

CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN...

ENFERMEDAD ACTUAL

- Paciente de 63 años que consulta por aumento de su disnea habitual con fiebre y 1 vómito las últimas 24h, con aumento de la tos, sin expectoración.
- La familia refiere que el paciente tiene tendencia a la somnolencia y un carácter más irascible los últimos días.

ENFERMEDAD ACTUAL (2)

- Hace 15 días fue dado de alta por agudización de su EPOC.
- Presenta importante sintomatología depresiva desde los últimos ingresos hospitalarios.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Hombre de 63 años de edad
- Sin alergias medicamentosas conocidas
- Exfumador de 50paquetes/año desde hace 4 años
- Hábito enólico de 40g/día

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (2)

- **Hº cardiológica:** Fibrilación auricular paroxística
- **Hº neumológica:** EPOC Gold IV (FEV1 0,73-25%), Cor pulmonale. Uso de broncodilatadores de forma habitual. Oxígeno crónico domiciliario. Corticodependiente. Múltiples ingresos por agudización de EPOC.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (3)

- **Tratamiento habitual:**

- Salmeterol+Fluticasona 25/250 2inh/12h
- Bromuro de Ipratropio 2inh/6h
- Salbutamol a demanda
- Omeprazol 20mg/24h
- Amiodarona 200mg/24h
- Teofilina 200mg/12h
- Oxigenoterapia domiciliaria a 2l/min/24h

