

Artículos Originales

Absceso cerebral por *Listeria Monocytogenes*.

Ibáñez Pérez, Miguel Ángel

(DUE-TSID)

Cetir Grup Mèdic-Unitat Dos de Maig, Barcelona

Recibido: 4-08-16
Aceptado: 30-09-16
Correspondencia:
mibanez@cetir.es

Resumen

Introducción

La infección por *Listeria Monocytogenes*, bacilo gram positivo, ha demostrado un tropismo especial por el SNC y supone el 10% de las infecciones del mismo por este bacilo.

Objetivo

Se tratará de mostrar el comportamiento a nivel de imagen de este tipo de patología, antes y después del tratamiento. Así como, la importancia de la higiene en la manipulación, preparación y consumo de los alimentos.

Material y método

Se han recogido los casos de dos pacientes inmunocompetentes que acudieron al servicio de urgencias con síntomas neurológicos y fiebre.

Conclusiones

Es necesario una detección precoz y una instauración temprana del tratamiento antibiótico para la satisfactoria resolución del cuadro. La presencia de un paciente de febrícula o fiebre con focalidad neurológica deben ser elementos de alta sospecha. La infección del SNC por *Listeria Monocytogenes* presenta una morbi-mortalidad elevada.

Palabras clave: *Listeria Monocytogenes*, absceso cerebral, meningitis.

Summary

Introduction

Listeria Monocytogenes infection, gram positive bacillus, has shown particular tropism for the CNS and accounts for 10% of infections by this bacillus.

Objective

It will try to show the performance level image of this type of pathology, before and after treatment. And the importance of hygiene in the handling, preparation and consumption of food.

Material and Method

We collected the cases of two immunocompetent patients presenting to the emergency department with fever and neurological symptoms.

Conclusion

Is necessary an early detection and early initiation of antibiotic treatment for satisfactory resolution of the picture is needed. The presence of a low-grade fever or fever patient with neurological focus should be highly suspicious elements. CNS infection by *Listeria Monocytogenes* has a high morbidity and mortality.

Keywords:

Listeria Monocytogenes, brain abscess, meningitis.

Introducción

La *Listeria Monocytogenes* es un bacilo gram positivo, anaerobio facultativo no esporulado⁽¹⁾. Es una bacteria que se encuentra en la tierra y el agua, puede encontrarse también en una gran variedad de alimentos crudos, procesados y hechos con leche no pasteurizada. La ingesta de alimentos contaminados es la puerta más frecuente de acceso al ser humano,

seguida de la transmisión vertical de madre a feto. A diferencia de otros gérmenes, la *Listeria Monocytogenes* puede crecer incluso en las temperaturas frías de un refrigerador.

Los síntomas iniciales de la infección con *listeria* incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y gastroenteritis febril. Posteriormente, el bacilo se trasladará a otros órganos. La *listeria* tiene especial tropismo por

Artículos Originales

el sistema nervioso central (SNC), la meningitis es la forma más frecuente de infección por este bacilo. También es característica la cerebritis del encéfalo posterior, romboencefalitis. Otra manifestación de la infección por listeria en el SNC es el absceso cerebral, que representa el 10% de infecciones por este bacilo. El periodo de incubación de esta infección es muy variable, siendo entre 3 y 70 días. Cualquier persona puede contraer la enfermedad, las personas con mayor riesgo son los recién nacidos, personas de edad avanzada, personas con el sistema inmunitario debilitado, y las mujeres embarazadas.

Existe un riesgo significativo en las mujeres embarazadas con la infección por listeria. Éstas pueden no presentar síntomas obvios. Si el feto se contagia antes del parto, podría provocar un aborto a partir del segundo mes de embarazo, aunque suele ser más frecuente entre el quinto y sexto mes. La infección, más adelante del embarazo, puede exponer al feto al bacilo y puede ser fatal para el mismo.

La mejor manera de prevenir la contaminación son las normas sanitarias básicas. El microorganismo se encuentra muy diseminado en la naturaleza, por ello es importante, entre otras cosas, consumir únicamente productos lácteos pasteurizados, comer carnes cocidas, lavar bien frutas y verduras, y cualquier alimento antes de ser consumido. Y, especialmente, lavarse bien las manos antes de preparar las comidas que vamos a ingerir.

El tratamiento es básicamente antibiótico, siendo este no muy estandarizado en cuanto a su duración. La infección del (SNC) por *Listeria Monocytogenes* tiene una alta tasa de mortalidad y morbilidad a pesar del tratamiento adecuado. Por lo tanto, cobra mucha importancia, ante la sospecha, iniciar rápidamente el tratamiento⁽²⁾.

Objetivos

Si bien puede resultar complicado reducir el riesgo a cero, si que podemos, siguiendo unas recomendaciones básicas de normas sanitarias, reducir el riesgo a casi cero para evitar la infección por *Listeria Monocytogenes*. Concienciar de la importancia de manipular correctamente los alimentos, y no consumirlos crudos, es básico para ello.

También se pretende mostrar cómo se presenta a nivel

de imagen un absceso cerebral por listeria. Éste puede ser similar a otros, por lo que deberemos siempre confirmarlo con otras pruebas.

Metodología

Se presentan dos pacientes con absceso cerebral por *Listeria Monocytogenes*, que acudieron a urgencias ante la presencia de sintomatología durante el año 2015. Los dos pacientes explican que sufren síntomas cinco días antes de acudir a urgencias, y éstos son compatibles con los cuadros de meningitis, romboencefalitis, y cerebelitis infecciosas.

Se realizó una tomografía computada (TC) a uno de los dos pacientes, y resonancia magnética con contraste endovenoso a ambos. Los equipos utilizados son un tomógrafo General Electric (GE) LightSpeed y una resonancia magnética GE Excite 1,5T. El contraste utilizado fue el Multihance 529mg/ml, la dosis se estableció según el peso de cada paciente 0,2ml/kg.

