Caso clínico

Listeria y embarazo: a propósito de un caso

Listeria and pregnancy: a case report

Laura Isabel Gramage-Córdoba¹, Adalberto Asins-Cubells², Patricia Chamón-Moya³, Carlos Llopis-Coloma⁴

¹Matrona. Centro de Salud de Chelva (Valencia). ²Matrón. Hospital de Sagunto (Valencia).

³Enfermera. Hospital Universitario La Fe (Valencia). ⁴Enfermero. Hospital Universitario de Elda (Alicante)

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer que, en la semana 35 de gestación, tuvo un parto por cesárea urgente debido a un desprendimiento prematuro de placenta. El recién nacido presentó un pico febril a las 30 horas de vida y empeoramiento clínico; se aisló en frotis periférico *Listeria monocytogenes*. Para prevenir la listeriosis, es preciso establecer medidas seguras durante el embarazo que eviten la contaminación y el crecimiento de *L. monocytogenes* en la cadena alimentaria.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Listeria, infección, embarazo, recién nacido, complicaciones del embarazo, prevención.

ABSTRACT

We report the case of a woman who with 35 weeks of gestation had a emergency cesarean section because she had a placental abruption. The newborn has a fever peak at 30 hours of life and clinical worsening, is isolated peripheral smear *Listeria monocytogenes*. To prevent listeriosis establish reliable measurements during pregnancy to prevent contamination and growth of *L. monocytogenes* in the food chain.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Listeria, infection, pregnancy, newborn, pregnancy complications, prevention.

INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una zoonosis causada en humanos por *Listeria monocytogenes*, un bacilo flagelado grampositivo, anaerobio facultativo, capaz de sobrevivir en condiciones extremas de temperatura, pH y salinidad^{1,2}.

Su incidencia es de 2-10 casos por millón de habitantes, tanto en Europa como en Estados Unidos, y el 99% de los casos es por transmisión alimentaria^{3,4}.

Durante la gestación, la inmunidad celular está disminuida, lo que facilita que la embarazada y el neonato sean especialmente susceptibles a la listeriosis⁵. Así, la listeria es 18 veces más común en el embarazo que en la población general, siendo más evidente en mujeres hispanas (8,9/100.000) que en el resto de gestantes (2,3/100.000)⁶⁻⁸.

En España, y a partir de datos del Sistema de Información Microbiológica (SIM), de carácter voluntario, se estima una incidencia de 1,12 casos por 100.000 habitantes. La inclusión de la listeriosis en el Sistema de

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) permitiría dimensionar su presencia y mejorar su prevención y control^{9,10}.

Este patógeno está presente en los lugares donde se procesa el alimento, tanto en comidas crudas como en productos cocinados, por contaminación posterior a la cocción¹¹.

La puerta de entrada es la vía oral. Tras la ingestión, en pacientes con inmunidad celular disminuida *L. monocytogenes* alcanza el torrente sanguíneo y produce bacteriemia e invasión de órganos. Es capaz de traspasar la barrera intestinal, la hematoencefálica y la placentaria^{2,12,13}.

La infección se manifiesta en cualquier etapa de la gestación, aunque la incidencia se duplica a partir de la semana 28¹⁴. Suele causar un cuadro leve o subclínico (fiebre, mialgia, dolor de espalda, cefalea, malestar general, náuseas, vómitos, diarrea)^{7,15}. La infección fetal y neonatal, en cambio, es grave, con una tasa de morta-

Fecha de recepción: 22/06/15. Fecha de aceptación: 22/11/15.
Correspondencia: Laura Isabel Gramage-Córdoba. Centro de Salud de Chelva. Avenida Mancomunidad del Alto Turia, s/n. 46176 Chelva (Valencia).
Correo electrónico: lagraco@gmail.com

Gramage-Córdoba LI, Asins-Cubells A, Chamón-Moya P, Llopis-Coloma C. Listeria y embarazo: a propósito de un caso. Matronas Prof. 2016; 17(2): e1-e4

lidad del 29%^{11,16}. A través de la propagación transplacentaria, *L. monocytogenes* causa infección intrauterina, que puede derivar en corioamnionitis, parto prematuro, aborto, muerte fetal, alteraciones neurológicas, neumonía, sepsis o meningitis^{15,17}.