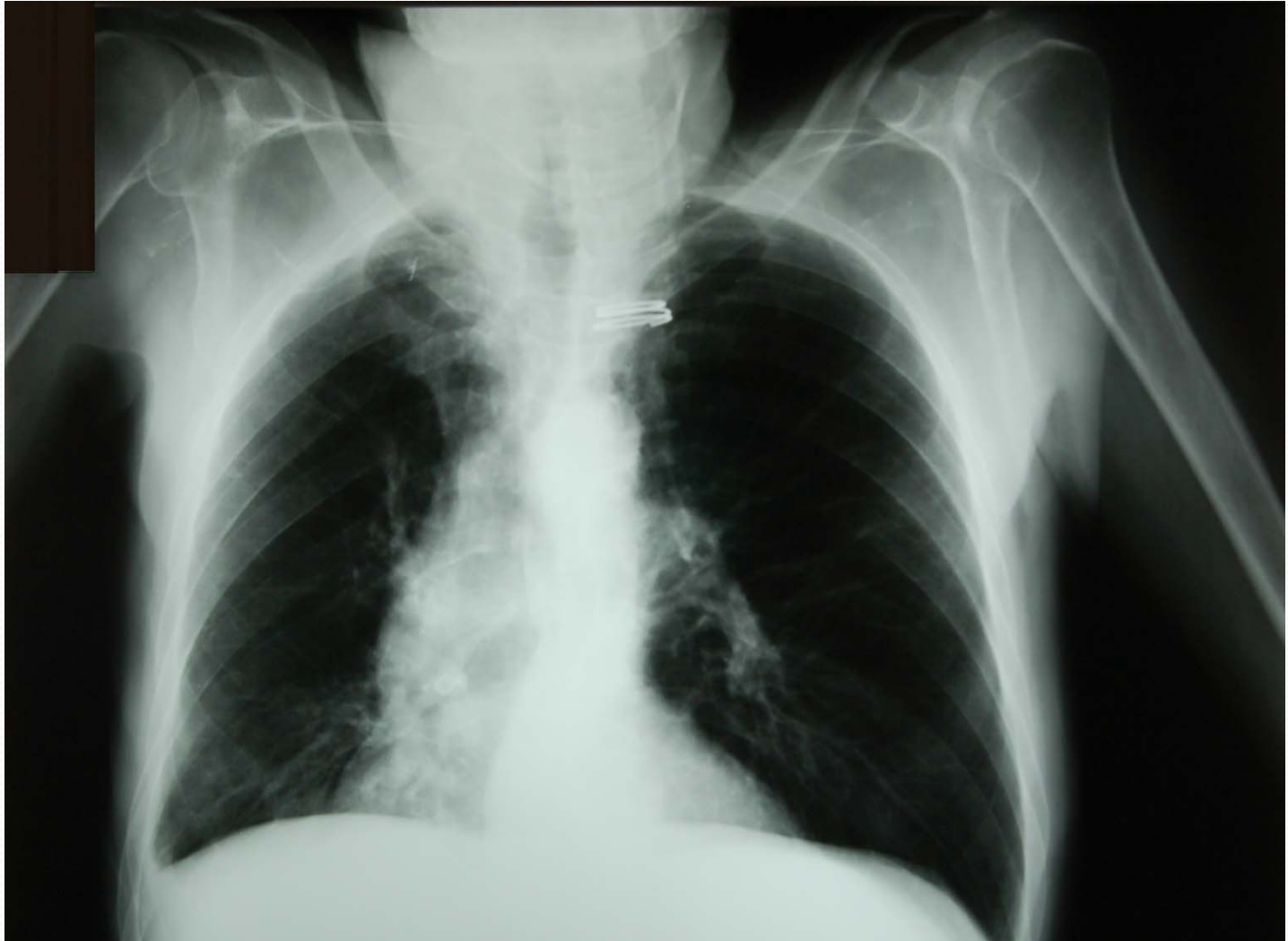
EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA: 160/70mmHg, FC: 102lpm, T°: 38.8°, SatO2 a 2l: 90%
- Regular estado general, consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado. Taquipneico. Caquexia
- **AC:** tonos cardíacos arítmicos, no audibles soplos ni roces
- **AR:** Hipofonesis global con espiración alargada y sibilantes dispersos
- **Abdomen:** peristaltismo conservado, no se palpan masas ni megalias, no doloroso a la palpación
- **Neurológico:** tendencia a la somnolencia, no flapping, no signos meníngeos, pares craneales normales, imposibilidad para la marcha o la bipedestación por miopatía severa. Reflejos osteotendinosos disminuidos. Abulia.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **ECG:** FA a 140FVM, eje a 60°, sin alteraciones agudas de la repolarización
- **A/S:** Hb: 9.7g/dl, VCM: 89fl, leucocitos: 14800mm³ (PMN: 83.3%), plaquetas: 285000/mm³, Quick: 108.3%, glucosa: 7.0mmol/L, urea: 4.2mmol/L, creatinina: 56umol/L, Na: 135.6mmol/l, K: 3.9mmol/L, GOT: 0.28uKat/L, Ác.fólico: 4.79mmol/L, Ác.fólico intraeritrocitario: 353.1mmol/L, B12: 220.0pmol/L, PCR: 88.1mg/L, serología luética: negativa. VIH negativo.
- **EABv:** pH: 7.365, pCO₂: 43.6, Bic: 25.1
- **S/O:** negativo
- **Ag Legionella y Pneumococo:** Negativos
- **Hemocultivos:** negativos

