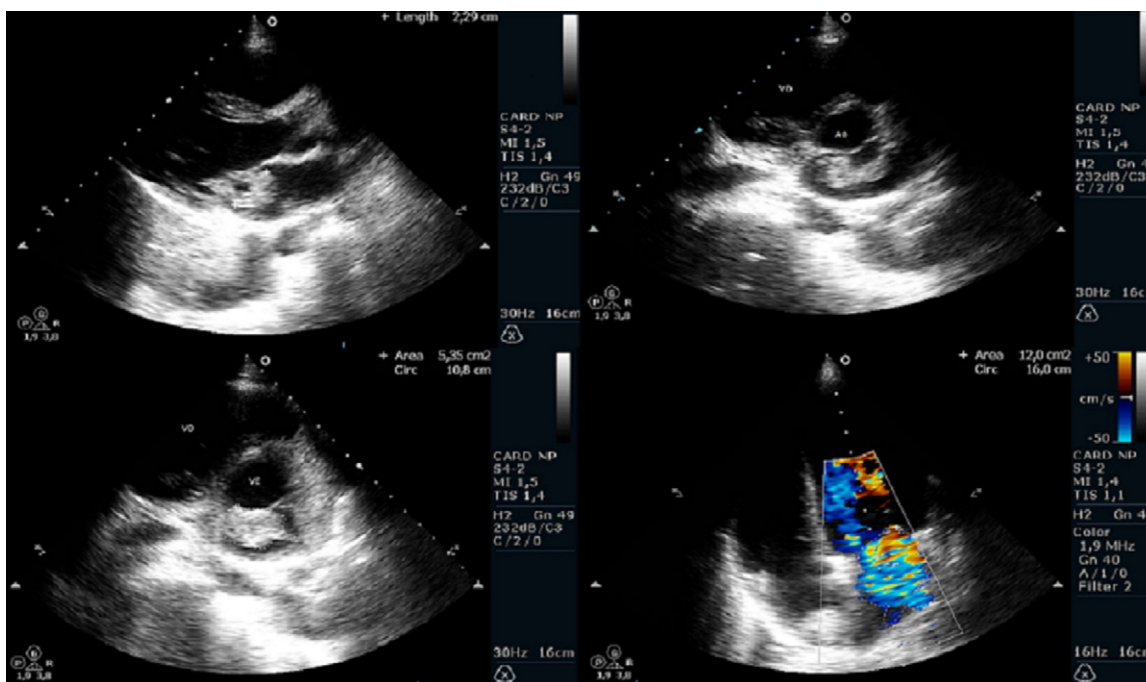


Figura 1 Ecocardiograma transtorácico: sequência de Imagens mostrando massa de 3,1 cm aderente ao folheto anterior da válvula mitral, condicionando regurgitação mitral moderada a grave.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 22 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência do hospital local por um quadro de febre, tosse seca, epistaxis, prostração e mialgias com 8 dias de evolução. Referia queixas de dispneia de início recente com agravamento progressivo. Não havia história de antecedentes pessoais conhecidos relevantes, nomeadamente hábitos toxicofílicos ou imunodeficiência.

Ao exame físico a doente encontrava-se sonolenta, polipneica (FR: 40cpm), taquicárdica (FC: 127bpm), normotensa, febril (temperatura axilar: 37,8°C), com hepatoesplenomegalia e edema maleolar bilateral. Analiticamente, destacava-se: anemia normocítica normocrômica (Hb: 9,1g/dL), trombocitopenia grave (11×10^3 u/L), parâmetros infecciosos elevados (leucócitos: $11,2 \times 10^3$ u/L, neutrofilia: 84,5% e PCR: 17,89 mg/dL), ligeira elevação da fosfatase alcalina, gama-glutamilttransferase e na gasimetria com alterações compatíveis com insuficiência respiratória hipoxémica grave. A função renal, coagulação e sedimento urinário não tinham alterações significativas.

