

# ADENITIS CERVICAL POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*. CASO 394

Mujer de 52 años, natural de Ecuador, diagnosticada de diabetes mellitus tipo II e hipercolesterolemia, con mal control metabólico. Vive en España desde hace 5 años sin haber realizado viajes a su país en este tiempo. Acude a su médico de atención primaria por un cuadro de disfagia, por lo que se inicia tratamiento con ibuprofeno. A las 48 h se añaden al cuadro clínico fiebre, náuseas sin vómitos, y tumoración laterocervical izquierda de consistencia dura, no desplazable y de aproximadamente 1,5 cm de diámetro. Se realiza ambulatoriamente analítica, ecografía cervical, radiografía de tórax y prueba de la tuberculina. En la ecografía se visualizan 3 imágenes nodulares compatibles con adenopatías en la región laterocervical izquierda. Se solicita punción aspirativa ganglionar. En la anatomía patológica se observan granulomas de células epiteliales con algunas células gigantes, sugerente de linfadenitis granulomatosa. Se realiza tinción de Ziehl que fue negativa y cultivo en medio de Lowenstein, siendo negativo a los 2 meses de incubación.

La tumoración aumenta de tamaño hacia la región anterocervical, con la piel subyacente enrojecida, caliente y dolor a la palpación. Se ingresa a la paciente y se solicita TAC de cuello, observándose una colección que mide 8 x 3,4 x 3,3 cm de diámetro lateral, anteroposterior y transversal respectivamente, compatible con absceso anterior a los grandes vasos cervicales. Se solicitan hemocultivos que fueron negativos y se decide apertura quirúrgica, obteniéndose gran cantidad de pus. La muestra se remite al laboratorio de microbiología. La tinción de Ziehl y el crecimiento en Lowenstein fueron ambos negativos. En la tinción de Gram se observaron bacilos grampositivos que a las 24 h crecieron en agar sangre y se identificaron como *Listeria monocytogenes*. Al revisar la historia de la paciente, ésta refiere un episodio de diarrea 3 semanas antes del inicio de los síntomas.

La paciente es tratada con gentamicina 240 mg/24 h y ampicilina 1 g/6 h ambas por vía intravenosa durante 3 días, continuando con ampicilina a la misma dosis por vía oral hasta completar un mes. A las 24 h de inicio del tratamiento antibiótico se inicia mejoría y en la revisión de los 2 meses de la suspensión del tratamiento la paciente se encontraba totalmente asintomática.

## 1. ¿Cuáles son los agentes infecciosos en la etiología de la adenitis cervical?

En la linfadenitis cervical pueden estar implicados los siguientes agentes infecciosos:

**Virus:** virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, adenovirus, virus influenza y virus de la rubéola.

**Bacterias:** *Mycobacterium tuberculosis*, especies de *Mycobacterium* distintas de *M. tuberculosis*, *Francisella tularensis*, *Afipia felis*, *Bartonella henselae*, especies de *Bacteroides*, especies de *Fusobacterium*, *Yersinia enterocolitica*, *Listeria monocytogenes*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Corynebacterium pseudotuberculosis*, especies de *Actinomyces*, *Propionibacterium acnes*, especies de *Peptostreptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, estreptococos beta-hemolíticos y

especies de *Mycoplasma*.

**Protozoos:** *Toxoplasma gondii* y *Leishmania donovani*.

## **2. ¿Cuáles son los cuadros que *L. monocytogenes* ocasiona y los factores de riesgo asociados?**

*L. monocytogenes* puede ocasionar diversos cuadros infecciosos en humanos como meningitis, bacteriemia e infecciones neonatales. Otros cuadros descritos incluyen endocarditis, abortos, infecciones de herida, neumonía, encefalitis, peritonitis, e infecciones oculares. La mayor parte de las infecciones por *L. monocytogenes* tienen lugar en neonatos, embarazadas, pacientes inmunodeprimidos, pacientes en tratamiento con corticoesteroides, o en individuos de edad avanzada; aunque también se han descrito algunos casos en personas previamente sanas.

En las 2 últimas décadas, esta bacteria ha emergido como un importante patógeno de origen alimentario. La ingestión de alimentos contaminados ocasiona síntomas gastrointestinales que incluyen fiebre, diarrea, náuseas y vómitos. Se han comunicado tanto casos esporádicos como brotes epidémicos de listeriosis en adultos inmunocompetentes.

La adenitis cervical por *L. monocytogenes* es un cuadro muy poco frecuente. En la literatura revisada solamente hemos encontrado 5 casos previamente descritos, todos ellos en pacientes con diversos factores de riesgo como edad avanzada, diabetes mellitus, alcoholismo, tumores malignos, etc. En el presente caso, diabetes mellitus fue el único factor de riesgo.

## **3. ¿Cuál es el principal mecanismo de adquisición de la infección por *L. monocytogenes*?**

*L. monocytogenes* está ampliamente distribuida en la naturaleza. Se puede encontrar en el suelo, animales, agua, etc. Esta bacteria coloniza el tracto intestinal de entre el 2 y el 10% de los adultos sanos. La transmisión alimentaria es considerada la principal vía de adquisición. Los alimentos implicados incluyen productos lácteos, vegetales crudos, pescado, carne, patés, pollo, etc. Otros mecanismos de transmisión incluyen la vía transplacentaria, la aspiración a su paso por el canal del parto y la infección cruzada nosocomial en las unidades de neonatología.

La sintomatología de la gastroenteritis por *L. monocytogenes* puede aparecer al cabo de unos días o de semanas después de la ingestión del alimento, por lo cual es difícil, en muchas ocasiones, detectar el origen de la infección. Aunque en nuestro caso no se documentó la fuente de la infección, es probable que fuera la ingestión de alimento contaminado, teniendo en cuenta el episodio previo de diarrea ocurrido unos días antes de la aparición del cuadro.

## 4. ¿Qué tratamiento antimicrobiano es el adecuado en las infecciones por *L. monocytogenes*?

*L. monocytogenes* es sensible a una amplia variedad de antibióticos, exceptuando las cefalosporinas. La mayoría de los aislamientos son sensibles a penicilina, ampicilina, gentamicina, vancomicina, ciprofloxacino, y trimetoprim-sulfametoxazol. Sin embargo, en los últimos años se ha comunicado el aislamiento de cepas resistentes a uno o varios agentes como gentamicina, eritromicina, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y/o rifampicina.

Penicilina o ampicilina, solas o asociadas a un aminoglucósido, constituyen el tratamiento de elección de la listeriosis. Para los pacientes alérgicos a beta-lactámicos se utiliza trimetoprim-sulfametoxazol solo o asociado a rifampicina como tratamiento alternativo. También en estos pacientes la combinación de vancomicina y un aminoglucósido ha demostrado eficacia. La duración recomendada del tratamiento es de 3 semanas o más.

### **Bibliografía**

1. Rosenthal R, Vogelbach P, Passer M, et al. Cervical lymphadenitis a rare case of focal listeriosis. *Infection* 2001; 29: 170-2.
2. Ooi ST, Lorber B. Gastroenteritis due to *Listeria monocytogenes*. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 1327-32.

**Palabras Clave:** adenitis, *Listeria monocytogenes*