

M. Cruz
P. Carretero
M. Cámara^a
J. Fernández
A. Caño
F. Giménez

Listeriosis durante la gestación. Un problema diagnóstico

265

Servicio de Obstetricia y Ginecología.
^aServicio de Anatomía Patológica.
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Listeriosis during pregnancy. A diagnosis problem

Correspondencia:
Dra. M. Cruz Martínez.
Carreteras, 3. 18200 Maracena. Granada.
Correo electrónico: maleon@ujaen.es

Fecha de recepción: 9/5/01
Aceptado para su publicación: 3/5/02

M. Cruz, P. Carretero, M. Cámara, J. Fernández, A. Caño,
F. Giménez. Listeriosis durante la gestación. Un problema
diagnóstico.

RESUMEN

La infección por *Listeria monocytogenes* en un adulto generalmente ocasiona una enfermedad leve; sin embargo, en una embarazada, debido a la disminución de la inmunidad celular, puede llegar a producir una alta morbilidad materna. En el feto puede causar una infección congénita con consecuencias muy graves.

Se presenta un caso clínico de listeriosis durante el embarazo, que ocasiona infección materna e hidrops fetal con muerte fetal intraparto.

PALABRAS CLAVE

Listeriosis congénita. Infección perinatal. Mortalidad perinatal.

ABSTRACT

Generally, the *Listeria monocytogenes* infection in adult human, cause a light disease; however, this infection produces high morbi-mortality in the pregnant women due to the diminution of the cellular immunity during pregnancy. In the fetus, the *Listeria monocytogenes* may produce a congenital infection with very serious outcomes.

We communicate a case report of listeriosis during pregnancy that cause maternal infection and hidrops fetalis with intrapartum fetal death.

KEY WORDS

Congenital listeriosis. Perinatal infection. Perinatal mortality.

266 INTRODUCCIÓN

La listeriosis está originada por la *Listeria monocytogenes*, bacilo grampositivo, no esporulado, causante de una infección alimentaria^{1,2}, que suele afectar²⁻⁴ a individuos inmunodeprimidos, personas de edad avanzada, embarazadas y niños. Es una causa poco frecuente de infección congénita, a pesar de que durante la gestación puede existir cierta susceptibilidad debido a la disminución de la inmunidad celular⁵, fundamental para la defensa contra este organismo.

La listeriosis es más frecuente en el tercer trimestre y no suele afectar de modo grave a la madre, pero sí al feto. En la madre^{6,7} cursa como una enfermedad breve y autolimitada que se confunde con un cuadro pseudogripal, pielitis o pielonefritis, y, si no se trata de forma adecuada, amnionitis^{8,9} e infección fetal. Según el momento de la infección, causa aborto^{6,10}, muerte fetal^{5,8} o parto pretérmino^{6,9,10} de un neonato infectado^{5,8,10} que puede desarrollar sepsis^{6,8,10}, síndrome de granulomatosis infantiséptica, bronconeumonía o meningoencefalitis¹⁰.

Se presenta un caso de listeriosis durante el embarazo que ocasiona infección materna e hidrops fetal con muerte fetal intraparto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 32 años que acude a urgencias en la semana 28 por dinámica uterina de varias horas de evolución, junto con sensación febril y malestar general. En los días previos presentó un cuadro pseudogripal con fiebre, que mejoró de forma espontánea; sin embargo, inició una dinámica uterina incipiente, que fue en aumento, asociándose al malestar general que finalmente le hizo acudir a urgencias.

La exploración física es normal, salvo una temperatura corporal de 38 °C y una dilatación cervical de 4 cm con bolsa prominente.

Entre sus antecedentes personales destaca hipertiroidismo en tratamiento. Como antecedentes obstétricos presenta un parto pretérmino en la semana 35 de gestación, tras rotura prematura de membranas, que finalizó con el nacimiento de un varón de 1.900 g, que vive sano.

