

LISTERIOSIS Y GESTACIÓN

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Marta Sevilla Rabelo Encarnación García Campaña Ana Molina López	Isidoro Narbona Arias Rosario Redondo Aguilar	26/07/2023
		Fecha revisión
		05/07/2024

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

La listeriosis es una enfermedad infecciosa producida por *Listeria monocytogenes*, una bacteria intracelular anaerobia facultativa Gram positiva. Es capaz de sobrevivir a altas y bajas temperaturas (de 1 a 45°C). Aunque su crecimiento óptimo es entre 30-37°C, puede crecer con facilidad entre 4-10°C (temperatura habitual de los frigoríficos).

Se encuentra en el suelo, el agua y la vegetación, desde donde se introduce en la cadena alimentaria, siendo la principal vía de transmisión en adultos la ingesta de alimentos contaminados. La contaminación de la superficie de la carne y las verduras es relativamente común, hasta un 15% de estos alimentos albergan el microorganismo. Los alimentos más frecuentemente contaminados son productos cárnicos precocinados, leche o derivados sin pasteurizar y marisco.

Listeria monocytogenes es un patógeno inusual debido a la naturaleza intracelular de su ciclo, lo que puede explicar la facilidad de paso transplacentario y el especial tropismo por la placenta. La transmisión al feto o recién nacido puede ser por vía transplacentaria desde la sangre materna, por inhalación de líquido amniótico infectado o por vía ascendente desde vagina.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más graves, aunque relativamente rara (0,1 a 10 casos anuales por millón de personas, dependiendo del país y la región). La tasa anual de listeriosis esporádica en Europa y América del Norte suele ser inferior a 1/100.000 habitantes por año. Aunque el número de casos es pequeño, la alta tasa de mortalidad de esta infección la convierte en un importante problema de salud pública.

La listeriosis esporádica es más común en los meses de primavera y verano, hecho que podría explicarse por las variaciones estacionales en los tipos de productos alimenticios consumidos, siendo éstos de mayor riesgo en los meses cálidos.

Existe una mayor susceptibilidad en situaciones de déficit de inmunidad mediada por células, como en el embarazo. Es de 13 a 20 veces más común en mujeres embarazadas en comparación con la población general. Por eso es importante enfatizar en su prevención durante la gestación educando a las embarazadas para aumentar su conciencia, ya que el motivo principal de la listeriosis durante el embarazo es la falta de conocimiento e información.

CLÍNICA

El periodo de incubación es de **1 a 90 días**. Presenta cierta estacionalidad siendo más frecuente en **verano**. La infección puede aparecer en forma de caso **aislado** o de pequeño **brote epidémico**. Puede ser **asintomática** en el 29% de los casos, por lo que es una infección infradiagnosticada. La mayoría de las infecciones maternas por Listeria ocurren durante el **tercer trimestre** del embarazo y cursan con clínica leve.

- En el **embarazo** se presenta habitualmente como un cuadro de **fiebre sin foco (65%) y síntomas pseudogripales (32%)** precedido hasta en un 20% de **síntomas gastrointestinales** como diarrea o dolor abdominal. La afectación del SNC tras una bacteriemia por listeria es poco frecuente en el embarazo. En el tercer trimestre la infección suele aparecer como un cuadro de **corioamnionitis clínica**.
- La infección congénita, si se produce en **primer o segundo trimestre (20% de los casos)**, produce **abortos sépticos y muerte fetal intrauterina**. Si se produce en el **tercer trimestre (80% de los casos)** produce en **2/3 de los casos corioamnionitis y parto prematuro** con un 20% de mortalidad perinatal. En 1/3 casos puede cursar de forma asintomática en el feto o neonato.

No se ha demostrado relación entre listeriosis y abortos de repetición.

DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha clínica de listeriosis en una mujer embarazada (fiebre sin foco), se debe realizar:

- Investigación epidemiológica detallada: consumo de alimentos de riesgo en los últimos 70 días.
- Analítica: **leucocitosis con neutrofilia (81%)**, **PCR** elevada (es el parámetro más sensible y se encuentra elevada prácticamente en todos los casos). Los anticuerpos contra la listeriolisina-O pueden ser útiles para el seguimiento de pacientes sospechosos o expuestos. Su presencia no excluye por completo una infección previa. No se utiliza de rutina en la práctica clínica.
- **Hemocultivo** coincidiendo con el pico febril de $>38.1^{\circ}\text{C}$.
- **Urocultivo**, para diagnóstico diferencial con otras infecciones.
- **Coprocultivo** para descartar otras causas de diarrea (el aislamiento de Listeria en heces no traduce necesariamente una infección clínica).
- **Amniocentesis**: en caso de sospecha de corioamnionitis clínica. La tasa de detección del germen mediante la tinción de Gram es únicamente del 33%, al tratarse de un germen intracelular. Pueden utilizarse técnicas de inmunoensayo enzimático y pruebas de reacción en cadena de la polimerasa.
- Tras el parto: **cultivo de placenta y líquido amniótico**.
- Según clínica: hemocultivos y **cultivo de líquido cefalorraquídeo** del recién nacido, hisopos de oído y peri umbilical, hibridación de ADN y/o anticuerpos monoclonales.