Paciente A

El paciente A es una mujer de 37 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta cefalea opresiva y otalgia intensa derecha, de días de evolución, que le llega a despertar por la noche. Comenta febrícula mantenida. No presenta ni vómitos, ni náuseas, ni alteración de la conciencia. Presenta síntomas motores, ataxia, inestabilidad en la marcha, dificultad del lenguaje, meningismo, parálisis facial izquierda central con babinski izquierdo. La orientación diagnóstica, tras la exploración neurológica, es romboencefalitis-meningoencefalitis.

Durante el tiempo que permaneció el paciente A en urgencias y ante los síntomas presentados, se le realiza un TC cerebral para descartar hemorragia subaracnoidea (HSA), y una punción lumbar para descartar inflamación meníngea. Los resultados del TC son normales, y no se encuentran imágenes relevantes de importancia (imagen 1-3).

Artículos Originales



IMAGEN 1. Axial TC

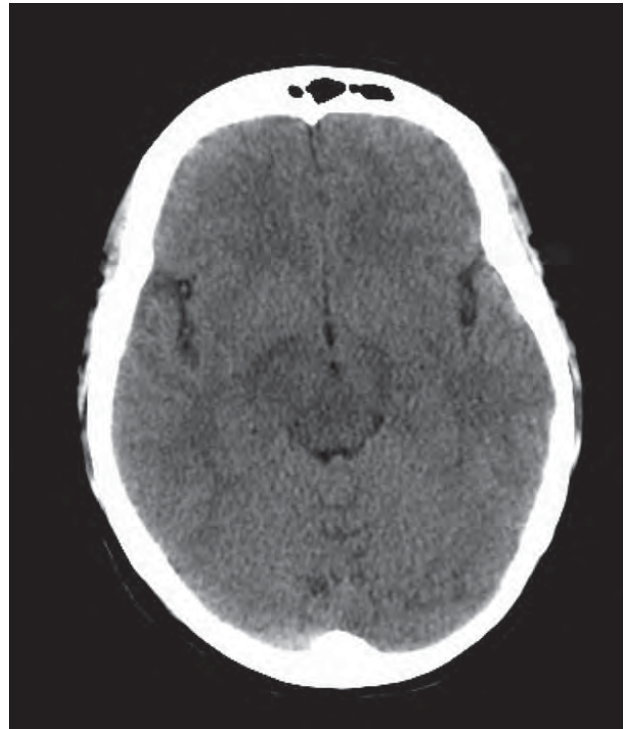


IMAGEN 3. Axial TC

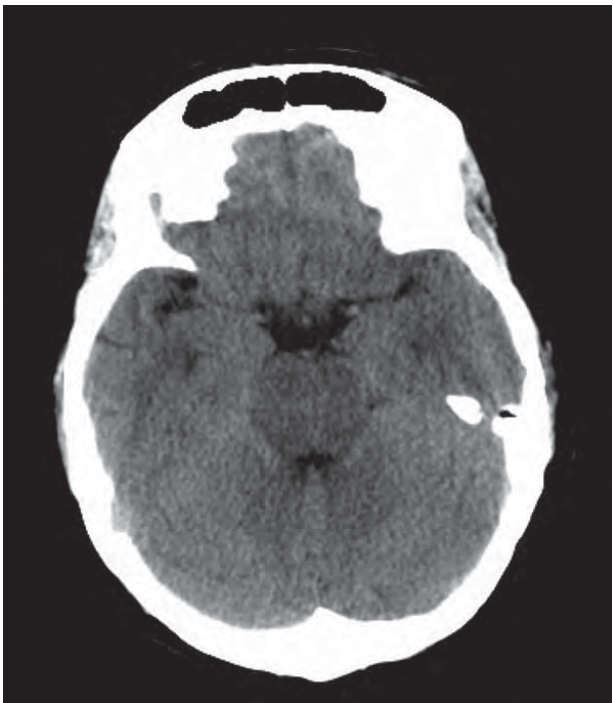


IMAGEN 2. Axial TC

Ante la situación clínica, se pauta tratamiento antibiótico con ceftriaxona y vancomicina. La paciente sufre una reacción alérgica a la vancomicina, y se decide parar la administración de la misma, y administrar polaramine y urbason para el cuadro reactivo. Se sustituye la vancomicina por aciclovir, y realiza el ingreso en planta de la paciente.

La paciente mejora, pero persiste un leve malestar con mareo y discretos signos neurológicos, por lo que se solicita RM cerebral para descartar lesiones no visualizadas en el TC. En las imágenes sin contraste endovenoso potenciadas en T2, FLAIR (fluid attenuated inversion recovery-recuperación inversión con atenuación del fluido) y difusión (DWI), se aprecia una lesión con aumento de señal en tálamo posterior derecha, y de forma difusa en mesencéfalo y protuberancia con componente expansivo (figuras 4-8).

