

Síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a listeriosis del embarazo

Sr. Editor: La infección por *Listeria monocytogenes* afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos y embarazadas. Mientras que en los primeros suele tener un curso grave, con frecuente afectación meníngea, en las segundas cursa habitualmente con un cuadro febril inespecífico, aunque con una mortalidad fetal elevada, siendo excepcionales las manifestaciones pulmonares^{1,2}. Presentamos un caso de listeriosis gestacional que cursó con datos clínicos de distrés respiratorio agudo.

Mujer de 34 años, gestante de 19 semanas, sin antecedentes de interés que consultó por fiebre de 38 a 39 °C, disnea y tos irritativa de 6 días de evolución.

A la exploración física se encontraba eupneica, con buen estado general. PA: 90/70 mmHg, corazón rítmico sin soplos e hipoventilación en ambas bases pulmonares. Las pruebas complementarias mostraban Hb: 8,7 g/dl; Hto: 26%; VCM: 75,5 fl; leucocitos: 9.400/μl, con 82% de segmentados, estudio de coagulación normal; Na: 129 mEq/l, y K: 3,2 mEq/l. Gasometría arterial respirando aire ambiental sin alteraciones. A las 24 h comenzó con disnea de reposo y en una nueva gasometría arterial presentaba pH 7,49; pCO₂: 27 mm; pO₂: 44,2 mm; HCO₃: 20,4 mEq/l; SatO₂: 85%; LDH: 621 U/l; GOT: 146 U/l, y GPT: 220 U/l. Se realizó una radiografía de tórax (siguiendo las normas de protección para el feto) donde se objetivaron infiltrados pulmonares alveolointersticiales bilaterales (fig. 1A). Se inició tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso. Se le realizó una ecocardiografía que fue normal y cultivo de esputo que mostró flora respiratoria habitual. En los hemocultivos tomados a su ingreso, se observaron en la tinción de Gram bacilos grampositivos en empalizada. La identificación

presuntiva se llevó a cabo mediante la realización de las siguientes pruebas complementarias: observación de la movilidad característica de *Listeria* en preparación en fresco (*tumbling*), reacción de la catalasa positiva, producción de una discreta zona de β-hemólisis y reacción de CAMP-test positiva en agar sangre. La identificación se confirmó mediante la utilización de la galería API Coryne (biocódigo 0070124, BioMérieux) como *Listeria monocytogenes*³, tras lo cual se modificó el tratamiento a ampicilina intravenosa que se mantuvo durante 14 días. A las 24 h de iniciar el tratamiento empírico ya había desaparecido la fiebre y la paciente mejoró clínicamente. Se normalizó la gasometría y en la radiografía de tórax tomada 5 días más tarde (fig. 1B), se apreciaba una notable disminución de los infiltrados pulmonares. En su última revisión en la 26 semanas de gestación tanto la madre como el feto evolucionaban favorablemente.

Se trata de una gestante con listeriosis confirmada por hemocultivos, que cursó con infiltrados pulmonares alveolointersticiales bilaterales e insuficiencia respiratoria.

Aunque inicialmente se pensó en una neumonía, la evolución clínica y radiológica favorables junto a la negatividad del esputo hace pensar más en un distrés respiratorio agudo en el contexto de una sepsis por *Listeria* definido por: insuficiencia respiratoria aguda de rápida evolución, infiltrados radiológicos bilaterales y difusos y ausencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca izquierda (no existían antecedentes cardíacos y la ecocardiografía fue normal)⁴. La práctica sistemática de hemocultivos en estos casos tiene una alta rentabilidad diagnóstica. En las series de listeriosis en embarazadas revisadas, cursa habitualmente de manera benigna, siendo excepcionales las manifestaciones pulmonares tanto la neumonía como el distrés respiratorio^{1,2}, aunque al no realizarse radiografía de tórax

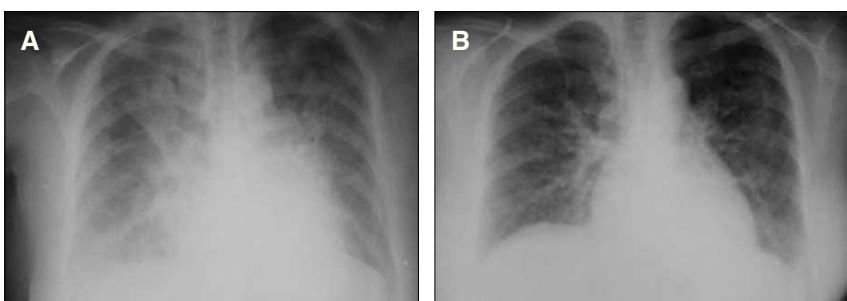


Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso con infiltrados alveolointersticiales difusos (A), y 5 días más tarde (B).

habitualmente en embarazadas la incidencia podría ser mayor. Sólo existen dos casos publicados de distrés respiratorio asociado a bacteriemia por *Listeria* en embarazadas^{5,6}. El primero cursó con coagulación intravascular diseminada, precisó ventilación mecánica invasiva, y se resolvió con tratamiento antibiótico. En el segundo caso la paciente falleció. En nuestro caso la evolución fue más favorable quizá debido a la precocidad del tratamiento antibiótico.

*Cristina Sepúlveda-Bajo^a,
Estefanía Oncala-Sibajas^a,
Yolanda Guerrero-Méndez^b
y Juan Gálvez-Acebal^a*

^aSección de Enfermedades Infecciosas.
Servicio de Medicina Interna.

^bDepartamento de Microbiología.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla. España.

Bibliografía

1. Mylonakis E, Paliou M, Hohmann EL, Calderwood SB, Wing EJ. Listeriosis During Pregnancy. Medicine (Balt). 2003;81:260-7.
2. Siegman-Igra Y, Levin R, Weinberger M, Golan Y, Schwartz D, Samra Z, et al. *Listeria monocytogenes* Infection in Israel an Review of Cases Worldwide. Emerg Infect Dis. 2002;8: 305-10.
3. Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Pfaffer MA, Yolken RH. Manual of Clinical Microbiology 8th Ed. 33:463-5.
4. Ware LB, Matthay MA. The acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2000;342: 1334-49.
5. Cambronero JA, Cereijo Martín Grande E, López Martínez J, et al. Síndrome de distrés respiratorio del adulto en el seno de una sepsis por *Listeria*. Rev Clin Esp. 1980;157:127.
6. Boucher M, Yonekura ML, Wallace RJ, Phelan J. Adult respiratory distress syndrome: A rare manifestation of *Listeria monocytogenes* infection in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1984; 15:686-8.