

espontáneamente mediante autoembolización 11 días después de su inicio, en la bibliografía médica actual no aparecen referencias que documenten el tratamiento conservador de las lesiones pseudoaneurismáticas en niños. Podría ser una opción terapéutica para tener en cuenta en pacientes con circunstancias clínicas similares.

Bibliografía

1. Yilmaz M, Dogan OF, Tok M, Hazirolan T, Guvener M, Haliloglu M, et al. Pseudoaneurysm of the brachial artery in two infants following accidental arterial puncture. *Vasa*. 2005;34:198–200.
2. Levis JT, Garmel GM. Radial artery pseudoaneurysm formation after cat bite to the wrist. *Ann Emerg Med*. 2008;51:668–70.
3. Bozio G, Tronc F, Douek P, Bozio A, Louis D. Dorsalis pedis artery pseudoaneurysm: An uncommon cause of soft tissue mass of the dorsal foot in children. *Eur J Pediatr Surg*. 2009;19:113–6.
4. Dzepina I, Unusic J, Mijatovic D, Bulic K. Pseudoaneurysms of the brachial artery following venipuncture in infants. *Pediatr Surg Int*. 2004;20:594–7.
5. Dogan OF, Demircin M, Ucar I, Duman U, Yilmaz M, Boke E. Iatrogenic brachial and femoral artery complications following venipuncture in children. *Heart Surg Forum*. 2006;9:E675–80.
6. Jargiello T, Zubilewicz T, Janczarek M, Szajner M, Pietura R, Szczerbo-Trojanowska M. Pulsating mass after accidental artery trauma: Diagnosis with duplex ultrasound and the role of angiography. *VASA*. 1998;27:111–7.
7. Fraser JD, Cully BE, Rivard DC, Leys CM, Holcomb 3rd GW, St Peter SD. Traumatic pseudoaneurysm of the anterior tibial artery treated with ultrasound-guided thrombin injection in a pediatric patient. *J Pediatr Surg*. 2009;44:444–7.
8. Kumar V, Paul B, Sharma V, Sachdeva A, Shrivastava S. Non-surgical management of iatrogenic arterial pseudoaneurysms—ultrasound-guided manual compression, an Indian experience. *Indian Heart J*. 2008;60:574–7.
9. Tisi PV, Callam MJ. Treatment for femoral pseudoaneurysms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD004981.
10. Martínez del Castillo ML, Miguélez Lago C, García Mérida M, Galiano Duro E, Ceres Ruíz L, Valls Moreno E, et al. Autoembolización espontánea en un niño con priapismo post-traumático de alto flujo. *Actas Urol Esp*. 2000;24:820–4.

J. Parrilla Parrilla*, M. Fernández Elías, C. Montero Valladares, M.T. Alonso Salas y M. Loscertales Abril

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: julioparrill@hotmail.com
 (J. Parrilla Parrilla).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.10.012

Listeriosis perinatal: también aumenta la incidencia en otras regiones

Perinatal listeriosis: Incidence also increases in other regions

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés la carta del Hospital General de Asturias, donde se notifica un aumento en la incidencia de listeriosis perinatal¹, y queremos mostrar nuestra experiencia en el último año (2008). En la Unidad Neonatal del Institut Universitari Dexeus, de nivel 3b, hemos tenido un incremento de la incidencia anual de esta infección de 0,07/1.000 de promedio en los últimos 5 años a 1,97/1.000 recién nacidos vivos en 2008.

En la [tabla 1](#) se detallan los casos. Ninguna de las madres explicó clínica compatible con infección en la anamnesis. Los 3 primeros casos se acumularon en un mismo mes. En los 2 primeros casos hubo sospecha clínica de meningitis, no confirmada por el cultivo obtenido cuando ya se había iniciado el tratamiento antibiótico. El último caso considerado fue en realidad una alta sospecha al tratarse de un prematuro extremo al que se decidió, en consenso con los padres, no iniciar maniobras de reanimación en sala de partos y nació con escasa vitalidad, con un exantema petequial, en el contexto de una corioamnionitis materna, confirmada posteriormente por *Listeria monocitogenes*;

falleció en la unidad neonatal bajo medidas de bienestar. La mortalidad perinatal fue del 20%², concordante con series recientes. De los supervivientes con edades actuales comprendidas entre los 8 y los 15 meses, ninguno ha mostrado secuelas en su desarrollo psicomotor.