Artículos Originales

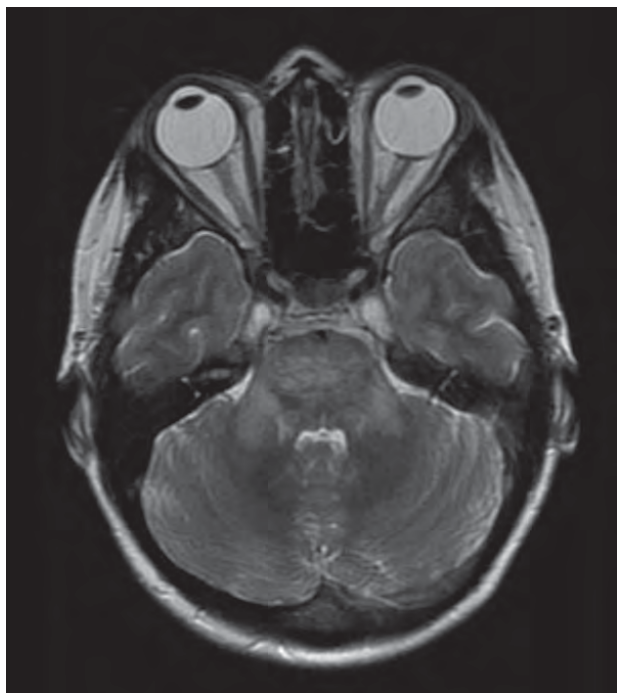


IMAGEN 4. Axial TC

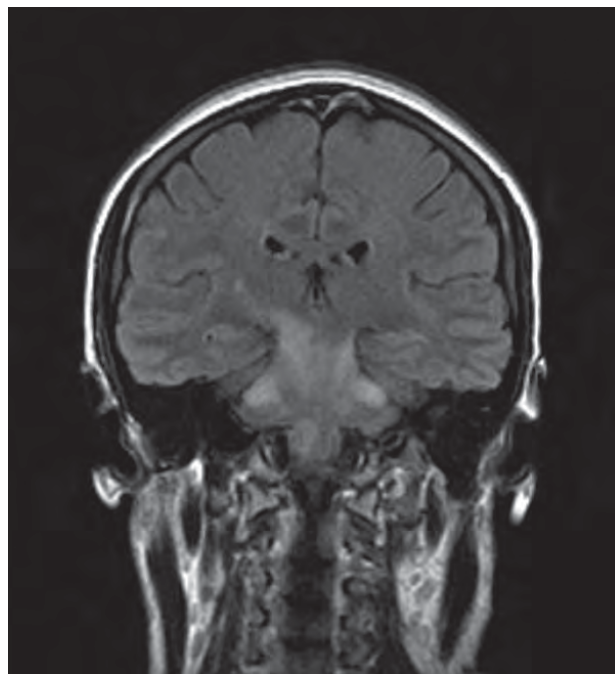


IMAGEN 6. Coronal FLAIR

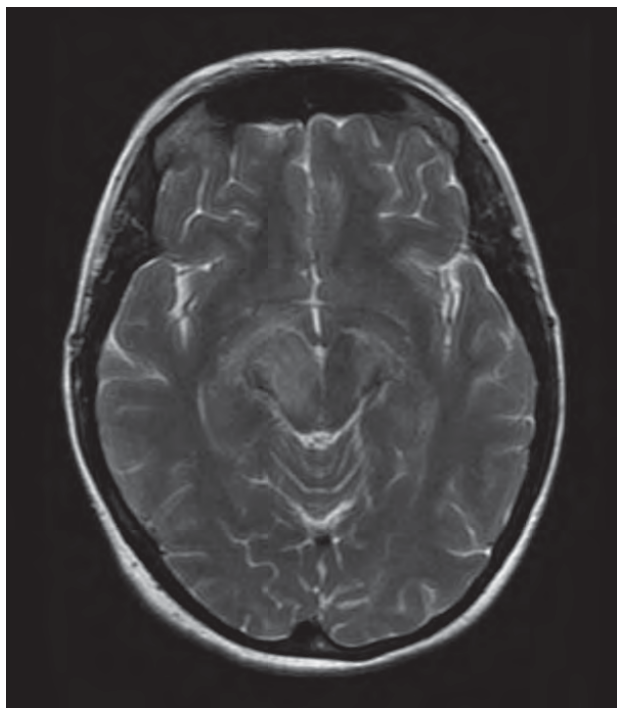


IMAGEN 5. Axial TC

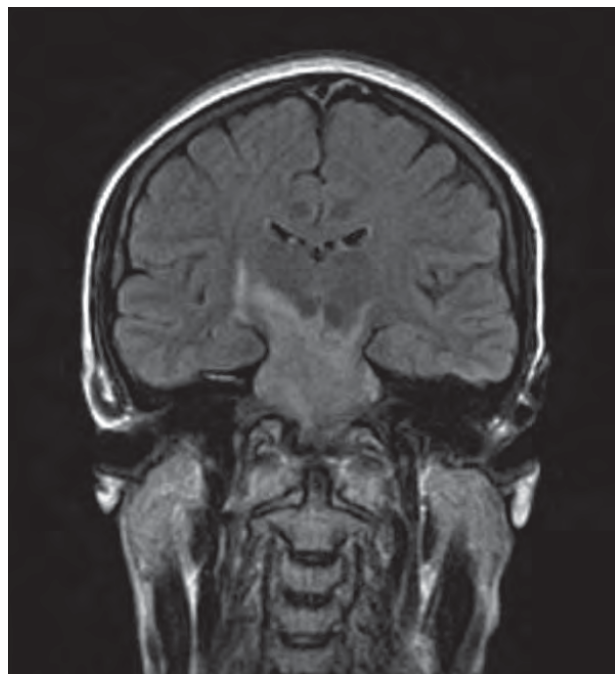


IMAGEN 7. Coronal FLAIR

Artículos Originales

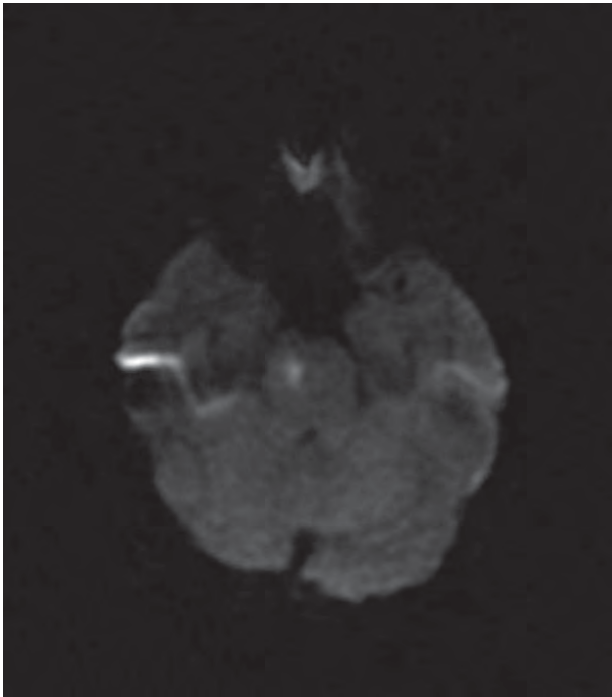


IMAGEN 8. Axial DWI

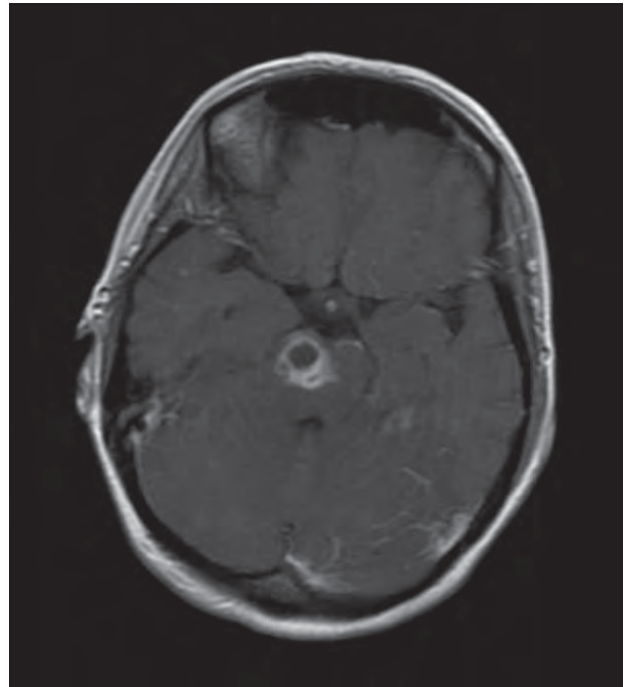


IMAGEN 9. Axial T1+Gd

Tras la administración del contraste endovenoso paramagnético, se delimita una lesión ovalada en el lado derecho de aspecto quístico necrótico, con captación periférica de contraste, y que muestra un área de restricción central (figuras 9-11).

El estudio mediante RM con administración de contraste endovenoso paramagnético, pone de manifiesto la presencia de una lesión en el mesencéfalo protuberancial derecha, con captación periférica y edema difuso. Todo ello como probable absceso provocado por *Listeria Monocytogenes*.

Paciente B

El paciente B es un hombre de 56 años de edad, con HTA y DLP como antecedentes médicos. Desde hace 5 días presenta fiebre alta, artromialgias, diplopía, inestabilidad en la marcha, ataxia, un único episodio de disfagia y cefalea. No presenta alteración de la conciencia. El paciente ha estado acudiendo a sus obligaciones laborales, aún presentando los síntomas pensando que era un cuadro gripal. El día en el que acude a urgencias es debido a que no se siente seguro y presenta mucha inestabilidad. Tras ser explorado por el servicio de neurología, la orientación diagnóstica es de síndrome cerebeloso progresivo de días, en