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA...

INFECCIÓN
RESPIRATORIA

AGUDIZACIÓN EPOC

CURSO CLÍNICO

- Se inicia tratamiento con oxigenoterapia, broncodilatadores, corticoides y ATB empírica (**Ceftazidima** y **Amikacina**), con mejoría del broncoespasmo
- No se moviliza de la cama y se acentúa su miopatía.
- Ánimo deprimido

CURSO CLÍNICO (2)

Noveno día de ingreso,...

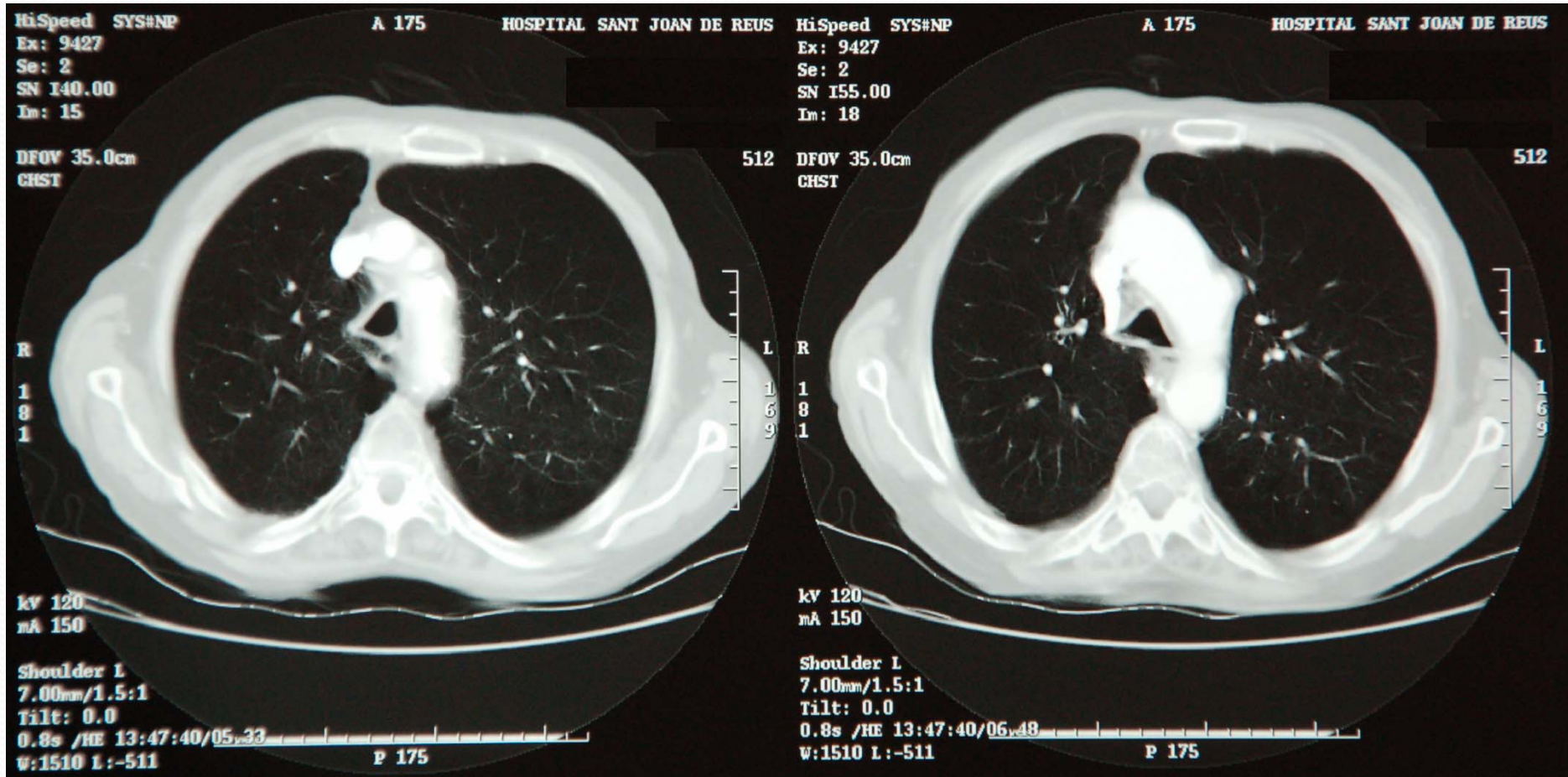
CURSO CLÍNICO (3)



