

Caso 150

Cefalea y fiebre en varón de 28 años inmunocompetente. Meningoencefalitis de etiología inusual

QUERO MOTTO.E., MUÑOZ GIMENO. L. M., VILCHEZ PIZARRO F., MORENO ESCRIBANO. A., HERNÁNDEZ RUIPEREZ.T., HERNANDEZ TORRES. A.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

HISTORIA CLÍNICA-ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente varón de 28 años de edad que acude al Servicio de Urgencias refiriendo fiebre y cefalea. Una semana antes presentaba febrícula, astenia, cefalea leve bitemporal y malestar general. Tras tratamiento sintomático y una dosis de moxifloxacino no se evidenció mejoría apareciendo nuevos síntomas: fiebre termometrada de 38,5°C, sensación de mareo al caminar, dificultad para tragar, alteración de sensibilidad en la hemicara izquierda, náuseas y sensación de visión doble binocular horizontal. Como antecedentes quirúrgicos: cirugía de criptorquidia en la infancia. Ningún otro dato de interés en relación con sus antecedentes. No recibía tratamientos crónicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente y orientado con buen estado general. Afebril a su llegada. Presenta cefalea holocraneal no invalidante. Signos meníngeos negativos.

Sin alteraciones en la exploración excepto en la Neurológica que presenta, oftalmoparesia con diplopía máxima en la mirada horizontal a la derecha así como leve restricción de movilidad del recto externo. Nistagmo en la mirada horizontal a ambos lados. Refiere además hipostesia en hemicara izquierda (perioral, pómulo y mandíbula), conservando resto de reflejos. Examen motor y sensitivo sin alteraciones. Marcha en tándem muy dificultosa sin clara disimetría, sin signo de Romberg.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y hormonas tiroideas dentro de los límites de la normalidad.

Rx de senos paranasales y de Rx de Tórax: sin alteraciones.

TAC craneal: sin patología aguda intracraneal.

Punción lumbar: 62 leucos, 59 glucemia, 29 hemáties, ADA normal. Se envían muestras para cultivo y tinción de Gram.

RMN Cerebral sin contraste: Aumento de señal de sustancia blanca de pedúnculo cerebeloso izquierdo, hemisferio cerebeloso y periventricular a nivel del IV ventrículo. Hallazgos sugestivos de encefalitis de fosa posterior (Imagen 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

El caso se presentó con síntomas prodrómicos inespecíficos. Los síntomas que guiaron nuestro diagnóstico diferencial en Urgencias fueron: cefalea, fiebre (hasta de 38,5°C) y las manifestaciones neurooftalmológicas. Una vez descartados como poco probables procesos sistémicos, sobre todo infecciosos, así como patologías generales específicas (Oftalmológica, tiroidea, etc.), se centró el diagnóstico en el sistema nervioso central (SNC). Nuestro enfoque inicial consistió en el despistaje de lesión estructural del SNC. La edad, ausencia de antecedentes y la presentación progresiva del cua-

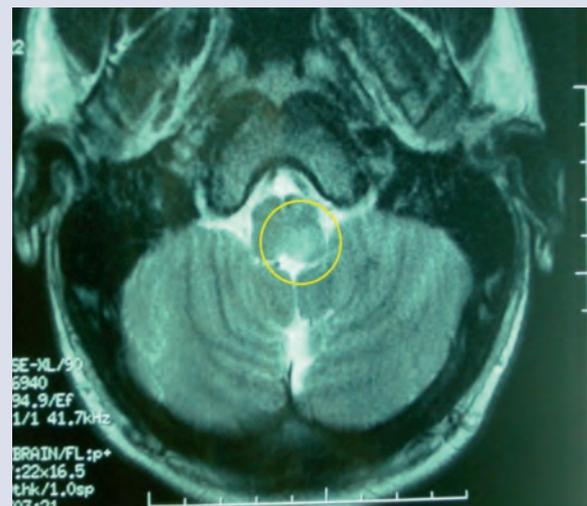


Imagen 1:

dro hacían improbable la patología vascular cerebral aguda. La TAC normal excluía lesiones ocupantes de espacio y/o la hipertensión intracraneal (HTIC). Se consideró la posibilidad de un proceso infeccioso meningo-encefalítico, aún en ausencia de rigidez de nuca, fiebre elevada en el momento del examen físico o alteración de la fórmula leucocitaria. El resultado bioquímico del LCR fue compatible con un origen vírico, sin poder descartar el bacteriano, y como tal se orientó el tratamiento (aciclovir + cefotaxima).

EVOLUCIÓN

El paciente ingresó para completar y confirmar el diagnóstico, así como para el seguimiento del curso clínico. Tras las primeras dosis de tratamiento la situación clínica y radiológica mejoró de forma franca, desapareciendo la diplopía y mejorando la inestabilidad. Se repitió la punción lumbar y se iniciaron esteroides a dosis crecientes. Días después refiere un aumento de cefalea occipital con intolerancia a cambios posturales, con náuseas y vómitos. Se comenzó con cobertura antibiótica mayor incluyendo a las bacterias anaerobias y *Listeria monocytogenes*. Además se intensificaron las medidas antiedema. Se piden hemocultivos. En el nuevo TAC se evidencian aumento de signos inflamatorios en fosa posterior con obliteración del IV ventrículo (Imagen 2). La RM con contraste informa de múltiples abscesos en vermis, ambos hemisferios cerebelosos y cordones posterolaterales de hemisferio derecho con áreas de cerebritis en am-

bos hemisferios cerebelosos (Imagen 3).

DIAGNÓSTICO FINAL

La positividad de los hemocultivos, y los hallazgos de las pruebas de imagen, confirmaron el diagnóstico de Romboencefalitis por *Listeria monocytogenes*.

DISCUSIÓN

Listeria monocytogenes, bacilo gram positivo, tiene tropismo por el SNC. Su expresión clínica más frecuente es la meningitis o meningoencefalitis, habitualmente en determinados grupos de riesgo: edades extremas, ancianos con etilismo o pacientes inmunodeprimidos. Presentamos el caso de un paciente de 28 años, sano e inmunocompetente con cuadro agudo febril y afectación meningo-encefálica. El manejo de este paciente en nuestra área de Urgencias, no fue diferente del que habitualmente se lleva a cabo en la mayoría de otros centros. Un problema inherente es el tratamiento empírico inicial ante un diagnóstico etiológico incierto. La pauta establecida en nuestro caso se realizó teniendo en cuenta las características del huésped y patógenos más frecuentes. Sólo al recibir la positividad de los hemocultivos se pensó en la romboencefalitis por *Listeria* y se incluyó la ampicilina en el tratamiento.

La detección en las pruebas de imagen de Abscesos parenquimatosos a nivel de cerebelo y tronco