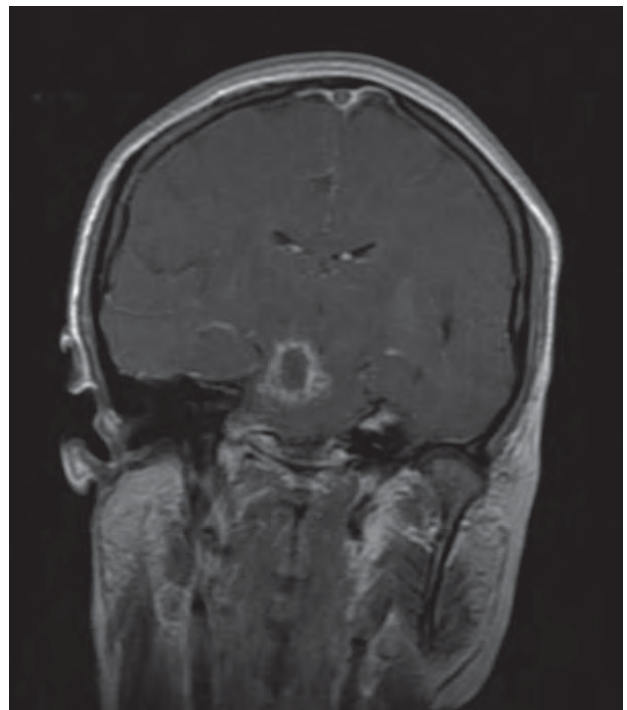


IMAGEN 10. Coronal T1+Gd

Artículos Originales

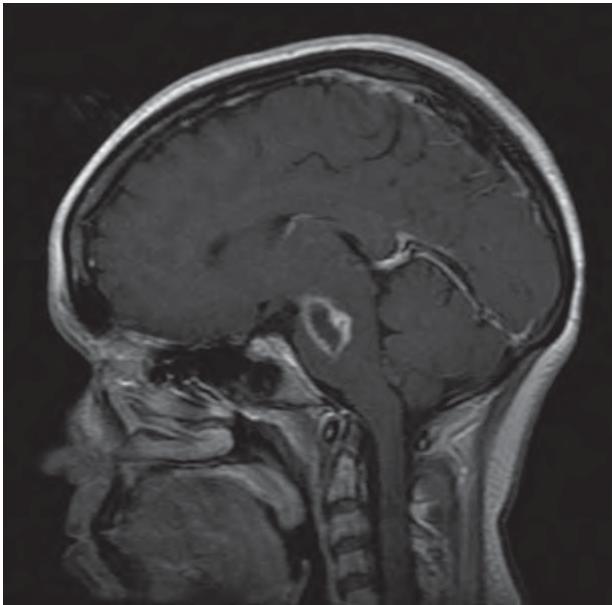


IMAGEN 11. Sagital T1+Gd

el curso de cuadro febril, posible cerebelitis infecciosa. Ante los síntomas que presenta el paciente se solicita una RM cerebral urgente, bajo sedación, dados los antecedentes de claustrofobia del mismo. En el estudio de RM se aprecia la alteración de la señal en la parte posterior de la protuberancia, en el bulbo y en los pedúnculos cerebelosos medios, especialmente el derecho, con aumento de señal en la imágenes en T2, FLAIR y DWI (imagen 12-16)

Tras la administración de contraste se aprecian zonas de captación del mismo, especialmente, micro nódulos en el suelo de IV ventrículo, a nivel central del bulbo y en el pedúnculo cerebeloso medio derecho. Las características de estas lesiones sugieren un proceso tipo inflamatorio y/o infeccioso, probablemente provocado por listeria (imagen 17-21).

Los dos pacientes fueron trasladados al Hospital de Sant Pau para su tratamiento definitivo. La resolución en ambos casos con el tratamiento prescrito, fue la correcta. Los dos evolucionaron de forma favorable, y resolviendo la totalidad de sus síntomas neurológicos.

