

Listeriosis en gestante con muerte fetal intraútero

M.J. CHAPARRO SÁNCHEZ, E. CURIEL BALSERA, M.A. PRIETO PALOMINO,
B. WEIL LARA, M.J. RUIZ DE ELVIRA Y M.D. FERNÁNDEZ ZAMORA

Unidad de Cuidados Intensivos Maternal. Hospital Materno-Infantil. Hospital Regional Carlos Haya.
Málaga. España.

La listeriosis es una enfermedad poco frecuente que afecta principalmente a inmunodeprimidos, embarazadas y neonatos, pudiendo tener graves consecuencias para estos últimos. Presentamos el caso de una mujer en su segundo embarazo en la semana 25 que ingresó en nuestra unidad por un cuadro infeccioso de 10 días de evolución, aislándose en el hemocultivo *Listeria monocytogenes*. A pesar de iniciarse un tratamiento antibiótico adecuado, el feto falleció. La posibilidad de infección por *Listeria* debe tenerse siempre presente en el diagnóstico diferencial de gestantes que presentan un cuadro pseudogripal inespecífico, forma más común de presentación de la listeriosis en la embarazada. El inicio de una antibioticoterapia precoz es fundamental para la viabilidad fetal.

PALABRAS CLAVE: embarazo, aborto, infección neonatal, mortalidad perinatal.

MATERNAL LISTERIOSIS WITH INTRAUTERINE FETAL DEATH

Listeriosis is a rarely occurring disease which mainly affects immunodepressed individuals, pregnant women and neonates, the latest of whom can suffer serious consequences. We present the case of a second pregnancy in the 25th week that was admitted to our unit due to symptoms of infection which had been present for 10 days. *Listeria monocytogenes* was isolated from blood culture. In spite of initiating a proper course of antibiotic treatment, the fetus died. Possibi-

lity of listeria infection should always be considered as a differential diagnosis in pregnant women who present non-specific flu-like symptoms, is the most common symptoms of listeriosis in such women. An early initiation of antibiotic therapy is essential for fetal viability.

KEY WORDS: pregnancy, miscarriage, neonatal infection, perinatal mortality.

INTRODUCCIÓN

Listeria es una bacteria grampositiva, anaerobia facultativa, con 6 especies, de las cuales sólo *L. monocytogenes* es importante como patógeno humano¹. Es un organismo ubicuo que puede encontrarse en el suelo y aguas residuales así como en una amplia variedad de plantas y animales usados habitualmente para el consumo humano (carne de cerdo, pollo, ganado vacuno, leche no pasteurizada, paté, etc.)^{2,3}.

La exposición a *L. monocytogenes* suele ser a través de la ingesta. La colonización del tracto gastrointestinal es bastante común (puede ser aislado en heces hasta en un 70% de las personas sanas y en un 44% de las mujeres con un embarazo normal)⁴.

La listeriosis es una enfermedad que raramente afecta a individuos inmunocompetentes. Suele afectar a los pacientes inmunodeprimidos (sida, oncológicos, trasplantados, cirróticos, etc.) así como a embarazadas y neonatos, donde también se ha observado una disminución de la inmunidad celular^{2,3,5,6}. La incidencia de listeriosis en la población general es 0,7 por 100.000 y en las mujeres gestantes, 12 por 100.000⁷, siendo la mayoría de los casos esporádicos, con algunos brotes epidémicos ocasionales.

Las consecuencias de la listeriosis durante el embarazo suelen ser graves, fundamentalmente para el feto, siendo frecuentes los abortos. En caso de pro-

Correspondencia: Dr. M.A. Prieto Palomino.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Materno-Infantil.
Avenida Arroyo de los Ángeles, s/n.
29009 Málaga. España.
Correo electrónico: maprieto2001@hotmail.com

Manuscrito aceptado el 22-I-2004.

ducirse el nacimiento, la infección precoz, es decir, la que aparece en los 4 primeros días de vida, puede ocasionar una mortalidad neonatal del 63%². Los cultivos positivos vaginales de gestantes sanas son muy raros (0,097%-0,13%)², pero en la listeriosis perinatal aumentan hasta un 46,7%².

Presentamos un caso de listeriosis en una gestante, diagnosticada 10 días después del comienzo de los síntomas y que cursó con muerte fetal intraútero.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 35 años, en su segundo embarazo en la semana 25, con antecedentes de neumonía bacteriana comunitaria durante su primer embarazo. Tres días antes de su ingreso acudió a otro hospital por un cuadro febril, donde se descartó una infección respiratoria y se prescribió ceftriaxona.

