

## Introdução

O *Streptococcus agalactiae* é um agente raro de endocardite infecciosa (EI), representando cerca de 1,2-1,9% de todos os casos de EI. Afeta principalmente idosos, com estados de imunossupressão crónica associados, apresentando uma incidência idêntica em ambos os sexos. Associa-se a rápida destruição valvular, com uma elevada incidência de complicações sistémicas e locais, das quais se destaca a embolização que ocorre em cerca de 50% dos doentes. Cursa ainda com uma elevada mortalidade (35%).

## Caso Clínico

Homem de 35 anos de idade; engenheiro eletrotécnico

### Antecedentes

- Enxaqueca sem aura
- Sem história de consumo de drogas ilícitas
- Sem medicação habitual
- Procedimento dentário recente

4 dias

Febre (máx 38° C)  
Náuseas  
Tonturas  
Cefaleias (agravadas pelo decúbito)

1 dia

Estado confusional agudo  
Vómito alimentar

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Febre (T = 39.3°)  
Hemodinamicamente estável  
Exame neurológico sem alterações à exceção de desorientação temporoespacial



ANÁLISES

- PCR 66.2 mg/L;
- Leucócitos 10600/uL (68% neutrófilos).
- Hg 12,2g/dL
- Creatinina 1,3mg/dL



LCR

- Características inflamatórias



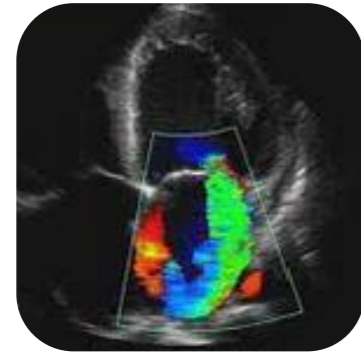
TC CRÂNIO

- “ Não se identificam lesões expansivas intracranianas ou coleções pericerebrais.”

Admitido no internamento com a suspeita de meningoencefalite vírica e sob terapêutica empírica com aciclovir



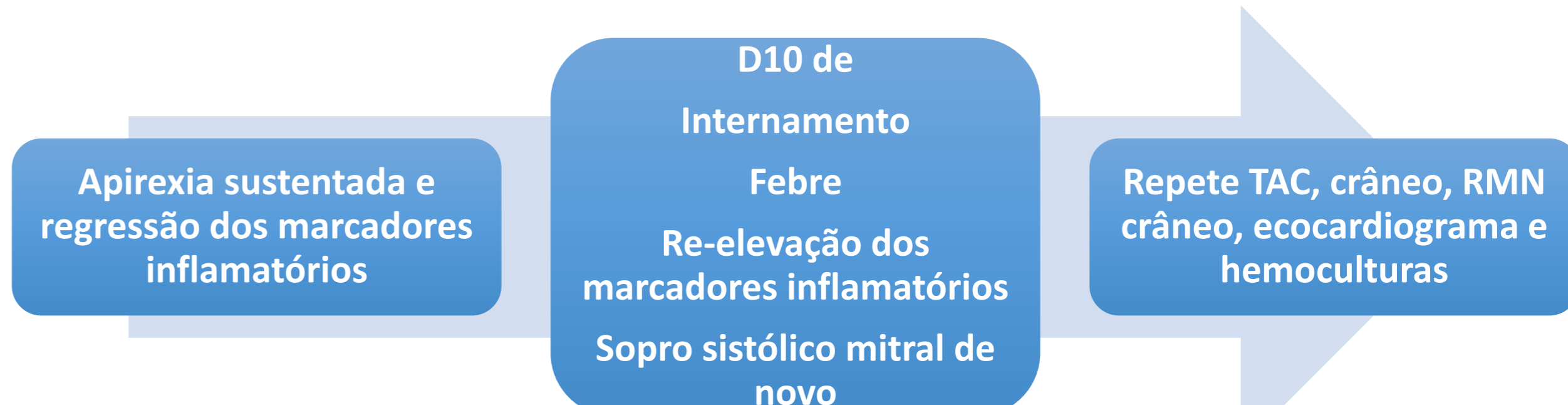
- Microbiológico de LCR negativo
- PCRs víricas do LCR negativas
- Hemoculturas seriadas negativas
- Estudo imunológico sem alterações