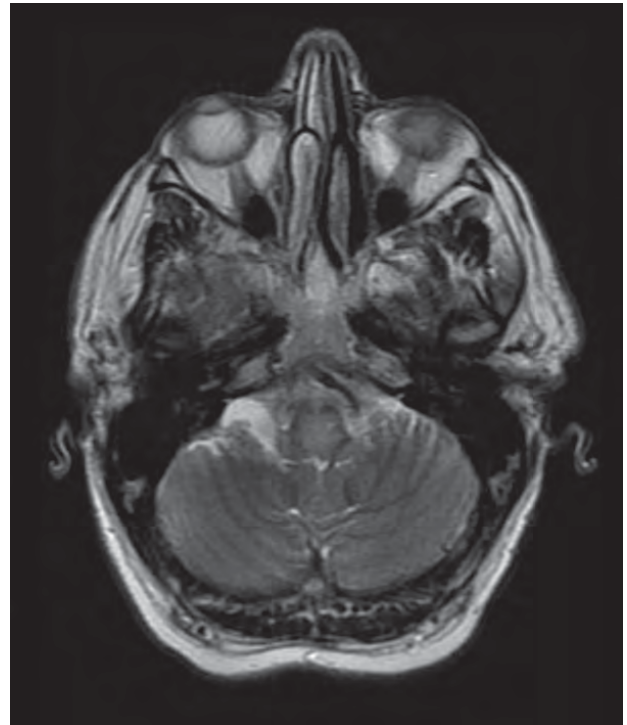


IMAGEN 12. Axial T2

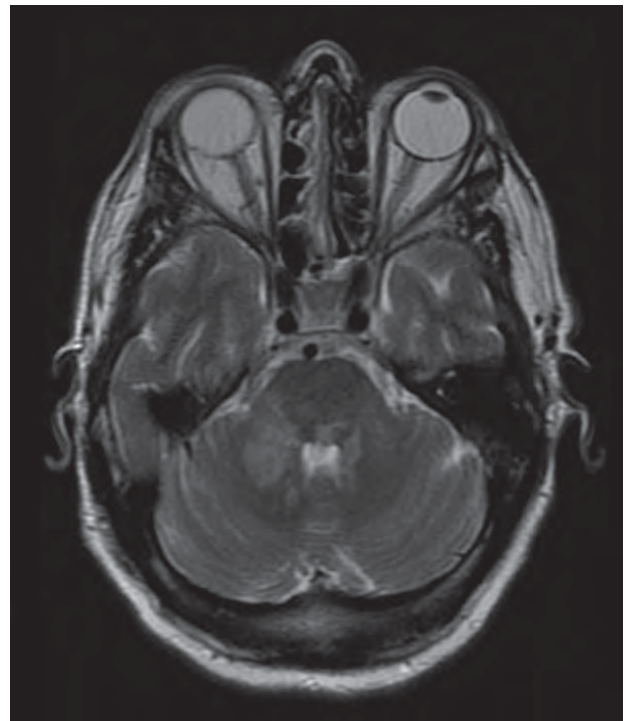


IMAGEN 13. Axial T2

Artículos Originales

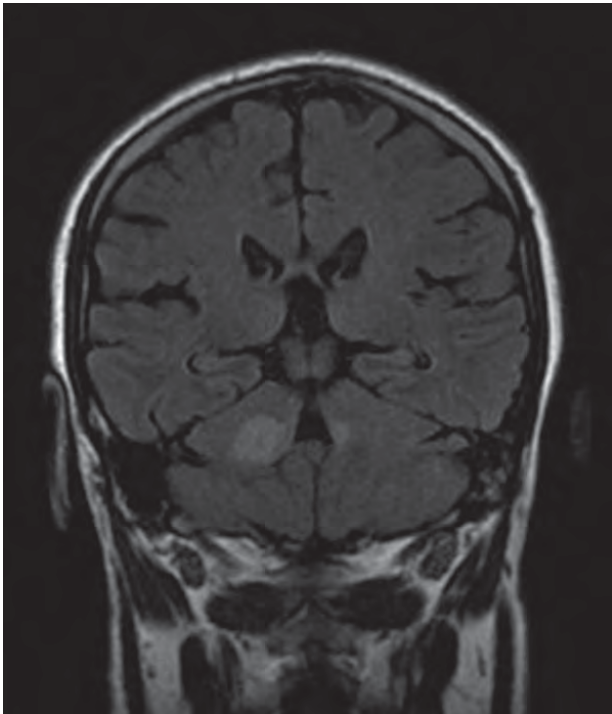


IMAGEN 14. Coronal FLAIR

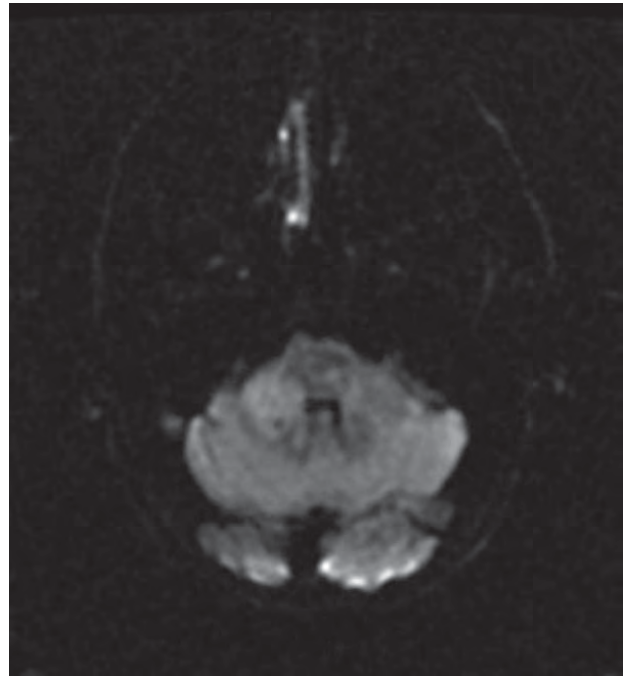


IMAGEN 16. Axial DWI

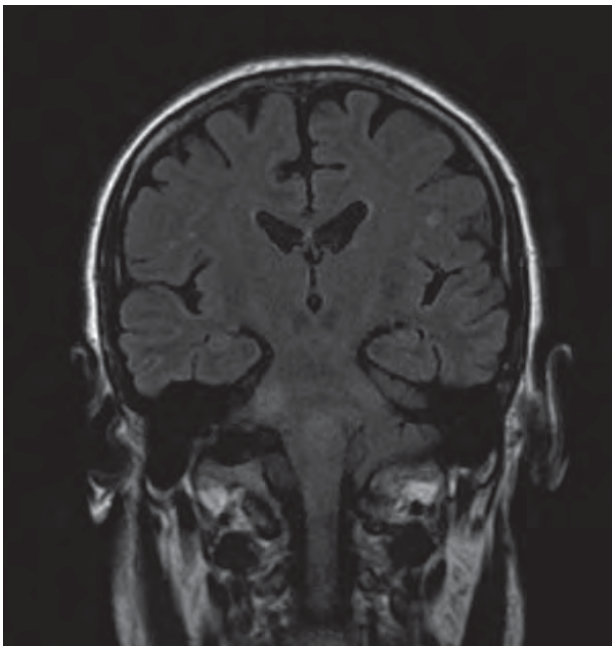


IMAGEN 15. Coronal FLAIR

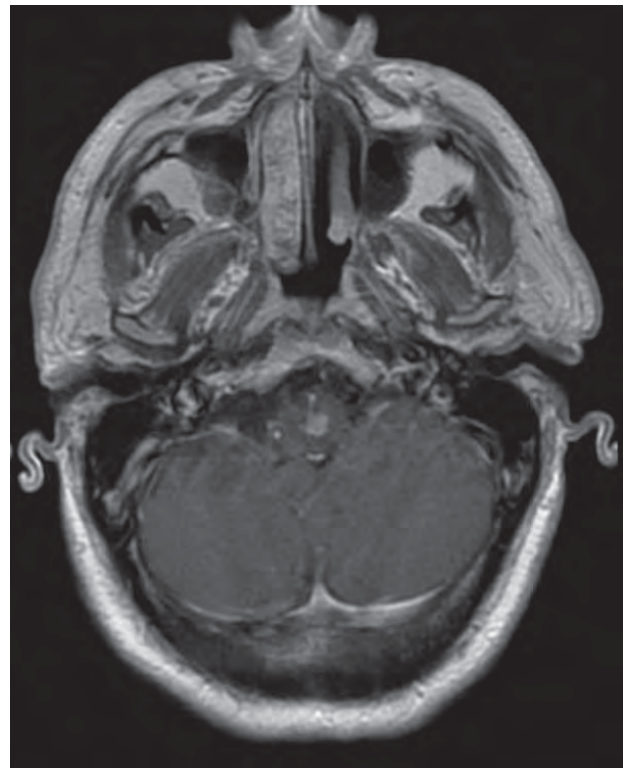


IMAGEN 17. Axial T1+Gd

Artículos Originales

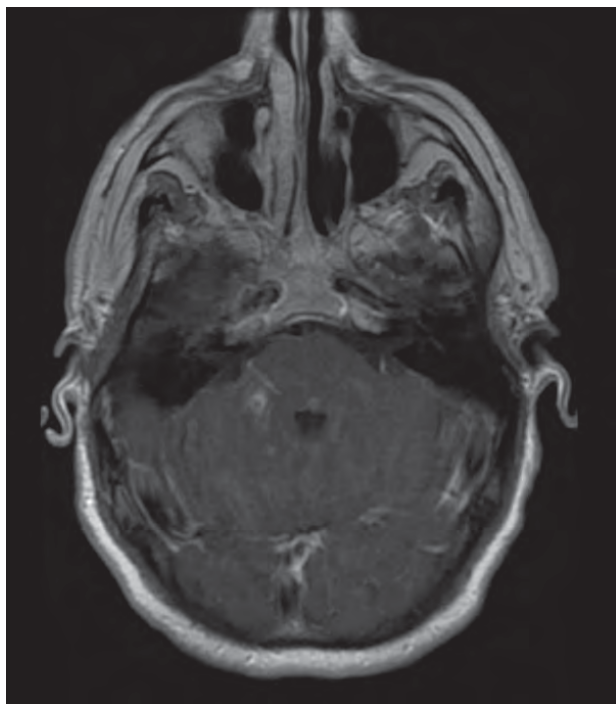


IMAGEN 18. Axial T1+Gd

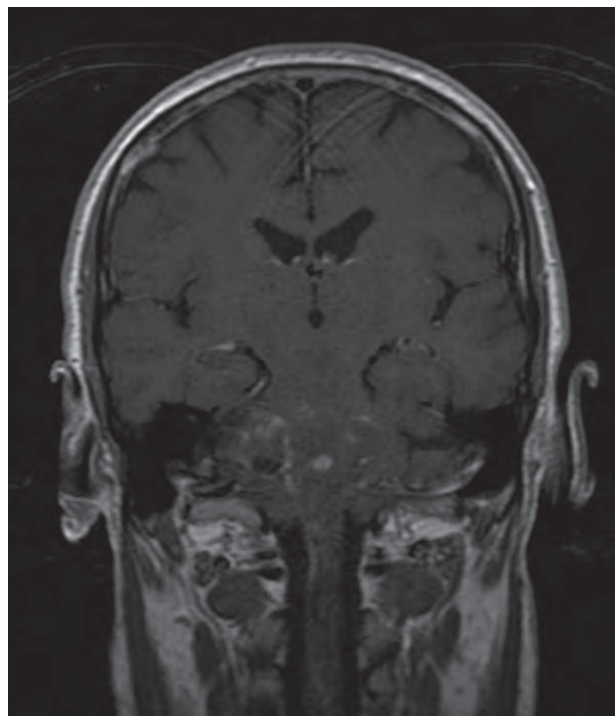


IMAGEN 20. Coronal T1+Gd

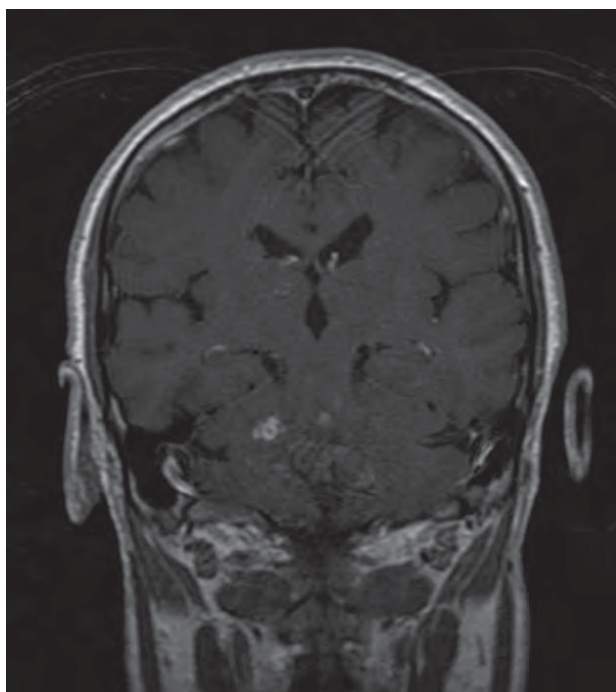