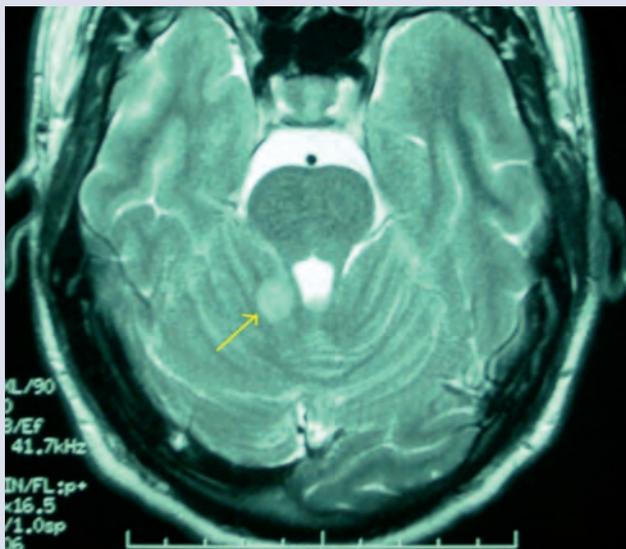


Imagen 2

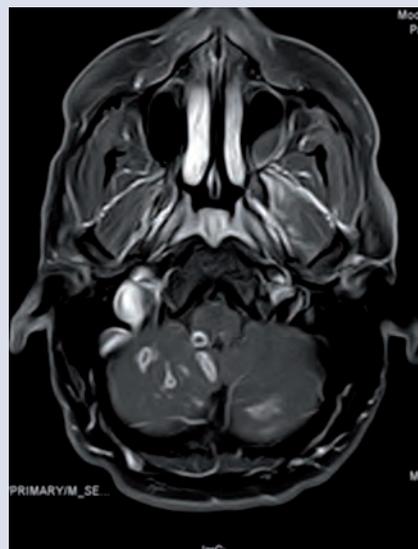


Imagen 3

son una complicación poco frecuente de la infección, y posible causa de clínica focal neurológica, y por tanto, siempre a tener en cuenta en el transcurso de la enfermedad, ante la posibilidad de ser tributarios de manejo neuroquirúrgico concomitante. En nuestro caso fueron motivo de interconsulta, pero la favorable evolución del proceso y ausencia de complicaciones locales, desestimó la actitud intervencionista.

La romboencefalitis por *Listeria*, de difícil diagnóstico, es de obligado pensamiento ante un cuadro clínico compatible (infeccioso meníngeo agudo o subagudo y con afectación encefálica), sobre todo en pacientes de riesgo para esta infección, pero sin desestimar su presentación en adultos sanos inmunocompetentes. Su mortalidad elevada, del 15-30%, plantean la necesidad de considerar esta posibilidad etiológica en todos los casos de meningitis en el adulto, siendo necesario asociar ampicilina hasta conocer el diagnóstico microbiológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julián-Jiménez A, Jiménez A, Gárgolas M, Fernández R, Fernández Guerrero M.L. Infecciones por *Listeria monocytogenes* en el adulto. Aspectos clínicos y microbiológicos de una enfermedad cambiante. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:297-303.
2. Prieto N. M, Pardo J, López J. Lema M, Castillo J, Noya M. Romboencefalitis por *Listeria monocytogenes*. *Neurología* 1992;7:270-3.
3. Armstrong RW, Fung PC. Brainstem encephalitis (rhombencephalitis) due to *Listeria Monocytogenes*: case report and review. *Clin Infect Dis* 1993;16:689-702.
4. Gutiérrez G, Marinas A, Bautista J, Sebastian R, Martí J. F. Romboencefalitis por *Listeria* de presentación atípica. *Neurología*. 2005;694-7.
5. Sánchez Maganto E, Julián Jiménez A. Infecciones del sistema nervioso central. En: Julián Jiménez, A, coordinador. *Manual de protocolos y actuación en urgencias*, 3ª ed. Madrid: Edicomplet-Saned; 2010.p.697-716.
6. Fernández Viladrich P, Cabellos Minués C. Infecciones del sistema nervioso central. En: Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S, editores. *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. Madrid: Panamericana; 2006:1343-54.

COMENTARIO EDITORIAL

Interesante caso de infección del sistema nervioso central poco habitual, más por su forma de presentación, romboencefalitis, que hoy en día por la bacteria causante, *Listeria monocytogenes*, que ha pasado a ser la tercera bacteria en frecuencia (después de *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*) causante de meningitis en adultos mayores de 50 años, con un considerable aumento de casos registrados en personas inmunocompetentes y adultos jóvenes.

Listeria monocytogenes es un cocobacilo gram positivo con especial tropismo por el sistema nervioso central. Casi todos los casos en humanos están producidos por los tipos 4b, 1/2 a y 1/2 b.