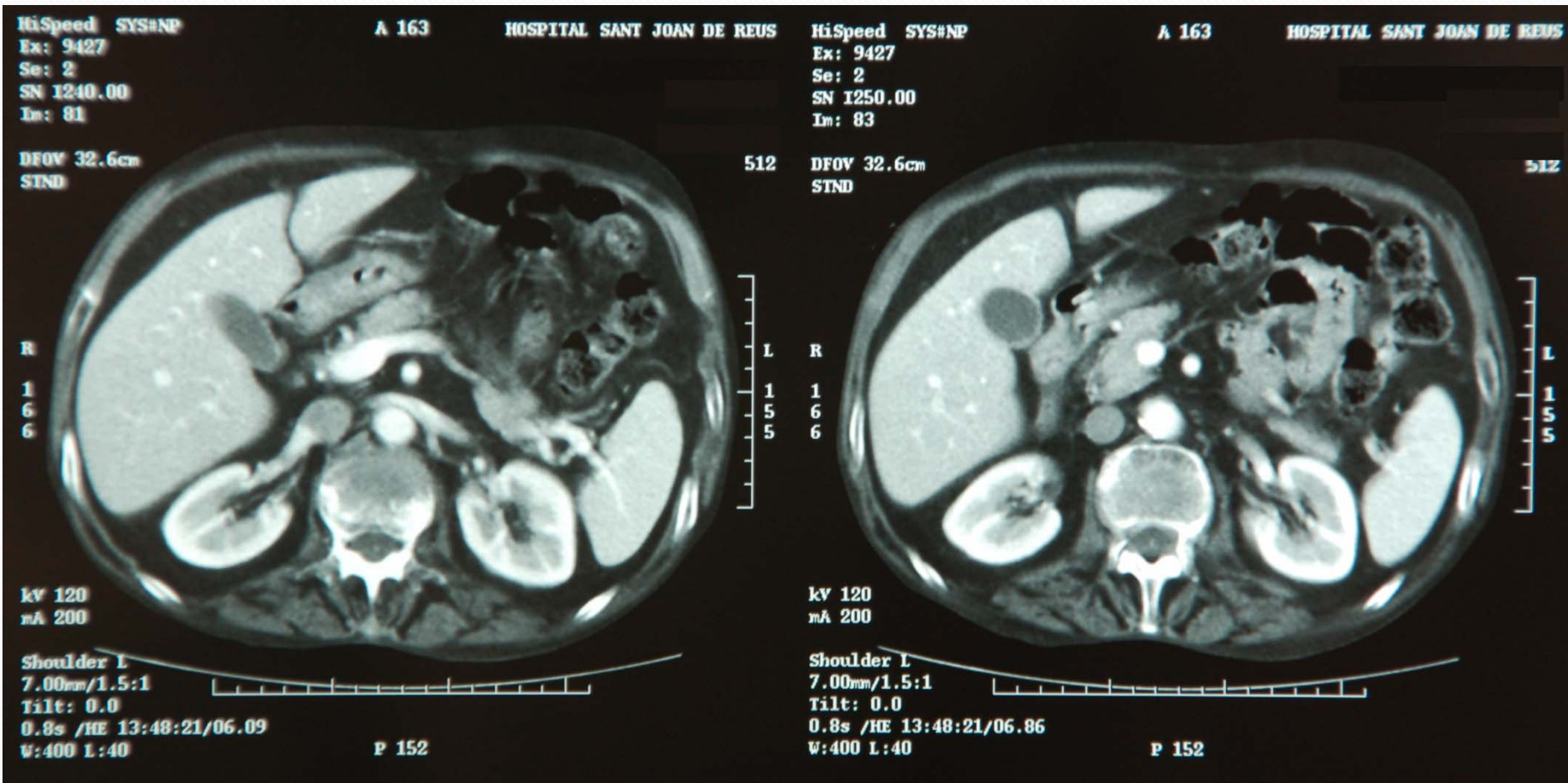
CURSO CLÍNICO (4)

- **A/S:** leucocitos: 12000/mm³ (PMN: 81%), VSG: 48mm/h, PCR: 76mg/L.
- **Hemocultivos (x2):** negativos