Ante la persistencia de la fiebre, de 10 días de evolución, con repercusión hemodinámica, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital. Presentaba astenia, mal estado general y cefalea. La presión arterial era 85/50 mmHg, su frecuencia cardíaca 120 latidos/min, su frecuencia respiratoria 16/min y su temperatura 38,8 °C. Estaba consciente, orientada, bien hidratada y perfundida, siendo el resto de la exploración normal. En la analítica destacaba en plasma: glucosa, urea, creatinina e iones, normales. La cifra de leucocitos era 11.470/ μ l (N 73%, L 21%, M 3,5%), la hemoglobina era 9,2 g/dl, el hematocrito 25%, las plaquetas 430.000/ μ l. Las proteínas totales en plasma eran 6,22 g/dl, gammaoxalatoaminasa (GOT) 17 U/l y gammaglutamiltranspeptidasa (GPT) 35 U/l. El estudio de coagulación era normal. La analítica de orina y sedimento eran normales. La radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG) eran normales.

Se estabilizó hemodinámicamente con el aporte de fluidos y la fiebre cedió con paracetamol. Se extrajeron hemocultivos seriados y cultivo del exudado vaginal, y se practicó una ecografía obstétrica que mostró un feto inmóvil, "apelotonado", en posición cefálica, sin latido cardíaco, con doble halo cefálico, acabalgamiento y halo abdominal. El líquido amniótico era normal. Ante el hallazgo de muerte fetal, se procedió a la inducción del parto con prostaglandinas, lográndose a las escasas horas la expulsión en bloque de un feto hembra, acorde con el tiempo de amenorrea y con una morfología normal.

El hemocultivo resultó positivo para *Listeria monocytogenes*, no así el cultivo del exudado vaginal, y se instauró tratamiento con ampicilina. Durante su estancia presentó picos febriles de 38,5° C, sin repercusión clínica importante. El curso clínico posterior evolucionó sin fiebre y con estabilidad hemodinámica, permitiendo el alta hospitalaria al quinto día de estancia.

El informe anatomopatológico del feto objetivó la presencia de microabscesos viscerales por infección por *Listeria* (fig.1). En la placenta se apreciaron también microabscesos inter-intravillosarios (fig. 2).

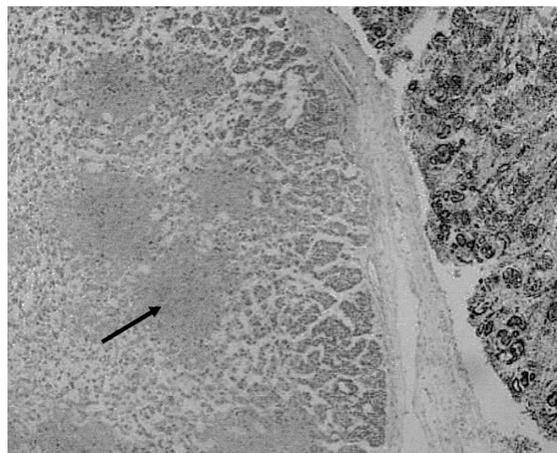


Figura 1. Microabscesos por infección de *L. monocytogenes* en la glándula suprarrenal. Hematoxilina-eosina. 10X.

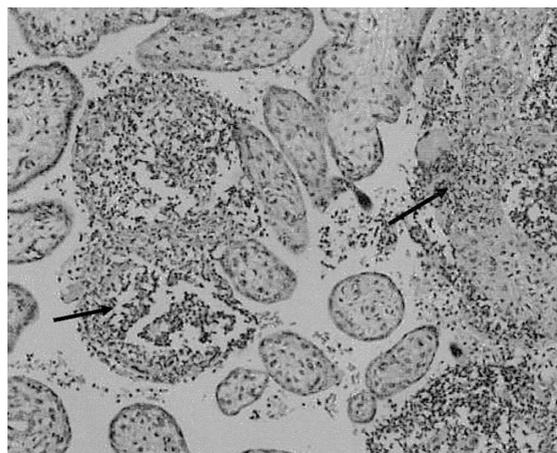


Figura 2. Microabscesos intra e intervillosarios de placenta. Hematoxilina-eosina. 20X.

COMENTARIOS

Nuestra paciente no presentaba ningún factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad por *Listeria*, salvo la situación inmunológica típica del embarazo. No encontramos datos epidemiológicos sobre el origen de la infección, aunque el tracto gastrointestinal es un reservorio habitual de *Listeria*. En los casos esporádicos, como el que tratamos, la identificación del vector alimenticio es mucho más difícil, ya que el período de incubación es prolongado, de 11 a 71 días (mediana 31 días)³.

