

Caso 55**De gastroenteritis aguda a insuficiencia respiratoria**

DAVID CAMPILLO RECIO, MARÍA JIMENO ARIZTIA,
CRISTINA SOBRINO CALZADA, VÍCTOR ROJO VALENCIA
Hospital Severo Ochoa. Leganés

HISTORIA CLÍNICA**Antecedentes**

Varón de 37 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por un cuadro de cefalea frontal pulsátil de 12 horas de evolución, parestesia facial izquierda y sensación de mareo inespecífico sin claro giro de objetos asociado a inestabilidad de la marcha. El paciente refiere en la semana previa episodio autolimitado de diarrea líquida de 4-5 deposiciones al día, sin productos patológicos de tres días de evolución y resolución espontánea.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física el paciente se encuentra normotenso, afebril, con auscultación cardiopulmonar sin alteraciones significativas. Tampoco se objetivan hallazgos a nivel abdominal. En la exploración neurológica, el paciente se encuentra consciente y orientado en las tres esferas. Pares craneales conservados. Se objetiva nistagmus horizonte-rotatorio izquierdo, hipoestesia facial izquierda y marcha cautelosa con romberg negativo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se estableció el siguiente diagnóstico diferencial: vértigo periférico, migraña basilar, inicio de enfermedad desmielinizante (esclerosis múltiple), cuadro infeccioso compatible con encefalitis o meningoencefalitis, ACVA pontino o cerebeloso, neoplasia (tumores de fosa posterior o neurinoma del acústico).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Bioquímica, hemograma y hemostasia sin alteraciones significativas. Se realizó TAC cráneo en el

que no se objetivaban alteraciones significativas realizándose una punción lumbar con los siguientes resultados: leucocitos 28 cel/mm³ (77% polimorfonucleares); hematíes 1, glucosa 66 mg/dL; proteínas 43 mg/dL, xantocromia negativo.

El paciente en 12 horas desarrolló pico febril de 38°C y afectación parcheada de pares craneales con parálisis facial izquierda central, diplopia en probable relación con afectación del VI p.c, hipofofía en relación parálisis del X p.c y dismetría por afectación cerebelosa.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Con el diagnóstico clínico de **romboencefalitis infecciosa** se solicita RMN urgente donde se objetivan hallazgos compatibles con romboencefalitis con afectación de pedúnculos cerebelosos y hemiprotuberancia izquierda (Figura 1) estableciéndose el diagnóstico diferencial de **ROMBOENCEFALITIS POR L. MONOCITOGENES VS HSV**.

TRATAMIENTO

Se inició tratamiento con ampicilina, gentamicina y aciclovir. El paciente presentó insuficiencia respiratoria global que precisó ingreso en UCI e intubación orotraqueal. A las 48 horas de la instauración del tratamiento antibiótico comenzó a evolucionar favorablemente permitiendo la extubación siendo dado de alta con parálisis facial leve residual e inestabilidad leve de la marcha. Al año de evolución el paciente se encontraba completamente asintomático objetivándose clara mejoría radiográfica de las lesiones previamente descritas en RMN. Todas las pruebas complementarias hemocultivos, serología, cultivo de LCR fueron negativas.

DISCUSIÓN

La infección por listeria monocytogenes es una infección cuya incidencia ha aumentado en los últimos años en nuestro país por la introducción y aumento de consumo de alimentos refrigerados^{1,2} con una incidencia anual estimada de 0,3/100.000 habitantes³. La romboencefalitis por listeria es una patología poco frecuente con altas tasas de mortalidad^{4,5}. A diferencia de la meningitis o meningoencefalitis, la romboencefalitis por listeria es más frecuente en adultos inmunocompetentes en los cuales el inicio del cuadro suele ser una gastroenteritis aguda febril^{6,7}. Suele seguir un curso bifásico con una primera fase prodrómica de unos siete