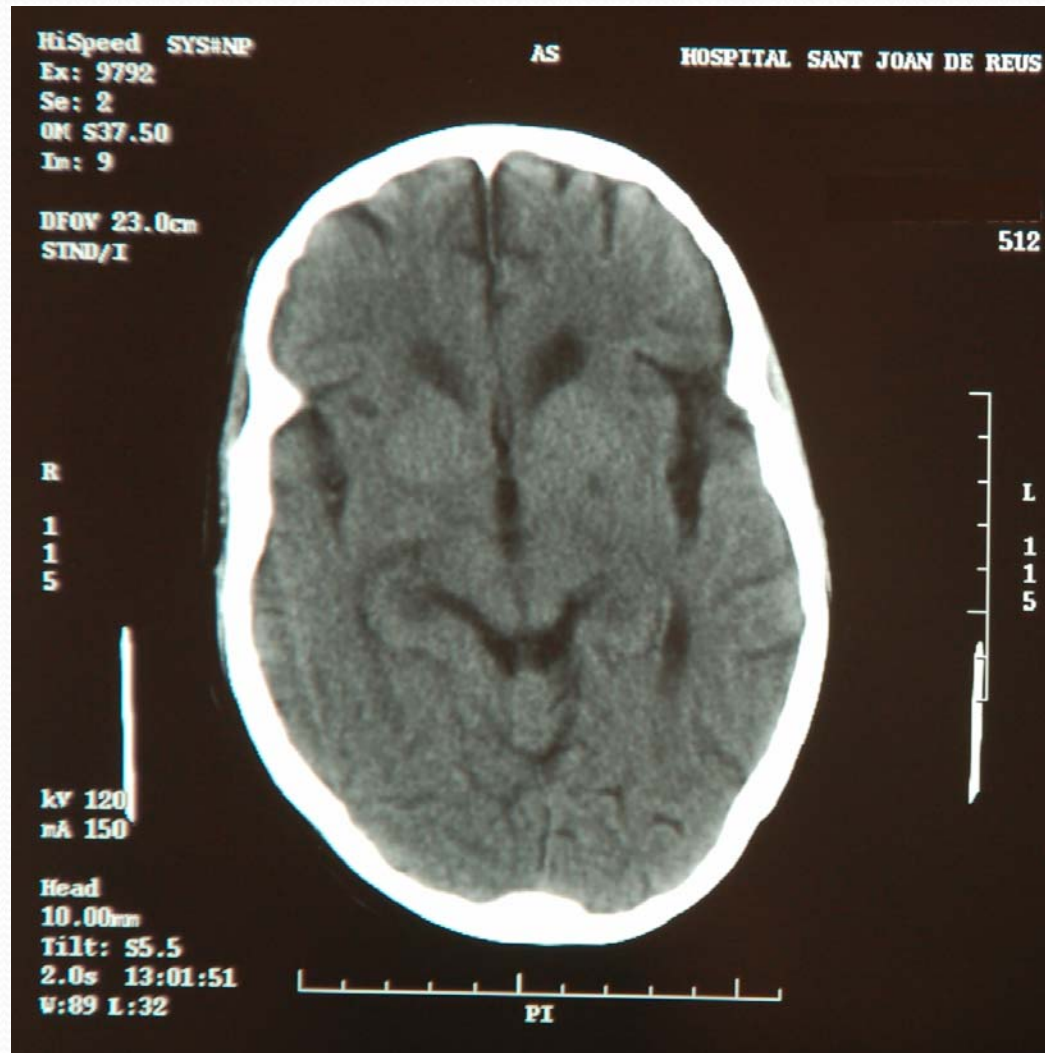
CURSO CLÍNICO(5)



CURSO CLÍNICO (6)



CURSO CLÍNICO

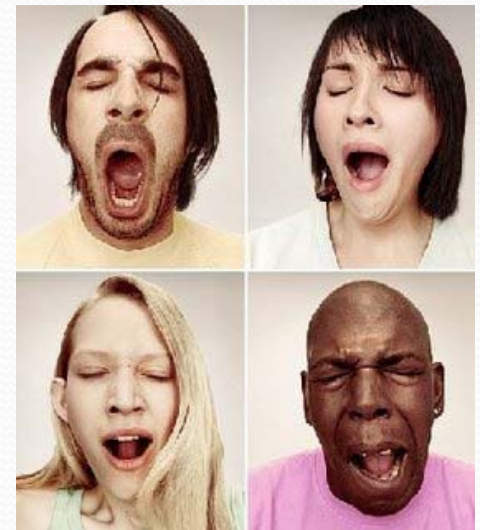


CURSO CLÍNICO

- Estudio de conducción y EMG: polineuropatía mixta axonal



RECORDEMOS...



PRUEBA DIAGNÓSTICA



PUNCIÓN LUMBAR



DIAGNÓSTICO

- Líquido cefaloraquídeo:
 - Leucocitos: $200/\text{mm}^3$
 - Hematíes: $1400/\text{mm}^3$
 - Proteínas: 0.94g/L
 - Glucosa: 3.5mmol/L
 - ADA: 12.3UI/L
 - LDH: 0.9 uKat/L

SOSPECHA DE MENINGITIS

- Fiebre
- Cefalea
- Irritabilidad y somnolencia
- Immunodepresión
- Negatividad de los hallazgos patológicos en focos respiratorio-abdominal-genitourinario
- Polineuropatía axonal justificable por el déficit de Ác-fólico y B12 en el contexto de enolismo

DIAGNÓSTICO

- Hemocultivos: Positivos por Listeria monocytogenes
- Cultivo LCR: Negativo



TRATAMIENTO

- Ampicilina 2g/8horas ev
- Desaparición de la fiebre y recuperación progresiva de su estado general

LISTERIA MONOCYTOGENES



- Bacilo gram positivo anaerobio facultativo intracelular
- Incidencia anual: 1/100000 habitantes
- 5% portadores sanos
- 5% meningitis en adultos
- 30% mortalidad global en pacientes correctamente tratados
- Período de incubación: 3-70 días

■ *Listeria monocytogenes*: Clinical and Experimental Update; Edward J.Wing and Stephen H. Gregory; The Journal Of Infectious Diseases 2002; 185: 18-24

■ Meningitis por *Listeria monocytogenes* en el adulto en España; M.Alcoba Leza et al. Rev Clin Esp 2002;202(12) 638-43.

