

## CASUÍSTICA

### ABSCESO CEREBRAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES

Lucas Martín Romano, Esteban Spadaro, Marcelo Leonel Migliacci

#### RESUMEN

La infección del sistema nervioso central por *Listeria monocytogenes* a menudo no es reconocida y tratada apropiadamente en los estadios tempranos de la enfermedad. Los pacientes en estado de inmunosupresión están en mayor riesgo. Además de meningitis y meningoencefalitis, pueden ocurrir infecciones en tronco cerebral (romboencefalitis), cerebritis y absceso cerebral. Describimos un paciente inmunosuprimido con un absceso cerebral secundario a *Listeria monocytogenes*, serotipo 4b.

#### SUMMARY

*Listeria monocytogenes* infection of the central nervous system is often not recognized and treated appropriately in the early stages of the disease. Patients with underlying disease or immunocompromised states are at risk. In addition to meningitis and meningoencephalitis, infection of the brainstem (rhombencephalitis), cerebritis and abscess can also occur. We described an immunocompromised patient with cerebral abscess related to *Listeria monocytogenes* serotype 4b.

#### INTRODUCCIÓN

La infección del sistema nervioso central por *Listeria monocytogenes* es frecuentemente no reconocida ni tratada adecuadamente en los estadios tempranos de la enfermedad. Se caracteriza básicamente por meningitis aguda o subaguda<sup>1-4</sup>. Otras formas menos frecuentes incluyen abscesos cerebrales<sup>3-9</sup>, medulares<sup>10,11</sup> y la romboencefalitis<sup>12,13</sup>. Los serotipos 4b, 1/2a y 1/2b representan el 96% de las infecciones en humanos<sup>8</sup>. El principal factor de riesgo es la inmunosupresión.

Describimos un paciente inmunosuprimido con un absceso cerebral secundario a *Listeria monocytogenes* tipo 4b.

#### CASO

Paciente de 75 años, con antecedentes de diabetes, hipotiroidismo y poliangéitis microscópica bajo tera-

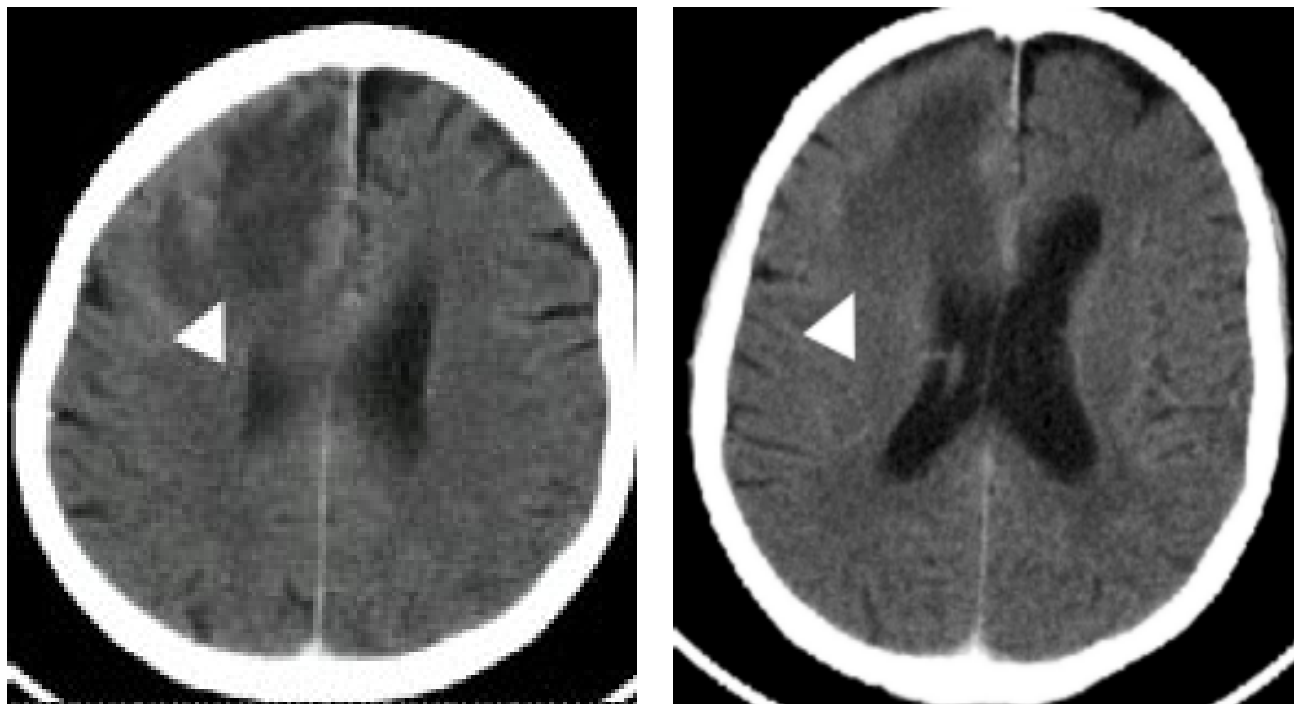
pia inmunosupresora. Ingresó por cuadro de confusión, fiebre, movimientos involuntarios en hemicuerpo derecho, hemiparesia izquierda y signos meníngeos. En la tomografía axial computada (TAC) de cráneo con contraste realizada al momento de la internación se observó imagen hipodensa frontal derecha, de 5,2 x 3,8 cm., con compresión del sistema ventricular, borramientos de surcos corticales y realce giriforme (figura 1-2). Se efectuó punción lumbar y hemocultivos. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona, ampicilina y gentamicina, asociado con dexametasona. La Resonancia nuclear magnética (RNM) de cráneo con contraste mostró imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 a nivel del lóbulo frontal derecho, sin realce parenquimatoso ni meníngeo (Figuras 3-4). Líquido cefaloraquídeo, biopsia de lesión y hemocultivos fueron positivos para *Listeria monocytogenes* serotipo 4b. Al décimo tercer día falleció en Unidad de Cuidados Intensivos.