El término romboencefalitis se refiere a la entidad clínica específica que traduce un compromiso inflamatorio del tronco cerebral y del cerebelo. Se manifiesta por cefalea, fiebre, náuseas, vómitos que se asocian posteriormente a parálisis de los nervios craneales, disminución del nivel de consciencia, crisis epilépticas y otros déficits focales neurológicos (es decir, tiene una presentación bifásica). La romboencefalitis tiene diversas causas, especialmente en niños, se ha descrito secundaria a cuadros virales (adenovirus, virus herpes simple-VHS) y en general tienen un buen pronóstico. Pero en adultos se asocia principalmente a VHS y *L. monocytogenes*. La romboencefalitis por *Listeria monocytogenes* en adultos se asocia a una alta morbi-mortalidad afectando tanto a pacientes inmunocompetentes como inmunosuprimidos. Algunas series comunican una mortalidad de hasta 51%, pese al tratamiento antibiótico.

Aunque la forma clínica más frecuente de listeriosis es la sepsis, en cuanto a nivel neurológico es la meningitis (aguda o subaguda). Muchas veces es difícil de diagnosticar porque el LCR puede ser muy variable (incluso en ocasiones "normal") y el cultivo requiere una cantidad, tiempo de incubación y medios más específicos para obtener resultados positivos, por ello es importante avisar al microbiólogo de la sospecha de infección por *L. monocytogenes*. Aunque el LCR suele tener un perfil con pleocitosis, con predominio linfocitario (a veces mixto o de PMN), gram negativo, glucorraquia normal y una elevación de proteínas variable, y con frecuencia con Xantocromía positiva. Es decir, hay que hacer el diagnóstico diferencial como antes se ha comentado con una encefalitis herpética. Otras formas de presentación neurológica son la cerebritis y los microabscesos-abscesos (por lo que tras la TAC craneal se recomienda hacer una RMN para ver posibles áreas de cerebritis y afectación del tronco cerebral). Según algunos estudios la rigidez de nuca está presente sólo en la mitad de los casos y la triada clásica (fiebre, rigidez de nuca y alteración de la consciencia) no llega al 44%.

Por todo lo comentado hay que resaltar que es difícil su sospecha en el servicio de urgencias ya que su presentación clínica habitual "bifásica" con leve mejoría transitoria de inicio insidioso, sin rigidez de nuca en al menos la mitad de los casos, un LCR mixto o poco definido con poca pleocitosis o sin ella, con glucorraquia normal, con una tinción gram casi siempre negativa y una TAC de cráneo inicialmente normal muchas veces hacen de esta enfermedad un reto diagnóstico, con pocos aliados, en los servicios de urgencias. Así la sospecha clínica se realiza por la historia, síntomas y signos sin apoyo de las pruebas complementarias que puedan confirmar esta sospecha. De esta forma, considerando su elevada morbi-mortalidad y las posibilidades de curación y disminución de secuelas con un tratamiento antimicrobiano precoz y adecuado, los expertos recomiendan añadir la ampicilina con/sin gentamicina o trimetropin-sulfametoxazol al tratamiento empírico en la sospecha de meningitis, meningoencefalitis o romboencefalitis, no sólo de enfermos debilitados crónicamente o con posible alteración de la inmunidad celular, si no también en todos los mayores de 50 años.

Agustín Julián-Jiménez.
Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Caso 151**Mucho más que una odontalgia**

PUGA MONTALVO, E; RAYO BONOR, A; CARRASCO CHINCHILLA, L; TRIVIÑO IBÁÑEZ, E; AGUILERA LINARES, F; JALDO SÁNCHEZ, A.
Hospital Clínico San Cecilio. Granada

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 29 años sin antecedentes de interés salvo infección vaginal hace unos 2 meses positiva a *Candida* y *ureaplasma urealyticum* que trató correctamente y fumadora de 10 cigarrillos/día. Acude al Servicio de Urgencias refiriendo que hace 5 días comienza con dolor de garganta junto con leve ronquera y tos, dos días después presenta adenopatía mandibular derecha por lo que acude a su médico de Atención Primaria quién le prescribe roxitromicina e ibuprofeno. Ante la ausencia de mejoría del cuadro y comienzo de fiebre termometrada de 38°C acude de nuevo a urgencias de su centro de Salud donde se cambia medicación y comienza con un nuevo antibiótico (levofloxacino) y con diclofenaco. Esa noche presenta varios episodios de tiritona que tardan en ceder, con fiebre termometrada de 40°C, por lo que un familiar decide traerla a las urgencias hospitalarias.

