

## Taquiarritmia de repetição secundária à bacteremia por *Listeria monocytogenes*

Cauana Fabrício Efel<sup>1\*</sup>, Luiz Inácio Roman<sup>1</sup>, Victória Teles França<sup>1</sup>, Carolina Meert Merten<sup>1</sup>, Alice de Moraes Baier<sup>1</sup>, Julia Casani<sup>1</sup>, Luiz Fernando Maculan Ferreira<sup>1</sup>, Mônica Ribeiro de Campos<sup>1</sup>, Paola de Oliveira Abreu<sup>1</sup>, Claus Dieter Dummer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

cauanaefel@hotmail.com

**Introdução.** A *Listeria monocytogenes* (LM) é um bacilo gram-positivo anaeróbio facultativo e intracelular que se encontra difundido na natureza, estando presente em locais como solo, água, vegetais em decomposição e parte da flora fecal de muitos mamíferos e aves<sup>1,2</sup>. A incidência anual de infecção por LM é de 4,4 casos por milhão, sendo, portanto, uma causa rara de doença em humanos. Geralmente está associada com surtos infecciosos de origem alimentar<sup>2</sup>. Diferentemente da maioria dos outros agentes patogênicos de origem alimentícia, a LM pode crescer em alimentos com baixo teor de umidade, alta concentração de sal e em temperaturas de refrigeração<sup>3</sup>. A maioria dos casos de listeriose são esporádicos e foram relatados em países de alta renda, onde a incidência é muito baixa, entretanto a taxa de mortalidade é alta<sup>4</sup>. Fatores de risco para infecção incluem extremos de idade (crianças menores de um mês e adultos maiores de 60 anos), gravidez, infecção pelo HIV, uso de terapia com corticóides, transplante de órgãos e neoplasias hematolinfóides malignas, sendo as taxas de mortalidade relativamente altas nesses grupos<sup>1,2</sup>. Existem inúmeras síndromes de infecção por LM, incluindo septicemia, meningoencefalite, endocardite, gastroenterite e infecção neonatal<sup>2</sup>. Em pessoas saudáveis, a infecção por LM pode causar gastroenterite febril, a qual é geralmente autolimitada. Em gestantes, pode resultar em aborto, natimorto ou parto prematuro<sup>5</sup>. A LM raramente causa acometimento miocárdico manifestado por arritmias, entretanto há alguns casos descritos na literatura de listeremia associados com miocardite e endocardite<sup>1,2</sup>. Relatamos o caso de listeremia induzindo descompensação cardíaca manifestada por quadro de taquiarritmia, objetivando ressaltar uma etiologia rara e atípica de arritmia cardíaca em paciente imunocompetente.

**Descrição do caso.** Paciente feminina, 47 anos, previamente hígida, vem ao pronto atendimento apresentando mal-estar, picos febris moderados (de até 38°C) e taquicardia (203 bpm). Exames laboratoriais evidenciaram 14.200 leucócitos, sendo 79% de segmentados. A taquicardia foi revertida com adenosina. No mesmo dia, a paciente apresentou petéquias difusas e mais dois episódios de taquicardia supraventricular (TSV), com frequência cardíaca (FC) maior que 200 bpm, revertidas novamente com adenosina e metoprolol. Novos exames laboratoriais apresentaram volume de hemossedimentação de 90 mm/1<sup>a</sup> hora, microalbuminúria de 60,7 mg/L e hemocultura positiva para LM. A paciente foi internada, iniciando-se ampicilina intravenosa. A evolução ocorreu bem, recebendo alta 4 dias após a admissão no serviço.



Figura 1. Manifestações Sistêmicas da Listeremia. Observa-se a presença de petéquias difusas no membro inferior esquerdo da paciente.