- Mediante la amplificación del ADN de genes asociados a alta virulencia se pueden tipificar las distintas cepas, lo que aportaría información acerca del pronóstico.

TRATAMIENTO

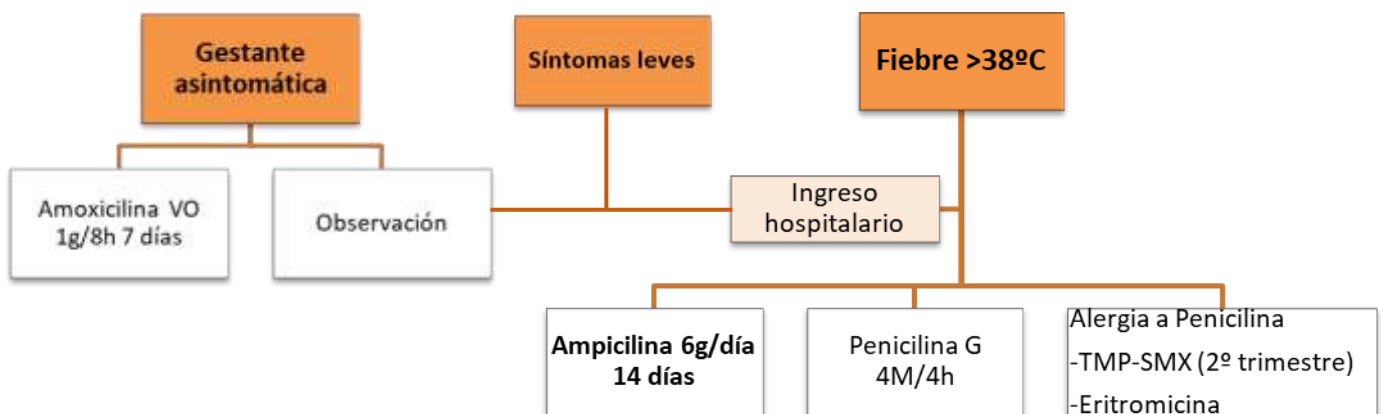
Debido a la dificultad del diagnóstico de listeriosis durante la gestación, y a que hasta un tercio de las gestantes con infección por *Listeria* estarán asintomáticas, puede resultar difícil establecer qué mujeres necesitarán tratamiento o no. Aunque la exposición a *Listeria* es frecuente, el riesgo de desarrollar enfermedad invasiva es muy bajo. El manejo de la mujer embarazada con sospecha de haber consumido un alimento contaminado por *Listeria* se hará en base a tres posibles escenarios:

- 1. Gestante asintomática.** En ausencia de síntomas, no hay indicación de iniciar tratamiento empírico, ni tampoco de realizar cultivos. Se debe instruir a la gestante sobre los síntomas por los que debe consultar en los dos meses siguientes al consumo sospechoso. Sin embargo, a raíz del brote de listeriosis en relación con carne mechada declarado en Andalucía en agosto de 2019, el Servicio Andaluz de Salud recomendó tratar a todas las pacientes que consumiesen ese producto contaminado con amoxicilina vía oral 1g/8h durante 7 días, pese a la falta de evidencia científica.
- 2. Gestante con síntomas leves pero afebril.** En caso de síntomas leves, como mialgia, diarrea, náuseas o vómitos, pero sin fiebre, el manejo puede ser expectante, igual que en la gestante asintomática. Debe valorarse el bienestar fetal. En caso de que la sospecha de listeriosis sea alta, puede valorarse la toma de cultivos, e incluso el tratamiento antibiótico empírico (con la misma pauta que en la paciente febril); debe tenerse en cuenta para tomar esta decisión la presencia de taquicardia fetal u otras alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- 3. Gestante con fiebre.** En el caso de una gestante con fiebre superior a 38°C, acompañada o no de otros síntomas, y que refiera consumo de alimentos con posible contaminación por *Listeria*, deben tomarse cultivos e iniciarse tratamiento antibiótico empírico. Asimismo, debe valorarse el bienestar fetal. El tratamiento debe ser intravenoso, en régimen de ingreso hospitalario. Las pautas de tratamiento posibles son:
 - a.** Ampicilina intravenosa, mínimo 6g/día durante 14 días. Es el tratamiento de elección, administrado a dosis altas para asegurar el paso transplacentario y una adecuada concentración intracelular. Según la gravedad del cuadro puede administrarse hasta 12g/día.
 - b.** Penicilina G intravenosa, 4 millones UI/4 horas (24 millones UI/día).
 - c.** Alergia a penicilinas: las alternativas son:
 - Trimetoprim-sulfametoxazol a altas dosis (200-300mg/día) o 10-20mg/kg peso, durante 14 días. No se debe administrar en el primer trimestre porque interfiere con

el metabolismo del ácido fólico, ni en el tercer trimestre por el riesgo de kernicterus en el feto.

