

Sánchez C., Edgar; Castillo, Alicia; Ortega, Claudia
Infección perinatal por listeria. Reporte de un caso
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 52, núm. 2, 2001
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195218276008>

SERIES DE CASOS
Infección perinatal por listeria.
Reporte de un caso

Sánchez C. Edgar, MD.; Castillo Alicia, MD.**; Ortega Claudia, MD.****

Recibido: Junio 27/2001 - Revisado: Agosto 21/2001 - Aceptado: Agosto 24/2001

RESUMEN

La listeriosis es un enfermedad bacteriana poco frecuente con una susceptibilidad mayor por mujeres embarazadas y especialmente por la unidad feto-placentaria. A continuación presentamos un caso ocurrido en el Hospital Central de la Policía, en que se logró confirmar el diagnóstico. Se revisó el tema y se estableció la diferencia en lo que respecta al manejo de este y otro tipo de corioamnionitis.

PALABRAS CLAVE: Listeriosis, corioamnionitis, sepsis neonatal.

SUMMARY

The listeriosis is a bacterial not frequent illness, with a special susceptibility for women in pregnancy and unit feto-placenta. We present a case of congenital listeriosis managed in the Central Hospital of the Police, in which a diagnosis was been establish. It is discussed according to bibliography review and the difference between this and others chorioamnionitis.

KEY WORDS: Listeriosis, chorioamnionitis, neonatal sepsis.

INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una enfermedad infecciosa bacteriana poco frecuente producida por una bacteria bacilar gram positiva denominada *Listeria monocytogenes*. Reportes de la literatura informan una incidencia de 0.7 por cada 100000 habitantes año en la población general¹. Sin embargo existe una susceptibilidad especial por ciertos tipos de pacientes entre los que se incluyen pacientes inmunosuprimidos, renales crónicos sometidos a diálisis, transplantados, diabéticos, farmacodependientes y últimamente en pacientes con S.I.D.A. La paciente embarazada es especialmente susceptible a este tipo de infecciones con una incidencia de 12 por cada 100000 habitantes año, es decir 17 veces mayor que la reportada en la población general¹.

La *L. monocytogenes* es un microorganismo que se encuentra en forma libre en el medio

ambiente, pero que se adquiere principalmente por vía digestiva a través de la ingesta de alimentos contaminados: leche contaminada y sus derivados, carnes (pollo, cerdo, res), pescados. Además tiene condiciones que favorecen su crecimiento en condiciones anaerobias, resistiendo altas bajas temperaturas e incluso los preservantes utilizados para la conservación de alimentos por tiempo prolongado³.

Con respecto a las manifestaciones clínicas en pacientes embarazadas, se dice que el cuadro inicial puede ser indistinguible de un episodio "tipo influenza", con síntomas inespecíficos como cefalea, malestar, fiebre, mialgias, dolor lumbar. Los síntomas gastrointestinales son menos frecuentes en mujeres embarazadas. En muchos casos los síntomas pueden pasar desapercibidos e incluso ser completamente asintomáticas y manifestarse posteriormente con síntomas de amenaza de parto pretermino, disminución de movimientos fetales o muerte fetal inexplicada la cual se presenta entre 7 y 10 días después de adquirida la infección si no se establece un tratamiento antibiótico adecuado. Cuando el episodio agudo se presenta en el primer trimestre del embarazo

* Gineco-obstetra Perinatólogo, Unidad de Medicina Materno-fetal, Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia.

** Pediatra, Unidad de Neonatos, Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia.

*** Patóloga, Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia

puede cursar con aborto e incluso se menciona en algunas pacientes portadoras como causa de pérdida recurrente del embarazo³.

La mortalidad perinatal por *L. monocytogenes* presenta un comportamiento bimodal muy parecido al de la infección por estreptococo del grupo B. La presentación temprana se manifiesta en las primeras 24 horas de nacido con cuadro de septicemia y una mortalidad que alcanza el 63% de los pacientes, en estos casos se logra aislar la listeria de la madre hasta en un 80% de los casos¹.

La presentación tardía se manifiesta a partir de los 5 días de vida neonatal con cuadro de meningitis hasta en un 90% de los casos; la mortalidad alcanza solo el 25% de los casos pero las secuelas de tipo neurológico son mayores. Excepcionalmente se logra aislar la listeria de la madre sugiriendo una vía de transmisión diferente a la perinatal¹.

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años de edad, sin antecedentes generales de importancia, quien cursaba un tercer embarazo con antecedente de un parto por cesárea en su primero y un parto de un mortinato a las 33 semanas en su segundo.

