

Infección connatal a *Listeria monocytogenes*. Reporte de casos clínicos ingresados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 2020-2025

Congenital *Listeria monocytogenes* infection. A report of clinical cases admitted to the Pereira Rossell Hospital Center 2020–2025

Infecção congênita por *Listeria monocytogene*. Relato de casos clínicos internados no Centro Hospitalar Pereira Rossell no período 2020–2025

Lucía Laures¹, Gonzalo Díaz¹, Lucía Ramos², Helena Sobrero³,
Mario Moraes⁴

Resumen

La listeriosis sigue siendo un agente causal de infección con alta morbilidad y mortalidad neonatal, si bien es poco frecuente. El diagnóstico y correcto tratamiento dependen de mantener un alto índice de sospecha, ya que las manifestaciones prenatales son inespecíficas y la presentación clínica es similar a la de otros agentes. El objetivo de este reporte es profundizar en el conocimiento de las formas de presentación neonatal, así como características perinatales de esta afectación y su tratamiento. En estos casos, ninguna de las madres presentó fiebre ni otra sintomatología sugestiva previo al nacimiento. Se describen cuatro casos clínicos de recién nacidos pretérmino con presentación temprana de la enfermedad, en los que se logró aislar el microorganismo en sangre, requiriendo soporte respiratorio y tratamiento antibiótico intravenoso. Ninguno falleció, con evolución clínica favorable en la totalidad de los casos. Es de suma importancia poner énfasis en la prevención de esta patología en las gestantes.

Palabras clave: Listeriosis
Listeria Monocytogenes
Recién Nacido

1. Médico. Residente. Unidad Académica Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Médica. Neonatóloga. Unidad Académica Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Pediatra. Neonatóloga. Prof. Adj. Unidad Académica Neonatología. Facultad de Medicina. CHPR.

4. Pediatra. Neonatólogo. Prof. Unidad Académica Neonatología. Facultad de Medicina. CHPR.

Unidad Académica Neonatología. Facultad de Medicina. CHPR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Todos los autores declaran haber participado activamente en las etapas de la confección de este trabajo.

Este artículo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 13 febrero 2026.

Fecha aprobado: 13 abril 2026.

Summary

Although uncommon, listeriosis remains a cause of infection associated with high neonatal morbidity and mortality. Accurate diagnosis and proper treatment depend on maintaining a high index of suspicion, as prenatal manifestations are nonspecific and the clinical presentation resembles that of other pathogens. The objective of this report is to deepen the understanding of neonatal presentations, perinatal characteristics, and treatment of this condition. In these cases, none of the mothers presented with fever or other suggestive symptoms prior to delivery. We present four clinical cases of preterm newborns with early-onset disease, in whom the microorganism was isolated from blood cultures, requiring respiratory support and intravenous antibiotic therapy. There were no fatalities, and a favorable clinical outcome was observed in all cases. Emphasizing the prevention of this pathology in pregnant women is of utmost importance.

Key words: Listeriosis
Listeria Monocytogenes
Newborn

Resumo

A listeriose continua sendo uma causa de infecção com alta morbidade e mortalidade neonatal, embora seja pouco frequente. O diagnóstico e o tratamento correto dependem da manutenção de um alto índice de suspeita, visto que as manifestações pré-natais são inespecíficas e a apresentação clínica é semelhante à de outros agentes. O objetivo deste relato é aprofundar o conhecimento sobre as formas de apresentação neonatal, bem como as características perinatais desta afecção e seu tratamento. Nesses casos, nenhuma das mães apresentou febre ou outra sintomatologia sugestiva antes do parto. Apresentam-se quatro casos clínicos de recém-nascidos pré-termo com apresentação precoce da doença, nos quais foi possível isolar o microorganismo no sangue, necessitando

de suporte respiratório e antibioticoterapia intravenosa. Nenhum paciente evoluiu para óbito, observando-se evolução clínica favorável em todos os casos. É de extrema importância enfatizar a prevenção desta patologia em gestantes.

Palavras chave: Listeriose
Listeria Monocytogenes
Recém-nascido

Introducción

Listeria monocytogenes es agente de infecciones que pueden ser letales para el ser humano en distintas etapas de la vida. Es un bacilo Gram positivo que tolera bajas temperaturas, altas concentraciones de sal y pH alcalino, permitiendo la replicación en suelo, agua, aguas residuales y alimentos refrigerados gracias a su capacidad de generar biofilm. Casi todas las infecciones en humanos son causadas por sus serotipos 1/2a, 1/2b y 4b⁽¹⁾.

