

178 **Laura Pérez Díaz**
Jesús Álvarez de Sotomayor Merino
María Guichot Muñoz
Carmen Chacón Aguilar
Juan Luis Rodríguez Luque
Sebastián Avilés Mejías
Diego Castro Gavilán

Unidad de Obstetricia. Hospital de la Mujer. Hospitales
Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia:

Dr. J. Álvarez de Sotomayor Merino.
Castillo de Marchenilla, 2 portal 4 bajo A. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: jalvarezdesotomayor@hotmail.com

Fecha de recepción: 30/10/2006.

Aceptado para su publicación: 27/3/2007.

Muerte fetal intraútero secundaria a corioamnionitis aguda por *Listeria monocytogenes*

*Intrauterine fetal death due to
acute Listeria monocytogenes
chorioamnionitis*

RESUMEN

La listeriosis es una infección poco frecuente que muestra una especial predilección por pacientes inmunodeprimidos, así como fetos, neonatos, ancianos y embarazadas. Se presenta un caso de una gestante de 25 semanas que desarrolló una corioamnionitis aguda por *Listeria monocytogenes* que provocó la muerte fetal intraútero.

PALABRAS CLAVE

Listeria monocytogenes. Corioamnionitis. Muerte fetal.

ABSTRACT

Listeriosis is an uncommon infection that occurs mainly in immunodepressed individuals, the elderly, fetuses, neonates, and pregnant women. We present the case of a 25-year-old pregnant woman with acute chorioamnionitis caused by *Listeria monocytogenes*, leading to intrauterine fetal death.

KEY WORDS

Listeria monocytogenes. Chorioamnionitis. Stillbirth.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de listeriosis en la población general es de 0,7/100.000 habitantes, mientras que en embarazadas se eleva hasta el 12/100.000¹.

La aparición de infección por *Listeria* durante la gestación suele conllevar un aumento en la morbilidad fetal. Dependiendo de la edad gestacional a la que se desarrolle, puede ser causa de abortos, partos pretérmino e incluso muertes intrauterinas, y muestra una mayor frecuencia en el tercer trimestre¹.

Presentamos el caso de una gestante que desarrolló una corioamnionitis aguda por esta bacteria que dio lugar a la muerte intrauterina del feto.

CASO CLÍNICO

Gestante de 29 años de edad, nuligesta, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que en

su semana 25 de embarazo acudió al servicio de urgencias por fiebre elevada (38,7 °C) y un cuadro inespecífico pseudogripal. Se realizó una ecografía y se diagnosticó muerte fetal intraútero con biometría correspondiente a 24 semanas de edad gestacional. A la exploración presentaba cérvix sin modificar y bolsa íntegra. En la analítica destaca una leve leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada. Durante el pico febril se tomó hemocultivo, y se aisló *Listeria monocytogenes* sensible a betalactámicos.

Ante el hallazgo de muerte fetal se decidió la inducción del parto y 8 h después nació un feto muerto de 730 g de peso, varón, con morfología normal. Tras el alumbramiento se realizó un legrado uterino por retención de restos placentarios.

Se prescribió antibioticoterapia con amoxicilina-ácido clavulánico; la fiebre remitió y el estado general de la paciente mejoró, por lo que fue dada de alta 4 días después.

El informe microbiológico del feto informó de hemocultivos positivos para *L. monocytogenes*.

En el estudio de anatomía patológica no se observaron alteraciones morfológicas fetales secundarias a infección por *Listeria*, aunque el examen de la placenta mostraba focos de corioamnionitis aguda de tercer grado (fig. 1).

DISCUSIÓN

La incidencia de infección por *Listeria* se reduce especialmente a grupos inmunodeprimidos, así como a fetos, neonatos y ancianos. Su afectación en gestantes se ha atribuido a una disminución de la inmunidad celular que ocurre durante el embarazo, como estrategia para evitar el rechazo alógeno del feto^{2,3}.

Aun así, la listeriosis materno-fetal es una causa infrecuente de morbilidad en nuestro medio; su mortalidad es muy alta: llega al 100% en los casos no tratados³.

Listeria es una bacteria grampositiva, anaerobia facultativa, con 6 especies, de las cuales sólo *L. monocytogenes* es importante como patógeno humano. La exposición a *L. monocytogenes* suele ser a través de la ingesta de alimentos contaminados, como leche no pasteurizada, carne o vegetales poco cocinados y quesos frescos⁴. Se ha demostrado también la infección fetal por vía ascendente desde la vagina

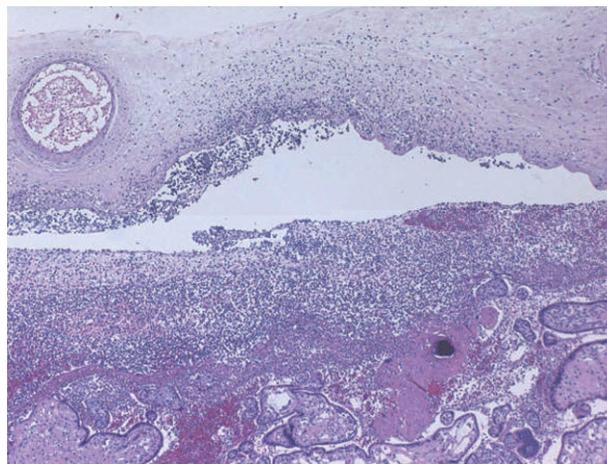


Figura 1. Focos de corioamnionitis aguda de tercer grado.

materna. La bacteria atraviesa el tracto digestivo y llega a la placenta a través de la sangre. Posteriormente, accede al feto por el cordón umbilical, provocando en éste las principales lesiones en el hígado⁵.