#### DISCUSIÓN

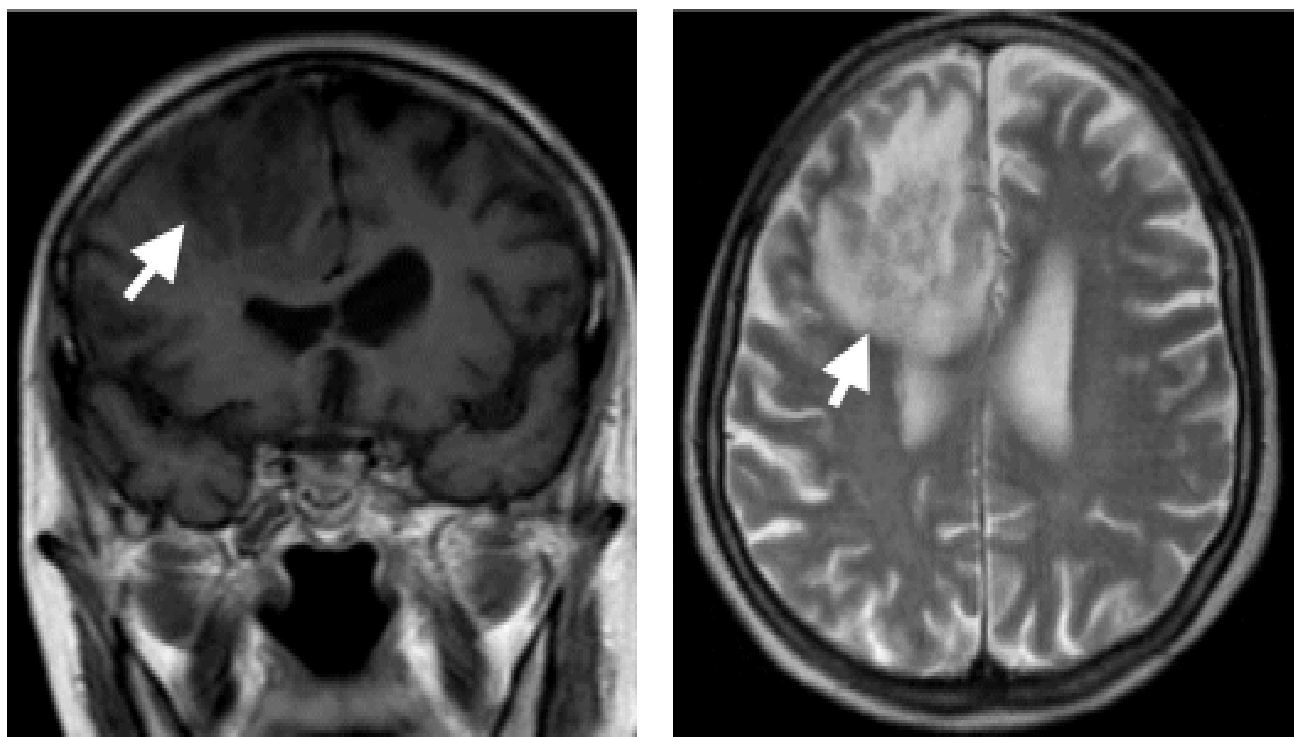
Los abscesos cerebrales por *L. monocytogenes* representan aproximadamente un 10% de las infecciones del sistema nervioso central causadas por este germen<sup>2,14,15</sup> y 1% del total de los abscesos cerebrales. Se asocian a meningitis en un 25-38% de los casos<sup>1,14,7</sup>. Éstos se presentan comúnmente en forma solitaria, siendo el principal factor de riesgo la alteración de la inmunidad celular<sup>7</sup>. Otros factores de riesgo incluyen edad y enfermedades preexistentes (diabetes, alcoholismo).