Su incidencia a nivel mundial es baja, de 1 a 10 casos anuales por millón de habitantes⁽¹⁾, pero esta aumenta en poblaciones de riesgo, como embarazadas y recién nacidos. En Europa y Norteamérica la incidencia materno-fetal se encuentra entre el 10% y el 20% del total de casos⁽²⁾, siendo uno de los patógenos que pueden estar involucrados en la sepsis neonatal precoz.

En Uruguay, la incidencia de listeriosis es de 0,1% a 0,3% cada 100.000 habitantes⁽³⁾. Carecemos de datos nacionales de incidencia de listeriosis neonatal.

Listeria monocytogenes está presente en la naturaleza y puede colonizar una gran variedad de alimentos procesados y no procesados, tanto de origen vegetal como animal, constituyendo la principal vía de transmisión. Su incidencia se ha mantenido a pesar de la implementación de medidas en busca de disminuir la contaminación alimentaria y los brotes infecciosos generados por este agente⁽¹⁾, y los resultados neonatales pueden ser drásticos, tales como aborto, parto prematuro, óbito fetal, neumonía congénita, secuelas neurológicas, entre otras.

La transmisión vertical de *Listeria* se da por su pasaje a través de la placenta, pudiendo ingresar al feto ya sea por vía hematógena o por el pasaje por el canal de parto. También existe la forma de transmisión horizontal a través de material de trabajo contaminado o por el personal de salud.

En el recién nacido, la infección por *Listeria monocytogenes* puede presentarse en forma temprana, durante la primera semana de vida, generalmente asociada a transmisión vertical, con manifestaciones como sepsis neonatal, neumonía o compromiso multisistémico, o en forma tardía, luego de la primera semana, habitualmente como meningitis. En la gestante, la presentación clínica es inespecífica, pudiendo cursar de forma asintomática o con síntomas leves tipo síndrome pseudogripal o gastrointestinal.

En Uruguay, la información sobre listeriosis neonatal es limitada, por lo que la descripción de casos clínicos contribuye a mejorar el reconocimiento de esta entidad en nuestro medio.

Se describen cuatro casos clínicos asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 2020-2025.

Casos clínicos

Caso 1

Recién nacido pretérmino de 33 semanas de edad gestacional, adecuado para la edad gestacional (AEG). Madre con embarazo bien controlado. Serologías infecciosas negativas. Ingresa por disminución de movimientos fetales. Ecografía fetal al ingreso: ascitis, leve derrame pleural y pericárdico, hepatomegalia (P95), ausencia de movimientos fetales. Se realiza cesárea de urgencia, con líquido amniótico claro. Apgar 4 y 7, a 1 y 5 minutos. Presenta dificultad respiratoria precoz, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica. Radiografía de tórax con infiltrado difuso y consolidación en lóbulo superior derecho compatible con neumonía connatal.

Al examen físico destacamos petequias generalizadas, hepatomegalia. Paraclínica inicial: plaquetopenia ($86.000/\text{mm}^3$), proteína C reactiva (PCR) elevada (61 mg/L), alteración de función y enzimas hepáticas.

Se inicia tratamiento empírico con ampicilina y gentamicina. A las 12 horas, hemocultivo positivo para *Listeria monocytogenes*, no se logra obtener líquido cefalorraquídeo (LCR), por lo cual se completan 21 días de tratamiento.

Anatomía patológica de placenta: intervallositis abscedada, corioamnionitis severa, respuesta inflamatoria fetal y onfalitis estadio 2, compatibles con infección por *Listeria monocytogenes*.

Caso 2

Recién nacido pretérmino de 32 semanas, sexo femenino, AEG y bajo peso al nacer (1790 g). Madre de 31 años, embarazo bien controlado. Parto domiciliario asistido por familiar, presentación cefálica.

Ingresa ventilando al aire y a las dos horas de vida

presenta dificultad respiratoria progresiva requiriendo intubación. Se asocia secreción ocular purulenta bilateral con edema, eritema periumbilical y hepatoesplenomegalia. Paraclínica: plaquetopenia ($72.000/\text{mm}^3$), PCR 6 mg/L. Ecografía transfontanelar: hemorragia intraventricular grado I.

Cultivo de secreción ocular y hemocultivo positivos para *Listeria monocytogenes*. LCR con PCR positiva para *Listeria*, sin desarrollo en cultivo. Recibe ampicilina intravenosa por 21 días. Buena evolución posterior.

