

MENINGITIS DE ETIOLOGÍA POCO HABITUAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Taborro A, Lerman Tenenbaum

D, Vera L y col. Meningitis de

etiología poco habitual en paciente

inmunocompetente. *Rev Arg Med*

2025;3:203-5

DOI: [https://doi.org/10.61222/](https://doi.org/10.61222/ggvf5d64)

ggvf5d64

Recibido: 23 de julio de 2024.

Aceptado: 21 de septiembre de 2024.

¹ Médico/a infectólogo/a, Servicio de Infectología del Hospital Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe.

² Servicio de Microbiología del Hospital Eva Perón, Granadero Baigorria.

MENINGITIS OF UNUSUAL ETIOLOGY IN IMMUNOCOMPETENT PATIENT

Andrés Taborro  0000-0002-4982-7725,¹ Damián Lerman Tenenbaum  0000-0002-3630-7747,¹ Lucía Vera  0009-0009-5955-3113,¹ Paula Truccolo  0009-0008-3624-0344,¹ Juan Rebagliati  0009-0003-3488-2080,² Eduardo Gregorini  009-0001-8018-5089²

RESUMEN

La meningitis secundaria a *Listeria monocytogenes* suele afectar a pacientes de edad avanzada, neonatos, inmunodeprimidos y embarazadas. Es poco frecuente el compromiso en pacientes jóvenes sin estas condiciones predisponentes. Presentamos el caso de una paciente inmunocompetente con meningitis secundaria a *Listeria monocytogenes*.

PALABRAS CLAVE. Meningitis, *Listeria monocytogenes*, inmunocompetente.

ABSTRACT

Meningitis secondary to Listeria monocytogenes usually affects elderly patients, neonates, immunosuppressed patients, and pregnant women. Engagement is rare in young patients without these predisposing conditions. We present the case of an immunocompetent patient with meningitis secondary to Listeria monocytogenes.

KEY WORDS. Meningitis, *Listeria monocytogenes*, immunocompetent.

El consentimiento para la publicación del presente artículo fue obtenido directamente del paciente.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Andrés Taborro. Los Sauces 749, Granadero Baigorria, Santa Fe. Correo electrónico: andrestaborro@outlook.com

Artículo publicado por la Revista Argentina de Medicina [RAM]. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada.

Introducción

Listeria monocytogenes es un bacilo grampositivo, anaerobio facultativo, que produce enfermedad en personas susceptibles y excepcionalmente en pacientes inmunocompetentes. Suele afectar a pacientes de edad avanzada, neonatos, inmunodeprimidos y embarazadas. Es poco frecuente el compromiso en pacientes jóvenes sin estas condiciones predisponentes (1). Se transmite por vía oral, a partir de alimentos contaminados y luego de atravesar la mucosa intestinal puede producir infecciones sistémicas (2).

La meningitis es la presentación más frecuente y ocupa el tercer lugar entre las meningitis bacterianas (3). Sin embargo, en personas inmunocompetentes menores de 50 años, la infección es rara y sólo ocurre en algunos pacientes. El diagnóstico de meningitis por *Listeria* presenta dificultades debido a que, hasta en el 50% de las muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR), la tinción de Gram puede resultar negativa (4). Se presenta el caso de una paciente joven, sin inmunosupresión conocida con meningitis a *Listeria*.

Objetivos

El propósito del artículo es presentar un caso clínico de aparición poco habitual en el grupo de pacientes analizados, así como la importancia del mismo a la hora de realizar diagnósticos diferenciales.

Presentación del caso clínico

Una paciente de sexo femenino de 17 años de edad, previamente sana, sin antecedentes de jerarquía, consultó por un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por registros febriles asociado a cefalea holocraneana de intensidad 8/10 y vómitos. Refirió haber consultado el día previo a otro servicio de emergencia donde le indicaron tratamiento sintomático, sin mejoría clínica.

Al ingreso se constató deterioro del estado general, con una valoración en la escala de coma de Glasgow de 10/15.

En el examen físico neurológico, se encontraba vigil con bradipsiquia y fotofobia, constatando rigidez de nuca, con signos de Brudzinski y Kerning positivos; el resto del examen físico no presentó alteraciones.

El cuadro se interpretó como meningitis y se inició tratamiento empírico con ceftriaxona 2 g cada 12 h y dexametasona 8 mg/día por vía endovenosa (EV).

Al ingreso se solicitó radiografía de tórax, tomografía de cráneo y serologías para VIH, VDRL, VHB y VHC, que resultaron negativas. Se efectuaron hemocultivos periféricos y punción lumbar, y se obtuvo LCR de aspecto



Figura 1. RMI de encéfalo donde se observa hidrocefalia.

límpido, incoloro, con 621 elementos con predominio de polimorfonucleares, proteinorraquia de 1,5 g/l y glucorraquia de 0,54 g/l. La evaluación microbiológica no identificó bacterias en la observación directa y en la coloración Gram, ni elementos fúngicos al colorearse con tinta china. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR, su sigla en inglés) para herpes virus, enterovirus y virus de Epstein-Barr arrojó resultados negativos.