- Eritromicina intravenosa, 4g/día, durante 14 días.

En el caso de infección del sistema nervioso central, bacteriemia o endocarditis por *Listeria*, o en el caso de pacientes inmunodeprimidos y de neonatos, se recomienda añadir gentamicina intravenosa al tratamiento (3mg/kg/día, en tres dosis al día).



PREVENCIÓN

Todas las mujeres gestantes deberían ser instruidas en las recomendaciones para la prevención de la infección por *Listeria monocytogenes* desde las consultas de Atención Primaria, matrona y obstetricia.

Se pueden consultar las alertas alimentarias actualizadas del Ministerio de Sanidad respecto a *Listeria* y otros microorganismos en la página de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN:

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/otras_alertas_alimentarias.htm).

Recomendaciones para la prevención de la infección por *Listeria monocytogenes*

Evitar los alimentos con alto riesgo de infección por *Listeria*:

1. Leche, yogur o helado sin pasteurizar.
2. Quesos blandos como queso fresco, feta, camembert, brie, quesos azules... que no hayan sido elaborados con leche pasteurizada.

3. Embutidos, fiambres, salchichas y carnes precocinadas listas para consumir. Recalentar estos alimentos antes de consumirlos hasta que alcancen 74°C de temperatura en su interior.
4. Patés o pastas de carne refrigeradas o no enlatadas o envasadas al vacío (se consideran seguros los identificados como no perecederos).
5. Mariscos y pescados crudos o ahumados, excepto que se cocinen a 63°C.
6. Ensaladas y verduras listas para comer.
7. Melón cortado hace más de dos horas y no refrigerado.
8. Brotes crudos (soja...) o poco cocinados.

Limpiar las manos con agua y jabón antes y después de manipular alimentos

Limpiar la superficie de cocina de forma frecuente

Lavar los utensilios de cocina inmediatamente después del contacto con alimentos no cocinados

Utilizar utensilios diferentes para alimentos crudos (carnes, pescados...) y para alimentos que no necesitan cocinarse (verduras, frutas, ensaladas...)

Separar los alimentos crudos o no cocinados de los alimentos que no necesitan cocinarse en las bolsas, en la cocina y en la nevera

Guardar los alimentos en la nevera antes de dos horas tras cocinarlos

Mantener la nevera a 4°C o menos

Tabla 1. Medidas de prevención frente a listeriosis.

BIBLIOGRAFIA

Management of pregnant women with presumptive exposure to *Listeria monocytogenes*. Committee Opinion No. 614. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2014; 124: 1241–4.

Gelfand MS, Swamy GK, Thompson JL. Clinical manifestations and diagnosis of *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate. Last updated: August 23, 2022.

Gelfand MSThompson JL, Swamy GK. Treatment, prognosis and prevention in *Listeria monocytogenes* infection. UpToDate. Last updated: August 23, 2022.

Centers for Disease Control and Prevention. *Listeria* (listeriosis): prevention. Last review: April 7, 2023.
<https://www.cdc.gov/listeria/prevention.html#print>

Servicio Andaluz de Salud. Algoritmo para recomendar o no tratamiento antibiótico a mujeres embarazadas asintomáticas si han comido alimento posiblemente contaminado con *L. monocytogenes*. Septiembre 2019.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/Algoritmo%20para%20recomendar%20o%20no%20tratamiento%20antibiotico%20a%20mujeres%20embarazadas_0.pdf

US Food and Drug Administration. Food safety for pregnant women, their unborn babies and children under five. January 2022. <https://www.fda.gov/media/83740/download>

Organización Mundial de la Salud. Listeriosis. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/listeriosis>

Schlech WF. Epidemiology and clinical manifestations of *Listeria monocytogenes* infection . Microbiol Spectr 2019; 7. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.gpp3-0014-2018>

Khsim IEF, Mohanaraj-Anton A, Horte IB, et al. Listeriosis in pregnancy: an umbrella review of maternal exposure, treatment and neonatal complications. BJOG 2022; 129: 1427–33.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.17073>