

347/3536 - COMA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

S. Álvarez López^a, M. Pinilla de Torre^b y M. Pinilla de Torre^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso. Ciudad Real. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años con artritis reumatoide en tratamiento con corticoides y metrotexate. Acude a su médico de atención primaria por parestesias peribucales que achaca a ansiedad, con antecedente de cuadro de gastroenteritis los 10 días previos. Mala evolución en domicilio, sufriendo disartria, paresia de miembros inferiores y bradicardia extrema con bajo nivel de conciencia, por lo que es trasladada al hospital por los servicios de emergencia. Ante situación de coma, se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde ingresa. Se procede a intubación orotraqueal con conexión a ventilación mecánica e inicio de antibioterapia empírica incluyendo cobertura a virus y patógenos oportunistas.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, Glasgow: 5 puntos. SatO2 del 97%. Bradicardia a 40 lpm. Ventilación bipulmonar conservada. Analítica: hemograma y bioquímica normales. PCR: 50 mg/l. TAC cráneo urgente: normal. -Líquido cefalorraquídeo: monocitosis. Proteínas: ligeramente elevadas. No consumo de glucosa, ADA normal. Aislamiento de Listeria monocytogenes. Se trata con ampicilina presentando buena evolución con ingreso en planta de Infecciosas y posteriormente alta con seguimiento por su médico de Atención Primaria e Infecciosas.

Orientación diagnóstica: Desde su inicio, el cuadro se orientó hacia una enfermedad infecciosa, inmunológica o neuropática, hasta obtención del resultado del líquido cefalorraquídeo que nos orientó hacia la primera de las causas. Se inició cobertura muy amplia, ya que se trataba de una paciente con tratamiento inmunosupresor de larga evolución procediendo a reducir espectro y manteniendo tratamiento dirigido con ampicilina ante el resultado del cultivo.

Diagnóstico diferencial: Metabólico. Infeccioso. Shock. Intoxicación. Status epiléptico. Accidente cerebrovascular. Hiper/hipotermia.

Comentario final: Ante bajo nivel de conciencia, es esencial realizar punción lumbar, pues nos orienta al diagnóstico en pocas horas, ayudando a identificar al posible agente causal y pautar un tratamiento dirigido hacia el mismo. Las infecciones por listeria son típicas en pacientes de edad avanzada e inmunodeprimidos. Ante estos antecedentes personales y la presencia de síntomas de lesión del tronco cerebral, como es la bradicardia en nuestro caso, debemos pensar en posible infección por listeria e iniciar tratamiento antibiótico, en este caso de amplio espectro por tratarse de una paciente inmunodeprimida y posteriormente dirigido hacia listeria una vez confirmado el diagnóstico mediante el cultivo.

Bibliografía

1. Guía clínica de manejo del paciente en coma. Instituto Nacional de Rehabilitación, 2012.

Palabras clave: Coma. Meningitis. Listeria.