IMAGEN 19. Coronal T1+Gd

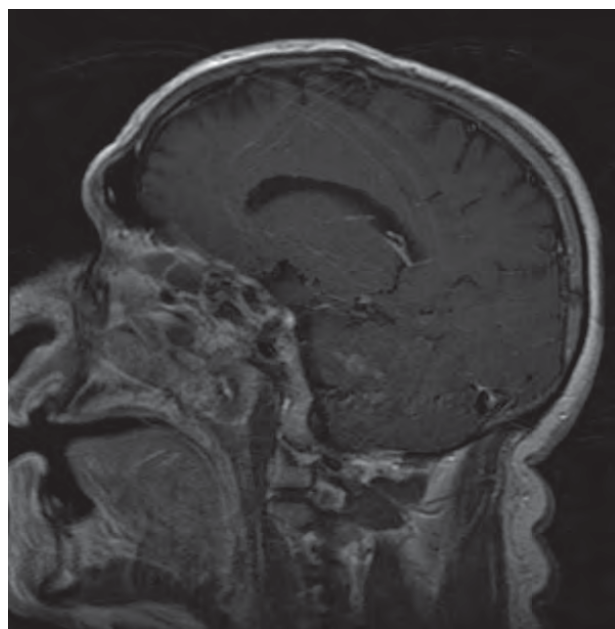


IMAGEN 21. Sagital T1+Gd

Artículos Originales

El paciente B volvió al servicio de diagnóstico por la imagen a los cuatro meses para someterse a una nueva RM cerebral, de control, para comprobar la verificación de la resolución definitiva de la enfermedad. En la RM post-tratamiento se observa una normalización de la señal tanto del tronco y cerebelo, sin captaciones anómalas de contraste, tras el proceso infeccioso padecido por el paciente. Por lo tanto, podemos afirmar que el tratamiento fue un éxito con la completa resolución del proceso (imagen 22-26).

