

M^a Pilar Palacián Ruiz¹,
M^a Isabel Cameo Rico¹,
Piedad Arazo Garcés²,
M^a Luisa Marco Lamata¹,
M^a Jose Revillo Pinilla¹

Infecciones por *Listeria monocytogenes*

¹Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Sr. Editor: *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo, corto, anaerobio facultativo, catalasa positivo y oxidasa negativo¹. Su principal hábitat es el suelo y la materia vegetal en descomposición en el cual sobrevive y crece como saprofito. Debido a su amplia distribución, este microorganismo tiene muchas oportunidades de contaminar alimentos, siendo esta la vía más frecuente por la que el ser humano adquiere la infección². En personas inmunocompetentes, la listeriosis invasiva es poco frecuente y aparece como cuadro diarreico autolimitado o síntomas gripales³. Sin embargo, en inmunodeprimidos se manifiesta como bacteriemia o meningoencefalitis, con una mortalidad elevada en torno al 20-30%⁴. Son especialmente susceptibles los pacientes de edad avanzada o con patología de base⁵. Entre éstas, hay que hacer especial mención a las neoplasias, trasplantes de órganos, colagenosis, diabetes mellitus y SIDA. Las mujeres embarazadas son especialmente propensas a sufrir bacteriemia por *Listeria monocytogenes*⁶. Suele producirse en el tercer trimestre de embarazo y cursar como un cuadro pseudogripal de evolución favorable. Es muy poco frecuente el desenlace fatal en la madre, pero si no se instaura tratamiento adecuado se suele producir una amnionitis e infección fetal. El tratamiento de elección es ampicilina o penicilina⁷. Presentamos un estudio retrospectivo efectuado en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Revisamos las historias de los pacientes con cultivo positivo para *Listeria monocytogenes* entre enero de 1997 y octubre de 2010. Se hallaron 28 casos: 7 neonatos y 21 adultos. Las principales características de los adultos se describen en la tabla 1. El rango de edad fue de 31 a 90 años con una media de edad de 60 años y de predominio masculino (54,5%). Entre los antecedentes más frecuentes destacaban neoplasia en 13 pacientes (59%). Los síntomas clínicos más frecuentes fueron fiebre seguido de síndrome meníngeo. En dos casos se produjo muerte fetal intraútero, sin aparecer ningún antecedente de interés durante el embarazo. El aislamiento de *Listeria monocytogenes* se realizó

en hemocultivos en 13 casos (59%), en LCR en cuatro casos (23,5%) y en los casos de afectación meníngea de forma conjunta en sangre y LCR en tres ocasiones (17,64%). En una ocasión, se halló en un frotis de herida (5,8%). En el tratamiento se utilizó ampicilina, asociado generalmente a aminoglucósidos. En un paciente con alergia a penicilina y derivados, este tratamiento se sustituyó por cotrimoxazol asociado a gentamicina. La mortalidad global fue del 36,3%. Se aisló también *Listeria monocytogenes* en 7 neonatos durante el período estudiado (tabla 2). El germen fue encontrado en hemocultivos en los cinco casos y en uno además en los frotis periféricos y en otro en LCR. La forma de presentación más frecuente fue como sepsis precoz. El tratamiento se realizó con ampicilina más gentamicina y la mortalidad fue del 14,2%. *Listeria monocytogenes* continua siendo una infección que aunque oportunista y poco frecuente, en pacientes inmunodeprimidos produce una elevada mortalidad. En el supuesto que una mujer embarazada presente un cuadro pseudogripal debería descartarse la presencia de éste patógeno dadas las graves consecuencias que tiene para el feto y también ante un cuadro de prematuridad o aborto espontáneo el clínico debe plantearse la infección por *Listeria* dentro del diagnóstico diferencial. La experiencia clínica muestra que amoxicilina o ampicilina, en dosis altas, son los fármacos de elección, tanto en madres como en recién nacidos. Su asociación con gentamicina ejerce un efecto sinérgico⁸.

Correspondencia:
M^a Pilar Palacián
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario
Miguel Servet
Paseo Isabel La Católica 1-3 50009 Zaragoza.
Tfno: 976765542
E-mail: ppalacian@salud.aragon.es