La listeriosis temprana, de mayor mortalidad, se asocia a síndrome febril materno, corioamnionitis y parto prematuro. La patogenia está determinada por la aspiración de líquido amniótico (LA) infectado. Puede manifestarse como sepsis, síndrome de distrés respiratorio (SDR), alteraciones de la termorregulación, meningitis, lesiones cutáneas y síndrome de granulomatosis fetal^{2,17}.

El diagnóstico de listeriosis se basa en detectar el crecimiento del microorganismo en fluidos corporales, como la sangre, el LA o el líquido cefalorraquídeo. Cuando se consigue aislar *L. monocytogenes* en un cultivo, se confirma el diagnóstico. Si no hay confirmación pero el cuadro clínico es evidente, es un caso probable de listeriosis^{18,19}.

El tratamiento de elección son los betalactámicos, normalmente ampicilina, sola o combinada con aminoglucósidos. El diagnóstico y tratamiento precoz incrementa los resultados maternos y perinatales favorables².

La Food and Drug Administration (FDA)²⁰ y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)²¹ establecen como medidas preventivas evitar la contaminación y el crecimiento de *L. monocytogenes* en la cadena alimentaria, con una adecuada preparación y un correcto almacenamiento de los alimentos y medidas de higiene y saneamiento apropiadas en todo el proceso:

- El refrigerador debe estar a ≤ 4 °C y el congelador a -18 °C.
- Refrigerar o congelar alimentos perecederos. Desechar los alimentos que queden fuera de la nevera durante más de 2 horas. Cuando las temperaturas sean superiores a 32 °C, desechar los alimentos después de 1 hora.
- Utilizar los alimentos perecederos lo antes posible.
- Limpiar el refrigerador periódicamente con agua caliente y detergente.
- Verificar las fechas de caducidad cada semana.
- Cocinar bien la carne cruda.
- Lavar las verduras crudas antes de su consumo.
- Separar las carnes crudas de las verduras, alimentos cocinados y alimentos preparados.
- Lavar las manos, cuchillos, utensilios y tablas de corte tras manipular alimentos crudos.
- Calentar los alimentos sobrantes o los preparados hasta la emisión de vapor.

Además, se aconseja a las mujeres evitar los alimentos de alto riesgo durante el embarazo:

- Salchichas, fiambres y embutidos, a menos que estén cocinados.
- Quesos como feta, brie y camembert, queso azul o blanco, a menos que estén procesados con leche pasteurizada.
- Patés para untar refrigerados.
- El consumo de moluscos crudos, pescado crudo (tipo sushi, surimi, tarama...) y pescados ahumados (salmón, trucha...).
- Leche cruda (sin pasteurizar) o alimentos que contengan este tipo de leche.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Gestante de origen caucásico de 35 semanas de gestación que acudió a urgencias por dinámica uterina. En la ecografía, se apreció una frecuencia cardíaca fetal (FCF) positiva, feto en cefálica, LA normal y placenta normoinsera. En el examen se constató cérvix cerrado y longitud de 38 mm. No se observó pérdida de LA. En el registro cardiotocográfico se obtuvo un patrón reactivo no desacelerativo y dinámica uterina irregular de intensidad moderada. Exploración general: paciente apirética, normotensa, con odinofagia y cuadro alérgico de 3 días de evolución.

Al no existir modificación cervical pero sí dinámica uterina dolorosa, se decidió conducta expectante tras el ingreso de la mujer, iniciándose la pauta de corticoides antenatales para la maduración pulmonar fetal. Se canalizó vía periférica y se realizó extracción de sangre para analítica bioquímica, hemograma y hemostasia. Seguidamente, se visualizó la salida de sangre roja y activa por los genitales, en cantidad abundante.

VALORACIÓN GENERAL

- Antecedentes personales y familiares sin interés.
- Antecedentes obstétricos: G5P1A3; cinco gestaciones tras tratamiento de reproducción asistida por factor masculino; 2008, 2012 y 2013, abortos bioquímicos; en 2010, embarazo controlado y fisiológico que finalizó con cesárea por fracaso de inducción tras rotura prematura de membranas a las 39 semanas de gestación; recién nacido varón, sano, 3.760 g; Apgar 10/10.
- Gestación actual controlada y normoevolutiva. Serología negativa para toxoplasma, VDRL, VIH y hepatitis B. IgG rubeola positivo. Diagnosticada de dilatación varicosa periuterina en el primer trimestre. Las ecografías de las semanas 20 y 32 de embarazo mostraron un desarrollo fetal en el percentil 40 de crecimiento, observándose normalidad en el LA y la placenta.