El embarazo actual cursa con normalidad, y se

han realizado cuatro visitas prenatales; la última en la semana 26, con una biometría fetal acorde a la amenorrea y sin anomalías evidentes.

A su ingreso, se solicitan las siguientes pruebas complementarias: hemograma y perfil de coagulación; sedimento urinario y urocultivo, cultivo de exudado vaginal para detección de *Streptococcus β -agalactiae* y de otros gérmenes aerobios y anaerobios, y serologías maternas de parvovirus, citomegalovirus.

Por ecografía se evidencia un feto en presentación cefálica, con DBP: 74 mm y LF: 52 mm, concordantes con edad gestacional; la circunferencia abdominal aparece aumentada a expensas de una ascitis fetal y hepatomegalia (FAC: 264 mm, equivalentes a 29-30 SG).

El registro cardiotocográfico demuestra buena reactividad de la frecuencia cardíaca fetal y dinámica uterina regular.

Ante la sospecha de corioamnionitis (fiebre, contracciones uterinas, dilatación cervical de 4 cm y bolsa prominente), se decide estimular el parto con oxitocina, tras practicar una amniorrexia, que mostró la salida de un líquido amniótico intensamente teñido de meconio. La evidencia de parto pretérmino junto con líquido teñido y frecuencia cardíaca fetal normal hace sospechar una infección congénita por *Listeria monocytogenes* o *Streptococcus β -agalactiae*, por lo que se inicia tratamiento con 2 g de ampicilina intravenosa, continuando con 1 g cada 4 h. A los 30 min se produce el parto de un feto varón hidrópico, de 1.060 g de peso que, a pesar de la intensiva reanimación tipo IV realizada por neonatólogos, no sobrevive (Apgar 0-1-0). Tras el alumbramiento, se toman cultivos de la cara fetal y materna de la placenta.

Durante el parto, la madre presenta una leucocitosis de 20.300 con un 88,7% de polimorfonucleares, taquicardia de 120 lat/min, presión arterial de 120/50 mmHg, $SO_2 > 98\%$. Ante la sospecha de sepsis, se añade gentamicina 240 mg/24 h y clindamicina 600 mg/8 h.

El resultado de las pruebas complementarias es: perfil de coagulación normal; sedimento: normal; serologías: parvovirus y citomegalovirus, ambos con IgM negativas e IgG positivas; cultivo vaginal con medio Granada para detección de *Streptococcus β -agalactiae*: negativo; cultivo de aerobios y anaerobios de exudado vaginal (con la bolsa amniótica ín-

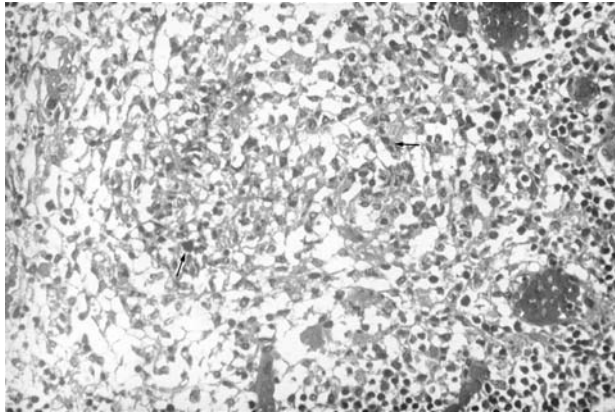


Figura 1. Tinción de hematoxilina-eosina. Ganglio linfático: granuloma monocitario, donde se observan monocitos y polimorfonucleares.

tegra): positivo para *Listeria monocytogenes*; cultivo de placenta de cara materna y fetal: positivos para *Listeria monocytogenes* (con antibiograma sensible a ampicilina).

En el puerperio, la temperatura se normaliza rápidamente tras la instauración del tratamiento antibiótico. La taquicardia materna empieza a normalizarse tras las 24 h del parto. La leucocitosis persiste durante 48 h llegando a tener cifras de polimorfonucleares de hasta 95,3%, y comienza a disminuir a partir de ese momento.