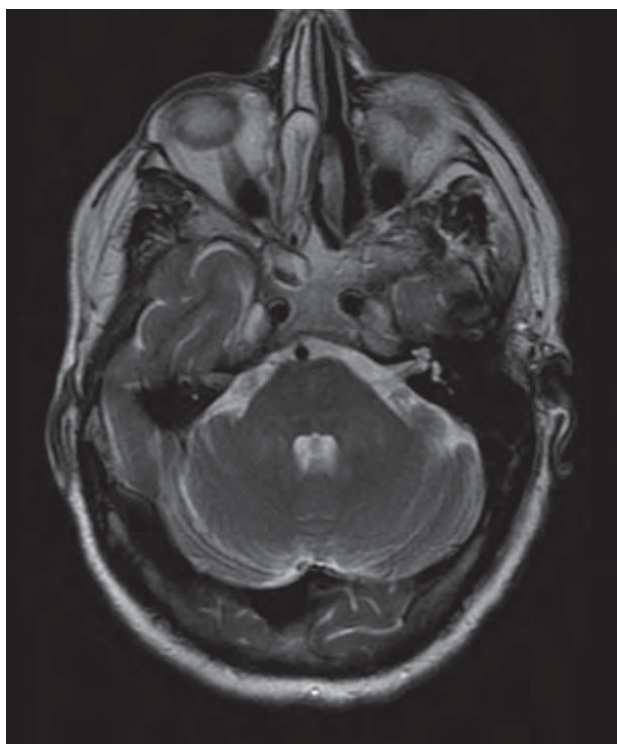


IMAGEN 22. Axial T2

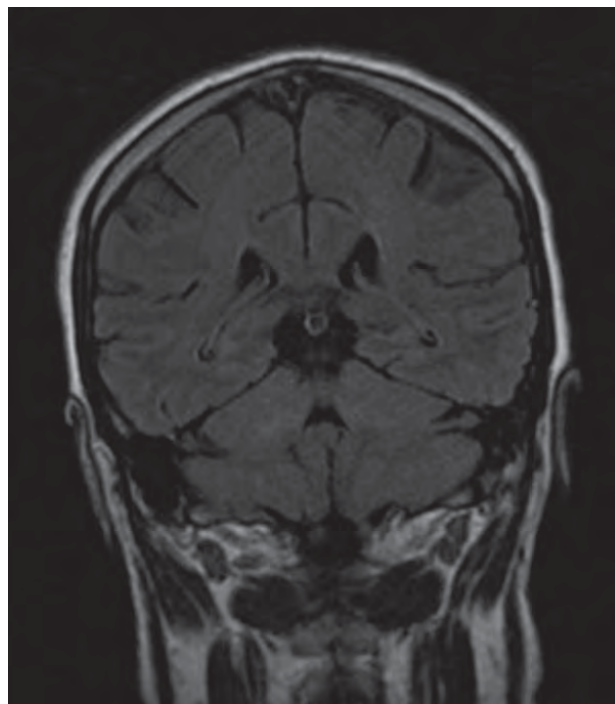


IMAGEN 23. Coronal FLAIR

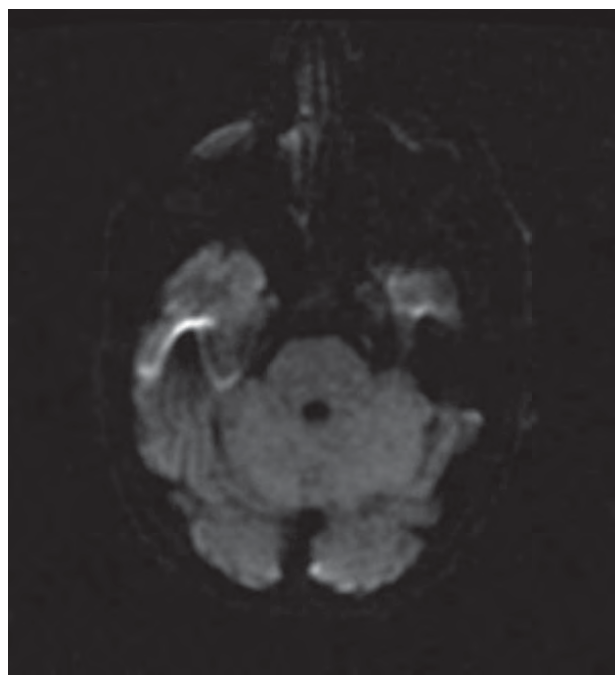


IMAGEN 24. Axial DWI

Artículos Originales

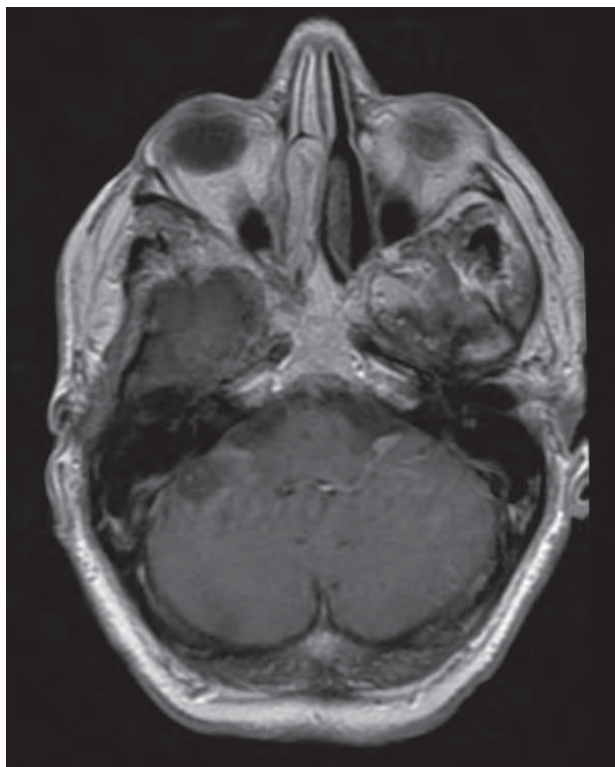


IMAGEN 25. Axial T1+Gd

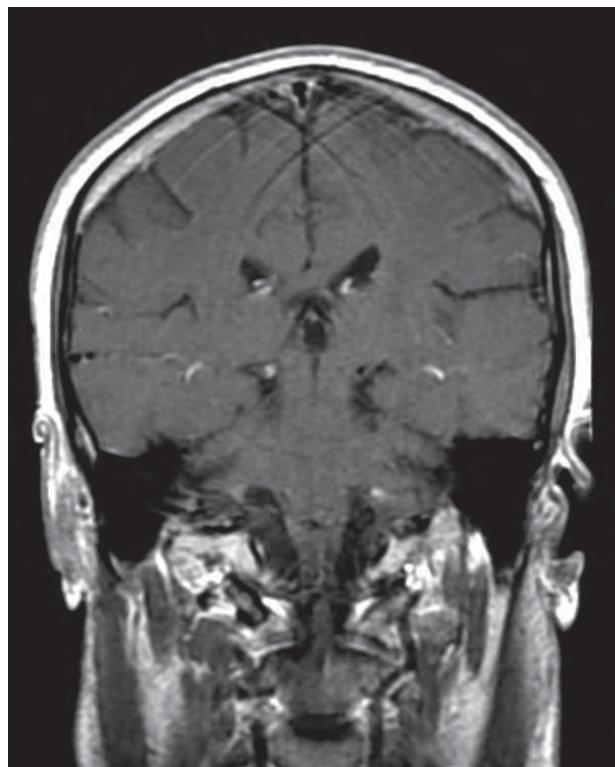


IMAGEN 26. Coronal T1+Gd

Conclusiones

La *Listeria Monocytogenes* es importante causa de zoonosis y contaminación alimentaria. La ingesta de estos alimentos es la puerta de entrada más frecuente en el ser humano, seguida de la de madre a hijo. Mantener una buena higiene y manipulación alimentaria es esencial para contener la infección por este microorganismo. La educación higiénica alimentaria en todos los ámbitos es esencial, como también lo es el lavado de manos para evitar la infección. Pequeños gestos pueden evitar situaciones desagradables.

Los abscesos por *Listeria Monocytogenes* pueden simular otras entidades más habituales como infartos o tumores, y retrasar el diagnóstico precoz, y la instauración de la antibioticoterapia. Por ello es importante realizar una buena exploración y anamnesis completa y exhaustiva al paciente, teniendo presente la presencia de fiebre o febrícula, junto con focalidad neurológica.

Se ha demostrado también la buena respuesta al tratamiento antibiótico de esta enfermedad, con la completa resolución de las lesiones en ambos pacientes. En uno de ellos, además, el estudio por imagen posterior ha demostrado la completa resolución de las lesiones.

Bibliografía

- 1.- Moragas Mireia, et al. Absceso cerebral del adulto por *Listeria monocytogenes*: presentación de 6 casos y revisión de la literatura médica. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Vol 28 N°2, año 2010: 87-94
- 2.- Castro A, et al. Encefalitis del tallo cerebral y mielitis por *Listeria monocytogenes*. *Revista del Instituto Nacional de Salud*. Vol 33, N°3, año 2013