Listeriosis

Curology

LISTERIOSIS: LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

La listeriosis es una infección infradiagnosticada.

Globalmente, presenta un 40-50% de mortalidad fetal o neonatal.

La incidencia de la infección ha aumentado significativamente en los últimos años, pasando en nuestro medio de un 0.2 a un 0.8 por cada 1000 partos a partir del año 2002. Presenta cierta estacionalidad con una mayor incidencia en verano. La infección puede aparecer en forma de caso aislado o de pequeño brote epidémico.

Incubación variable de 1-90 días. La infección en la gestante cursa habitualmente con fiebre y un cuadro pseudogripal inespecífico.

Hasta en 20% de los casos pueden aparecer síntomas digestivos/dolor abdominal que en general preceden al episodio febril.

Puede cursar asintomatico hasta en 29% de los casos.

La listeriosis en la gestante inmunocompetente suele ser un cuadro leve y autolimitado pero puede tener graves repercusiones fetales.

LA BACTERIA

• Listeria monocytogenes es un bacilo Gram positivo, móvil, anaerobio facultativo.

• Debido a su ubicuidad existe gran dificultad en su prevención.

• Se trata de un microorganismo intracelular, por lo que en situaciones de déficit de inmunidad mediada por células como la gestación, existe una mayor susceptibilidad para la infección, sobretodo en el tercer trimestre.

TRANSMISIÓN

• La infección se adquiere principalmente por ingesta de alimentos contaminados (resistencia del bacilo a bajas temperaturas).

• Listeria monocytogenes tiene un especial tropismo por la placenta.

• Los alimentos más frecuentemente contaminados son productos cárnicos precocinados, leche y productos lácteos no pasteurizados, y marisco y pescado crudo.

INFECCIÓN CONGÉNITA POR LISTERIA

• Si la infección 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/neonato.

CLÍNICA LISTERIA

La infección materna puede ser difícil de diagnosticar debido a las manifestaciones sistémicas inespecíficas.

• En el primer y segundo trimestre el síntoma principal es la fiebre termometrada ? 38ºC sin foco. La sintomatología gastrointestinal es poco frecuente (20%) y suele preceder al cuadro febril.

• · En el tercer trimestre la infección suele aparecer como un cuadro de corioamnionits clínica (fiebre materna > 37.8º taquicardia materna (>100 latidos/minuto), taquicardia fetal (>160 latidos/minuto), irritabilidad uterina (dolor a la palpación abdominal y/o dinámica uterina).

FORMAS DE SEPSIS NEONATAL

• Precoz (adquisición intraútero por vía hematógena o deglución del líquido amniótico infectado):

Es la forma más frecuente y la que diagnosticaremos en la madre.

Aparece en el primer-segundo día de vida (< 7 días.)

Se trata generalmente de partos prematuros precipitados con fiebre materna y líquido amniótico meconial.

Clínica neonatal más frecuente: distrés respiratorio, neumonía. Pronóstico fatal en 20-30% de casos.

• Tardía (adquisición canal del parto/postnatal):

Aparición a partir de los 7 días de vida.

En general son recién nacidos a término hijos de madre portadora asintomática.

Clínica más frecuente: meningitis.

DIAGNOSTICO LISTERIA

•

o La confirmación diagnóstica únicamente es posible mediante cultivos de fluidos o tejidos estériles (sangre, LCR neonatal, líquido amniótico o placenta).

o Los parámetros analíticos orientan a un cuadro de origen bacteriano (leucocitosis con neutrofilia (81%), desviación de la fórmula leucocitaria con presencia de formas jóvenes (50%).

o La proteína C reactiva (PCR) es el parámetro más sensible y se encuentra elevada prácticamente en todos los casos.

ESTUDIO DE LA GESTANTE CON FIEBRE

• El estudio de la gestante con fiebre sin foco debe incluir un hemograma y PCR.

• Un incremento PCR en general acompañado de leucocitosis en ausencia de otra focalidad, debe orientar hacia una listeriosis y está indicada la realización de un hemocultivo coincidiendo con el pico febril.

• En los casos de sospecha clínica de corioamnionitis y si técnicamente es factible, se realizará una amniocentesis para estudio microbiológico (Gram y cultivo).

• El coprocultivo y los cultivos urogenitales tienen poca relevancia clínica, ya que el aislamiento del microorganismo en el tracto genital es una excepción y el aislamiento en material fecal no traduce necesariamente una infección clínica (entre un 1 y un 15% de portadoras sanas).

TRATAMIENTO

• Independientemente de la edad gestacional en el momento de la infección, el tratamiento tiene por objetivo mejorar la evolución fetal/neonatal.