En la anamnesis por órganos y aparatos destaca leve hiporexia sin disfagia y estreñimiento habitual algo más resaltado estos días, dolor abdominal localizado en hipocóndrio derecho y sensación de disnea que se acentúa al acostarse, sin dolor torácico. La tos ha cedido, no presenta ronquera, pero el dolor de garganta se ha acentuado y la madre comenta que la adenopatía esta más aumentada de tamaño.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A su llegada a Urgencias la paciente se encuentra hemodinámicamente estable con TA 110/60 mmHg, FC de 86 lpm, Febrícula de 37,2°C y SAT_{O₂} de 96%.

El estado general estaba conservado y era una mujer de constitución delgada. La exploración neurológica era normal con Glasgow 15/15 y sin focalidad, signos meníngeos ni rigidez de nuca. En la sistémica sólo destacaba borraramiento de ángulos

mandibulares, sin crepitación, pero con adenopatía lateral derecha, además de amígdala derecha congestiva junto con un mal estado de molar derecho inferior y una zona tumefacta que se extendía al suelo de la boca. No presentaba placas pultáceas en amígdalas ni edema de úvula. La auscultación cardiaca era rítmica sin soplos ni roces y la respiratoria con hipoventilación basal derecha. La paciente mostraba un abdomen blando, depresible sin peritonismo pero con dolor a la palpación profunda en ambos hipocondrios. Además, destacaba una hepatomegalia de 3 cm sin esplenomegalia y con ruidos hidroaéreos algo disminuidos. No se detectaron signos de TVP ni edemas y sus pulsos eran presentes y simétricos. Tampoco se observaron lesiones cutáneas.

En consulta se colocó vía periférica con suero fisiológico y analgesia y se extrajo analítica completa, además de realizar un ECG. Mientras la paciente esperaba resultados analíticos y era transportada a sala de rayos para la realización de radiografía de tórax, el acompañante avisa porque la chica había comenzado con tiritona y se encontraba peor. La trasladamos a sala de RCP donde tras monitorizarla detectamos TA 84/56 mmHg, FC 110 lpm, temperatura de 35,5°C y SAT 02 100% con 02 a 2 lpm. Además, se encontraba con mal estado general, obnubilada, aunque consciente y orientada, con palidez cutánea, boca entreabierta y aspecto tóxico-séptico. Tras coger una segunda vía periférica, una nueva reexploración y paso de volumen (suero fisiológico, Voluvent) sin conseguir estabilización, se avisa a UCI.

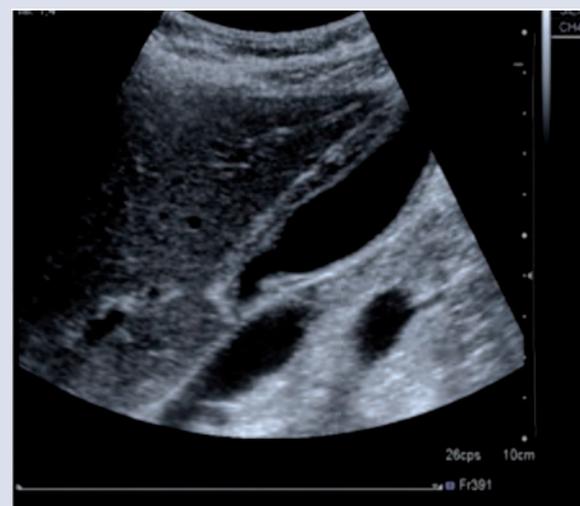


Imagen 1