Los síntomas más frecuentes son cefalea, fiebre y síntomas neurológicos focales. La localización característica de estos abscesos es la sustancia gris subcortical, sobre todo el tálamo y los ganglios de la base<sup>7</sup>. El régimen antibiótico más frecuentemente empleado es la asociación de ampicilina con un aminoglucósido. La asociación de trimetoprima-sulfametoxazol es una alternativa válida para los pacientes alérgicos a la penicilina. La duración del tratamiento no está establecida. En la principal serie publicada, varió entre dos semanas y 14 meses. La mortalidad se sitúa en un 40%, entre causas directamente relacionadas con los abscesos y otras<sup>16</sup>. La excisión quirúrgica se reserva para abscesos en los que

<sup>1</sup> Servicio de Neurología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata, Argentina.  
E-mail: lucasromano@hotmail.com



**Figura 1-2.** T.A.C. imagen hipodensa frontal derecha, de 5,2 x 3,8 cm., con compresión del sistema ventricular, borramientos de surcos corticales y realce giriforme.



**Figura 3-4.** RMN de cerebro con contraste: se evidencia imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 a nivel del lóbulo frontal derecho de 6,5 cm. x 3,4 cm., sin realce con contraste.

falla el tratamiento médico o con gérmenes resistentes.

## CONCLUSIÓN

Consideramos que en todo paciente con inmunosupresión celular que padezca un síndrome febril acompañado de alteración del grado de conciencia o signos neurológicos, es mandatario descartar la infección por *L. monocytogenes*.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mylonakis E, Hohmann EL, Calderwood SB. Central nervous system infection with *Listeria monocytogenes*. 33 years experience at a general hospital and review of 776 episodes from the literature. *Medicine (Baltimore)* 1998; 77: 313-6.
2. Bartt R. *Listeria* and atypical presentations of listeria in the central nervous system. *Semin Neurol* 2000; 3: 361-73.
3. Donnelly CW. *Listeria monocytogenes*: a continuing challenge. *Nutr Rev* 2001; 59:183-94.
4. Doganay M. Listeriosis: clinical presentation. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2003; 35(3):173-5.
5. Dee RR, Lorber B. Brain abscess due to listeria monocytogenes: case report and literature review. *Rev Infect Dis* 1986; 8: 968-97.
6. San Andrés C, Esteban M, Crespo L, Solares J, Viñuelas J, Casado I. Absceso cerebral por listeria monocytogenes. Presentación de dos casos. *Rev Neurol* 1993; 21: 144-7.
7. Eckburg PB, Montoya JG, Vosti KL. Brain abscess due to *Listeria monocytogenes*. *Medicine (Baltimore)* 2001; 80: 223-35.
8. Cone LA, Leung MM, Byrd RG, Annunziata GM, Lam RY, Herman BK. Multiple cerebral abscesses because of *Listeria monocytogenes*: three case reports and literature review of supratentorial listerial brain abscess(es). *Surg Neurol* 2003; 59: 320-8.
9. Adeva-Bartolome MT, de Castro-García FJ, Castellanos-Pinedo F, Zurdo-Hernandez JM. Abscesos cerebrales por *Listeria monocytogenes*. *Rev Neurol* 2005; 40:219-21.
10. Morrison RE, Brown J, Goodling RS. Spinal cord abscess caused by *Listeria monocytogenes*. *Arch Neurol.* 1980; 37:243-4.
11. Pfadenhauer K, Rossmannith T. Spinal manifestation of neurolisteriosis. *J Neurol.* 1995; 242(3):153-6.
12. Armstrong RW, Fung PC. Brain stem encephalitis (rhombencephalitis) due to *Listeria monocytogenes*: case report and review. *Clin Infect Dis* 1993; 16:689-702.
13. Ortín Castaño A, Moreiro MT, Inés S, De la Calle B, Rodríguez Encinas A. Rombencefalitis por *Listeria monocytogenes*. Probable utilidad de la dexametasona asociada al tratamiento antibiótico. *Rev Neurol* 2002; 34: 830-2.
14. Lorber B. Listeriosis. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 1-11.
15. Lorber, B. *Listeria monocytogenes*. In: Principles and practice of infectious diseases. Mandell GL, Bennett JE and Dolin. Churchill Livingstone. Philadelphia, PA. 2000; 2208-2215.
16. Gerner-Smidt P, Ethelberg S, Schiellerup P, Christensen JJ, Engberg J, Fussing V, et al. Invasive listeriosis in Denmark 1994-2003: a review of 299 cases with special emphasis on risk factors for mortality. *Clin Microbiol Infect* 2005; 11(8):618-24.