La transmisión al feto de *Listeria* en nuestra paciente debió ocurrir por vía transplacentaria a través de la sangre materna, ya que la negatividad del cultivo del exudado vaginal descartó la vía ascendente desde la vagina contaminada o la transmisión al feto a su paso por el canal del parto^{2,6}. A pesar de la baja incidencia de portadoras sanas de *Listeria* a nivel genital, éste debe ser un elemento a tener en cuenta,

ya que podría tratarse de un factor predisponente a padecer abortos de repetición⁶.

Durante el embarazo, la listeriosis puede producirse en cualquier momento de la gestación, aunque suele ser más frecuente en el tercer trimestre. Cursa, habitualmente, de forma inespecífica, como un cuadro pseudogripal, con fiebre, artromialgias y cefalea, síntomas presentes en nuestra paciente. En cambio, estuvieron ausentes los síntomas gastrointestinales y los derivados de la infección del sistema nervioso, más raros durante el embarazo^{1,6,8}. Generalmente, el cuadro es autolimitado, con lo que la mayoría de las veces no llega a diagnosticarse¹ y, si se diagnostica, es por un alto índice de sospecha, confirmándose mediante cultivos de sangre, orina, tapón cervical o líquido amniótico. En nuestro caso, se obtuvo mediante la técnica más habitual, el hemocultivo, que debería ser considerado siempre en las gestantes que presentan un cuadro pseudogripal^{1,3}.

La antibioticoterapia precoz podría tratar la listeriosis fetal intraútero, previniendo sus frecuentes complicaciones: aborto, partos prematuros y la listeriosis neonatal, proceso con mortalidad muy elevada³. Cruikshan y Warenski describieron un caso de corioamnionitis por *Listeria* que respondió a altas dosis de ampicilina y gentamicina, seguido de dos semanas de tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazole, naciendo el niño a término y sano⁹. Posteriormente, se han publicado otros casos de listeriosis en gestantes con neonatos sanos tras la terapia antibiótica adecuada^{6,8,10}. En el caso expuesto, el tratamiento antibiótico se inició al conocerse el resultado del hemocultivo; sin embargo, probablemente la evolución del cuadro (10 días) fue demasiado prolongada, resultando ineficaz el tratamiento y abocando a la muerte fetal intraútero. Mylonakis et al presentaron una serie de 11 casos de listeriosis en la que sólo tres fueron diagnosticados preparto. En la revisión de la literatura de este mismo autor, el tiempo medio de diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue 6,6 días (rango 1-21 días)⁶.

El trimetoprim-sulfametoxazole sería probablemente el tratamiento más efectivo dada las altas concentraciones intracelulares que alcanza, pero debido a sus potenciales efectos teratogénicos fue evitado, aunque la gestación de la paciente estaba en el segundo trimestre. Se considera que el tratamiento de elección es la ampicilina, fundamentalmente, y la penicilina a altas dosis durante el embarazo, y así se hizo en nuestra paciente^{1-3,6}.

La terapia profiláctica no se recomienda ni siquiera en caso de epidemias y grupos de alto riesgo³, aunque algunos autores consideran que su uso sería prudente en inmunodeprimidos para prevenir la enfermedad invasiva³. En cualquier caso, la mejor profilaxis consiste en un adecuado control epidemiológico y en la eliminación de los reservorios alimenticios².

BIBLIOGRAFÍA

1. Braden CR. Listeriosis. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:745-6.
2. Silver HM. Listeriosis during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:737-40.
3. Buchholz U, Mascola L. Transmission, pathogenesis, and epidemiology of *Listeria monocytogenes*. *Infect Dis Clin Pract* 2001;10:34-41.
4. Kampelmacher E, Huysinga W, Jansen L. The presence of *Listeria monocytogenes* in feces of pregnant woman and neonates. *Zentralbl Bakteriol* 1972;222:258-62.
5. Mylonakis E, Hohmann EL, Calderwood SB. Central nervous system infection with *Listeria monocytogenes*: 33 years' experience at a general hospital and review of 776 episodes from the literature. *Medicine* 1998;77:313-36.
6. Mylonakis E, Paliou M, Hohmann E, Calderwood SB, Wing EJ. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. *Medicine* 2002;81:260-9.
7. Southwick FS, Purich DL. Intracellular pathogenesis of listeriosis. *N Engl J Med* 1996;334:770-6.
8. Sirry HW, George RH, Whittle MJ. Meningo-encephalitis due to *Listeria monocytogenes* in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:1083-4.
9. Cruikshan DP, Warenski JC. First trimester maternal *Listeria monocytogenes* sepsis and chorioamnionitis with normal neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 1989;73:469-71.
10. Kalstone C. Successful antepartum treatment of listeriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:57-8.