

# Listeriosis, síntomas variables y mortalidad elevada

**JUAN NOLLA SALAS** Hospital del Mar. Barcelona

■ La presentación clínica de listeriosis, una enfermedad de transmisión alimentaria, suele ser aguda, según las conclusiones del Grupo de Estudio de Listeriosis de Barcelona. Un trabajo que adelantamos en Consumaseguridad y que ampliamos en esta segunda parte con algunas recomendaciones dietéticas preventivas que podrían reducir la incidencia de esta enfermedad.

Los síntomas de esta enfermedad de transmisión alimentaria son variables: desde un cuadro leve, que simula una gripe, hasta una sepsis grave, sobre todo en edades extremas de la vida (recién nacidos y ancianos) y pacientes inmunodeprimidos.

Durante la gestación, la infección puede ocasionar abortos, partos prematuros o niños a término con graves secuelas, sobre todo neurológicas. La presentación clínica es aguda en la mayoría de casos, aunque hay pacientes que presentan los síntomas de forma subaguda, algunas formas de afectación del SNC –Sistema Nervioso Central.

La *L. Monocytogenes* muestra un especial tropismo por el sistema nervioso central, siendo la meningoencefalitis la forma de presentación más usual, el 24,5% en nuestra serie del estudio realizado en Barcelona. En la mayoría de series el porcentaje de afectación del SNC oscila entre el 60 y el 90% de los casos asociado o no a bacteriemia; el resto de casos se consideran sepsis primaria (**Figura 1**). En los últimos años hay un incremento en el número de casos de bacteriemias primarias sin afectación del sistema nervioso central, 60% de nuestra casuística. La meningitis por listeria constituye aproximadamente entre el 2,2 y el 5% del total de meningitis bacterianas. Otras formas clínicas de afectación del SNC, tales como la encefalitis aislada o el absceso cerebral, son de presentación mucho más infrecuente.

La clínica de la infección del SNC por listeria es similar a cualquier meningitis bacteriana: disminución del nivel de consciencia, fiebre, cefalea, vómitos y signos meníngeos. Algunos pacientes pueden presentar signos focales y/o convulsiones generalizadas. El líquido cefalorraquídeo es indistinguible del que corresponde a cualquier meningitis bacteriana y se caracteriza por un aumento de leucocitos con predominio de polimorfonucleares, aumento de proteínas y descenso de glucosa. En la tinción de Gram se pueden observar bacilos Gram positivos que el laboratorio puede identificar en primera instancia como difteroides o *Corynebacterium*.

Todos los pacientes con bacteriemia primaria por *L. Monocytogenes* presentan fiebre y escalofríos, siendo excepcional la evolución hacia el shock séptico. No son infrecuentes en esta forma clínica signos y síntomas tales como cefaleas, dolor abdominal, vómitos y diarreas (que indican que

el microorganismo antes de pasar al torrente sanguíneo se encuentra en el tracto digestivo). *L. Monocytogenes* también puede ocasionar cuadros focales tales como peritonitis (6.2%), pleuritis, endocarditis, osteomielitis, hepatitis o artritis.

## Síndromes clínicos

Entre los síndromes clínicos descritos en la infección por *Listeria monocytogenes* se encuentran:

- Sepsis neonatal y meningitis (de instauración precoz y tardía)
- Meningitis bacteriana en adultos
- Rombencefalitis en adultos
- Sepsis o bacteriemia aislada en adultos (incluyendo gestantes)
- Endocarditis sobre válvula nativa o protésica
- Infecciones de prótesis arteriales
- Neumonía
- Hepatitis
- Absceso hepático
- Gastroenteritis febril
- Peritonitis bacteriana espontánea
- Peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria continua
- Osteomielitis
- Artritis
- Empiema

El serotipo 4 predomina de forma evidente, siendo el responsable en el 59% de los casos, y el serotipo 1 en el 22%.

La mortalidad global de la listeriosis del adulto es elevada, y llega a situarse entre el 33% y el 62%. Se asocian a un peor pronóstico la severa inmunosupresión, la edad avanzada, la administración de un tratamiento antibiótico empírico incorrecto y la asociación de sepsis con meningitis. La mortalidad es prácticamente nula en pacientes sin factores de riesgo, excluyendo ancianos, y en gestantes.

Las formas que se presentan en recién nacidos y que reciben el nombre de *granulomatosis infantiséptica* son graves y suelen provocar abortos espontáneos. Sin embargo, la instauración de un tratamiento antibiótico precoz y adecuado en cualquier recién nacido con fiebre, sepsis e ictericia permite reducir de forma dramática la mortalidad de estas formas clínicas.

En los últimos años se observa un ligero aumento de la mortalidad de los pacientes con infección y patología de base, pero sin tratamiento inmunosupresor, frente al grupo de pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor y también en los pacientes con bacteriemia.

## Avances en los tratamientos

La *L. Monocytogenes* es sensible *in vitro* a un gran número de antimicrobianos. La ampicilina, a dosis elevadas, es el antibiótico de elección. En pacientes ancianos o inmunosuprimidos, con sepsis y/o

meningitis, se asociará a un aminoglicósido. Co-trimoxazol es el tratamiento de elección en pacientes alérgicos a las penicilinas. Las cefalosporinas no son útiles ya que aunque son bacteriostáticas frente a *L. monocytogenes*, muchas cepas son resistentes.