A radiografia de tórax evidenciava um padrão intersticial difuso bilateral.

Durante a permanência no Serviço de Urgência houve agravamento do quadro respiratório com necessidade de ventilação assistida. Foi colocada a hipótese de sépsis com ponto de partida respiratório e foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, sendo iniciada antibioterapia empírica e terapêutica de suporte.

No 2.º dia de internamento, após deteção de sopro sistólico 2/6 no bordo esternal esquerdo, e em contexto de síndrome febril, foi realizado ecocardiograma transtorácico, que revelou válvula mitral com vegetação aderente à

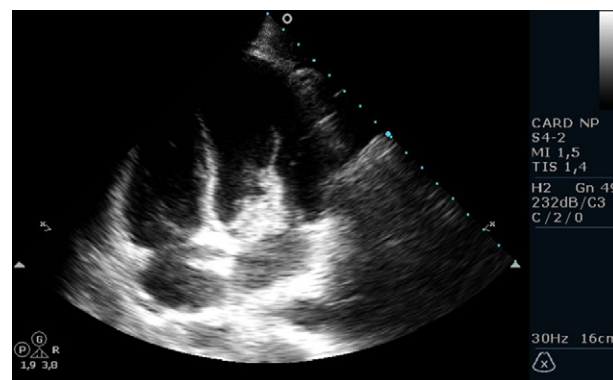


Figura 2 Ecocardiograma transtorácico: massa aderente ao folheto anterior da válvula mitral que durante a diástole faz protusão para o interior do ventrículo esquerdo.

face auricular do folheto anterior, pediculada, hiper móvel, de grandes dimensões (30mm maior eixo), condicionando insuficiência mitral moderada a grave; PSAP estimada de 15 mmHg (Figuras 1 e 2). Para melhor caracterização do mecanismo de insuficiência valvular e para exclusão de complicações perivalvulares, realizou ecocardiograma transesofágico, que confirmou a presença de vegetação volumosa, bem como insuficiência mitral grave, por interferência da vegetação na coaptação dos folhetos valvulares e excluiu abscesso, fístula, pseudoaneurisma ou perfuração.

As hemoculturas identificaram *S. agalactiae*, com elevada sensibilidade à penicilina, tendo-se ajustado antibioterapia.

Por suspeita de gravidez, foi pedido doseamento de beta-HCG, que foi positivo (45 mUI/mL). A doente foi observada pela ginecologia, que realizou ecografia pélvica. Não se

visualizava saco gestacional, o que foi interpretado como aborto decorrido.

Foram realizadas tomografias axiais de crânio, abdômen e tórax que excluíram embolização séptica. As serologias virais excluíram imunodeficiência adquirida.

Pelas dimensões da vegetação, elevado risco embólico e insuficiência valvular grave, foi transferida para centro cirúrgico, onde foi submetida a implantação de prótese Mitral St. Jude n.º 27 e reconstrução de anel valvular com *patch* pericárdico, sem complicações no pós-operatório.

Discussão

O *S. agalactiae* é uma bactéria gram-positiva beta-hemolítica que coloniza o trato genital feminino, orofaringe, e reto. Geralmente, está associado a infecções neonatais e puerperais⁷.

A endocardite é uma apresentação rara da infecção sistêmica por *S. agalactiae*. A doente típica na era pré-antibiótica era uma doente jovem, com doença mitral, que estava grávida³⁻⁵.

Segundo a evidência na literatura atual, a endocardite a *S. agalactiae* caracteriza-se por apresentação aguda, presença de vegetações de grandes dimensões, rápida destruição valvular e frequente aparecimento de complicações⁷. Uma das complicações possíveis é a de embolização sistêmica, sendo que existem séries que descrevem uma taxa de cerca de 50%. Esta complicação muitas vezes é mesmo a primeira manifestação de doença. Pensa-se que o tamanho das vegetações possa explicar a elevada taxa de eventos embólicos^{4,5,8}.