**Discussão.** Infecções invasivas por LM podem ocasionar o acometimento do sistema nervoso central (SNC), sendo a mais comum a meningoencefalite. Em pacientes imunocompetentes, a LM costuma manifestar-se como doença gastrointestinal auto-limitada<sup>5</sup>. Numerosas manifestações focais de infecção por LM foram descritas em relatos de casos e pequenas séries, as quais tendem a ocorrer mais frequentemente em pacientes imunocomprometidos. Entre elas, tem-se a síndrome oculoglandular, linfadenite, pneumonia, empiema, miocardite, endocardite (geralmente subaguda), artrite séptica, ostiomielite, infecção de prótese, entre outras<sup>6</sup>. Essas infecções focais são ainda mais incomuns em imunocompetentes, exigindo um alto índice de suspeição para chegar ao diagnóstico. O quadro clínico é predominantemente agudo ou sub-agudo. A clínica de bacteremia é inespecífica, uma vez que incluindo sinais como: febre (maior que 38,3°C), FC maior que 90 bpm, hipotensão, alteração do estado mental e lesões cutâneas<sup>7</sup>. Na miocardite por LM, tem-se como manifestações febre, sepse, insuficiência cardíaca, bloqueio atrioventricular, taquicardia ventricular, pericardite purulenta ou morte súbita<sup>2</sup>. Massas pseudotumorais na parede do septo ventricular ou parede livre podem ser causadas por LM, que por sua vez podem estar originando arritmias ventriculares<sup>8</sup>. A paciente supracitada apresentou quadros de TSV recorrentes associados ao quadro infeccioso, embora não foi possível comprovar qual o mecanismo exato envolvido na sua gênese. Não há um modo de separar clinicamente a infecção por LM de muitas outras doenças infecciosas que produzem febre e sintomas constitucionais. Assim, o diagnóstico de listeremia é estabelecido pela associação da clínica com o resultado da cultura do organismo a partir do fluido cefalorraquidiano ou de amostra sanguínea. Já para infecções do SNC, é utilizada, além da clínica e da análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), a ressonância magnética contrastada. A cultura de fezes não está indicada em doentes com listeriose sistêmica. No entanto, pode ser utilizada em pacientes com suspeita de gastroenterite por LM ou ao se investigar um surto de listeriose com meios seletivos especiais, pois o meio de cultura de rotina, destinado aos patógenos entéricos, não possibilita o crescimento desse microrganismo<sup>7</sup>. A LM é susceptível aos agentes antimicrobianos comuns, tais como a ampicilina, penicilina G,<sup>1</sup> gentamicina e sulfametoxazol-trimetoprim, sendo rara a resistência *in vitro* a estes fármacos<sup>9</sup>. A ampicilina ou a penicilina G são as drogas de escolha<sup>1</sup>. No entanto, estes antibióticos demonstram certo atraso, *in vitro*, para atingir concentrações com atividade bactericida no LCR. Portanto, a gentamicina é frequentemente adicionada com a finalidade de obter sinergia para as infecções listeriais do SNC, endocardite e infecções em doentes imunocomprometidos. Os pacientes alérgicos à penicilina podem realizar o teste cutâneo e, posteriormente, se houver a confirmação da

hipersensibilidade, podem fazer a dessensibilização ou receber a terapia de sulfametoxazol-trimetoprim<sup>9</sup>. A duração ótima do tratamento em imunocompetentes com bacteremia deve ser de duas semanas, variando de duas a quatro semanas para pacientes com infecção do SNC<sup>10</sup>. Conclui-se, portanto, que a TSV pode ser uma consequência da bacteremia por LM, devendo ser lembrada mesmo em paciente imunocompetente. Intercorrências clínicas são comuns em pacientes com sepse e o médico deve estar atento para a diferenciação de taquicardias.

### Referências.

1. Chavada R, Keighley C, Quadri S, Asghari R, Hofmeyr A, Foo H. Uncommon manifestations of *Listeria monocytogenes* infection. *BMC Infect Dis* 2014;14:641.
2. Haddad F, Berry G, Doyle RL, Martineau P, Leung TK, Racine N. Active Bacterial Myocarditis: A Case Report and Review of the Literature. *J Heart Lung Transplant* 2007;26(7):745-749.
3. Havelaar AH, van Rosse F, Bucura C, et al. Prioritizing emerging zoonoses in the Netherlands. *PLoS One* 2010;5:e13965
4. Gillespie IA, Mook P, Little CL, Grant KA, McLauchlin J. Human listeriosis in England, 2001-2007: association with neighbourhood deprivation. *Euro Surveill* 2010;15(27):7-16.
5. Noordhout CM, Devleeschauwer B, Angulo FJ, Verbeke G, Haagsma J, Kirk M, Havelaar A, et al. The global burden of listeriosis: a systematic review and meta analysis. *Lancet Infect Dis* 2014;14(11):1073-1082.
6. Charlier C, Leclercq A, Cazenave B, et al. *Listeria monocytogenes*-associated joint and bone infections: a study of 43 consecutive cases. *Clin Infect Dis* 2012; 54:240.
7. Gelfand MS. Clinical manifestations and diagnosis of *Listeria monocytogenes* infection. *UpToDate*; 2016.
8. Ladani AP, Biswas A, Vagharia N, Generalovich T. Unusual Presentation of Listerial Myocarditis and the Diagnostic Value of Cardiac Magnetic Resonance. *Tex Heart Inst J* 2015;42(3):255-258.
9. Fernández Guerrero ML, Torres R, Mancebo B, et al. Antimicrobial treatment of invasive non-perinatal human listeriosis and the impact of the underlying disease on prognosis. *ClinMicrobiol Infect* 2012;18:690.
10. Lorber B. *Listeria monocytogenes*. In: *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 7th ed, Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds), Churchill Livingstone, Philadelphia 2010. p.2707.