



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Listeriosis durante el embarazo: importancia del tratamiento precoz

D. Montañez*, I. Camaño, O. Villar, A. García Burguillo y P. Vallejo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital 12 de octubre, Madrid, España

Recibido el 6 de noviembre de 2009; aceptado el 2 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 31 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Listeriosis;
Gestación;
Antibioticoterapia;
Granulomatosis
infantiséptica;
Muerte fetal
intraútero;
Aborto

KEYWORDS

Listeriosis;
Pregnancy;
Antibiotics;
Infant septic
granulomatosis;
Stillbirth;
Abortion

Resumen La infección por *Listeria monocytogenes* durante la gestación tiene una repercusión grave en la evolución del embarazo.

Ante una sospecha clínica, resulta indispensable iniciar un tratamiento precoz con ampicilina y gentamicina para evitar la infección neonatal secundaria a la bacteriemia materna.

Describimos tres casos clínicos de listeriosis durante la gestación con distintos desenlaces en función de la precocidad del tratamiento.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Listeriosis during pregnancy: Importance of early treatment

Abstract *Listeria monocytogenes* infection in pregnant women may have severe consequences for pregnancy outcome. Early antenatal treatment with ampicillin and gentamicin when there is clinical suspicion is highly recommended to avoid neonatal infection caused by maternal bacteremia. We describe three cases with distinct outcomes due to the different timing of treatment.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La listeriosis es una enfermedad rara, pero es una de las principales causas de muerte relacionada con los alimentos y un cuadro con importantes consecuencias durante la gestación.

Su agente etiológico es *Listeria monocytogenes*: un bacilo gram positivo, aerobio, no esporulado, desprovisto de cápsula, móvil a temperatura ambiente y hemolítico^{1,2,6}. En atención a sus antígenos O y H se distinguen trece serotipos, aunque solo tres, la, lb, y IVb son responsables del 90% de las infecciones clínicas.

La infección predomina en ambos extremos de la vida (neonatos y mayores de 70 años) y en gestantes. Además suele presentarse como casos aislados y, eventualmente, como brotes epidémicos. Su incidencia en la población

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: delmofer@terra.es (D. Montañez).

general es de 0,7–0,2 casos/100.000 habitantes² y en las gestantes, de 2,5–12 casos /100.000 gestaciones². Fuera del embarazo, más de la mitad de los afectados son inmunodeprimidos, con alteración de la inmunidad celular (neoplasias, diabetes mellitus, enfermedad hepática crónica o renal).

El contagio del ser humano se produce fundamentalmente por alimentos contaminados y se aísla como saprófito en cualquier clase de materia orgánica en descomposición (leche, mantequilla, queso, carne y pescado). El reservorio principal es el ganado bovino, porcino, ovino y las aves silvestres^{8,9}.

La listeriosis es una enfermedad capaz de originar cuadros clínicos muy diversos entre sí, que puede desencadenar abortos e infecciones perinatales en gestantes, y meningitis, sepsis y multitud de infecciones focales en adultos⁷.

La listeriosis en el embarazo puede presentarse en cualquier momento del mismo pero predomina en el tercer trimestre. Clínicamente da lugar a una infección subclínica que pasa desapercibida, cursando como un proceso pseudogripal con febrícula y sin foco aparente; ocasionalmente, con fiebre elevada con o sin escalofríos y dolor lumbar que sugiere pielonefritis, pero con sedimento de orina normal.

La infección evoluciona en pocos días de modo favorable para la gestante, la cual se recupera espontáneamente sin tratamiento, pero durante la bacteriemia materna la infección puede alcanzar al feto vía transplacentaria produciendo aborto, parto prematuro de un niño muerto o enfermo^{1,2,4–6}, en el seno de un cuadro denominado granulomatosis infantiséptica, caracterizado por amnionitis, líquido amniótico meconial y afectación fetal severa⁷.

El diagnóstico se realiza mediante aislamiento de la bacteria en la embarazada, la placenta o el neonato, pero en la gestante todos los autores recomiendan instaurar tratamiento ante la sospecha clínica.