La clínica del proceso suele ser muy inespecífica; suele presentarse como un cuadro pseudogripal, con fiebre, artromialgias y cefalea, síntomas semejantes a los que refería nuestra paciente. También puede producir síntomas gastrointestinales y otros derivados de la infección del sistema nervioso, pero son más infrecuentes durante el embarazo⁶. En la analítica se observa una leucocitosis y una elevación en la proteína C reactiva. Estas características son semejantes a las que se producen en caso de una corioamnionitis⁷. Se han descrito, además, alteraciones de las enzimas hepáticas (GOT, GPT) e hiperfibrinogenemia⁴. Generalmente, el cuadro es autolimitado, por lo que la mayoría de las veces no llega a diagnosticarse.

Si no se realiza un tratamiento temprano se observa un aumento de afecciones, tanto preparto (aborto, APP, SPBF) como posparto (sepsis, meningitis, daños neurológicos). Las tasas de muerte neonatal según la literatura científica se encuentran en el 7,7% de todos los casos de sepsis por esta etiología⁴.

El diagnóstico de sospecha se ve dificultado por la irrelevancia de la clínica. Ante un alto índice de

180 sospecha, debe confirmarse mediante cultivos de sangre, orina, tapón cervical o líquido amniótico; la técnica más habitual es el hemocultivo, que debería considerarse siempre en las gestantes que presentan un cuadro seudogripal y fiebre⁷. El diagnóstico de confirmación de corioamnionitis por *Listeria* sólo puede realizarse después del nacimiento, con un estudio bacteriológico e histológico de la placenta y demás muestras obtenidas, e incluso, en caso de muerte fetal, por estudio necrótico, en el que en el feto afectado se observan focos de necrosis y hemorragia en el hígado, los pulmones, el bazo, la placenta y demás órganos, en grado variable, según la intensidad.

En nuestro caso no se observaron estas alteraciones, y pensamos que esto se debió a la corioamnionitis aguda de tercer grado, que se observó en el análisis histopatológico de la placenta, que desencadenó la muerte fetal inmediata, poco antes del ingreso de la paciente en nuestro hospital.

El trimetoprim-sulfametoxazol sería probablemente el tratamiento más efectivo dada las altas concentraciones intracelulares que alcanza, pero debido a sus potenciales efectos teratogénicos debe evitarse. El tratamiento suele realizarse con betalactámicos a los que el germen muestra una alta sensibilidad; actualmente el tratamiento de elección durante el embarazo es la ampicilina y la penicilina a dosis altas. Es de especial importancia realizar un diagnóstico temprano para variar el pronóstico fatídico del cuadro¹.

Con respecto a la prevención, no existen muchos estudios. La terapia profiláctica no se recomienda ni siquiera en caso de epidemias y grupos de alto riesgo⁸ y, dada su baja incidencia, no es necesario poner en marcha ninguna medida de control. Lo único que se recomienda, al igual que ocurre con otras infecciones que utilizan la vía digestiva para su transmisión, es la extrema higiene en la elaboración de los alimentos^{4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta V, Gautam V, Mehta N, Kumasi I, Joshi RM. Listeriosis in second trimester of pregnancy: case report from India. *Jpn J Infect Dis.* 2003;56:60-1.
2. *Listeria monocytogenes* traffics from maternal organs to the placenta and back. *Plos Pathol.* 2006;2:e66.
3. Abram M, Schlüter D, Vuckovic D, Waber B, Doric M, Deckert M. Effects of pregnancy-associated *Listeria monocytogenes* infection: necrotizing hepatitis due to impaired maternal immune response and significantly increased abortion rate. *Virchows Arch.* 2002;441:368-79.
4. Cito G, Luisa S, Fladini E, Calonaci G, Sanseverino F, Torricelli M, et al. Listeriosis in pregnancy: a case report. *The Journal Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 2005;18:367-8.
5. Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Gynecol.* 2003;189:861-73.
6. Braden CR. Listeriosis. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22:745-6.
7. Beck A, O'Brien PK, Mackenzie KFL. Case of stillbirth due to infection with *Listeria monocytogenes*. *J Clin Pathol.* 1966;19:567-9.
8. Buchholz U, Mascola L. Transmission, pathogenesis, and epidemiology of *Listeria monocytogenes*. *Infect Dis Clin Pract.* 2001;10:34-41.