El estudio anatomopatológico de la placenta confirma la presencia de corioamnionitis. En la necropsia fetal, se describe un cuadro séptico con granulomas monocitarios típicos de listeriosis (fig. 1) en múltiples órganos: hígado, pulmón, suprarrenales, páncreas, bazo, intestino y ganglios linfáticos mesentéricos.

A los 3 meses del parto, se vuelve a realizar cultivo vaginal y endocervical, ambos con resultado negativo.

DISCUSIÓN

Diagnosticar una infección por listeriosis es difícil debido a la inespecificidad de su clínica, que hace que generalmente no se piense en ella⁶. La mayoría de los casos son asintomáticos y cuando produce clínica parece un cuadro pseudogripal de evolución

favorable y autolimitado, que no precisa consultar al médico; otras veces, se asemeja a una pielonefritis; sin embargo, la repercusión fetal es tan grave y el tratamiento precoz tan inocuo y eficaz que, administrado de forma temprana, mejora extraordinariamente el pronóstico fetal⁸. Por ello es misión del obstetra estar alerta y sospecharla ante cualquier embarazada que presente un cuadro febril atípico y, especialmente, si comienza con dinámica uterina.

En nuestro caso, la gestante comienza con un cuadro pseudogripal con malestar general y sensación febril, en los días precedentes al inicio de la dinámica uterina, ambos hechos típicos de la presentación de listeriosis en el embarazo, reafirmando la sospecha diagnóstica cuando tras la amniorraxis el líquido está teñido de meconio pues, como refieren diferentes autores¹¹⁻¹⁴, la tinción con meconio es extremadamente rara antes de las 34 semanas de gestación, y es un indicador importante de la listeriosis, aunque también puede ser el resultado de infección por estreptococos del grupo B. En el estudio ecográfico del feto se evidenció la presencia de hidrops fetal, que además de otras causas (inmunes, anomalías cardíacas, no evidenciables en nuestro caso, cromosomopatías, etc.) puede ser también signo de infección congénita¹⁵ (parvovirus, listeria, citomegalovirus, etc.), lo que aumentó la presunción de listeriosis, por lo que se inició el tratamiento de elección frente a esta infección, aunque de modo empírico hasta obtener los resultados del cultivo.

Aunque hay casos de listeriosis descritos causantes de alta morbilidad^{3,16}, generalmente se trata de una enfermedad leve en el adulto y, por tanto, en la mujer embarazada. En nuestro caso, se detectan signos y síntomas de infección grave como son fiebre, leucocitosis con desviación a la izquierda y taquicardia, que obligan, tras la administración de tratamiento antibiótico con ampicilina^{3,4,8-10,17,18} (fármaco de elección en la listeriosis), a ampliar la cobertura antibiótica con gentamicina^{4,10,18} (acción sinérgica con la ampicilina en la listeriosis) y clindamicina para evitar una sepsis. El cuadro clínico evoluciona muy favorablemente en 48 h, con esta pauta antibiótica.

Algunos autores^{9,17} recomiendan que, tras el diagnóstico de listeriosis durante el embarazo, debe iniciarse tratamiento antibiótico y retrasar el parto, y que con estas medidas se consiguen buenos resultados perinatales; en este caso, el parto estaba ya

268 avanzado y existía una sospecha de corioamnionitis que obligó a terminar el parto, sin dar tiempo a que el feto recibiera un tratamiento intraútero adecuado, y quizá es la causa de que no pudiera sobrevivir. La necropsia fetal y el estudio histopatológico de la placenta confirman el diagnóstico clínico^{19,20}.

No sabemos cómo se infectó la madre por la listeria, pues ante la sospecha diagnóstica de esta infección se insistió en las fuentes de contagio^{1,2,5} y no había estado en contacto con aves o con roedores; no tomaba hamburguesas, ni perritos calientes, ni comida preparada, consumía leche pasteurizada y refería que lavaba cuidadosamente los vegetales que to-

maba. Lo único que solía tomar eran quesos blandos.

