

LISTERIOSI. A PROPÒSIT D'UN CAS

Autors: Alba Martínez Escudé¹, Raquel Pinto Rodríguez² i Anna Pérez López³

¹ ABS Granollers 4- Sud. Institut Català de la Salut. Metge resident de tercer any en Medicina Familiar i Comunitària.

² ABS Parets del Vallès. Institut Català de la Salut. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

³ ABS Granollers 4- Sud. Institut Català de la Salut. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària

Correspondència: amartineze@fhag.es

Correctors: Lurdes Alonso i Albert Boada

Publicat: març 2014

Alba Martínez Escudé, Raquel Pinto Rodríguez, Anna Pérez López (2014)

Listeriosi. A propòsit d'un cas

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss1/4>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

La *Listeria monocytogenes* és un bacil grampositiu que causa la listeriosi, una malaltia infecciosa poc freqüent. En gestants sol afectar al tercer trimestre d'embaràs, encara que pot aparèixer des de l'inici, i pot ser causa d'avortaments de repetició. A continuació presentem el cas d'una pacient primigesta amb listeriosi i mort fetal intraúter.

CAS CLÍNIC

Dona de 29 anys, gestant de 18 setmanes, amb antecedents d'hipotiroïdisme per tiroïdectomia en tractament substitutiu.

Va consultar al servei d'urgències per síndrome febril de quinze dies d'evolució, cefalea i dolor abdominal difús. Constava l'antecedent d'un viatge a Amèrica Central feia un mes i un ingrés hospitalari recent per febre sense focus aparent.

A l'exploració física presentava febre de 40°C i signes d'hipoperfusió sanguínia. La palpació abdominal va ser dolorosa al hemiabdomen inferior i la punyopercussió lumbar negativa. A l'especuloscòpia es va trobar una leucorrea abundant no pudent. No es va detectar focalitat neurològica i la resta de l'exploració física va ser normal.

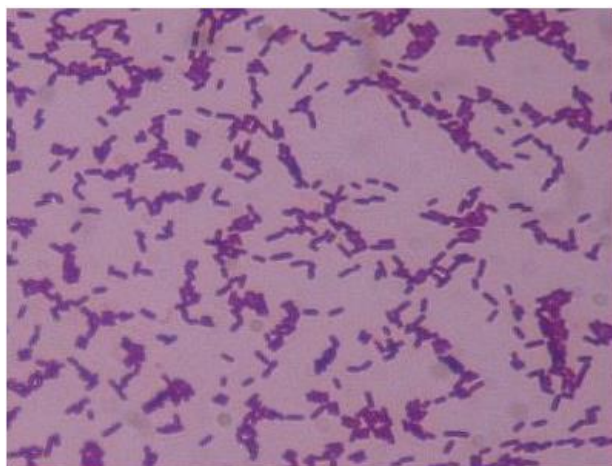
L'anàlisi de sang va mostrar una PCR de 209 mg/L (valors normals: 0-5 mg/L), leucocitosi de 15.600x10⁹/L i una lleu hipertransaminasèmia. El sediment d'orina va ser negatiu. Les serologies de virus hepatitis B i C, Epstein Barr, Citomegalovirus, Coxiella, Brucella, Toxoplasma, Rickettsia, Parvovirus i Dengue, sol·licitades durant l'ingrés anterior, van ser negatives. A la ecografia transvaginal i abdominal, es va constatar l'absència de moviments i batecs fetals i sota la sospita de sèpsia per possible corioamnionitis i òbit fetal, es va iniciar antibioteràpia empírica endovenosa amb Clindamicina i Gentamicina, antitèrmics i serumteràpia. Es va procedir a la maduració cervical amb prostaglandines, amb expulsió del fetus passades les 24 hores des de l'ingrés a urgències.

El cultiu endocervical va revelar la presència de bacils grampositius del tipus lactobacils i els hemocultius van ser positius a les 72h per *Listeria monocytogenes*, modificant la pauta antibiòtica per Ampicil·lina i Gentamicina (figura 1).

Posteriorment, l'examen anatomopatològic va mostrar un fetus masculí de 16-17 setmanes d'edat gestacional amb signes d'infecció broncopulmonar, i l'examen placentari va confirmar una corioamniofuniculitis amb múltiples abscessos intervellositaris.

L'evolució clínica de la pacient va ser favorable.

Figura 1



DISCUSSIÓ

La *Listeria monocytogenes* és un bacil grampositiu anaerobi facultatiu¹. La majoria de les infeccions estan ocasionades per serotips 1/2a, 1/2b i 4b^{2,3}. A la població general hi ha un 10% de portadors fecals asimptomàtics¹. La incidència estimada en un estudi espanyol és de 0,65 per 100.000 habitants/any⁴.

Hi ha una major predisposició en pacients immunosuprimits, edat avançada, embaràs-sades, nounats i amb malalties cròniques.

En adults el vehicle de transmissió més freqüent són els aliments contaminats. La infecció fetal i neonatal es deu a la transmissió vertical, a través de la placenta o del canal del part.

L'espectre clínic de presentació és divers podent manifestar en forma de gastroenteritis, bacterièmia primària, meningoencefalitis, endocarditis, peritonitis, entre altres quadres clínics¹. A les gestants es presenta com febre sense focus aparent. Pot ocasionar infeccions en el tracte genitourinari, corioamnionitis, avortaments de repetició, mort fetal intraúter i neonatal, taxa augmentada de cesàries, part prematur i sèpsia^{5,6}. En els nounats es pot presentar en forma de granulomatosi infantósèptica, infecció respiratòria o meningitis, amb important morbiditat i mortalitat⁶.

No hi ha proves serològiques útils per al diagnòstic de la malaltia⁶, pel que el diagnòstic de certesa es realitza cultivant el germen en sang, líquid amniòtic, placenta o altres teixits infectats.

El tractament d'elecció durant l'embaràs és l'ampicil·lina, associada o no a gentamicina, podent-se considerar segons risc-benefici en pacients al·lèrgics l'associació de trimetoprim i sulfametoxazol.

S'aconsella la realització d'hemocultius en gestants amb febre d'origen desconegut⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez B, Palència E. Infeccions per *Listeria*. *Medicine* 2010; 10 (50) : 3368-72.
2. Suárez MM, Bautista RM, Almela M, Soriano, Marc F, Bosch J et al. Bacterièmia per *Listeria monocytogenes*: anàlisi de 110 casos. *Med Clin (Barc)* 2007; 129 (6): 218-21.
3. Poulsen KP, Czuprynski CJ. Pathogenesis of listeriosis during pregnancy. *Anim Health Res Rev* 2013; 14 (1):30-9.
4. Garrido V, Torroba L, García- Xaló I, Vitas AI. Surveillance of listeriosis in Navarre, Spain, 1995-2005. Epidemiological patterns and characterization of clinical and food isolates. *Euro Surveill* 2008; 13 (49).
5. Cumbras JM, Garcia- Jiménez I, Vidal R, Dapena J. Listeriosi materna i mort fetal intraúter. *Clin Invest Gin Obst* 2005; 32 (4): 180-1.
6. Doblas PA, Eguiluz I, Barber MA, Hijano JV, Gómez -Castellà M, Monis S et al. Listeriosi i gestació. *Clin Invest Gin Obst* 2002; 29 (6): 233-7.