Al constatar la hipertoniá y la hemorragia vaginal, se realizó el diagnóstico inmediato de sospecha de desprendimiento de placenta normoinsera, por lo que el médico ginecólogo indicó realizar una cesárea urgente.

Se practicó una cesárea mediante la técnica Pfannenstiel. Tras la amniotomía, se obtuvo un LA meconial espeso. La madre presentaba buen estado general. Hemograma intraparto con leucocituria intensa sugestiva de infección; parámetros bioquímicos normales.

El recién nacido fue una niña de 2.220 g, Apgar 8/8. LA meconial espeso. Preciso reanimación superficial. Ingresó en la UCI para vigilancia por prematuridad y alto riesgo infeccioso por sospecha de corioamnionitis materna. Resolución del compromiso respiratorio en la primera hora de vida.

En el quirófano, la intervención de la cesárea finalizó sin incidencias, y la madre ingresó en la planta de hospitalización.

DIAGNÓSTICO

En las primeras 30 horas de vida, el recién nacido presentó una temperatura corporal de 38,7 °C, con hipotonía y distrés respiratorio, por lo que se extrajo sangre para hemocultivo y se inició de forma empírica tratamiento antibiótico de amplio espectro con ampicilina i.v. (200 mg/día cada 12 h) y amikacina i.v. (30 mg/día cada 8 h). Se observó crecimiento bacteriano de *L. monocytogenes* en frotis periféricos (cultivo de nasofaringe y piel) y signos clínicos y analíticos maternos de corioamnionitis. No se demostró crecimiento de gérmenes en el hemocultivo practicado, pero, dada la afectación clínica personal y de su madre y la presencia del germen en frotis periféricos, se decidió mantener tratamiento durante 7 días según el protocolo de sepsis.

INTERVENCIÓN

Tras cumplir antibioterapia y sin más incidencias, el recién nacido se trasladó a la unidad neonatal. Presentó buena evolución clínica. La analítica de control evidenció descenso de los reactantes de fase aguda, por lo que se decidió el alta hospitalaria a los 13 días de vida, con lactancia materna a demanda y prescripción de vitamina D₃ oral (4 gotas/12 h) durante 90 días, glutaferro oral (6 mg/12 h) durante 90 días y eritromicina pomada ocular (1 aplicación cada 12 h) durante 1 mes. Peso al alta 2.510 g. Se derivó a su pediatra para control a los 3 días del alta.

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

El posparto transcurrió con normalidad. La madre alimentó a su hija con lactancia materna. Dos días después, fue dada de alta, con prescripción de hierro oral (80 mg/día), amoxicilina oral (500 mg/12 h) durante 7 días, metamizol oral (575 mg) si era necesario, y derivación a su ginecóloga y matrona de zona. A las 6 semanas posparto, la analítica puerperal (hemograma y hemocultivo) no sugirió infección.

INFORME FINAL

Aunque en nuestro medio la listeriosis suele presentarse como casos aislados, su incidencia es más común entre las gestantes, debido a las condiciones del sistema inmunitario propias de esta etapa y, en consecuencia, también de la etapa perinatal¹³⁻¹⁷. La infección se detectó en el tercer trimestre y sin clínica evidente asociada, aunque a través de la propagación transplacentaria causó la infección intrauterina que condujo a corioamnionitis, desprendimiento de placenta normoinsera y parto prematuro. La listeriosis neonatal temprana se resolvió con normalidad y sin consecuencias graves.

OBSERVACIONES PARA LA PRÁCTICA

Se presenta este caso clínico por la importancia de su prevención.

El papel de la matrona en el control del embarazo y la alimentación segura durante la gestación es esencial. Es importante dar a conocer y reforzar los conocimientos previos para ofrecer a las gestantes pautas preventivas capaces de evitar que se produzca esta infección. La matrona debe evaluar la dieta de la gestante y asentar o modificar sus hábitos alimentarios.

