

CUANDO TODO VA EN CONTRA Y LO VES DOBLE

Mireia Vicente Mora¹, Ester Tío Vilamala², Alfonso Jose Tapiz Reula³, Estrella Vallejo Rives¹, Ainoha Morón Pros¹, Daniel Antolín Hernandez¹

¹ Residents de Medicina de Familia

² Adjunta del servei de Neurologia

³ Cap clínic del servei de Medicina Interna Althaia

Nom autor: Mireia Vicente

Lloc de treball: Fundació Althaia Manresa

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: m.vicentemora@gmail.com

Forma de citació: Vicente M, Vallejo E, Morón A, Antolín D, Pont L, Lorente MQ. *Cuando todo va en contra y lo ves doble*. ReMUE.c@t 2018; 5(1):31-34

Motivo de consulta:

Vértigo y diplopía binocular fluctuante.

Antecedentes personales:

Varón de 73 años natural de Barcelona. Vive con su mujer. Laboral: Jubilado de la metalúrgica. Niega hábitos tóxicos. Enfermedad de Parkinson de 10 años de evolución. Intervención quirúrgica de menisco en 2012. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Tratamiento médico habitual: Rasagilina 1 mg/24 h, Pramipexol 2.1 mg/24 h, Carbidopa+Levodopa 25/100mg 1.5(9h) - 1.5(13h) -1.5(18h), Carbidopa+Levodopa 50/200mg (23h), Domperidona 10mg 2comp/dia.

Enfermedad actual: Paciente que consulta a nuestro servicio de urgencias por síndrome vertiginoso y diplopía binocular fluctuante de cuatro días de evolución. Niega otalgia, hipoacusia o cuadro catarral previo. No síndrome miccional o alteración del hábito deposicional. No antecedente de vértigo periférico y ausencia de trastorno de la marcha, disfagia o disartria.

Exploración física: TA 150/69mmHg. FC 62lpm. SatO₂ (FiO₂ 21%) 96%. T³⁶20°C. Buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. ACV: tonos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos ni extratonos, no IY. AP: MV conservado sin ruidos sobreañadidos. ABD: blando, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias palpables,

peristaltismo conservado, no peritonismo, PPLB negativa. EELL: no edemas, pulsos periféricos presentes y simétricos. NRL: consciente y orientado en las 3 esferas, no afasia, disartria leve (en relación a su enfermedad de Parkinson, según familia, no ha empeorado). Pupilas isocóricas normorreactivas, no déficits campimétricos por confrontación. Diplopía horizontal a la mirada extrema bilateral, sin objetivar oftalmoparesias. Ausencia de parálisis facial supranuclear, resto de pares craneales sin alteración. No déficits motores ni sensitivos. Rigidez de extremidades. Dismetría talón-rodilla bilateral. Nistagmus horizontal a la mirada extrema bilateral que se agota en 10 segundos (empeora con los cambios de posición). Marcha a pequeños pasos, con soporte de dos personas, no aumento de la base ni lateralizaciones.

No adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares o inguinales. Orofaringe: normal.

Pruebas complementarias en Urgencias:

Analítica de urgencias: Hb 16.3, Hematocrito 48.5, VCM 95.2, Leucocitos 10.2, **Neutrófilos 83.5**, Linfocitos 8.0, Plaquetas 148000, **Hemostasia normal** (INR 1.1, APTT 32 seg), Glucosa 104, Urea 37, Cr 0.94, FG 80.67, Sodio 133, Potasio 4.06, PCR 2.3, Procalcitonina 0.07.

Sedimento orina: No se observan leucos. 1-5 hematíes por campo. Mucina moderada.

Radiografía tórax: ICT dentro de la

normalidad, no alteraciones parenquimatosas ni pinzamiento de senos costofrénicos. **TC cráneo:** exploración sin alteraciones significativas.

ECG: sin alteraciones significativas.

PL: Leucos 22 mmc (PMN 88%, MMN 22%), Eritrocitos 17mmc, Glucosa 64mg/dl, Prot 0,4g/l. ADA 4 U/L, Xantocromía negativa.

Tinción de Gram del LCR: no se observan gérmenes.

