

LISTERIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autoras: Alba Martínez Escudé¹, Raquel Pinto Rodríguez² y Anna Pérez López³

¹ ABS Granollers 4- Sud. Institut Català de la Salut. Médico residente de tercer año Medicina Familiar y Comunitaria.

² ABS Parets del Vallès. Institut Català de la Salut. Médico especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

³ ABS Granollers 4- Sud. Institut Català de la Salut. Médico especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Correspondencia: amartineze@fhag.es

Correctores: Lurdes Alonso y Albert Boada

Publicado: marzo 2014

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

Listeriosis. A propósito de un caso

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

Este es un artículo Open Access distribuit segons llicencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓN

La *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo que causa la listeriosis, una enfermedad infecciosa poco frecuente. En gestantes suele afectar en el tercer trimestre de embarazo, aunque puede aparecer desde el, y puede ser causa de abortos de repetición. A continuación presentamos el caso de una paciente primigesta con listeriosis y muerte fetal intraútero.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años, gestante, de 18 semanas, con antecedentes de hipotiroidismo por tiroidectomía en tratamiento substitutivo.

Consultó al servicio de urgencias por síndrome febril de quince días de evolución, cefalea y dolor abdominal difuso. Constaba el antecedente de un viaje a América Central hacía un mes y un ingreso hospitalario reciente por fiebre sin foco aparente.

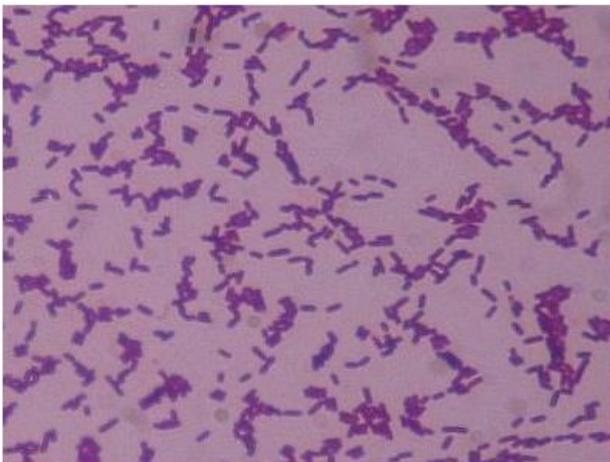
En la exploración física presentaba fiebre de 40°C y signos de hipoperfusión sanguínea. La palpación abdominal fue dolorosa al hemiabdomen inferior y la puñopercusión lumbar negativa. En la especuloscopia se encontró una leucorrea abundante no maloliente. No se detectó focalidad neurológica y el resto de la exploración física fue normal.

El análisis de sangre mostró una PCR de 209 mg/L (valores normales: 0-5 mg/L), leucocitosis de 15.600x10⁹/L y una leve hipertransaminasemia. El sedimento de orina fue negativo. Las serologías de virus hepatitis B y C, Eptein Barr, Citomegalovirus, Coxiella, Brucella, Toxoplasma, Rickettsia, Parvovirus y Dengue, solicitadas durante el ingreso anterior, fueron negativos. En la ecografía transvaginal y abdominal, se constató la ausencia de movimientos y latidos fetales y bajo la sospecha de sepsia para posible corioamnionitis y óbito fetal, se inició antibioterapia empírica endovenosa con clindamicina y gentamicina, antitérmicos y sueroterapia. Se procedió a la maduración cervical con prostaglandinas, con expulsión del feto pasadas las 24 horas desde el ingreso en urgencias.

El cultivo endocervical (Figura 1) reveló la presencia de bacilos grampositivos del tipo lactobacils y los hemocultivos fueron positivos a las 72h por *Listeria monocytogenes*, modificando la pauta antibiótica por ampicilina y gentamicina. Posteriormente, el examen anatomopatológico mostró un feto masculino de 16-17 semanas de edad gestacional con signos de infección broncopulmonar, y el examen placentario confirmó una corioamniofuniculitis con múltiples abscesos intervellositarios.

La evolución clínica de la paciente fue favorable.

Figura 1.



DISCUSIÓN

La *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo anaerobio facultativo. La mayoría de las infecciones están ocasionadas por serotipos 1/2a, 1/2b y 4b. En la población general hay un 10% de portadores fecales asintomáticos. La incidencia estimada en un estudio español es de 0,65 por 100.000 habitantes/año.

Hay una mayor predisposición en pacientes inmunosuprimidos, edad avanzada, embarazadas, recién nacidos y con enfermedades crónicas.

En adultos el vehículo de transmisión más frecuente son los alimentos contaminados. La infección fetal y neonatal se debe a la transmisión vertical, a través de la placenta o del canal del parto.

El espectro clínico de presentación es diverso, y se puede manifestar en forma de gastroenteritis, bacteriemia primaria, meningoencefalitis, endocarditis, peritonitis, entre otros cuadros clínicos. En los gestantes se presenta como fiebre sin foco aparente. Puede ocasionar infecciones en el tracto genitourinario, corioamnionitis, abortos de repetición, muerte fetal intraútero y neonatal, tasa aumentada de cesáreas, parto prematuro y sepsia. En los recién nacidos se puede presentar en forma de granulomatosis infantoséptica, infección respiratoria o meningitis, con importante morbilidad y mortalidad.

No hay pruebas serológicas útiles para el diagnóstico de la enfermedad, por lo que el diagnóstico de certeza se realiza cultivando el germen en sangre, líquido amniótico, placenta u otros tejidos infectados.

El tratamiento de elección durante el embarazo es la ampicilina, asociada o no a gentamicina, y se puede considerar según riesgo-beneficio en pacientes alérgicos la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol.

Se aconseja la realización de hemocultivos en gestantes con fiebre de origen desconocido.

BIBLIOGRAFÍA

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. Cumbraos 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.