• Una terapia apropiada y precoz mejora la evolución y pueden revertir el cuadro. A diferencia de otras causas de corioamnionitis, en las cuales la inducción del parto es el abordaje estándar, la listeriosis puede ser tratada para que el parto se produzca a término y sin complicaciones.

• Para que el tratamiento sea efectivo el antibiótico debe actuar a nivel intracelular y atravesar la barrera placentaria y para ello deberá administrarse a dosis elevadas y por un periodo de tiempo prolongado.

TRATAMIENTO LISTERIA

• AMPICILINA es el tratamiento de elección pero amoxicilina y penicilina también han mostrado ser efectivas.

• La asociación a gentamicina presenta un efecto sinérgico.

• Listeria monocytogenes es resistente a las cefalosporinas y a la clindamicina.

• En casos de alergia a la penicilina el antibiótico de elección durante la gestación es trimetoprim-sulfametoxazol

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Dada la escasa detección de la tinción de Gram y la demora habitual de los cultivos, en una gestante con fiebre sin otra focalidad y elevación de la PCR (se consideran significativos valores ? 5 mg/dl) está indicado iniciar tratamiento antibiótico iv de forma empírica hasta obtener el resultado del hemocultivo y/o cultivo de líquido amniótico:

• AMPICILINA 2g/6h iv + GENTAMICINA 80mg/8h iv (efecto sinérgico con ampicilina y cobertura de otros posibles gérmenes).

Alergia a la penicilina, la mejor alternativa es Trimetoprim-Sulfametoxazol 160 /800mg/8 horas iv (Soltrim®).

• Si hay confirmación diagnóstica (cultivo positivo), el tratamiento debe prolongarse por lo menos durante 7 días por vía iv y en caso de supervivencia fetal, un mínimo de 14 días.

• A partir de los 7 días de tratamiento y si la paciente permanece asintomática, se puede cambiar a la vía oral (Amoxicilina 1g/8h y en caso de alergia a la penicilina, Trimetoprim-Sulfametoxazol 160 /800mg/ 8 horas (Septrin Forte®).

• En casos de éxitus fetal o de producirse el parto, el tratamiento materno también se debe prolongar hasta completar 14 días. En este caso, puede pasarse el tratamiento a vo una vez completadas 48 h afebril.

• Si el cultivo no es positivo a las 48 h de la desaparición de la fiebre (baja probabilidad de infección por listeria), se puede pasar a la administración del antibiótico por vo.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

• En casos seleccionados (BEG materno, gestación < 24 semanas, pico febril único, ausencia de clínica de corioamnionitis), se puede valorar remitir a la paciente a su domicilio bajo tratamiento con Amoxicilina 1g/8h vo o trimetoprim- sulfametoxazol (160-800mg /8 horas vo) en caso de alergia a penicilina hasta el resultado del hemocultivo.

EVITAR COMER

• Salchichas tipo Frankfurt y carnes preparadas compradas listas para comer

• Quesos de pasta blanda (feta, brie, camembert, quesos azules o quesos de estilo mejicano como el queso blanco fresco)

• Cualquier queso elaborado con leche no pasteurizada

• Patés NO enlatados o esterilizados

• Productos de pesca ahumados que requieran refrigeración (salmón, trucha, pescados blancos, bacalao, atún o caballa)

• Pescado o marisco crudo

• Leche cruda (sin pasteurizar) o productos elaborados con leche cruda.

• Ensaladas o vegetales comprados ya preparados y listos para comer.

PERMITIDO COMER

• Salchichas tipo Frankfurt o carnes listas para comer sometidas a cocción intensa hasta el interior del producto

• Quesos de pasta blanda si en la etiqueta indica que están elaborados con leche pasteurizada.

• Quesos de pasta dura, de pasta semidura (mozzarella), quesos pasteurizados, o quesos preparados para untar. Enlatados

• Patés enlatados o esterilizados.

• Productos de pesca ahumados enlatados o esterilizados.

• Pescado o marisco cocinado a temperatura > 50ºC

• Leche pasteurizada o productos elaborados con leche pasteurizada.

• Ensaladas preparadas en casa con vegetales crudos bien lavados.

COMO EVITAR LA LISTERIA

image

Al igual que otras bacterias las medidas más elementales son una buena higienización, un adecuado almacenamiento y una correcta cocción de los alimentos.

• Lavar minuciosamente frutas y verduras antes de ser consumidas.

• Evitar el almacenamiento prolongado, incluso en refrigeración, de vegetales.

• Limpiar y desinfectar las superficies de uso y los utensilios en contacto con alimentos crudos.

• Conservar una limpieza e higiene del frigorífico.

• No tener alimentos destapados dentro del refrigerador, para evitar la contaminación cruzada.

Link to Original article: http://www.namunvida.es/cuidate-y-conocete/listeriosis?elem=497611