Diagnóstico diferencial a Urgencias:

- Por la clínica compatible se contemplan como diagnósticos posibles: ACV del territorio vertebrobasilar, vértigo periférico, progresión de una enfermedad de Parkinson, tumor (meningeal o parenquimatoso), vasculitis cerebral o bien la enfermedad de Behcet.

- Por el hallazgo de PMN en el LCR, serían diagnósticos posibles: meningitis bacteriana temprana, meningitis viral, neurosífilis, meningitis tuberculosa o encefalitis.

Evolución y pruebas complementarias realizadas fuera de Urgencias

Inicialmente, el paciente se orienta como un vértigo periférico y se deja en observación a la espera de mejoría de la sintomatología. A las 2 horas en el control por enfermería se detecta febrícula de 37,7°C. Ante la sospecha de afectación central se realiza TAC y PL, hallando 20 leucocitos con predominio de PMN. Se cursa el film array para filiar la etiología y se añade Aciclovir por sospecha de meningoencefalitis vírica.

A los cinco días de su ingreso hospitalario y con el resultado de PCR negativas para E.coli, H. Influenzae, Listeria, N. Meningitidis, S.agalactie, S.pneumoniae, CMV, Enterovirus, VHS 1, 2 y 6, Paraechovirus, VVZ, C. Neoformans, se retira Aciclovir y se amplía el estudio con una RM de cráneo que muestra una alteración de la señal bulbomedular central, dorso del tronco y en borde medial de pedúnculo cerebelosos de predominio lado derecho.

A los dos días presenta fiebre de 38°C, empeoramiento de la clínica ocular y de forma brusca, disminución del nivel de consciencia, precisando intubación orotraqueal y ventilación mecánica por fallada respiratoria. Ingresa en la unidad de cuidados intensivos, realizándose hemocultivos y cobertura empírica con

ceftriaxona, ampicilina y Aciclovir. Posteriormente y con la confirmación de los resultados de los hemocultivos para L.monocytogenes serotipo 4, se añade Gentamicina y corticoides al tratamiento. La RM de cráneo a los 13 días muestra aumento en la extensión de las lesiones iniciales, además de aparición de focos de sangrado, así como presencia de imágenes que restringen a la difusión.

El paciente tras dos semanas de evolución tórpida, y a pesar de poder retirar sedación y responder a ordenes sencillas, no se consigue extubar resultando ser éxitus.

Diagnóstico final: Romboencefalitis por Listeria monocytogenes.

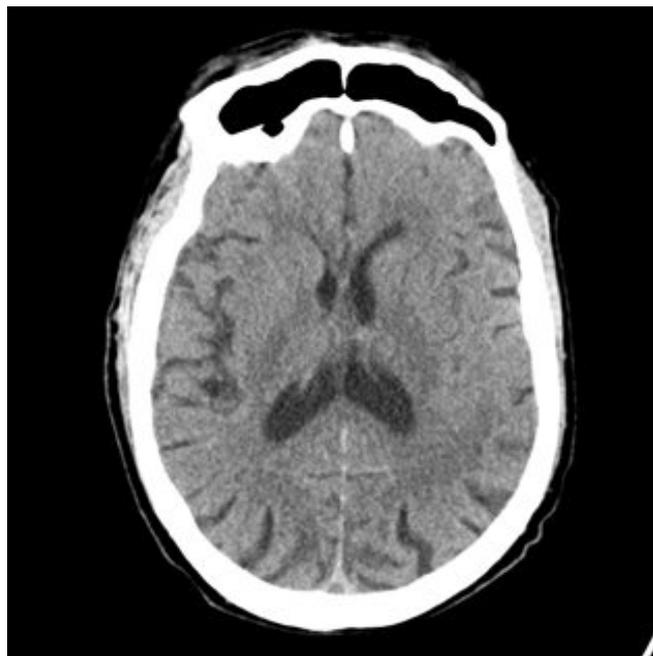
Discusión: La romboencefalitis por Listeria monocytogenes es una presentación poco común de infección del SNC, que suele afectar a pacientes en la edad extrema de la vida, inmunosuprimidos y embarazadas. El amplio diagnóstico diferencial y la posible demora en la obtención de resultados de las pruebas complementarias, hace necesario que se sospeche la patología precozmente para así empezar el tratamiento antibiótico empírico cuanto antes. Se sabe que sólo un 40% del cultivo del LCR y un 60% de los hemocultivos, resultan positivos para Listeria. Respecto a las pruebas de imagen, la RMN además de ser una herramienta importante para el diagnóstico, también puede determinar el pronóstico según la extensión y localización de las lesiones.