Podríamos concluir que deberíamos recomendar a toda embarazada una escurpulsosa higiene en la manipulación y conservación alimentaria, y que es misión del obstetra estar alerta ante los signos y síntomas inespecíficos de malestar general, fiebre de origen desconocido, sobre todo en embarazos pretérmino con dinámica uterina, debiendo descartar la listeriosis ante la mínima sospecha clínica o ecográfica, y realizar una detección temprana de esta enfermedad e iniciar precozmente el tratamiento para mejorar los resultados perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schlech III. Foodborne listeriosis. *Clin Infect Dis* 2000;3:770-5.
2. Rocourt J, Jacquet C, Reilly A. Epidemiology of human listeriosis and seafoods. *Int J Food Microbiol* 2000;62:197-209.
3. Temple ME, Nahata MC. Treatment of listeriosis. *Ann Pharmacother* 2000;34:656-61.
4. Marget W, Seelinger HP. *Listeria monocytogenes* infections-the-rapeutic possibilities and problems. *Infection* 1988;16:175-7.
5. Smith JL. Foodborne infections during pregnancy. *J Food Prot* 1999;62:818-29.
6. Tridente V, Cataldi UM, Mossa B, Morini F, Bonessio L, Ciar-do A, et al. A case of maternal and neonatal infection due to *Listeria monocytogenes*. *Clin Ter* 1998;149:307-11.
7. Svare J, Andersen IF, Langhoff-Ross J, Madsen H, Bruun B. Maternal-fetal listeriosis: 2 case reports. *Gynecol Obstet Invest* 1991;31:179-81.
8. Nolla- Salas J, Bosch J, Gasser I, Vinas L, De Simon M, Almeida M. Perinatal listeriosis: a population-based multicenter study in Barcelona, Spain (1990-1996). *Am J Perinatal* 1998;15:461-7.
9. Silver HM. Listeriosis during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:737-40.
10. Berzioli M, Brisotto P, Breseghello S, Faion N, Boccato S. Perinatal listeriosis. A propos of two cases. *Pediatr Med Chir* 1999;21:39-41.
11. Buchdahl R, Hird M, Gamsu H, Tapp A, Gibb D, Tzannatos C. Listeriosis revisited: the role of the obstetrician. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:186-9.
12. Romero R, Hanaoka S, Mazor M, Athanassiadis AP, Callahan R, Hsu YC, et al. Meconium- stained amniotic fluid: a risk factor for microbial invasion of the amniotic cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:859-62.
13. Mazor M, Froimovich M, Lazer S, Maymon E, Glezemar M. *Listeria monocytogenes*. The role of transabdominal amniocentesis in febrile patients with preterm labor. *Arch Gynecol Obstet* 1992;252:109-12.
14. Gibb D. *Listeria monocytogenes*. En: Greenough A, Osborne J, Sutherland S, editores. Infecciones congénitas, perinatales y neonatales. Barcelona: Masson, 1995; p. 135-43.
15. Quinlivan JA, Newnham JP, Dickinson JE. Ultrasound features of congenital listeriosis-a case report. *Prenat Diagn* 1998;18: 1075-8.
16. Hussein AS, Shafran SD. Acute bacterial meningitis in adults. A 12-year review. *Medicine (Baltimore)* 2000;79:360-8.
17. Kalstone C. Succesful antepartum treatment of listeriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:57-8.
18. Belouni R, Rahal K. Prospective study of *Listeria* in humans and animals. *Arch Inst Pasteur Alger* 1992; 58: 125-44.
19. Parkash V, Morotti RA, Joshi V, Cartun R, Rauch CA, West AB. Immunohistochemical detection of *Listeria* antigens in the placenta in perinatal listeriosis. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:343.
20. Topalovski M, Yang SS, Bonmpasat Y. Listeriosis of the placenta: clinicopathologic study of seven cases. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:616-20.