

Meningitis por *Listeria monocytogenes* en una niña inmunocompetente

Sr. Editor:

La meningitis causada por *Listeria monocytogenes* en niños inmunocompetentes es muy poco frecuente después del período neonatal. La mayoría de los casos descritos en la literatura médica están relacionados con alguna causa de inmunosupresión. Es muy probable que en el resto de casos exista una causa subyacente de alteración del sistema inmunitario que pase desapercibida. Se presenta el caso de una niña de 2 años, previamente sana, que desarrolló meningitis por *L. monocytogenes* en el curso de un cuadro febril atribuido a infección por virus de Epstein-Barr (VEB).

Una niña de 2 años de etnia gitana sin antecedentes de interés fue traída al servicio de urgencias por fiebre moderada de 4 días de evolución. En las últimas horas presentaba los vómitos alimentarios. En la exploración se apreciaba únicamente regular estado general y franca hiperemia faríngea. El sedimento de orina, hemograma y proteína C reactiva resultaron normales. Fue ingresada en observación con la orientación diagnóstica de infección viral. A las pocas horas aparecieron llanto intenso, fotofobia y cefalea. En la exploración de aquel momento se detectó semiología de afectación meníngea. Se practicó punción lumbar con obtención de un líquido cefalorraquídeo (LCR) hipertenso, turbio, con 800 células (neutrófilos, 70%; linfocitos, 30%), glucosa, 23 mg/dl, y proteínas, 110 mg/dl, sin observarse microorganismos en la tinción de Gram. Se catalogó de meningitis bacteriana y se decidió iniciar tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima. A las pocas horas de la punción lumbar presentó una mejoría importante de su estado general y de los síntomas meníngeos. Esta evolución, unida a los datos del LCR, hace pensar en una posible etiología viral, por lo que se solicitaron serologías frente a enterovirus, VEB y citomegalovirus. Al tercer día de ingreso se observó crecimiento de *L. monocytogenes* en el cultivo del LCR y en el hemocultivo. Se cambió el tratamiento a ampicilina más gentamicina que se mantuvieron durante 21 y 13 días, respectivamente. Se realizó estudio de la inmunidad determinando las poblaciones linfocitarias y los niveles de inmunoglobulinas y del complemento, que fueron normales. Las serologías frente a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enterovirus y citomegalovirus fueron negativas, pero la IgM anti-VEB fue de 6,45 (valor de referencia < 1,0), lo cual indica infección aguda por este virus. La evolución posterior fue favorable, con persistencia al año de mínimas alteraciones en el electroencefalograma y en los potenciales evocados auditivos de tronco. No se pudo identificar la fuente de contagio.

L. monocytogenes es un bacilo grampositivo que suele afectar a recién nacidos, mujeres embarazadas, personas ancianas y pacientes inmunodeprimidos por cualquier causa, especialmente si existen defectos en la inmunidad celular¹⁻⁶.

El germen tiene la capacidad de propagarse de una célula a otra a través de la formación de unos pseudópodos dentro de la célula infectada. De esta manera elude el ataque de los anticuerpos, por lo que el organismo necesita una inmunidad celular íntegra, sobre todo de células T, para poder combatir la infección⁷.

La importancia de tener presente a *L. monocytogenes* ante una meningitis radica en su resistencia a las cefalosporinas de tercera generación, que actualmente son el tratamiento antibiótico empírico más extendido para las meningitis bacterianas no neonatales de etiología desconocida. Probablemente la rareza de esta infección en niños sin evidencias de inmunodeficiencia no justifica cambiar esta pauta antibiótica de forma generalizada. No obstante, se debe pensar en este microorganismo en aquellas meningitis supuradas sin germen en la tinción de Gram, en las que todavía no se ha identificado el agente causal y ante una evolución clínica no adecuada^{1,5,8}. El tratamiento de elección para listeriosis es la ampicilina intravenosa durante 3 semanas, asociando durante los primeros 10-14 días gentamicina, aunque hay estudios contradictorios sobre su efecto sinérgico *in vivo*^{1,3,5-7,9}.

En la literatura médica se encuentran casos de coinfección de *L. monocytogenes* con diversos microorganismos: virus de la hepatitis A², virus de la varicela⁶, meningococo⁸. El VEB muestra un tropismo muy marcado por el sistema inmunitario y, por lo tanto, las infecciones producidas por él pueden producir inmunosupresión, debido a una afectación transitoria de la inmunidad celular a través de efectos inhibidores sobre la producción de citocinas secretadas por los monocitos/macrófagos activados¹⁰. Por otro lado, la defensa frente a la infección por *L. monocytogenes* reside en los linfocitos T2, que son los que pueden verse alterados por alguna coinfección viral, las descritas anteriormente^{2,3,6}. En consecuencia, ante un niño con sistema inmunitario aparentemente normal que presenta una meningitis por *L. monocytogenes* se debe estudiar la inmunidad celular, además de la posible coexistencia de una etiología viral que pueda causar inmunodeficiencia transitoria.

V. Seidel Padilla, A. Martínez-Roig, E. Esteban Torné, S. Herrero Pérez, N. López Segura, A. Santos Solís y M. Bonet Alcaina

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Correspondencia: Dra. V. Seidel Padilla.

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Pº Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.

Correo electrónico: VSeidel@imas.imim.es

BIBLIOGRAFÍA

1. McLure JM. A 9-month-old boy with fever and lethargy. Clin Pediatr (Phila) 2000;39:295-8.
2. Solar A, Blanco R, Suárez F, Rodríguez G. *Listeria monocytogenes* meningitis during the incubation period of hepatitis A disease. Pediatr Infect Dis J 2000;19:265-6.

3. Contessotto C, Avilés MJ, Gutiérrez JD. Meningitis por *Listeria monocytogenes* en niño inmunocompetente. Rev Esp Pediatr 1997;53:458-61.
4. Hervas JA, Fiol M, Cuesta M. Non-neonatal relapsing meningitis caused by *Listeria monocytogenes*. Pediatr Infect Dis J 1986;5:721.
5. Von Klackreuth G, Staab D, Haverkamp F, Molitor E, Marklein G. Listerienmeningoenzephalitis bei einem 2-jährigen Knaben. Monatsschr Kinderheilkd 1990;138:351-3.
6. Tim MW, Jackson MA, Shannon K, Cohen B, McCracken GH Jr. Non-neonatal infection due to *Listeria monocytogenes*. Pediatr Infect Dis 1984;3:213-7.
7. Southwick FS, Purich DL. Intracellular pathogenesis of listeriosis. N Engl J Med 1996;334:770-6.
8. Schneeberger P, Sluiter E, Van Doorn IJ, Spanjaard L. *Listeria monocytogenes* during treatment of a meningococcal meningitis in an immunocompetent infant. Scand J Infect Dis 1996;28:525-6.
9. Kessler SL, Dajani AS. *Listeria* meningitis in infants and children. Pediatr Infect Dis J 1990;9:61-3.
10. Gosselin J, Flamand L, D'Addario M, Hiscott J, Stefanescu I, Ablas DV, et al. Modulatory effects of Epstein-Barr, herpes simplex, and human herpes-6 viral infections and coinfections on cytokin synthesis. A comparative study. J Immunol 1992;149:181-7.