El síndrome vertiginoso es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias y a menudo el urgenciólogo no se siente muy cómodo por ser un síntoma muy inespecífico y con un amplio diagnóstico diferencial.

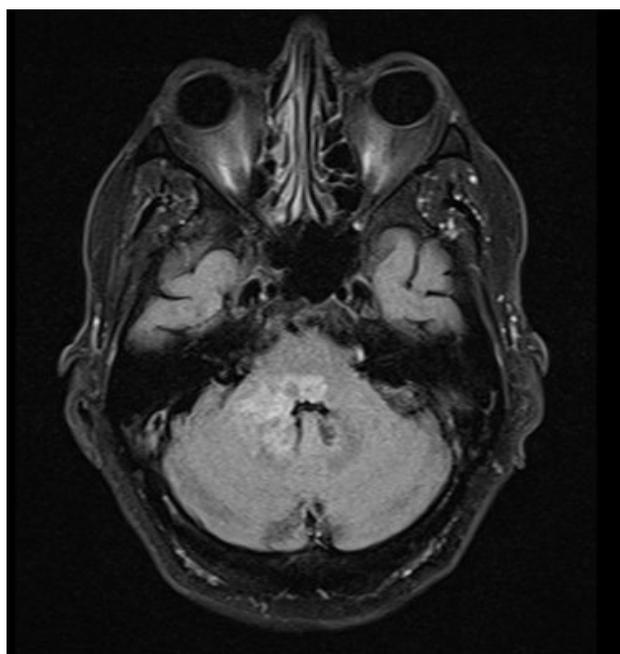
En nuestro caso y en urgencias, el paciente presenta un síndrome vertiginoso con diplopía fluctuante. El hallazgo casual de febrícula hace sospechar que no se trate de un vértigo periférico y tras realizarse TAC y PL con el diagnóstico probable de meningitis vírica se añade Aciclovir al tratamiento y se cursa un film array. En este punto, hubiera sido acertado pedir unos hemocultivos y realizar cobertura empírica con antibiótico a la espera de resultados de PCR.

Una vez hospitalizado, el resultado negativo del film array no ayudó al diagnóstico. ¿Se debería haber realizado cobertura antibiótica empírica una vez en planta en espera de resultados del Film

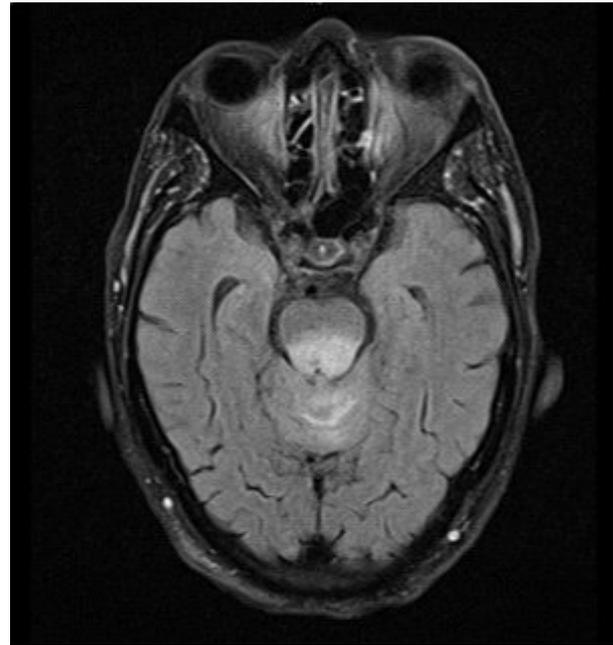
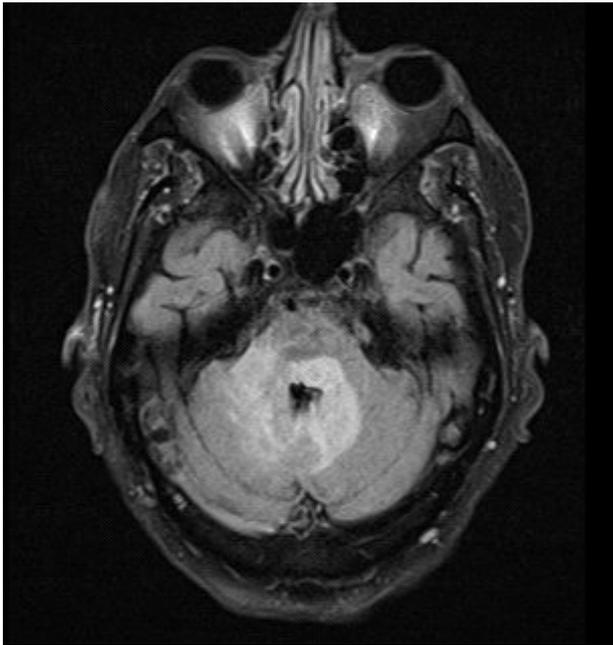
array? Al tratarse de un paciente de edad no muy avanzada, buen estado general y sin factores de riesgo se orientó como un proceso no infeccioso. Nuestro paciente sufrió una insuficiencia respiratoria aguda, la cual puede aparecer en un 40% de los pacientes, con una mortalidad del 51% pese al tratamiento antibiótico.