A las 48 h se repitió la punción lumbar, y se observó aumento de leucocitos con predominio linfocitario, aumento de proteínas, disminución de la glucosa y elevación del lactato, decidiendo adicionar vancomicina 1 g cada 12 h EV y aciclovir 800 mg cada 8 h EV al plan terapéutico vigente. La paciente evolucionó con progresión del cuadro clínico, y se agregó deterioro del estado de conciencia y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Por tal motivo, fue derivada a la unidad de cuidados intensivos, donde se realizó concomitantemente resonancia magnética de encéfalo que reveló hidrocefalia aguda con edema periventricular (Fig. 1) y requirió drenaje ventricular externo y una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo que identificó los mismos hallazgos (Fig. 2).

Al cuarto día de internación en la UCI, en el cultivo de LCR se reportó *Listeria monocytogenes*, por lo cual se introdujo ampicilina 2 g cada 4 h por vía EV en el tratamiento. La paciente continuó con mala evolución clínica y falleció a los 20 días de internación.



Figura 2. TAC de cráneo, donde se observa hidrocefalia.

Discusión

La meningitis por *Listeria* es una enfermedad grave con una tasa de letalidad estimada de 17% a 24% (5). En individuos jóvenes, previamente sanos, la infección es extremadamente rara y representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

El análisis del LCR es esencial para confirmar o descartar el diagnóstico de meningitis. La presentación más común del LCR es pleocitosis con neutrofilia, disminución de la concentración de glucosa y aumento de los niveles de proteínas. En la meningitis por *Listeria* la tinción de Gram tiene una sensibilidad del 23-36% y los hemocultivos son positivos sólo en el 46-64% de los casos, mientras que el cultivo de LCR resulta positivo en el 83% de los pacientes (6).

La presentación clínica de la meningitis por *Listeria* no es específica y es similar a la observada en otros tipos de meningitis viral o bacteriana. Los signos y síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómitos, diarrea y estado mental alterado (7).

La hidrocefalia es una complicación grave de la meningitis bacteriana, probablemente relacionada con la reabsorción defectuosa de LCR a través de granulaciones aracnoideas como consecuencia de la reacción inflamatoria severa (7). *L. monocytogenes* es el segundo patógeno más común que causa hidrocefalia: ocurre en el 14% de los pacientes, y se observa particularmente en personas con cobertura inadecuada para la misma en el comienzo de la terapéutica (8).

Conclusión

La sospecha de meningoencefalitis por *Listeria* en pacientes jóvenes inmunocompetentes no es habitual, presumiendo la presencia de la misma frente al fracaso terapéutico, la aparición en cultivos de bacilos gram-positivos y el aumento del lactato acarreado, por ello, una demora terapéutica con un aumento marcado de la morbilidad. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Betancur CA, Mejía M, Posada V. Meningitis por *Listeria monocytogenes* con ADA elevado en paciente inmunocompetente. *Acta Medica Colombiana* 2016;41
2. Úbeda CM, García IC, González Miño C. Meningitis por *Listeria monocytogenes* en paciente inmunocompetente. *Revista Pediatría Atención Primaria* 2016;18
3. Trujillo Gutiérrez V, Campos Jiménez KI, Mendoza-Aguilar R, Loza Jalil SE. Neuroinfección por *Listeria monocytogenes* en un paciente inmunocompetente. *An Med* 2018;63:125-12
4. Cunha BA, Fatehpuria R, Eisenstein LE. *Listeria monocytogenes* encephalitis mimicking Herpes Simplex virus encephalitis: the differential diagnostic importance of cerebrospinal fluid lactic acid levels. *Heart Lung* 2007;36:226-31
5. Gaini S, Karlsen GH, Nandy A, et al. Culture negative *Listeria monocytogenes* meningitis resulting in hydrocephalus and severe neurological sequelae in a previously healthy immunocompetent man with penicillin allergy. *Case Rep Neurol Med* 2015;248302
6. Infante-Urrios A, Buñuel-Adán F, Gázquez-Gómez G, Ortiz de la Tabla V. Meningitis por *Listeria monocytogenes*: diagnóstico mediante PCR multiplex. *Elsevier* 2017;36:1-68
7. Castellazzi ML, Marchisio P, Bosis S. *Listeria monocytogenes* meningitis in immunocompetent and healthy children: a case report and a review of the literature. *Italian Journal of Pediatrics* 2018;44:152
8. Nachmias B, Orenbuch-Harroch E, Makranz C, Nechustan H, Eliahou R, Ben-Yehuda D, Lossos A. Early hydrocephalus in *Listeria* meningitis: Case report and review of the literature. *Elsevier* 2018;14