

# Fiebre, cefalea y alteración del nivel de consciencia

Ignacio Domingo Kamber (1), Iñigo González Farias (1), Teresa Santos e Silva Caldeira Marques (3), Mar Arenas Miras (2), Sara Villar Del Saz Cano (4)

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Mar. / 2. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar / 3. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Mar / CAP Poblenou. / 4. Servicio de Urgencias. Hospital del Mar

## Caso Clínico

### ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 63 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ex-fumador, enolismo crónico de 4 UBEs día. Independiente para las ABVD. Como antecedentes patológicos a destacar se trata de un paciente hipertenso, dislipémico, con antecedentes de AIT previos, enfermedad de Dupuytren y esteatosis hepática.

### ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente traído a urgencias por SEM en contexto de síndrome febril y crisis tónico clónica, con estado postcrítico posterior y posible focalidad neurológica consistente en desviación de la comisura bucal derecha y disartria. Refería 3 días de cefalea occipital y fiebre de hasta 40°C sin clara relación con abstinencia brusca de alcohol. El día anterior a este episodio fue a comer fuera de casa (churrasco y sopa), refiriendo sensación de malestar posterior, con distermia sin vómitos, diarrea ni dolor abdominal.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Tensión arterial: 152/85 mmHg, F.Resp.: 28 rpm, T.Axilar: 38°C, SatO2: 91% AA, BMTEST: 172 mg/dl. Consciente, orientado en 2/3 esferas, impresiona de discreta confusión, NC, NH, eupneico en reposo. ACR anodina. Neurológico: GCS 15, pupilas isocóricas y normorreactivas, no focalidad neurológica a nivel de PPCC, no limitación de MOEs, campimetría sin alteraciones, no déficits sensitivo-motores en las 4 extremidades, no rigidez de nuca.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A DESTACAR

- Analítica Glucosa 191 mg/dl, urea 17 mg/dl, creatinina 0.91 mg/dl, FG 89 ml/min/1.73m2, sodio 127 mmol/l, potasio 4.01 mmol/l, cloro 86.9 mmol/l, CK 119 UI/L, bilirrubina total 1.2 mg/dl, AST 62 UI/L, ALT 30 UI/L, FA 120 UI/L, hemoglobina 14.3 g/dl, leucocitos 10.000 uL, neutrófilos 8.610 uL, linfocitos 480 uL, plaquetas 191.000 uL. TP 78.5%. Procalcitonina 0.287, PCR 2.9. Láctico 4.33.
- TC cráneo: No se observa focalidad aguda intracraneal. Discreta prominencia de sistema ventricular, sin signos de hidrocefalia, que podría sugerir atrofia subcortical.
- Punción lumbar: líquido turbio. Células nucleadas 110 uL, hematíes 515 uL, polimorfonucleares 55%, mononucleares 44.9%, glucosa 64 mg/dl, proteínas 141.3 mg/dl. ADA 19.2.
- Gram LCR: no se observan microorganismos.
- PCR y cultivo de LCR: positivo para *Listeria monocytogenes*.
- Hemocultivos: negativos.
- RMN craneal: Sin evidencia RM de signos de meningo-encefalitis. Pequeños niveles en astas occipitales de aspecto hiper celular en difusión (¿restos de contenido purulento?).

### DIAGNÓSTICO

Meningitis por *Listeria monocytogenes*.

Tabla 1. Alimentos asociados con listeriosis. Causas comunes o relacionadas con brotes de gran entidad.