En el año 2008, en nuestro centro, la *L. monocitogenes* fue el primer germen causante de infección perinatal, y superó al *Streptococcus agalactiae* (0,79/1.000) y a la *Escherichia coli* (0/1.000). Debido al tipo de población que predomina en nuestro centro, al nivel social medio y medio-alto con gestaciones muy controladas y a la homogeneidad de actuación de los obstetras según protocolos bien establecidos, la incidencia de infección perinatal en nuestra unidad es baja.

A pesar de no ser una enfermedad de declaración obligatoria en España, todos nuestros casos se comunicaron al Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, que llevó a cabo una investigación exhaustiva de los casos con entrevistas personales a las madres, sin hallar ningún factor epidemiológico en común, pero sí individuales: en el tercero y cuarto de los casos se confirmó el consumo de alimentos precocinados en los días previos al parto. Todas fueron mujeres de nivel económico medio de origen peninsular.

Al revisar la literatura médica de los últimos 10 años, hemos hallado varias comunicaciones de brotes de listeriosis^{3–8} en diferentes regiones relacionadas con contaminación de alimentos, que afectan a diferentes poblaciones de riesgo, entre ellas mujeres embarazadas.

Dado el aparente aumento de este tipo de infección, probablemente en relación con hábitos sociales de consumo

Tabla 1 Descripción de los casos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo, M/F	M	F	F	M	M
Clínica materna	No	No	No	No	No
Edad gestacional, semanas	31,4	33	34	32,2	23,6
Antibiótico periparto	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina
Clínica en gestación	CA y APP	APP	APP	CA y APP	CA y APP
Apgar	1/7	2/4/4	1/6	1/4/7	1/1
Compromiso respiratorio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Compromiso hemodinámico	Sí	Sí	No	No	No
Cultivos positivos, P, H, LCR	P, H, periféricos	H, periféricos	P, H, periféricos	P, H, periféricos	P
Meningitis	Sospecha (citoquímica alterada)	Sospecha (citoquímica alterada)	No	No	Desconocido
Tratamiento antibiótico	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina	Ampicilina/gentamicina	No
Duración del tratamiento, días	15	21	15	15	0
Curación	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Estado al alta	Normal	Normal	Normal	Normal	Muerte

APP: amenaza de parto prematuro; CA: corioamnionitis; F: femenino; H: hemocultivo; M: masculino; P: placenta.

de alimentos precocinados, creemos importante hacer hincapié en las medidas de prevención durante la gestación.

Es importante resaltar la necesidad de comunicación de nuevos casos a los sistemas de vigilancia epidemiológicas locales/regionales con el fin de profundizar en el estudio epidemiológico y prevenir posibles nuevos brotes.

Bibliografía

- Costa Romero M, Toyos García P, Coto Cotallo GD, Fernández Colomer B, López Sastre JB. Listeriosis perinatal: ¿una infección emergente? *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:301–2.
- Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/965841>.
- Olsen SJ, Patrick M, Hunter SB, et al. Multistate outbreak of *Listeria monocytogenes* infection linked to delicatessen turkey meat. *Clin Infect Dis*. 2005;40:962.
- Gottlieb SL, Newbern EC, Griffin PM, et al. Multistate outbreak of Listeriosis linked to turkey deli meat and subsequent changes in US regulatory policy. *Clin Infect Dis*. 2006;42:29.
- MacDonald PD, Whitwam RE, Boggs JD, et al. Outbreak of Listeriosis among Mexican immigrants as a result of consumption of illicitly produce Mexican stine cheeses. *Clin Infect Dis*. 2005;40:677.

- Cairns BJ, Payne RJ. Sudden increases in Listeriosis rates in England and Wales, 2001 and 2003. *Emerg Infect Dis*. 2009;15:465–8.
- Gillespie IA, McLauchlin J, Grant KA, Little CL, Mithani V, Penman C, et al. Changing pattern of human listeriosis, England and Wales, 2001–2004. *Emerg Infect Dis*. 2006;12:1361–6.
- Hof H, Szabo K, Becker B. Epidemiology of listeriosis in Germany: A changing but ignored pattern. *Dtsch Med Wochenschr*. 2007;132:1343–8.

L. Sánchez^{a,*}, E. Capdevila^a, R. Porta^a
V. Molina^a, LL. Viñes^b y B. Serra^c

^aServicio de Neonatología, Departamento de Pediatría, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

^bServicio de Microbiología, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

^cDepartamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 32266lsp@comb.cat (L. Sánchez).