Caso 3

Recién nacido pretérmino de 30 semanas, sexo femenino, bajo peso al nacer, AEG. Madre de 25 años, gestación bien controlada complicada por disminución de movimientos fetales y amenaza de parto prematuro. Recibe corticoides antenatales incompletos.

Parto vaginal cefálico con líquido amniótico meconial. Requiere reanimación en sala de partos. Examen físico: exantema maculopapular generalizado morbiliforme, hepatomegalia.

Paraclínica: alteración de la crasis, plaquetopenia severa ($39.000/\text{mm}^3$), requerimiento de hemoderivados, elevación de transaminasas. Evolucionan grave desde el nacimiento, con shock compensado a los cuatro días de vida mediante inotrópicos y corticoides.

Presenta convulsiones de difícil manejo.

Hemocultivo y cultivo de placenta positivos para *Listeria monocytogenes*. No se realiza punción lumbar por inestabilidad hemodinámica. Completa 21 días de antibioticoterapia con ampicilina.

Caso 4

Recién nacido pretérmino de 32 semanas, sexo masculino, bajo peso al nacer (1700 g), adecuado para la edad gestacional. Madre de 24 años, sana. Embarazo bien controlado, serologías negativas, ingresa por ausencia de movimientos fetales. Se realiza cesárea de urgencia por estado fetal no tranquilizador. Rotura de membranas intracesárea, líquido amniótico claro. Apgar 7/8, gasometría de cordón sin acidosis.

Instala dificultad respiratoria precoz con necesidad de ventilación no invasiva, por lo que ingresa a CTI. Enfermedad de membrana hialina, recibe una dosis de surfactante por INSURE. Requiere asistencia ventilatoria mecánica por apneas en las primeras 12 horas de vida. Relevo infeccioso del cual se destaca una PCR de 30, elevada para las horas de vida. Paciente letárgico desde las pocas horas de vida, por lo cual se inicia ampicilina y gentamicina, previamente se realiza punción lumbar con LCR sin alteraciones y cultivo negativo. Ecografía transfontanelar sin alteraciones.

El hemocultivo del nacimiento multiplex PCR (film array BCID) positivo para *Listeria monocytogenes*, con cultivo también positivo. El paciente completa 14 días de tratamiento con ampicilina. Hemocultivo intratratamiento sin desarrollo. Paciente con una evolución clínica favorable, recibe el alta a domicilio al mes y quince días de vida. Madre con fiebre en puerperio inmediato, de la paraclínica únicamente se destaca PCR de 33 (Tabla 1).

Discusión

Como está descrito, el embarazo aumenta aproximadamente 20 veces el riesgo de contraer listeriosis invasiva, consecuencia de la inmunosupresión durante la gestación⁽⁴⁾.

La sintomatología materna es variada e inespecífica, puede cursar de forma asintomática o con fiebre y síntomas similares a una gripe o una gastroenteritis, por lo cual se debe tener un alto índice de sospecha. En esta serie de casos solo una madre presentó fiebre el mismo día del parto.

El período de incubación en embarazadas es muy variable, según lo publicado el rango es de 7 a 67 días, lo cual puede explicar por qué la mayoría de las madres no presentaron clínica específica previo al par-

to⁽⁵⁾. Un estudio que evaluó el período de incubación de la listeriosis en Estados Unidos, en 2016, llegó al resultado de que en el 85% de las embarazadas el período de incubación es menor a tres semanas⁽⁶⁾.

Ninguna de las madres presentó síntomas de infección viral previos al parto, lo que refuerza la inespecificidad del cuadro clínico materno.

Las vías de transmisión al feto pueden ser transplacentaria o a través del pasaje por el canal de parto.

La colonización materna no conduce invariablemente a una enfermedad invasiva del feto o recién nacido y el riesgo de desarrollar una enfermedad clínica depende de la intensidad de la exposición, la virulencia del organismo y la capacidad del huésped para defenderse contra la infección⁽⁷⁾.

No existen hallazgos fetales ecográficos que sean patognomónicos de esta infección, sino que éstos son comunes a muchas infecciones fetales. Frecuentemente se presentan con disminución de movimientos fetales, como en esta serie de casos, alteración del Doppler fetal, oligoamnios, hidrops fetal, acortamiento cervical. La presencia de líquido amniótico con tinte meconial en un prematuro menor a 34 semanas, como se describe en el caso 3, debe hacernos sospechar la infección por *Listeria monocytogenes*.

Tabla 1. Comparativa de presentación de cada caso.