Por consiguiente, en el tratamiento empírico de una meningitis en pacientes con factores de riesgo, ancianos o inmunosuprimidos, debe añadirse a la cefalosporina de tercera generación ampicilina. En pacientes inmunosuprimidos, y cuando hay afectación del SNC o endocarditis, debe prolongarse el tratamiento al menos tres semanas.

Recientemente se ha señalado la preferencia de aplicar una combinación de amoxicilina y cotrimoxazol antes que una combinación de ampicilina y aminoglicósido. La localización intracelular de *L. monocytogenes* sugiere que un antibiótico con una buena actividad intracelular, tales como co-trimoxazol o rifampicina, podrían erradicar los microorganismos secuestrados en las células. En pacientes alérgicos, una combinación de rifampicina y co-trimoxazol se mostraría altamente eficaz.

### **Pautas básicas de prevención**

La listeriosis transmitida por el alimento se puede prevenir mediante control de la proliferación del organismo en el entorno del procesado del alimento, por la cuidadosa preparación y elección de los alimentos a nivel doméstico y, en circunstancias especiales, mediante el uso de profilaxis con antibióticos.

A nivel de la industria alimentaria, se debe insistir en la necesidad de adoptar medidas que permitan reducir o eliminar la *L. monocytogenes* en determinados alimentos, como vegetales, platos precocinados y carnes. Hay que extremar las medidas de higiene en aquellas áreas donde pueda existir un mayor impacto sobre la salud pública, como en restaurantes y en el comercio de *delicatessens*.

El empaquetado íntegro debe mantenerse hasta el consumo del alimento. En ningún momento se debe romper la cadena del frío ya que esto favorecería la proliferación de listeria en el alimento sin modificar las cualidades organolépticas del mismo.

En el caso de los pacientes con factores de riesgo, especialmente los inmunodeprimidos, debería evitarse la ingesta de alimentos poco cocidos, vegetales crudos, quesos tiernos y cualquier preparado a partir de leche no pasteurizada. Estas normas dietéticas se siguen con rigor en pacientes ingresados sometidos a trasplante de órganos sólido o de médula ósea y se recomienda que sigan dichas normas tras recibir el alta hospitalaria.

### **Recomendaciones dietéticas para prevenir la listeriosis**

Para toda la población

- Evitar ingerir carnes crudas o poco hechas (cerdo, vaca, aves de corral)

- Evitar la ingesta de vegetales crudos sin lavar
- Mantener las carnes no cocidas separadas de los vegetales, alimentos cocinados y alimentos precocinados
- Evitar ingerir leche no pasteurizada o alimentos hechos con derivados lácteos crudos

Adicionales para pacientes de alto riesgo (incluidas gestantes)

- Evitar el consumo de quesos tiernos
- Recalentar restos de alimentos o alimentos precocinados
- Evitar *delicatessen* (como pâtés) y platos de cocina rápida en poblaciones de alto riesgo

## Bibliografía

- E.M. Cooke. "Epidemiología de las enfermedades transmitidas por alimentos" Lancet (ed. esp.) 1991; 18:88-91.
- W.M. Waites, J.P. Arbuthnott. "Revisión de las enfermedades de transmisión alimentaria". Lancet (ed. esp.) 1991; 18:84-87.
- C Pigrau Serrallach . "Listeriosis del adulto". Med Clin (Barc) 1993; 101: 99-101.
- Gellin MD. "Listeriosis". JAMA 1989; 261:1313-1320.
- J Nolla-Salas, A Plasencia, I Gasser, et al: "Estudio clínico-epidemiológico de la listeriosis humana en Barcelona (1990-1991)" 1994; 103:41-45.
- A Hernández, B Almirante, A Pahissa et al. "Listeriosis del adulto. Consideraciones clínicas, epidemiológicas y terapéuticas basadas en una serie de 26 casos" Enf Infecc y Microbiol Clín 1990; 8:414-419.
- Conferencia de Consenso: Listeria en alimentos. Ministerio de Sanidad y Consumo. León, octubre de 1992.
- RL Jurado, MM Farley, E Pereira. "Increased risk of meningitis and bacteremia due to Listeria monocytogenes in patients with human immunodeficiency virus infection". Clin Infect Dis 1993; 17:224-227.
- WHO Working Group. Foodborne listeriosis. Bull World Health Organ. 1988; 66:421-428.
- J Nolla-Salas, JM Antó, M Almela et al.: "Incidence of listeriosis in Barcelona, Spain, in 1990". Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1993; 12:157-161.
- J Bille. "Epidemiology of human listeriosis in Europe, with special reference to the Swiss outbreak". En Foodborne listeriosis. Ed: A.J. Miller, J.L. Smith, G.A. Somkuti. 1990 pags: 71-74.
- CV Broome, B Gellin, B Schwartz. "Epidemiology of listeriosis in the United States". En Foodborne listeriosis. Ed: A.J. Miller, J.L. Smith, G.A. Somkuti. 1990 pags: 61-65.
- WF. Schlech III. "Foodborne listeriosis". Clin Infect Dis 2000; 31:770-775.
- B. Lorber. "Listeriosis". Clin Infect Dis 1997; 24:1-11.
- E Charpentier, P. Courvalin. "Antibiotic resistance in Listeria" spp. Antimicrob Agents Chemother 1999; 43: 2103-2108.