O seu curso clínico, com comportamento agressivo, assemelha-se mais a uma endocardite causada por *Staphylococcus* do que por outros *Streptococcus*, nomeadamente *Viridans*⁷. No entanto, ao contrário da endocardite por *Staphylococcus*, esta entidade raramente foi reportada no contexto de endocardite de prótese valvular^{4,5}. Na literatura dos últimos 40 anos apenas foram descritos 5 casos de endocardite de prótese⁶.

Em geral, o *S. agalactiae* é uniformemente suscetível à penicilina ($MIC \leq 0,1 \mu g/mL$)^{2,5}, porém, os seus serotipos são ligeiramente mais resistentes à penicilina do que outros *Streptococcus*, pelo que poderá ser indicado manter terapêutica com aminoglicosídeo durante 4 a 6 semanas⁹⁻¹⁰.

Nas séries mais antigas presentes na literatura, chega a atingir uma mortalidade de 20% quando é utilizada uma terapêutica combinada médico-cirúrgica, e de 40 a 50% se utilizada terapêutica médica isoladamente⁴⁻⁵. Rollán et al., mais recentemente, numa série de 9 doentes, descrevem

taxas de mortalidade global de 56%, e de 33% quando submetidos a cirurgia precoce, sendo que nenhum dos doentes submetidos apenas a terapêutica médica sobreviveu, pelo que os autores propõem que seja adotada uma estratégia cirúrgica precoce⁷.

Este caso clínico pretende alertar para uma etiologia rara de endocardite, com incidência crescente, que, como o nosso caso caracteriza, geralmente se associa a vegetações de grandes dimensões, com rápida destruição valvular, podendo condicionar insuficiência valvular grave e elevado risco embólico. Uma estratégia de terapêutica médica poderá ser insuficiente, e a hipótese de cirurgia precoce deve ser considerada, para melhorar o prognóstico.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Muñoz P, Llanqueo A, Rodriguez-Creixems M, et al. Group B streptococcus bacteremia in nonpregnant adults. *Arch Intern Med.* 1997;157:213-6.
2. Farley MM. Group B streptococcal disease in nonpregnant adults. *Clin Infect Dis.* 2001;33:556-61.
3. Akram M, Khan IA. Isolated pulmonic valve endocarditis caused by group B streptococcus (*Streptococcus agalactiae*). *Angiology.* 2001;52:211-5.
4. Scully BE, Spriggs D, Neu HC. *Streptococcus agalactiae* (group B) endocarditis: a description of twelve cases and review of the literature. *Infection.* 1987;15:169-76.
5. Gallagher PG, Watanakunakorn CH. Group B streptococcal endocarditis: report of seven cases and review of the literature, 1962-1985. *Rev Infect Dis.* 1985;8:175-88.
6. Sambola A, Miro JM, Tornos MP, et al. *Streptococcus agalactiae* Infective Endocarditis: Analysis of 30 cases and Review of the Literature, 1962-1998. *Clin Infect Dis.* 2002;34:1576-84.
7. Rollán MJ, Román JA, Vilacosta I, et al. Clinical profile of *Streptococcus agalactiae* native valve endocarditis. *Am Heart Journ.* 2003;146:1095-8.
8. Baddour LM. and the Infectious Diseases Society of America's Emerging Infections Network. Infective Endocarditis Caused by β -hemolytic Streptococci. *Clin Infect Dis.* 1998;26:66-71.
9. Wilson WR, Karchmer AW, Dajani AS, et al. Antibiotic treatment of adults with infective endocarditis due to streptococci, enterococci, staphylococci and HACEK microorganisms. *JAMA.* 1995;274:1706, 13.
10. Wilson WR, The Endocarditis Working Group of the International Society of Chemotherapy. Antibiotic treatment of infective endocarditis due to viridans streptococci, enterococci and other streptococci. *Clin Microbiol Infect.* 1998;4 Suppl. 3:517-26.