El tratamiento de elección es ampicilina intravenosa en dosis de 1 g/8 h durante al menos 10 días y posteriormente oral hasta completar 3 semanas de tratamiento y un aminoglucósido intravenoso en dosis de 3 mg/kg en una sola inyección diaria durante 5 días, siendo el trimetopín sulfametoxazol la alternativa en caso de alergias. La aplicación oportuna de tratamiento antibiótico mejora el pronóstico extraordinariamente y puede evitar la infección neonatal¹¹. La mortalidad fetal puede alcanzar el 40–50% en ausencia de tratamiento.

Caso clínico 1

Primigesta de 21 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con curso del embarazo normal hasta el momento. Acude a urgencias en la 24+2 semanas de gestación refiriendo fiebre con temperatura mayor de 38 °C, de 48 h de evolución sin foco infeccioso aparente.

Presenta fiebre de 39 °C, con auscultación pulmonar, exploración orofaríngea, abdominal y renal normal. La exploración obstétrica evidencia útero sin aumento de tono y cérvix sin modificar.

El hemograma realizado fue normal (8.950 leucocitos/ul y 71% de neutrófilos); el sistemático de orina, la ecografía y el registro cardiotocográfico también fueron normales.

Con todo ello se decide ingreso por fiebre de origen desconocido, procediéndose a la extracción de hemocultivos y urocultivos, e instaurándose tratamiento con amoxicilina clavulánico intravenoso.

A las 48 h del ingreso, se observa crecimiento de listeria monocitogenes en el hemocultivo, por lo que se procede al cambio de la pauta antibiótica por ampicilina 1 g/6 h durante 10 días y gentamicina 80 mg/8 h intravenosos durante 5 días. Es dada de alta con buen estado general y asintomática, y se continúa el tratamiento vía oral con ampicilina durante 9 días más.

Posteriormente, el curso de la gestación fue favorable, ingresando nuevamente en la 40+6 semanas de gestación por trabajo de parto, naciendo un varón de 3.520 g sano y sin signos de infección.

Caso clínico 2

Tercigesta de 33 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés que, en el curso de la 29+3 semanas, acude al servicio de urgencias por fiebre sin foco aparente, con exploración física y hemograma normal. En el sedimento de orina se observa leucocituria pautándose tratamiento con fosfomicina, recomendándose acudir nuevamente a urgencias si persiste el cuadro febril. Veinticuatro horas después vuelve a urgencias por dolor abdominal sugestivo de dinámica e ingresa con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, instaurándose tratamiento tocolítico con atosiban, antibioticoterapia con amoxicilina clavulánico y maduración pulmonar fetal con betametasona. En el hemograma realizado se observa leucocitosis (20.000 leucocitos/ul) con neutrofilia (86%) y monocitosis.

A las tres horas de iniciado el tratamiento, persiste el cuadro febril, con dinámica regular y taquicardia fetal.

Ante la sospecha de corioamnionitis y al estar la presentación en podálica, se indica cesárea urgente. El líquido amniótico fue meconial y fétido. El recién nacido requirió ingreso en el servicio de neonatología con el diagnóstico de shock séptico, aunque evolucionó favorablemente después del tratamiento antibiótico y fue dado de alta a los 80 días. El diagnóstico etiológico fue posible por el aislamiento de la listeria monocitogenes en hemocultivos del neonato.

Caso clínico 3

Primigesta de 31 años de edad sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por cuadro de fiebre, malestar general y leve dolor en hipogastrio de *una semana de evolución* sin foco aparente.

La exploración física fue normal, pero no se encontró latido cardíaco fetal, confirmándose la muerte fetal intraútero mediante ecografía, en donde se observa líquido amniótico normal, biometría acorde con amenorrea y placenta normoinsera. El hemograma presentaba leucocitosis (17.700 leucocitos/ul) y leve monocitosis.

A continuación se procede a la inducción de parto y se instaura tratamiento con antitérmicos, ampicilina y gentamicina intravenosa.

Se extraen hemocultivos maternos y se envía biopsia de placenta para estudio microbiológico siendo ambos positivos para listeria monocitogenes.