Es imprescindible prestar especial atención a los aspectos psicológicos de la mujer. El apoyo y la empatía de la matrona cuando la mujer regresa a casa sin su recién nacido, con gran ansiedad e impacto emocional, es de vital importancia. La mujer debe sentirse acompañada e informada, pues ello facilitará su participación en los cuidados del bebé y le dará la seguridad necesaria para llevar a cabo la lactancia materna, muy importante como parte del tratamiento. Para alcanzar con éxito este objetivo, es necesario que los profesionales tengamos información actualizada sobre el tema y realicemos actividades de prevención.

AGRADECIMIENTOS

A la mujer del caso, de quien hemos aprendido en cada paso, creciendo junto a ella personal y profesionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Swaminathan B, Gerner-Smidt P. The epidemiology of human listeriosis. *Microb Infect.* 2007; 9: 1.236-43.
2. Mateus T, Silva J, Maia RL, Teixeira P. Listeriosis during pregnancy: A public health concern. *ISRN Obstet Gynecol.* 2013; 851712: 1-6.
3. Amaya-Villar R, García-Cabrera E, Sulleiro-Igual E, Fernández-Viladrich P, Fontanals-Aymerich D, Catalán-Alonso P, et al. Three-year multicenter surveillance of community acquired *Listeria monocytogenes* meningitis in adults. *BMC Infect Dis.* 2010; 10: 324.
4. Goulet V, Hebert M, Hedberg C, Laurent E, Vaillant V, De Valk H, et al. Incidence of listeriosis and related mortality among groups at risk of acquiring listeriosis. *Clin Infect Dis.* 2012; 54: 652-60.
5. Leber A, Zenclussen ML, Teles A, Brachwitz N, Casalis P, El-Mousleh T, et al. Pregnancy: tolerance and suppression of immune responses. *Methods Mol Biol.* 2011; 677: 397-417.
6. Silk BJ, Date KA, Jackson KA, Pouillot R, Holt KG, Graves LM, et al. Invasive listeriosis in the Foodborne Diseases Active Surveillance Network (FoodNet), 2004-2009: further targeted prevention needed for higher-risk groups. *Clin Infect Dis.* 2012; 54 (suppl 5): 396-404.
7. Jackson KA, Iwamoto M, Swerdlow D. Pregnancy-associated listeriosis. *Epidemiol Infect.* 2010; 138: 1.503-9.
8. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment and prevention. *Rev Obstet Gynecol.* 2008; 1: 179-85.
9. RD 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE n.º 21, de 24 de enero de 1996.
10. Parrilla F, Vaqué J. Estudio de la incidencia de listeriosis en España. *Gac Sanit.* 28(1): 74-6.
11. Ramaswamy V, Cresence VM, Rejitha JS, Lekshmi MU, Dharsana KS, Prasad SP, et al. *Listeria*-review of epidemiology and pathogenesis. *J Microbiol Immunol Infect.* 2007; 40: 4-13.
12. Liu D. Identification, subtyping and virulence determination of *Listeria monocytogenes*, an important foodborne pathogen. *J Med Microbiol.* 2006; 55: 645-59.
13. Freitag NE, Port GC, Miner D. *Listeria monocytogenes* –from saprophyte to intracellular pathogen. *Nat Rev Microbiol.* 2009; 7: 623-28.
14. Sisó C, Goncé A, Bosch J, Salvia MD, Hernández S, Figueras F. Listeriosis in pregnancy: a secular trend in a tertiary referral hospital in Barcelona. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2012; 31: 2.125-32.
15. Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Kim SK, et al. Listeriosis in human pregnancy: a systematic review. *J Perinat Med.* 2011; 39: 227-36.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion N.º 614. Management of pregnant women with presumptive exposure to *Listeria monocytogenes*. *Obstet Gynecol.* 2014; 124: 1.241-4.
17. Posfay-Barbe KM, Wald ER. Listeriosis. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2009; 14: 228-33.
18. Aguado García JM, Faggian F, Jiménez de Anta Losada MT. Infecciones por *Listeria* y *Erysipelothrix*. En: Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S. *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana, 2005; 451-6.
19. Allerberger F, Wagner M. Listeriosis: a resurgent foodborne infection. *Clin Microbiol Infect.* 2010; 16: 16-23.
20. Food and Drug Administration (FDA). Seguridad alimentaria para futuras mamás: Durante el embarazo – *Listeria*. Disponible en: <http://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/HealthEducators/ucm083476.htm>
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Listeria* (listeriosis): prevention. Atlanta, 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/listeria/prevention.html>