1. TC craneal



2. Primera RMN craneal



3. Segunda RMN craneal (a los 13 días de la primera)

Bibliografía:

1. Tokonami F, Imamura S, Suga M, Tokunaga K, Fukuda Y. A case of *Listeria rhombencephalitis* with a secondary vasculitis suggested by MRI. *RinshoShinkeigaku*. 1993 Jun;33(6):637-41.
2. Gaini S, Karlsen GH, Nandy A, Madsen H, Christiansen DH, Á Borg S. Culture Negative *Listeria monocytogenes* Meningitis Resulting in Hydrocephalus and Severe Neurological Sequelae in a Previously Healthy Immunocompetent Man with Penicillin Allergy. *Case RepNeurolMed*. 2015;2015:248302.
3. Castro A, Hernández OH, Uribe CS, Guerra A, Uruña P. Brainstem encephalitis and myelitis due to *Listeria monocytogenes*: a case report and literature review. *Biomedica*. 2013 Jul-Sep;33(3):343-9.
4. Uptodate. Gelfand MS., Epidemiology and pathogenesis of *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate [sede Web]. September 2017. http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-listeria-monocytogenes-infection?source=search_result&search=Clinical+manifestations+and+diagnosis+of+Listeria+monocytogenes+infection&selectedTitle=3%7E146
5. Uptodate. Gelfand MS., Treatment, prognosis, and prevention of *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate [sede Web]. September 2017. [http://www.uptodate.com/contents/treatment-prognosis-and-prevention-of-listeria-](http://www.uptodate.com/contents/treatment-prognosis-and-prevention-of-listeria-monocytogenes-infection?source=search_result&search=Clinical+manifestations+and+diagnosis+of+Listeria+monocytogenes+infection&selectedTitle=2%7E146)

6. Uptodate. Gelfand MS., Clinical manifestations and diagnosis of *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate [sede Web]. September 2017. http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-listeria-monocytogenes-infection?source=search_result&search=Clinical+manifestations+and+diagnosis+of+Listeria+monocytogenes+infection&selectedTitle=1%7E146.
7. Rubal D., Iñiguez I., Matesanz M., Casariego E. Guía clínica de Meningitis bacteriana en el adulto inmunocompetente. *Fisterra* [sede Web]. Setiembre 2017. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/meningitis-bacteriana-adulto-inmunocompetente/>.
8. Aymerich N, Lacruz F, Gállego J, Soriano G, Ayuso T, Villanueva JA. Rhombencephalitis caused by *Listeria*: clinical-radiological correlation. *An Sist Sanit Navar*. 2004 May-Aug;27(2):245-8.
9. Moragas M, Martínez-Yélamos S, Murillo O, Fernández-Viladrich P. Brain abscess due to *Listeria monocytogenes* in adults: six cases and review of the literature]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010 Feb;28(2):87-94. doi: 10.1016/j.eimc.2009.01.011. Epub 2009 Oct 3.