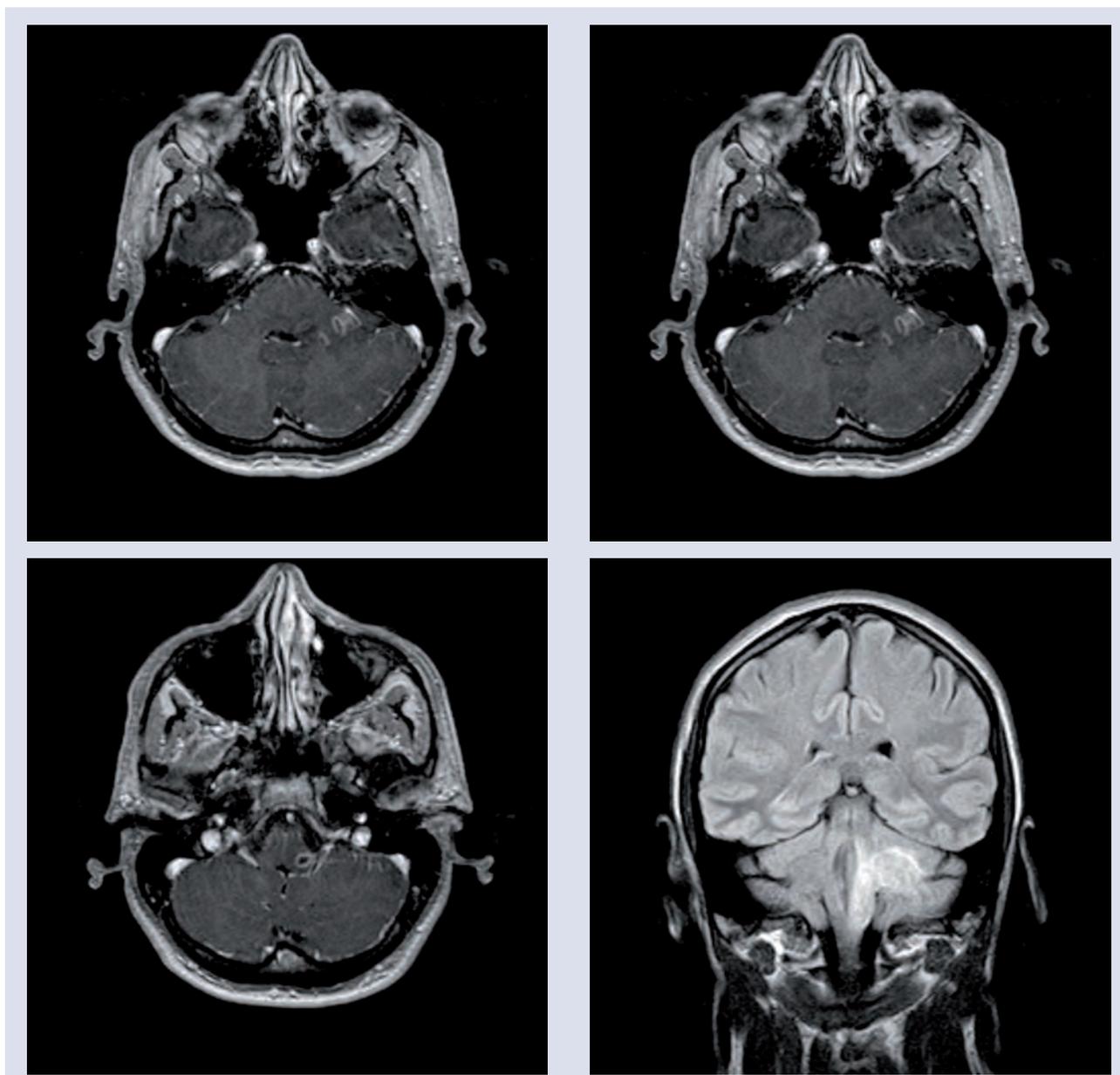


Figura 1

días de duración consistente en diarrea, fiebre, cefalea y astenia seguida de una fase de afectación asimétrica de pares craneales¹⁰ llegando a desarrollar insuficiencia respiratoria en un 40% de los casos⁸. Los hallazgos obtenidos en LCR son inespecíficos. Tanto la PCR para listeria como el Gram directo en LCR tienen baja sensibilidad siendo positivos en un 41%⁹, llegando a un 61% en el caso de los hemocultivos⁸. Mención aparte merecen las técnicas de imagen siendo la RMN superior al TAC. Suelen objetivarse lesiones hiperintensas en T2, discretamente hipointensas en T1 y con realce en

anillo tras el contraste¹⁰ y asimétricas. Afectación de predominio protuberancial y en casos más avanzados pedúnculos, cerebelo, bulbo y médula espinal. El diagnóstico diferencial imagenológico se debe hacer fundamentalmente con romboencefalitis por HSV. El tratamiento de elección consiste en penicilina o ampicilina asociado a un aminoglucósido siendo controvertido a día de hoy el uso de glucocorticoides¹⁰. La mortalidad de la romboencefalitis por listeria se sitúa en torno al 50-61% a pesar del tratamiento antibiótico, quedando secuelas en el 61% de los supervivientes⁸. En nuestro caso y

