

ADEM monofásico en relación a meningococcalitis espontánea por *Enterococo Faecalis*

Antonio Arroyo^{1,2*}, Andrés Ferre^{1,2}, Andrés Pedreros^{1,2}, César Giglio^{1,2}, Andrés Kemeny^{1,2}, Rodrigo Ramos^{1,2}, Andrés Las Heras², Jorge Dreyse².

1. Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile. 2. Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

*Correspondencia: antonio-gaa@hotmail.com

Introducción: La encefalomiелitis diseminada aguda post-infecciosa (ADEM), es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC), de carácter monofásico cuando la clínica ocurre dentro de los 3 meses del evento inicial. La infección del SNC por enterococos es infrecuente, representando 1% de las causas bacterianas. Se han descrito 2 formas; 1. procedimientos neuroquirúrgicos y dispositivos; 2. espontánea, de origen intraabdominal, cardiovascular y bacteremia primaria. **Metodología:** Descripción caso de ADEM en relación a meningococcalitis espontánea por *Enterococo Faecalis* (EF), abordaje diagnóstico y terapéutico. Se obtuvo el consentimiento informado, así como también autorización por parte de Clínica Las Condes y sus organismos previamente. **Resultados:** Hombre de 42 años, autovalente, con hipertensión arterial y enfermedad renal crónica etapa 5 en peritoneo diálisis (PD). Consulta por cefalea holocránea y compromiso de conciencia (CC), que fluctúa entre sopor medio y agitación de 6 días de evolución, asociado a disfunción de cateter de PD y sin terapia dialítica hace 8 días. Resonancia nuclear magnética de cerebro (RNMC) (Figura 1A) al ingreso sin alteraciones de carácter agudo. Interpretado como encefalopatía urémica se inicia hemodiálisis de urgencia; pese a ello, persiste CC. Al día 2 se agrega fiebre y se policultiva incluyendo cateter de PD e inicia ceftriaxona empírica. Sin respuesta clínica y cultivos negativos al día 6, se realiza punción lumbar (PL), que resulta inflamatoria, con cultivo que reporta EF, iniciando Ampicilina/Linezolid. Presenta al día 10 crisis convulsiva que requiere traslado a cuidados intensivos, intubación y ventilación mecánica invasiva por 7 días. Una vez extubado mantiene CC. Se repite estudio microbiológico de LCR al día 17 que resulta negativo. RNMC (Figura 1C/D) informa nueva lesión occipital derecha interpretada como cerebritis. Al día 21, sin avance clínico se realiza nueva RNMC (Figura 1E/F) que informa incremento de tamaño de la lesión; se decide biopsia cerebral que reporta hallazgos de enfermedad desmielinizante. Se plantea ADEM iniciando metilprednisolona 250 mg por 3 días y luego traslape a prednisona, evidenciando mejoría clínica a partir del quinto día de corticoterapia. Además, recibe terapia antibiótica dual efectiva por 37 días considerando meningococcalitis tratada. Al cabo de 25 días del inicio de corticoides, es dado de alta sin CC y con plan de rehabilitación secuencial dirigida. **Conclusiones:** Los estudios con RNM en ADEM muestran lesiones en sustancia blanca subcortical y de la sustancia gris tanto cortical como profundo, con evidencia de lesiones a partir del día 10 desde el inicio del cuadro infeccioso del SNC, similar a los hallazgos obtenidos en este paciente. Los casos reportados de ADEM de causa bacteriana representan solamente el 3% y en extensa revisión no se reporta ningún caso asociado a infección espontánea por EF, siendo este caso aún excepcional en la literatura médica.

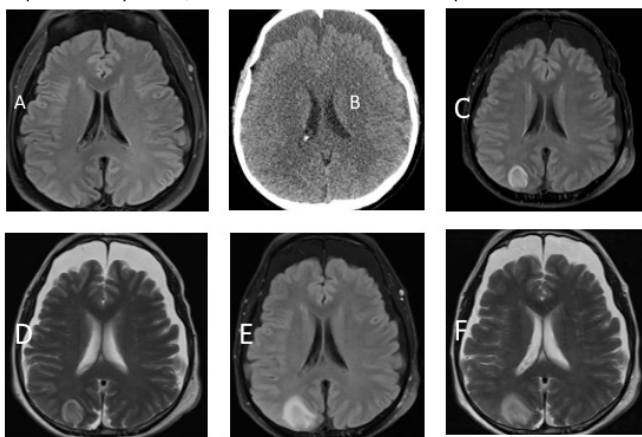


Figura 1A: día 1 (RNM): Espacio subaracnoideo prominente a nivel supra e infratentorial. Lesión de aspecto secuelar en la región inferior del hemisferio cerebeloso izquierdo. No observo lesiones parenquimatosas cerebrales definidas. **Figura 1B:** día 6 (TAC): Aumento de amplitud del espacio subaracnoideo cortical y de las cisternas de la base. Sistema ventricular supra e infratentorial de amplitud conservada. No se observan evidencias de HSA ni colecciones yuxtadurales. Par uima cerebral y tronco enc lo de densidad conservada. Lesión secuelar en hemisferio cerebeloso izquierdo, sin variaciones. **Figura 1C/1D:** día 17 (RNM): Lesión orticosubcortical occipital derecha con alta señal T2/FLAIR, baja señal T1, sin restricción de la difusión el agua con excepción el parénquima ady.