■ Listeria i listeriosis Jesús Otero, Juan Ignacio Alós. SEMIC

LISTERIA MONOCYTOGENES



- Penicilinas
- Ampicilina
- Gentamicina
- Eritromicina
- Tetraciclinas
- Rifampicina
- Vancomicina
- Cotrimoxazol
- Escasa actividad de fluorquinolonas y cefalosporinas.

LISTERIA MONOCYTOGENES



- Grupos de riesgo:
 - Menores de 1 mes y mayores de 60 años
 - Embarazadas
 - Depresión de la inmunidad celular (corticoides, trasplantes, VIH, neoplasias hematológicas)
 - Enolismo/cirrosis hepática
 - Hemocromatosis
 - LES

LISTERIA MONOCYTOGENES



- Entrada por vía digestiva
- Se reproduce dentro los hepatocitos
- Episodio pseudogripal
- Gastroenteritis
- En meningitis por cualquier causa:
 - Signos de irritación meníngea 77%
 - Fiebre 76%
 - Cefalea 71%
 - Alteraciones del nivel de consciencia 41%
 - Focalidades neurológicas 20%

■ Nosocomial bacterial meningitis in adults; M. Weisfelt et al Journal of Hospital Infection (2007) 66,71-78

■ Listeria gastroenteritis Old Syndrome, New Pathogen; Walter F. New England Journal of Medicine (1997) 336,130-132

■ Acute Bacterial Meningitis in Adults, a Review of 493 Episodes; New England Journal of Medicine (1993), 328:21-28

TRATAMIENTO

- Ampicilina 200-400mg/Kg/día +/- Gentamicina 5-7mg/kg/día
 - 2 semanas en bacteriemia
 - 3 semanas en meningitis
 - 4-6 semanas en endocarditis
 - Más de 6 semanas en abscesos SNC
- Trimetoprim-Sulfametaxol 160/800mg/8-12h

CONCLUSIONES

- Obtener muestras biológicas siempre!
- EPOC inmunodeprimido valorar otros agentes infecciosos a parte de los de la vía aérea
- En ancianos con cuadros neurológicos subagudos, valorar *Listeria*, clínica insidiosa sin tríada típica de meningitis
- Irritabilidad también es un síntoma



GRACIAS!

BIBLIOGRAFÍA

- *Listeria monocytogenes*: Clinical and Experimental Update; Edward J. Wing and Stephen H. Gregory; The Journal Of Infectious Diseases 2002; 185: 18-24
- Meningitis por *Listeria monocytogenes* en el adulto en España; M. Alcoba Leza et al. Rev Clin Esp 2002; 202(12) 638-43.
- *Listeria* Pathogenesis and Molecular Virulence Determinants; José A. Vazquez-Boland et al. Clinical Microbiology Reviews, July 2001, p. 584-640
- Nosocomial bacterial meningitis in adults; M. Weisfelt et al. Journal of Hospital Infection (2007) 66, 71-78
- *Listeria* gastroenteritis Old Syndrome, New Pathogen; Walter F. New England Journal of Medicine (1997) 336, 130-132
- Major role of levofloxacin in treatment of a case of *Listeria monocytogenes* meningitis; Pierluigi Viale et al, Diagnostic Microbiology and Infectious Disease (2007) 58, 137-139

BIBLIOGRAFÍA (2)

- Aetiology of bacterial meningitis and resistance to antibiotics of causative pathogens in Europe and in the Mediterranean region; Georgina Tzanakaki et al, International Journal of Antibiotical Agents (2007)29,621-629.
- Acute Bacterial Meningitis in Adults, a Review of 493 Episodes; New England Journal of Medicine (1993), 328:21-28.
- Todar textbook of bacteriology
- Neurologia J.J. Zarranz
- Harrison Manual de Medicina 16th ed.

AGRADECIMIENTOS

- Dr. Jaume Servelló
- Dr. Antoni Castro
- Dr. Jordi González
- Dr. Carlos San Román y de Terán
- Secció de Pneumologia
- Dirección y coordinación del curso
- Sanofi Aventis