



## CASO CLÍNICO

# Endocardite por *Gemella*: uma entidade agressiva



Ana Rita Godinho<sup>a,\*</sup>, Elisa Tomé<sup>b</sup>, Ana Vaz<sup>b</sup>, André Gomes<sup>c</sup>, Prudência Vaz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Cardiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Medicina, ULS-Nordeste, Bragança, Portugal

<sup>c</sup> Serviço de Medicina, Hospital de São João, Porto, Portugal

Recebido a 11 de junho de 2013; aceite a 25 de junho de 2013

Disponível na Internet a 25 de novembro de 2013

### PALAVRAS-CHAVE

Endocardite;  
*Gemella*  
*morbilorum*;  
Embolização séptica

### KEYWORDS

Endocarditis;  
*Gemella*  
*morbilorum*;  
Septic embolization

**Resumo** Os autores apresentam um caso de endocardite subaguda causada por um agente raro, *Gemella morbillorum*. Trata-se de um homem 72 anos com hipertensão arterial e valvulopatia aórtica, submetido a endoscopias digestivas seis meses antes. Admitido por febre e dor abdominal. Concomitantemente apresentava clínica compatível com insuficiência cardíaca descompensada associada a petéquias com semanas de evolução. Os exames imagiológicos mostraram consolidação da base pulmonar esquerda, enfarte esplênico e abscesso subfrênico esquerdo. O ecocardiograma transtorácico mostrou alterações sugestivas de endocardite de três válvulas com destruição do folheto anterior da válvula mitral. A embolização esplênica, em provável contexto de endocardite, complicou com abscesso subfrênico esquerdo e disseminação para o tórax. Foi isolado em três hemoculturas *Gemella morbillorum*, admitido como o agente infeccioso envolvido. Evolução desfavorável com necessidade de cirurgia urgente para controlo de foco e resolução de complicações mecânicas dela decorrentes. Destaca-se a necessidade de uma anamnese completa para a colocação de hipóteses de diagnóstico assertivas, que complementadas com exames adequados possibilitam uma abordagem terapêutica adequada e curativa.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

### *Gemella* endocarditis: An aggressive entity

**Abstract** The authors present a rare case of subacute endocarditis caused by *Gemella morbillorum*. A 72-year-old man, with a history of hypertension, aortic valve disease and upper and lower endoscopy six months previously, was admitted due to fever and abdominal pain. He also complained of long-standing dyspnea on exertion and petechiae on his lower limbs. Imaging scans showed a consolidation in the lower left lung field, a splenic infarct and a left subphrenic abscess. Transthoracic echocardiogram findings were highly suggestive of endocarditis affecting

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [rita\\_biscaia\\_godinho@hotmail.com](mailto:rita_biscaia_godinho@hotmail.com) (A.R. Godinho).

three valves, with destruction of the mitral valve anterior leaflet. *G. morbillorum* was identified in three blood cultures and was considered the etiologic pathogen. Due to the patient's worsening condition, he underwent cardiac surgery, aiming to control the infection and to resolve the associated mechanical complications. This case highlights the need for a complete and thorough history to arrive at likely diagnostic hypotheses that, together with complementary exams, will lead to correct diagnosis and the prompt institution of appropriate therapy.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Caso clínico