teniendo en cuenta la edad del paciente, el antecedente descrito de gastroenteritis aguda autolimitada, el curso bifásico de la enfermedad, la clínica de romboencefalitis y los hallazgos en RMN nos parece el diagnóstico de romboencefalitis por *Listeria monocytogenes* el más probable. Otros datos que van a favor son la evolución clínica con el desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda y la rápida mejoría tras instauración del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennet I. *Listeria monocytogenes*. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005 p. 2478-84.
2. Posfay-Barbe KM, Wald ER. Listeriosis. *Pediatr Rev*. 2004 May;25(5):151-9.
3. Mandell G. Principles and practice of infectious disease. V edition, 2000; LORVER B (cap 195) 2009-11.
4. Chanqueo L, Gutiérrez C, Armas R, Urriola G, Bustos M, Tapia C, Vásquez P. Bacteriemia primaria por *Listeria monocytogenes* en paciente con cirrosis hepática. Caso clínico. *Rev Méd Chile* 2008;136:225-9.
5. Kohler J, Winkler T, Wakhloo AK. *Listeria* brainstem encephalitis: two own cases and literature review. *Infection* 1991;19:36-40.
6. Gellin BG, Broome CV. Listeriosis. *JAMA*. 1989 Mar 3;261(9):1313-20
7. Rossi ML, Paiva A, Tornese M, Chianelli S, Troncoso A. *Listeria monocytogenes* outbreaks: a review of the routes that favor bacterial presence. *Rev Chilena Infectol*. 2008 Oct;25(5):328-35. Epub 2008 Oct 1.
8. Armstrong RW, Fung PC. Brainstem encephalitis (rhombencephalitis) due to *Listeria monocytogenes*: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1993 May;16(5):689-702.
9. Larraín D, Abarzúa F, De Jourdan F, Merino P, Belmar C, García P. Infecciones por *Listeria monocytogenes* en mujeres embarazadas: experiencia del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Infect* 2008;25:336-41.
10. Miranda González G, Orellana P P, et al. *Listeria monocytogenes* rhombencephalitis. Report of three cases. *Rev Med Chil*. 2009 Dec;137(12):1602-6. Epub 2010 Mar 17.

COMENTARIO EDITORIAL

La romboencefalitis por *Listeria* sp. es una entidad clínica poco frecuente pero de alta mortalidad. Sucede con frecuencia en huéspedes predispuestos, especialmente con inmunosupresión celular (transplante, VIH, etc.). En huéspedes inmunocompetentes, su incidencia se produce en el contexto de la inmunosenescencia de los mayores de 65 años, en tomadores de esteroides o con excesivo consumo de alcohol. Por tanto, este caso, en un joven de 34 años sin factores de predisposición resulta excepcional.

Su presentación si es típica, tanto en su primera fase intestinal como en la segunda meninge. En huéspedes inmunosuprimidos no es fácil constatar la diarrea previa y a menudo se observa una bacteriemia por *Listeria* sp. con un cuadro límbico o romboencefálico y alteraciones citobioquímicas en el LCR.

La semiología neurológica del paciente con encefalitis por *Listeria* sp., casi nunca es completa, con frecuencia por tratarse de cuadros oligosintomáticos en el contexto de la inmunosupresión. A pesar de eso, nunca falta un síntoma localizador si se practica una exploración neurológica rutinaria en el Servicio de Urgencias. En nuestro caso, su diagnóstico resulta de inicio más complejo porque el paciente no tenía fiebre, presentaba cefalea y un nistagmus típico de síndrome vestibular periférico, pero sin embargo, sí presentaba otro síntoma localizador central como es la parestesia facial. La evolución en las siguientes 12 horas con fiebre y afectación de pares bajos terminó de orientar el diagnóstico diferencial hacia la realización de una punción lumbar y una RMN.

La rentabilidad diagnóstica en microbiología de *Listeria* sp., tanto en cultivo como por técnicas moleculares es limitada, por eso son tan importantes la sospecha clínica y la radiología. No es de extrañar que existan casos de éxitos por *Listeria* sp. no filiados en vida, en pacientes inmunosuprimidos, que acudieron a urgencias con clínica neurológica.

El tratamiento de la romboencefalitis por *Listeria* sp. es ampicilina a altas dosis, aunque también se ha empleado el cotrimoxazol, que es un fármaco muy vinculado al paciente con inmunosupresión celular por su actividad frente a patógenos como *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis jirovecii*, *Nocardia* sp. y *Listeria* sp. Meropenem también tiene actividad frente a *Listeria* sp. El tiempo de tratamiento variará en función del cuadro. Así, una bacteriemia sin complicación a distancia se podría tratar con ampicilina, añadiendo incluso gentamicina unas dos semanas. Si el paciente presenta además romboencefalitis, el tratamiento con ampicilina, cotrimoxazol o meropenem podría durar hasta tres o cuatro semanas, y si se constatan abscesos, el tiempo podría ser aun mayor.

FJ. Candel González.
Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid