

602 **T. Illescas**  
**R. Viana**  
**E. Cabrillo**  
**A. González**

## **Bacteriemia por *Listeria* en el tercer trimestre del embarazo**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital La Paz. Madrid. España.

### **Correspondencia:**

Dra. T. Illescas.  
Dámaso Alonso, 17, 2.º B.  
28806 Alcalá de Henares. Madrid. España.  
Correo electrónico: tamaraillescas@hotmail.com

Fecha de recepción: 5/7/04  
Aceptado para su publicación: 26/9/05.

## *Bacteremia due to Listeria in the third trimester of pregnancy*

---

### **RESUMEN**

Se presenta el caso de una gestante de 32 semanas que ingresa por fiebre sin foco aparente y dinámica uterina. El hemocultivo permitió el diagnóstico de bacteriemia por *Listeria monocytogenes*, que se trató con ampicilina intravenosa. La gestación finalizó a las 34 semanas, y se obtuvo un recién nacido no afectado por la infección.

### **PALABRAS CLAVE**

Listeriosis. Embarazo. Fiebre de origen desconocido.

### **ABSTRACT**

We present the case of a woman in the 32nd week of gestation who was admitted to our institution with fever of unknown origin and preterm labor. Blood culture led to a diagnosis of bacteremia due to *Listeria monocytogenes*, which was treated with intravenous ampicillin. Pregnancy ended at 34 weeks, and the neonate showed no signs of infection.

### **KEY WORDS**

Listeriosis. Pregnancy. Fever of unknown origin.

### **INTRODUCCIÓN**

*Listeria monocytogenes* es una bacteria capaz de provocar diversos cuadros clínicos, entre ellos un síndrome febril leve durante el embarazo, pero también puede ser causa de aborto, infección intraamniótica, amenaza de parto pretérmino, infecciones perinatales, meningitis, sepsis en adultos, sobre todo en inmunodeprimidos, y multitud de infecciones focales<sup>1</sup>.

El diagnóstico de infección en la gestante puede resultar difícil, dado que el cuadro clínico es en muchas ocasiones solapado y se confunde con un cuadro gripal o una pielonefritis. Por ello, resulta conveniente tener en cuenta esta posibilidad dentro del diagnóstico diferencial, ya que el tratamiento de la infección puede prevenir las graves consecuencias de la infección transplacentaria del feto<sup>2</sup>.

Se presenta un caso de bacteriemia por *Listeria* en una gestante que ingresó en nuestro servicio por un cuadro de fiebre asociada a la presencia de di-

námica uterina, y se analiza el proceso que llevó a diagnóstico correcto y el tratamiento pertinente. Por último, se reflejan las circunstancias de la finalización de la gestación y el resultado perinatal.

## CASO CLÍNICO

Primigesta de 24 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés salvo faringoamigdalitis de repetición en la infancia y una bronquitis por neumococo en 2003. Acude, en la semana 32 de una gestación controlada en ambulatorio de curso normal, a urgencias de nuestro servicio por fiebre de 5 días de evolución. Ingresa con temperatura de 38,7 °C, cérvix modificado (permeable a un dedo, borrado 80%) y un registro cardiotocográfico externo que muestra un feto reactivo a 160 lat/min y dinámica uterina. Se pauta maduración pulmonar con corticoides y tocólisis intravenosa.

La paciente es originaria de la República Dominicana, lleva 8 años residiendo en España, y el último viaje a su país de procedencia ha sido 6 meses antes. Es trabajadora doméstica, sin contacto con animales. Tiene pareja estable, sin prácticas sexuales de riesgo. No ha recibido transfusiones sanguíneas.

Los accesos de fiebre son diarios, de hasta 39 °C, y se acompañan de malestar general y escalofríos sin cefalea; el primer día se asoció a lumbalgia sin desencadenante aparente. No hay síndrome miccional; sin náuseas, vómitos o diarrea; no presenta tos, expectoración ni dolor torácico; sin odinofagia ni otalgia; no tiene lesiones cutáneas ni mialgias; no hay signos meníngeos ni focalidad neurológica; sin signos de flebitis en extremidades; sin dolor abdominal ni en mamas; puño-percusión renal bilateral negativa; sin amniorrea, y con leucorrea amarillenta sin prurito.

La analítica muestra hemoglobina, 10,4; hematocrito, 30,8%; leucocitos, 18.500, con 69,1% de neutrófilos y 188.000 plaquetas y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 94.

Se toman muestras para serología y gota gruesa, y mientras se realiza control de temperatura y tratamiento sintomático de ésta, así como registros de bienestar fetal periódicos. Los resultados para infección por *Plasmodium*, *Treponema pallidum*, *Toxoplasma*, citomegalovirus, *Brucella*, VEB, *Rickettsia* y *Coxiella* son negativos. La dinámica uterina cede con la medicación tocolítica y se retira.

Se realiza ecografía abdominal que sólo muestra mínima hidronefrosis izquierda en la gestante. Se extraen muestras para urocultivo y hemocultivo. En este último se detecta la presencia de un bacilo gramnegativo y se instaura tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico. Por fin, se confirma el diagnóstico de bacteriemia por *L. monocytogenes* y se cambia el tratamiento a ampicilina, 200 mg/kg/día, intravenosa durante 14 días.

Al finalizar el tratamiento, la paciente fue dada de alta del hospital. Acudió de nuevo al final de la semana 34 de gestación por sensación de dinámica uterina y con rotura de membranas. Se comprobó la presencia de líquido amniótico teñido de meconio, una dilatación cervical de 4 cm, un feto en presentación de nalgas y pies, y prolapso de cordón, por lo que pasó a quirófano para cesárea urgente.

Se obtuvo un varón con Apgar de 3 al minuto y de 6 a los 5 min, pH de cordón de 7,09 en arteria y 7,12 en vena (la acidosis se corrigió a las 3 h de vida). Se realizaron hemocultivo y urocultivo, así como serologías de infección connatal (TORCH, VHB, VHC, VIH), con resultado negativo en todos los casos. También resultaron negativos los cultivos de los exudados ótico, faríngeo, conjuntival, nasal y umbilical. Se administró antibioterapia los primeros 8 días con ampicilina y gentamicina. El análisis anatomopatológico de la placenta dio como conclusión el hallazgo de infartos de placenta parcialmente abscesificados. La madre siguió un curso normal en la evolución del postoperatorio de la cesárea, y el niño fue dado de alta el noveno día de vida.

## DISCUSIÓN

La listeriosis es una enfermedad infecciosa que puede dar origen a diversos cuadros clínicos. De todos ellos, se hará referencia fundamentalmente a los relacionados con la gestación.

*L. monocytogenes* es un bacilo grampositivo, aerobio, no esporulado, sin cápsula, hemolítico y móvil a temperatura ambiente. A veces puede adoptar un aspecto cocoide y disponerse en pares, por lo que es posible confundirlo con neumococos. Asimismo, en ocasiones se decolora demasiado y se asemeja entonces a *Haemophilus influenzae* u otros bacilos gramnegativos. Crece en agar ordinario o en caldo, especialmente si se añade un 1% de glucosa.

**604** Produce hemólisis en agar sangre, por lo que ha de diferenciarse de los estreptococos hemolíticos. Se distingue de *Erysipelothrix rhusiopathiae* y de los bacilos grampositivos tipo difteroides por su motilidad y por la antigenicidad específica (se diferencian 17 serotipos en función de sus antígenos O y H)<sup>1</sup>.

El 5% de la población humana normal es portadora sana de *Listeria* y la excreta con las heces por temporadas de al menos 1 mes. La distribución de este bacilo es universal, y la incidencia de listeriosis va en aumento, a pesar de que los casos de infección en gestantes, sobre todo sin afectación del feto, son raros<sup>3</sup>. Predomina en ambos extremos de la vida y sobre todo en personas inmunodeprimidas.

En la mayoría de los casos, la puerta de entrada del germen en el organismo es la digestiva. Algunos casos se producen por consumo de salchichas, carne cruda y productos lácteos procedentes de animales infectados<sup>4</sup>. El recién nacido puede infectarse por transmisión directa a partir de la madre, ya sea por vía transplacentaria o durante el parto. Constituye la causa más frecuente de infección intraamniótica adquirida por vía hematogena.

Como formas de presentación, lo más frecuente es la existencia de portadores transitorios asintomáticos. La listeriosis del embarazo es uno de los posibles cuadros leves de esta infección. Predomina su presentación durante el tercer trimestre de la gestación. La infección puede ser subclínica y pasar desapercibida o cursar con febrícula unos cuantos días. También puede manifestarse por fiebre elevada, con o sin escalofríos, síndrome gripal y/o dolor abdominal o lumbar que indica una pielonefritis, aunque con sedimento normal en la orina<sup>4-6</sup>. Para el diagnóstico es imprescindible un hemocultivo.

La evolución es favorable para la madre y el cuadro se resuelve en pocos días espontáneamente, pero implica un alto riesgo para el feto que, si bien puede no verse afectado, a veces se infecta por vía transplacentaria, lo cual puede dar lugar a un aborto o al parto prematuro de un neonato muerto o enfermo. En el recién nacido, la infección adquirida por transmisión vertical se puede manifestar como sepsis o meningitis<sup>4</sup>.

En el caso que nos ocupa, la paciente acudió con un cuadro de fiebre con malestar general y es-

calofríos sin cefalea; el primer día se asoció lumbalgia sin desencadenante aparente. El sistemático de orina y el urocultivo resultaron negativos. Como se ve, se trata de una clínica muy inespecífica, sugestiva de un síndrome gripal o incluso de una pielonefritis.

En la búsqueda de la etiología y hasta recibir los resultados de todas las pruebas realizadas, el diagnóstico se retrasó varios días<sup>7</sup>, con la consiguiente demora en la instauración del tratamiento específico; sin embargo, la paciente respondió a éste muy favorablemente, y tanto la dinámica uterina como la taquicardia cedieron rápidamente.

Cabe mencionar que en el retraso del diagnóstico influyó el factor mencionado anteriormente por el cual la bacteria a veces puede confundirse con un gramnegativo, que de hecho fue lo que se creyó haber aislado inicialmente en el hemocultivo, aunque más tarde se confirmó como agente etiológico *L. monocytogenes*, que es grampositivo.

Completado el tratamiento antibiótico y asumida la curación completa de la paciente, ésta fue dada de alta, si bien ingresó de nuevo 3 días después con trabajo de parto, rotura de membranas, líquido amniótico teñido de meconio y prolapso de cordón. A pesar de los signos sugestivos de corioamnionitis (meconio, dinámica uterina), la paciente no tenía fiebre ni leucocitosis.

Los análisis posteriores confirmaron la ausencia de infección del recién nacido. El estudio anatomopatológico de la placenta mostró las secuelas de una corioamnionitis que fue yugulada por el tratamiento antibiótico de forma suficientemente eficaz como para evitar la infección neonatal, si bien no fue posible evitar el desencadenamiento de un parto pretérmino.

*L. monocytogenes* es un posible agente etiológico en cuadros de fiebre de origen desconocido y amenaza de parto pretérmino que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de gestantes con esta clínica<sup>8,9</sup>. Esto es especialmente relevante porque el tratamiento antibiótico puede prevenir, a través de la curación de la madre, las graves complicaciones que pueden derivarse de la infección por vía transplacentaria del feto, como pueden ser la sepsis o la meningitis.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Farreras P, Rozmán C, editores. Infecciones por *Listeria* y *Erysipelothrix*. Medicina Interna. Vol. II. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p. 2332-4.
2. Fuchs S, Hochner-Celnikier D, Shalev O. First trimester with normal fetal outcome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1994;13:656-8.
3. MacGowan AP, Cartlidge PH, MacLeod F. Maternal listeriosis in pregnancy without fetal or neonatal infection. J Infect. 1991;22:53-7.
4. Tridente V, Cataldi UM, Mossa B. A case of maternal and neonatal infection due to *Listeria monocytogenes*. Clin Ter. 1998;149:307-11.
5. Valkenburg MH, Essed GG, Potters HV. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998;27:283-8.
6. Varsha G, Vikas G, Neera M. Listeriosis in second trimester of pregnancy: case report from India. Jpn J Infect Dis. 2003;56:60-1.
7. Frederiksen B. Maternal septicemia with *Listeria monocytogenes* in second trimester without infection of the fetus. Acta Obstet Gynecol Scand. 1992;71:313-5.
8. Svare J, Andersen LF, Langhoff-Roos J. Maternal-fetal listeriosis: 2 case reports. Gynecol Obstet Invest. 1991;31:179-81.
9. Lutge M, Jost-Reuhl B, Geldmacher H. Course of listeriosis infection in pregnancy after early therapy. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1994;54:381-2.