- Carnes procesadas / delicatessen
- Perritos calientes
- Queso tierno
- Patés
- Melón
- Salchicha de Bolonia (mortadela)

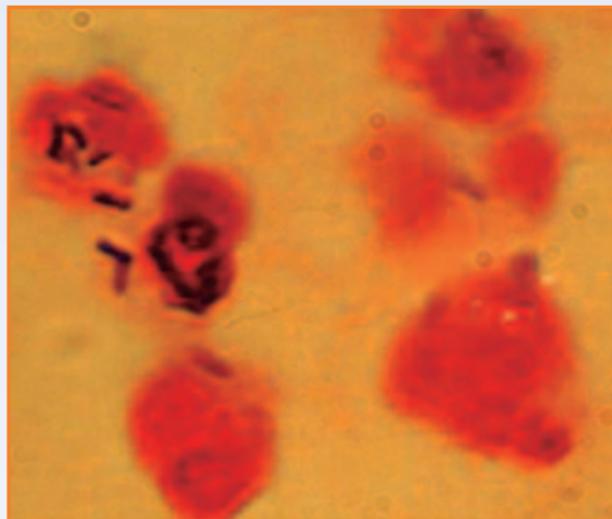


Figura 1. Tinción de Gram en LCR en la que se observan bacilos grampositivos posteriormente identificados como *Listeria monocytogenes*. Fuente: UpToDate.

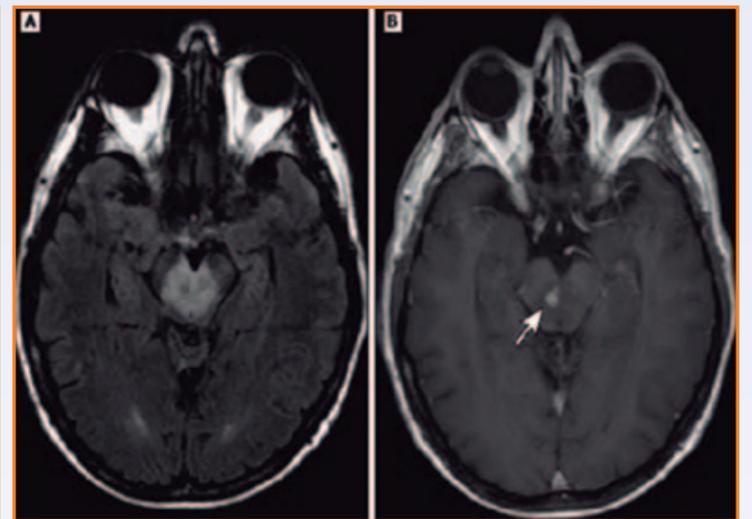


Figura 2. (A) FLAIR: área hiperintensa homogénea en la porción central del mesencéfalo. (B) T1 tras contraste: área nodular de realce con márgenes mal definidos dentro de la lesión. Fuente: UpToDate.

## Discusión y Conclusiones

- 1) *L. monocytogenes*, se considera que causa entre el 2% y el 8% de los casos de meningitis bacteriana, con una mortalidad en torno al 15-29%.
- 2) La infección por *Listeria* es más frecuente en los niños menores de 1 mes (hasta el 10% de los casos), los adultos mayores de 60 años, los pacientes con enolismo crónico, cáncer, los que reciben tratamiento con corticoides y los adultos inmunodeprimidos.
- 3) En el caso de la infección por *L. monocytogenes* los pacientes presentan mayor tendencia a las crisis comiciales y déficits focales en las fases iniciales de la infección, así como ataxia, parálisis de los nervios craneales o nistagmo secundaria a rombencefalitis.
- 4) En caso de no poder proceder a la realización directa de una punción lumbar, está indicada la extracción de hemocultivos previo al inicio de tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona +/- vancomicina (+/- ampicilina) y dexametasona ev.
- 5) Una vez confirmada la infección por *L. monocytogenes* el tratamiento de elección consiste en ampicilina 2g cada 4h durante 4 semanas, asociada a gentamicina (dada su asociación sinérgica bactericida) a dosis de 5 mg /kg / día repartida en 3 dosis durante al menos 1 semana.

## Bibliografía

1. John E. Bennett, et al. Mandell, Douglas, And Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, 2015
2. Van de Beek D, et al.; ESCMID Study Group for Infections of the Brain (ESGIB). ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. Clin Microbiol Infect. 2016 May; 22 Suppl 3: S37-62.
3. Gelfand MS. Clinical manifestations and diagnosis of *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate. 2019.
4. Gelfand MS. Treatment, prognosis and prevention of *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate. 2019.