Tabla 1 Medidas preventivas recomendadas

1. Buena cocción de alimentos de origen animal
2. Lavado cuidadoso de verduras
3. Evitar consumo de leche cruda y quesos frescos
4. Evitar consumo de embutidos sin cocción
5. Conservación de alimentos crudos separados de los cocidos o listos para consumir
6. Lavado de manos y limpieza cuidadosa de utensilios de cocina tras la manipulación de alimentos crudos

Discusion

La listeriosis es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio (16 casos en gestantes en nuestro hospital de un total de 117.337 partos asistidos entre 1991–2007), al igual que en otros países occidentales, y su importancia deriva de las graves consecuencias que un diagnóstico tardío puede tener en la evolución de la gestación, tal y como se pone de manifiesto en los casos descritos anteriormente, por lo que es importante tener presente este cuadro ante cualquier proceso febril sin foco aparente durante la gestación^{1–3,5}.

El contagio del ser humano es fundamentalmente por alimentos contaminados y aunque tradicionalmente se asociaba con el consumo de derivados lácteos, todas las categorías de alimentos pueden estar contaminadas por la listeria, siendo difícil en la mayoría de los casos identificar el alimento causante, como ocurrió en nuestros tres casos.

De lo anteriormente descrito se deduce que la profilaxis debe tener en cuenta todos los eslabones de la cadena de contaminación, siendo la medida preventiva más importante la información a las gestantes sobre el riesgo infeccioso relacionado con la alimentación y las medidas higiénicas recomendadas (tabla 1).

El diagnóstico es, en la mayoría de los casos, difícil. La forma más frecuente de presentación es la de un cuadro inespecífico pseudogripal, con fiebre, meconio, líquido amniótico maloliente y signos de pérdida del bienestar fetal, por lo que ante todo proceso similar se debe mantener un alto grado de sospecha, extraer hemocultivos e iniciar

tratamiento antibiótico de forma precoz, antes de la confirmación microbiológica. Esto queda reflejado en nuestro anterior análisis, en el que en función del momento del inicio de la antibioticoterapia se producen resultados muy distintos. Si la listeriosis en el embarazo permanece sin diagnosticar más de una semana, son frecuentes los signos de pérdida del bienestar fetal y la muerte perinatal, en el tercer trimestre, y los abortos si la infección se da en la primera mitad de la gestación^{2,3,10}.

Bibliografía

1. Pasteur Y, Darbois Y. Listeriosie au tours de la grossesse. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris, France), Gynécologie/Obstétrique. 1996;509:4.
2. Eguluz I, Barber Miguel A, Cabrera F. Infección perinatal por listeria monocitógenas durante embarazo y parto. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;50:45–66.
3. Silver HM. Listeriosis during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 1998;53:737–40.
4. Suarez MM, Bautista RM, Almela M. Bacteriemia por *Listeria monocitógenas*: Análisis de 110 casos. *Medicina Clínica*. 2007;129:218–21.
5. Payán A, Astudillo M. Listeriosis neonatal: ¿Enfermedad poco frecuente ó no diagnosticada? Enfoque microbiológico. *Colombia Médica*. 1994;25:69–72.
6. López L, Gaztelurrutia L, Martínez I. Listeriosis. Estudio de 16 años en un hospital terciario en España. *Revista Panamericana de Infectología*. 2007;9:30–7.
7. Ovalle A, Kakatieka E, Correa A. Estudio Anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*. 2005;70:303–12.
8. Crespo MP, Vélez JD, Castañeda CR. Aislamiento de *Listeria monocitógenas* en un hospital de tercer nivel. *Colombia Médica*. 1999;30:89–98.
9. Valle L, Ocón L, Bordes A, Cuadrado J, Valls JM, García JA. Brote epidémico de listeriosis materno-fetal en Gran Canaria. *Prog Obstet Gynecol*. 1993;36:432–4.
10. Fleming A, Erlich D, Miller N, Monif G. Successful treatment of maternal septicemia due to listeria monocitogenes at 26 weeks gestation. *Obstet Gynecol*. 1985;66:52–3.
11. Cisternas A, Lagos N, Galstuch J, González R, García C, Díaz J. Infección por *Listeria monocitógenas* y embarazo con buen resultado perinatal. *Revista Chilena de obstetricia y Ginecología*. 2002;67:237–41.