



Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



I-154 - *LISTERIA MONOCYTOGENES*, UNA AMENAZA EMERGENTE

J. García Vallejo¹, A. Casabella Pernas², I. Ramos Gómez¹, M. Pérez Ramada¹, D. Godoy Díaz¹, I. Horcajada Herrera², J. Arencibia Borrego¹, S. Suárez Ortega¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar los casos de bacteriemia por *Listeria monocytogenes* diagnosticados en el HUGCDN entre enero de 2006 y diciembre de 2015. Describir factores asociados e identificar características de sospecha precoz.

Material y métodos: Se utilizaron las bases de datos del Servicio de Microbiología para identificar los casos, recogiendo de forma retrospectiva los datos de la historia clínica en cualquier formato desde 2006 hasta 2015. El procesamiento de los hemocultivos se realizó durante cinco días utilizando un sistema automatizado (BACTED BD).

Resultados: Se identificaron trece casos de listeriosis invasiva, 11 mujeres (84,6%) y 2 varones (13,4%). La mediana de edad era de 60 (rango 33-82) años. El 61,54% de los pacientes procedían de áreas rurales. El 92,3% de los casos se produjo entre los meses de mayo y octubre, con un mayor acúmulo los dos últimos años del estudio (8 casos). En doce de los casos se apreció que existía enfermedad de base asociada a inmunosupresión: neoplasia (5) uno de ellos además con infección por VIH, conectivopatía (4), diabetes (2) y trasplante de órgano sólido (1). Además, dos estaban en tratamiento con corticoides (15,38%), solo uno (7,69%) con otro inmunosupresor diferente a corticoides, y seis (46,15%) en tratamiento conjunto con corticoides y otro inmunosupresor. Las formas clínicas fueron: bacteriemia aislada (46,15%, 6), afectación del SNC (meningoencefalitis -30,77%, 4- y abscesos cerebrales -7,69%, 1-), neumonía (7,7%, 1) y peritonitis primaria (7,7%, 1). El serotipo predominante fue el 4 (61,54%, 8), seguido del serotipo 1 (30,77%, 4). El antibiograma siempre mostró sensibilidad a ampicilina, detectándose resistencia a cotrimoxazol (considerado segunda línea de tratamiento) a partir de 2011 en el 100% de los casos. El LCR en la afectación del SNC estaba alterado en todos los casos, aislándose *L. monocytogenes* en el 60%. Lo más frecuente fue el aspecto turbio (60%), presentando siempre pleocitosis (en un 60% de los casos con predominio de PMN, mientras que en un 40% eran los mononucleares), hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia. Además, en dos de los cinco casos se realizó determinación de ADA, apreciándose niveles elevados. El debut de la bacteriemia aislada fue paucisintomática: escalofríos y tiritona (33,3%), disnea (33,3%), alteraciones gastrointestinales (50%)... presentando el 100% de los casos fiebre a su llegada a Urgencias. El 66,6% se diagnosticaron estando de alta el paciente, a partir de los hemocultivos extraídos previamente. No quedó registrada en ninguna ocasión la sospecha inicial de listeriosis, de tal manera que ningún paciente recibió tratamiento antibiótico empírico con ampicilina. En todos los casos, una vez conocido el diagnóstico, se adecuó el

tratamiento antibiótico a posteriori, siendo el más frecuente ampicilina (84,6%, 11). Se registraron dos exitus, uno por abscesos cerebrales y otro por peritonitis (ambos en pacientes oncohematológicos y con antibioterapia adecuada).

Discusión: En los últimos años se ha detectado un incremento de casos de listeriosis invasiva, objetivado según datos nacionales (Sistema de Información Microbiológica: de 79 casos en 2006 a 150 en 2014), situación también reflejada en nuestro estudio. Sin embargo, aun existiendo varios factores de riesgo de listeriosis, en ninguno de los casos de nuestro estudio fue una entidad sospechada, ni se pautó tratamiento empírico frente al mismo.

Conclusiones: 1. El número de casos de bacteriemia por *Listeria monocytogenes* ha aumentado de forma significativa en nuestro centro en los últimos años. 2. La inmunosupresión/inmunomodulación es un factor predisponente determinante (90% de los casos). 3. Debemos sospechar en edad avanzada e inmunodepresión de cualquier tipo. 4. Se demostró resistencia a cotrimoxazol en todos los casos a partir del año 2011, a pesar de ser segunda línea de tratamiento. 5. Debemos seguir analizando casos para evaluar modificación de pautas antibióticas empíricas.