Homem de 72 anos admitido por febre e dor abdominal. Antecedentes de hipertensão arterial e valvulopatia aórtica não esclarecida. Seis meses antes do início dos sintomas realizou endoscopia digestiva alta que revelou gastrite crônica atrófica do antro e colonoscopia que não apresentaria alterações. Medicado habitualmente com inibidor de bomba de prótons, inibidor de enzima de conversão de angiotensina e diurético tiazídico. Descrevia cansaço para progressivamente menores esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, diminuição subjetiva do débito urinário e edemas dos membros inferiores apresentando ainda petéquias dispersas das pernas, com quatro a seis semanas de evolução. Um dia antes da admissão iniciou quadro de febre e dor abdominal difusa. À admissão, além da febre, apresentava ingurgitamento jugular visível e à auscultação cardiopulmonar realçava-se sopro mitro-aórtico IV em VI e estase pulmonar. O abdômen era doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal, apresentando edemas bilaterais até à raiz da coxa e petéquias bilateralmente até ao joelho. Laboratorialmente documentou-se uma anemia microcítica hipocrômica com ferro e transferrina baixos, mas com ferritina aumentada, LDH normal. Esfregaço de sangue periférico com anisocitose ligeira e alguns eliptócitos. Velocidade de sedimentação 116 mm, proteína C reativa 10,32 mg/dL e peptídeo tipo B – BNP > 4000 pg/mL. Sem outras alterações a destacar, nomeadamente contagem plaquetar, coagulação, função renal ou provas hepáticas. Os exames de imagem toracoabdominal evidenciaram foco de consolidação na base pulmonar esquerda, abscesso subfrênico esquerdo, enfarte esplênico de moderadas dimensões e hepatomegalia. O ecocardiograma transtorácico revelou dilatação das câmaras cardíacas esquerdas e da aurícula direita; espessamento das cúspides da válvula aórtica com duas formações nodulares, condicionando insuficiência aórtica ligeira/moderada; presença de vegetação com 15 mm na face anterior do folheto anterior da válvula mitral causando destruição tecidual e muito provável perfuração do mesmo folheto, condicionando insuficiência mitral severa; válvula tricúspide com espessamento dos folhetos associada a estrutura ecogénica móvel compatível com vegetação de 13 mm, documentando-se insuficiência tricúspide severa; espessamento das cúspides da válvula pulmonar com insuficiência pulmonar ligeira a moderada; hipocinésia global do ventrículo esquerdo. A nível cerebral não apresentava

alterações imagiológicas. Isolamento de *Gemella morbillorum* (*G. morbillorum* [strumor]) em três hemoculturas distintas.

Foi efetuado o diagnóstico definitivo de endocardite, apresentando um critério *major* (evidência ecocardiográfica de infeção) e quatro critérios *minor* (fator predisponente – valvulopatia, febre > 38 °C, fenómenos vasculares – enfarte esplênico e petéquias e hemoculturas positivas sem características de critério *major*) segundo a classificação de Duke. Realizou curso de antibioterapia com vancomicina durante seis semanas e gentamicina durante duas semanas, tendo sido submetido a cirurgia de substituição da válvula mitral e aórtica por próteses biológicas e ainda a anuloplastia da válvula tricúspide. Sem isolamento de agentes no exame microbiológico das válvulas nativas. Os exames imagiológicos de controlo realizados documentaram a resolução do abscesso subfrênico e da consolidação pulmonar existindo apenas uma imagem sequestral de enfarte esplênico. Laboratorialmente destacava-se normalização do hematócrito e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Teve alta hospitalar após conclusão do ciclo de antibioterapia com resolução da sua clínica de insuficiência cardíaca, sem necessidade de terapêutica médica, nomeadamente diurético, e sob antiagregação plaquetária e hipocoagulação que manteve durante três meses. Ficou orientado para consulta externa de cirurgia cardiotorácica e medicina interna.

## Discussão

A endocardite é uma entidade com incidência 3-10/100 000 pessoas/ano que atinge predominantemente a faixa etária entre os 70-80 anos, maioritariamente homens. Ao longo das últimas décadas documentou-se um aumento da sua incidência, quer pela melhoria dos meios de diagnóstico existentes quer por estar cada vez mais associada a cuidados de saúde.

O género *G. morbillorum* é constituído por seis espécies de bactérias *Gram* positivo, presentes nas membranas mucosas de várias espécies animais, entre os quais os homens (Figuras 1–4).

A endocardite por *G. morbillorum* é uma entidade rara, estando descritos cerca de 24 casos na literatura<sup>1,2</sup>. De difícil identificação microbiológica<sup>1,3</sup>, esta bactéria, catalase negativo, anaeróbio facultativo<sup>2,3</sup> tem uma grande variedade de apresentação<sup>2</sup>. Faz parte da flora orofaríngea, gastrointestinal e génito urinária, raramente causando infeções no homem<sup>4,5</sup>. Não obstante, pode causar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126187>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126187>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)