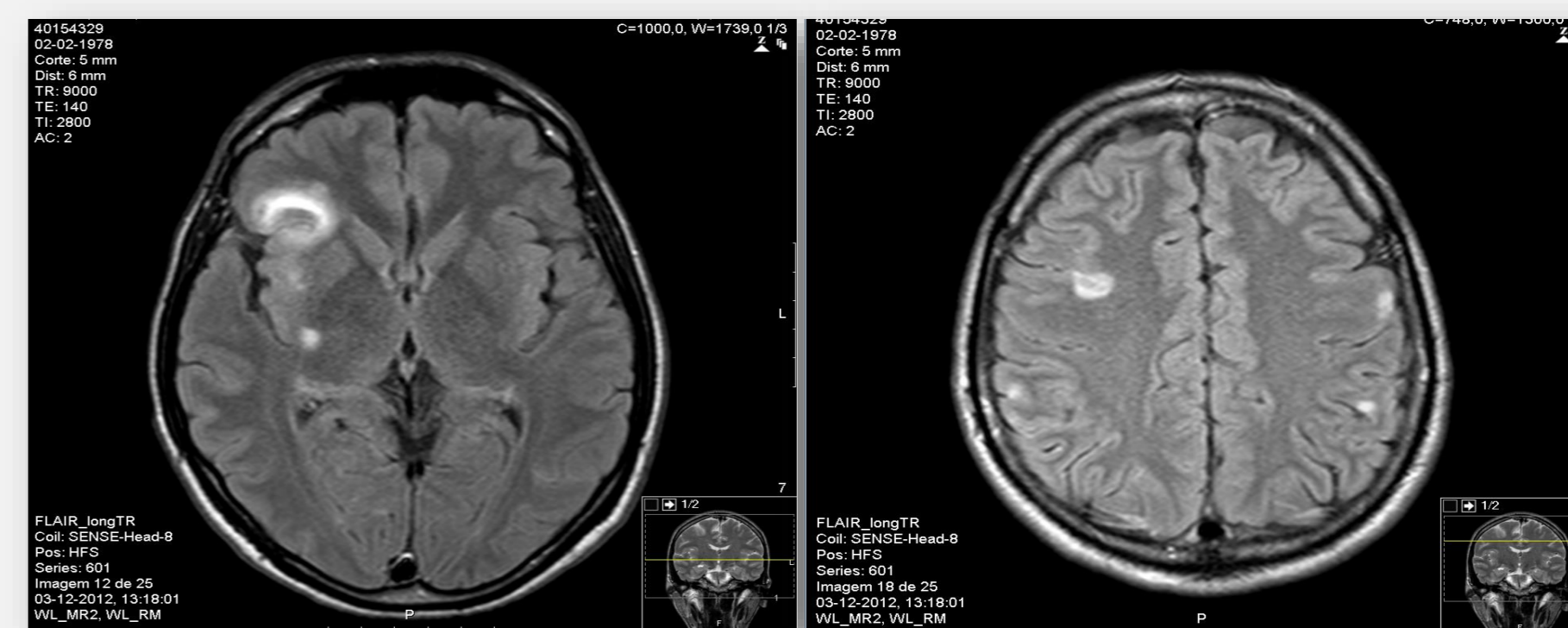
Ecocardiograma transtorácico (D5) e transesofágico (D8) sem evidência de cardiopatia estrutural, endocardite ou trombo.



RMN crâneo (D3): “Identificam-se múltiplas pequenas lesões cerebelosas (mais à esquerda), hipocampo para-hipocampo esquerdo, da ínsula direita, da cápsula externa esquerda e do esplénio do corpo caloso (...) Conclusão: Possível vasculite ou ADEM, valorizar no contexto clínico e laboratorial.”