El embarazo actual cursaba normalmente hasta la semana 29 cuando la paciente refiere disminución de movimientos fetales de tres días de evolución. Se realizó un perfil biofísico el cual se calificó en 4/10 por ausencia de movimientos fetales y respiratorios; la monitoría no reactiva mostró buena variabilidad y línea de base en 150 latidos/min. La biometría estuvo acorde con el tiempo de gestación, el líquido amniótico y la placenta fueron normales. La paciente se hospitalizó con la idea de continuar la vigilancia fetal y 24 horas después se realiza nuevo perfil biofísico el cual nuevamente se interpretó como 4/10. por ausencia de los mismos parámetros previos, pero llamaba la atención un incremento en la linea de base a 160 latidos/min y un pequeño halo de ascitis en la cavidad abdominal fetal. El CH de ese día revelaba una leucocitosis de 14.700 con N-89 y L-8 y una PCR (+) en 30 mg/dl. Ante la sospecha de una corioamnionitis se realizó una amniocentesis obteniendo 10 cc de líquido amniótico turbio oscuro el cual se envió para gram, glucosa y cultivo. Posterior a la punción la monitoría evidenció la presencia de actividad uterina leve y desaceleraciones variables profundas, las cuales se interpretaron como sufrimiento fetal agudo

motivo por el cual la paciente fue llevada a cesárea obteniendo un neonato de sexo masculino de 1490 g de peso y 40 cm de talla y un apgar de 3/min., 8/5 min. Llamó la atención el aspecto gris-verdoso de la placenta cual se envió a patología. La paciente es cubierta con sulfactam-ampicilina y evolucionó en forma satisfactoria. El resultado del gram se obtiene dos horas mas tarde reportando cocobacilos gram (+) +++, PMN 7-9 /campo, una glucosa en líquido amniótico de 7 mg%. El cultivo reportado 48 horas después evidenció *L. monocytogenes*.

EVOLUCIÓN EN LA UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS.

A la unidad de recién nacidos ingresó producto de sexo masculino, en mal estado general, bradicárdico sin esfuerzo respiratorio, con sangrado por boca y nariz posterior a reanimación con ambú se decidió intubar con TOT #3. Llamó la atención lesiones de carácter pápuloeritematoso diseminadas en todo el cuerpo. Se tomó cuadro hemático compatible con infección bacteriana con rayos X de tórax sugestivos de enfermedad de membrana hialina versus neumonía nosocomial. Con diagnósticos de recién nacido pretérmino con peso adecuado, sufrimiento fetal agudo, síndrome de dificultad respiratoria secundaria a membrana hialina, sepsis neonatal temprana, piodermitis, riesgo metabólico, se manejó con líquidos endovenosos, dopamina, vitamina K, gluconato de calcio, transfusión de glóbulos rojos, ampicilina- gentamicina- fenobarbital, y se aplicó una dosis de surfactante. El paciente presentó deterioro progresivo de su estado general y falleció a las 25 horas de nacido.

ANÁLISIS PATOLÓGICO

Descripción macroscópica

Se recibió para estudio placenta monocorial monoamniótica de 450 g. de peso y medidas de 15 x 13 x 2 cm. Cordón umbilical de inserción paracentral de 25 cm de longitud por 1 cm de diámetro y tres vasos presentes. Las membranas opacas de 12 cm del borde libre al borde de inserción. La cara materna presentaba cotiledones completos y a los cortes seriados no se identificaron lesiones macroscópicas.

Descripción microscópica

Se procesaron cinco bloques y se obtuvieron cortes coloreados con hematoxilina y eosina. Los

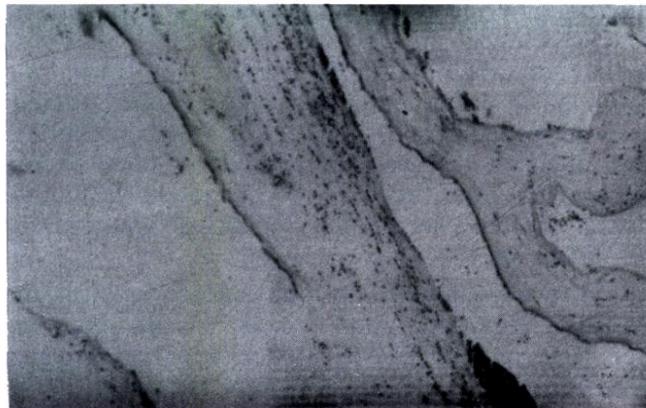


Figura 1. Acercamiento de las membranas (10x) donde se observa un denso infiltrado de polimorfonucleares que compromete todo el amnios. Coloración H & E.



Figura 2. Amnios con múltiples bacilos gram positivos (*Listeria Monocytogenes*) Coloración de GRAM 100x

cortes mostraron un severo proceso inflamatorio a nivel de las membranas que comprometían el corion y el amnios difusamente formando micro-abscesos a este nivel. Las vellosidades presentaron una adecuada maduración y en las zonas subcoriales se observó exocitosis de polimorfonucleares con focos de villitis; se identificaron depósitos de fibrina intervellosa. No había inflamación aguda a nivel del cordón umbilical. Se realizó coloración de Gram identificándose abundantes bacilos gram positivos compatibles con *L. monocytogenes*.