Tabla 1		Características de los adultos con aislamiento de <i>L. monocytogenes</i>					
Caso	Edad/Sexo	Fecha	Factores predisponentes	Presentación	Aislamiento	Tratamiento	Evolución
1	71/M	dic-97	Neoplasia colón Neoplasia	Absceso secundario a desbridamiento quirúrgico por recidiva de neo	Herida	Ampicilina y gentamicina	Favorable
2	61/V	abr-98	(origen desconocido)	Sd. febril, deterioro estado general	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Exitus
3	57/V	may-00	Cirrosis, enolismo	Sd. febril	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Favorable
4	37/M	nov-01	Neoplasia (origen desconocido)	Sd. febril, hemiplejía y afasia	Sangre y LCR	Ampicilina	Exitus
5	56/V	ene-04	VHC, VIH	Sd. febril, dolor lumbar	Sangre	Ampicilina (más vancomicina más imipenem)	Favorable
6	71/V	dic-04	Neoplasia vejiga	Crisis parciales hemicorporales derechas, fiebre	Sangre y LCR	Ampicilina y gentamicina	Exitus
7	72/M	jul-05	Mieloma múltiple	Sd. febril	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Exitus
8	69/M	ago-05	Corticoterapia	Sd. febril, desorientación	Sangre	Antibiótico IV durante 14 días	Favorable
9	75/M	oct-06	Neoplasia tiroides	Fiebre, cefalea, disartria	LCR	Ampicilina y gentamicina	Favorable
10	81/M	jul-07	IRC, DMID	Sd. febril	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Favorable
11	70/V	sep-07	Linfoma	Sd. febril y diplopía	Sangre	Ampicilina y cefotaxima	Favorable
12	90/M	may-08	Neoplasia hepática	Sd. febril, letargia	LCR	Ampicilina y gentamicina	Exitus
13	74/V	ago-08	Cirrosis	Sd. febril, alteración del comportamiento	LCR	Cotrimoxazol y gentamicina	Favorable
14	57/V	nov-08	Neoplasia pulmón, QT	Sd. febril	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Exitus
15	57/M	ene-09	No aparecen	Sd. meningeo, fiebre	LCR	Ampicilina y gentamicina	Favorable
16	74/M	ene-09	Neoplasia de próstata	Sd. meningeo, fiebre	Sangre y LCR	Ampicilina y gentamicina	Exitus
17	34/M	feb-09	Embarazo	Feto muerto intraútero	Sangre		Favorable
18	40/M	abr-09	Leucemia mieloide aguda	Sd. febril	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Favorable
19	31/M	sep-09	Embarazo	Feto muerto intraútero	Sangre		Favorable
20	83/V	feb-10	Neoplasia de próstata	Sd. febril, dolor abdominal	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Favorable
21	62/V	sep-10	Neoplasia origen gástrica	Sd. febril, somnolencia	Sangre	Ampicilina y gentamicina	Exitus

M: mujer; V: varón; LCR: Líquido cefalorraquídeo; VHC: Virus hepatitis C; VIH: Virus inmunodeficiencia humana; QT: quimioterapia; Sd: Síndrome

Tabla 2

Características de los neonatos con aislamiento de *L. monocytogenes*

Caso	Sexo	Fecha	Presentación	Aislamiento	Tratamiento	Evolución
1	M	oct-95	Sepsis precoz	Sangre		Favorable
2	V	jun-00	Sepsis precoz	Sangre		Favorable
3	M	jul-04	Sepsis precoz	Sangre y frotis periféricos	Ampicilina más gentamicina	Favorable
4	M	abr-07	Sepsis precoz	Sangre	Ampicilina más gentamicina	Favorable
5	V	feb-09	Sepsis precoz	Sangre	Ampicilina más gentamicina	Exitus
6	M	ago-09	Meningitis	Sangre y LCR	Ampicilina más gentamicina	Favorable
7	V	oct-09	Sepsis precoz	Sangre	Ampicilina más gentamicina	Favorable

M: mujer; V: varón

BIBLIOGRAFÍA

1. Bille J, Rocourt J, Swaminathan B. *Listeria* and *Erysipelothrix*. In Murray P. *Manual of Clinical Microbiology*. 8th Ed. Washington DC: ASM Press; 2003: 461-2.
2. Julián A, Jiménez A, de Górgolas M, Fernández R, Fernández ML. Infecciones por *Listeria monocytogenes* en el adulto. Aspectos clínicos y microbiológicos de una enfermedad cambiante. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:297-303.
3. Kasper S, Huhulescu S, Auer B, Heller I, Karner F, Würzner R et al. Epidemiology of listeriosis in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 2009;121:113-19.
4. García M, Chaves F, Sanz F, Otero J. Epidemiología molecular en las infecciones por *Listeria monocytogenes* en un área de Madrid durante un período de 3 años (2001-2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;24:86-9.
5. Alcoba M, Carro A, Pérez MR, Guerra J, Alonso A, Arto L. Meningitis por *Listeria monocytogenes* en el adulto en España. Presentación de 10 casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp* 2002;202(12):638-43.
6. Arias IM, Nuño FJ, Noval J, Fonseca E, Menéndez MJ. Listeriosis en el adulto. Revisión de 10 casos. *An Med Interna* 2004;21:75-8.
7. Southwick FS, Purich DI. Intracellular pathogenesis of listeriosis. *N Eng J Med* 1996;334:770-76.
8. Larrain D, Abarzúa F, De Jourdan F, Merino P, Belmar C, García P. Infecciones por *Listeria monocytogenes* en mujeres embarazadas: experiencia del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Infect* 2008; 25 (5): 336-41.