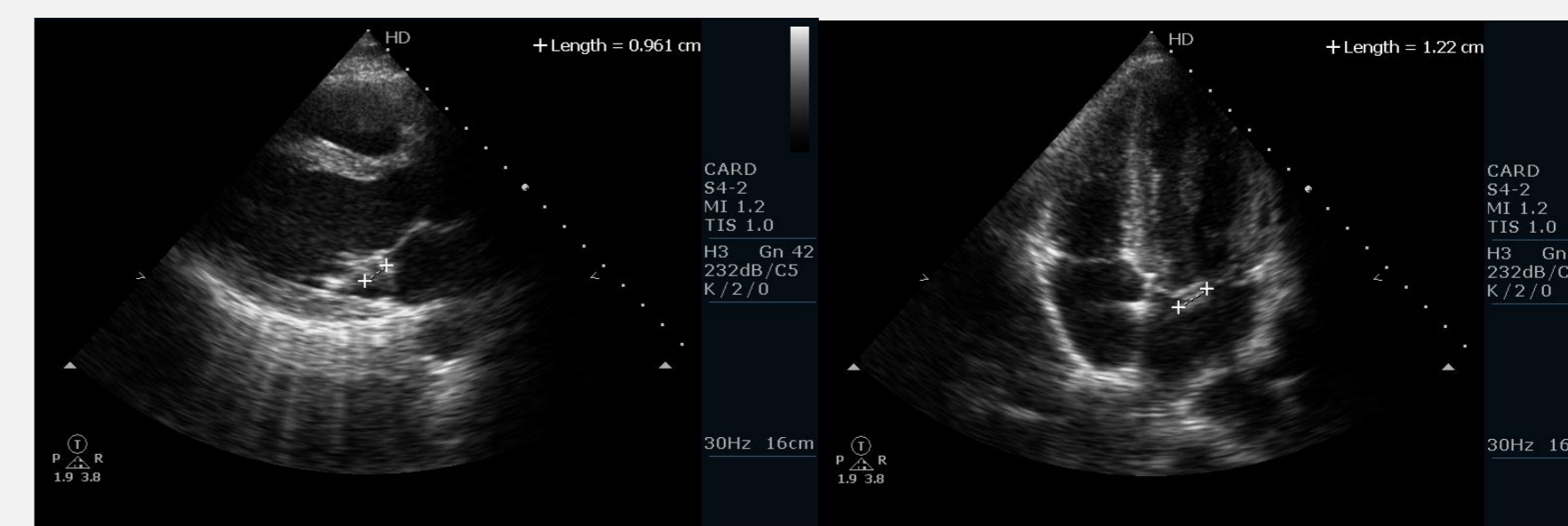


RMN CRÂNIO

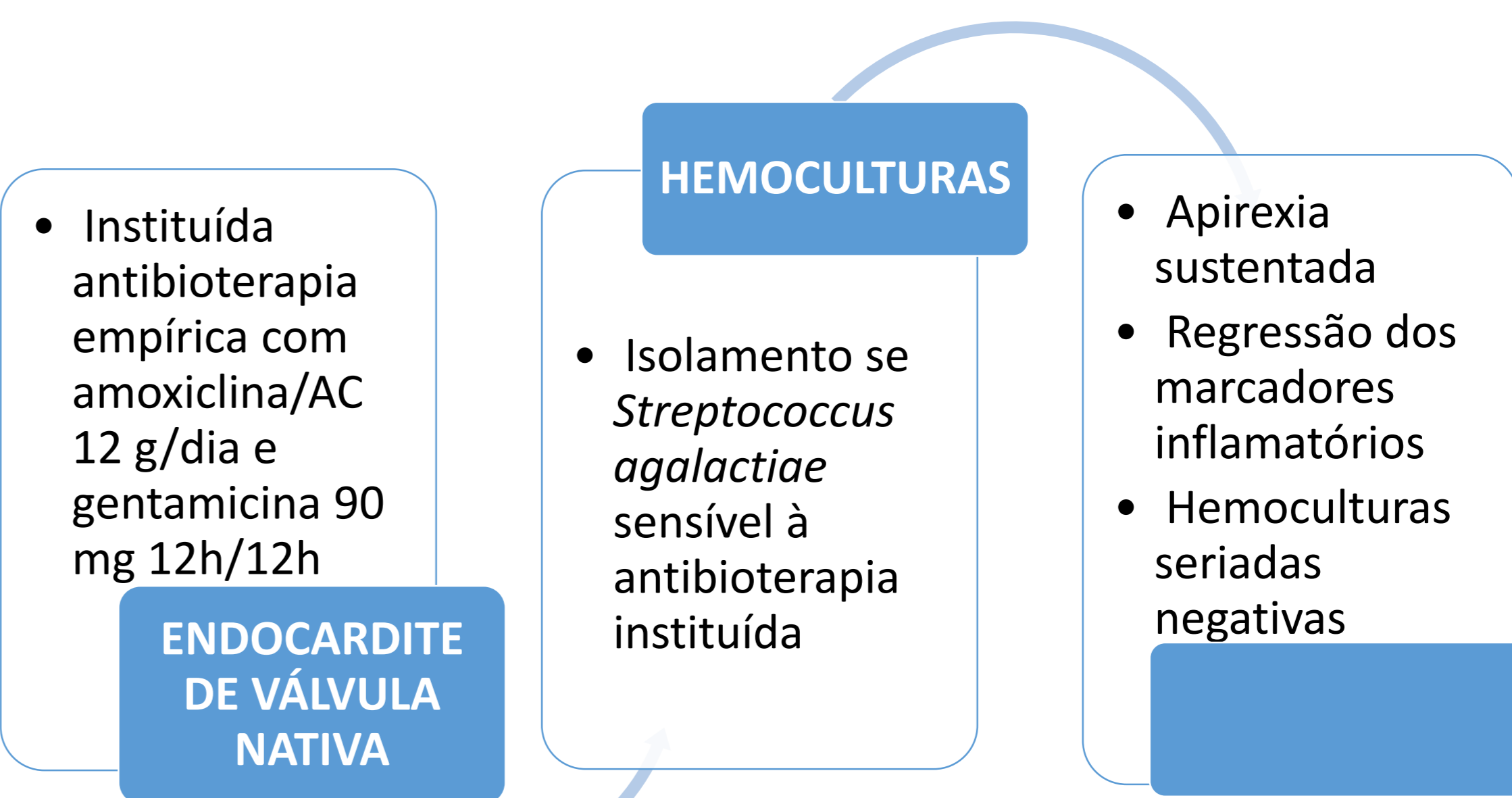


“Aparecimento de múltiplas novas lesões de pequenas dimensões, cerebelosas bilaterais e corticais supratentoriais bilateralmente, com predomínio fronto-parietal. Destaca-se uma lesão de maiores dimensões, fronto-orbitária direita, que apresenta componente hemorrágico central.”

ECOCARDIOGRAMA



“Massa (13 mm) móvel, na face auricular do folheto mitral posterior. Insuficiência mitral moderada.”



D22 de Antibioterapia - Perda súbita de visão no campo visual superior esquerdo.

Embolização para o ramo temporal inferior da artéria central da retina.

Submetido a cirurgia de reparação valvular mitral

Pós-operatório sem intercorrências. Completou 4 semanas de antibioterapia após a cirurgia.

## Conclusão

O diagnóstico de EI implica um alto índice de suspeição pela sua heterogeneidade clínica, podendo não ser evidente numa abordagem inicial. O nosso caso ilustra uma etiologia muito rara de EI em jovens do sexo masculino imunocompetentes e demonstra o comportamento agressivo habitualmente associado a este agente.