Figura 3. Acercamiento de un foco de villitis aguda. H & E (40x)

Tabla 1. Comparación entre Corioamnionitis clásica y la producida por Listeria.

Streptococo Grupo B (20%). Gardenerella vaginalis (17%). Peptoestreptococos y Peptoc (11%) Bacteroides Frágilis (9%)	LISTERIA.
Cocos Gram (+), Bacilos Gram (-)	Bacilos Gram (+)
Vía ascendente.	Vía hematógena-transplacentaria.
RPM, desnutrición, vaginosis, coito, monitoria interna, No. de tactos.	Immunosupresión, embarazo
Fiebre, taquicardia materna y fetal. Actividad uterina	Síndrome tipo influenza, actividad uterina, Disminución MSFS.
Líquido amniótico fétido	Líquido amniótico vinotinto o verdoso no fétido
Morbimortalidad perinatal x 2-4	Mortalidad hasta del 63%
Tratamiento; antibióticos, interrupción del embarazo.	Tratamiento; antibiótico, manejo expectante

DISCUSIÓN

Estudios han demostrado que la defensa por parte del organismo contra este tipo de infección depende de una adecuada respuesta de tipo celular, inicialmente de polimorfonucleares y posteriormente de linfocitos T. En el caso de la paciente embarazada, existen reportes contradictorios en la literatura que sugieren la disminución en la función de la inmunidad celular mediada por linfocitos T y células NK. Otros apoyan la teoría de una disminución de la función fagocitaria a nivel local, que hacen la unidad placente-fetal especialmente susceptible a este y otro tipo de infecciones².

En este caso en particular no se identificaron los macroabscesos descritos como típicos de la entidad, la posterior coloración de gram confirmó la infección demostrada por los cultivos de líquido amniótico.

Es importante mencionar que aunque la listeriosis es una infección que compromete las membranas, la placenta y el feto, se diferencia de la corioamnionitis clásica en varios aspectos, según se muestra en la tabla I.

A este respecto llama especialmente la atención, la diferencia del enfoque terapéutico que obliga en el caso de la corioamnionitis clásica a la interrupción del embarazo una vez se establece el diagnóstico, mientras que en el caso de la listeriosis, la eficacia de instaurar un tratamiento antibiótico in utero una vez realizado el diagnóstico, podría prolongar el embarazo incluso hasta el término del mismo como ha sido mostrado en varias publicaciones⁴⁻⁵.

Queremos resaltar, que además del carácter preventivo que conlleva el realizar este tipo de diagnóstico en pacientes embarazadas, con la búsqueda y control por parte de los organismos encargados de aquellas posibles fuentes de infección, el obstetra juega un papel valioso en el

diagnóstico temprano de la entidad, la cual es susceptible de tratamiento siempre y cuando se realice un diagnóstico de manera oportuna. Esto implica, un enfoque cauteloso de aquellas pacientes embarazadas con síntomas de fiebre inexplicada, amenaza de parto pretérmino y disminución de movimientos fetales, y la búsqueda de marcadores clínicos, serológicos e incluso ecográficos de infección.

A este respecto un publicación australiana describió algunos signos ecográficos de infección por listeria que fueron observados en nuestro paciente como son presencia de ascitis leve asociada a distensión de asas delgadas y engrosamiento de las paredes de las mismas⁶.

La realización de una amniocentesis para confirmar diagnóstico, debería realizarse en forma rápida ante disminución o ausencia de movimientos fetales respiratorios en el perfil biofísico. Un resultado de grano positivo sería suficiente para iniciar un tratamiento. A su vez la administración de glucocorticoïdes también rutinizada en nuestro medio en el manejo de pacientes con amenaza de parto pretérmino debería ser postergada hasta que se descarte el proceso infeccioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silver H. Listeriosis During Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 1998; Dec; 53 (12): 737-40.
2. Silver R, Branch W. *The Immunology of Pregnancy*. Maternal Fetal Medicine . Creasy Resnik. W.B. Saunders Philadelphia. 1999, Chapter 4. 72-89.
3. Charles D. Listeriosis. *Obstetric and Perinatal Infection*. Mosby Year Book. St. Louis. 1993; Chapter 16. 193-209.
4. Fleming A, Erlich D., Miller N et al. Successful treatment of maternal septicemia due to *Listeria monocytogenes* at 21 weeks gestation. *Obstet Gynecol.* 1985; 66 (3 Suppl): 52-53s.
5. Kalstone C. Successful antepartum treatment of listeriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 57-58
6. Quinivan J. et al. Ultrasound features of congenital listeriosis- a case report. *Prenat Diagn.* 1998 Oct; 18(10): 1075-8.