Caso	1	2	3	4
Impregnación viral materna	NO	NO	NO	NO
Fiebre materna	NO	NO	NO	NO
RPPM	NO	NO	NO	NO
Corioamnionitis	SÍ	NO	SÍ	NO
EG, PN, Apgar de RN	33 semanas, 2230 g, 4/7	32 semanas, 1790 g, desconocido	30 semanas, 1500 g, 2/4/8	32 semanas, 1700 g, 7/8
Neumonía	SÍ	NO	NO	NO
Exantema	NO	NO	NO	NO
Plaquetopenia	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Lesión hepática	NO	SÍ	NO	NO BUSCADA
Hepatomegalia	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Sepsis	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
HC	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
PCR LCR	SÍ, positivo	SÍ, positivo	NO	NO
Convulsiones	NO	NO	NO	NO
Shock	NO	SÍ	NO	NO
Cultivo placenta	SÍ	NO	SÍ	NO
Antibioticoterapia (duración)	Ampicilina (21 días) + gentamicina (4 días)	Ampicilina + gentamicina (9 días), luego amoxicilina vía oral (12 días)	Ampicilina (21 días)	Ampicilina + gentamicina (14 días)
Fallece	NO	NO	NO	NO

Es poco frecuente el líquido amniótico teñido de meconio en prematuros menores a 34 semanas. Está descrita la asociación entre el líquido meconial y la infección por *Listeria*, se postula que este fenómeno se da por ingestión de líquido amniótico infectado ocasionando enteritis en el feto con la posterior expulsión de meconio intraútero⁽⁸⁾.

La infección por *Listeria monocytogenes* neonatal es la más frecuente de las presentaciones en humanos. Puede presentarse como shock séptico neonatal o neumonía, inclusive pudiendo presentar clínica neurológica a forma de meningitis. Se reporta hasta 50% de mortalidad⁽⁴⁾, a pesar de que en esta serie ninguno falleció. El tratamiento antibiótico materno previo al nacimiento, frente a la sospecha de infección, se asocia con menor resultado de cultivos positivos en recién nacidos, así como una menor severidad en la presentación clínica de los mismos^(2,9,10). En los casos reportados, dado que no presentaban sospecha de infección, ninguna madre recibió antibioticoterapia previa al parto.

En esta serie todos los casos correspondieron a recién nacidos pretérmino, lo cual coincide con lo descrito en la literatura internacional. Asimismo, varios de los pacientes presentaron disminución de movimientos fetales y depresión neonatal al nacimiento como forma de presentación inicial.

En el recién nacido tiene dos formas de presentación, temprana como las descritas en este reporte, cuando se desarrolla en la primera semana de vida y, tardía luego de la semana.

La forma de presentación temprana es variada: líquido amniótico teñido de meconio, cianosis, apnea, dificultad respiratoria y neumonía⁽¹¹⁾. Su diseminación en el organismo es amplia, pudiendo afectar hígado, bazo, suprarrenales, pulmones, esófago, faringe, médula ósea, piel, miocardio y sistema nervioso central.

La infección tardía por *Listeria* generalmente se da en pacientes de término y su manifestación clásica es la meningitis, tal como se puede ver en el reporte de Anand y colaboradores⁽¹²⁾. La vía de adquisición es a través del pasaje por el canal de parto o contaminación cruzada desde el ambiente^(11,13).

El diagnóstico se basa en el aislamiento de *Listeria monocytogenes* en líquidos estériles (sangre, LCR), exudados de lesiones de piel o mucosas, o visualización de la misma en la placenta. Este microorganismo es muchas veces difícil de aislar en cultivos, ya que se puede confundir con otros tipos de bacterias como difteroides o cocos, y a la decoloración que puede generar con la tinción de Gram⁽⁴⁾. El estudio de la placenta resulta útil pues la bacteria presenta tropismo por dicho órgano. El cultivo del microorganismo en la

placenta tiene una sensibilidad de 80%. Con respecto al estudio histopatológico de dicho órgano, se pueden encontrar abscesos extensos y necrosis en vasos sanguíneos pequeños⁽⁵⁾.

En nuestra serie de casos, y en concordancia con la incidencia descrita en la literatura internacional y sobre todo con la cohorte más grande estudiada⁽²⁾, todos los casos se presentan como listeriosis neonatal temprana en pacientes prematuros moderados o severos. La afectación pulmonar fue un factor común en todos los casos, requiriendo apoyo respiratorio. Tres de los cuatro pacientes presentaron hepatomegalia y plaquetopenia moderada o severa. El daño hepático causado por esta infección, reflejado en la elevación de las transaminasas hepáticas (aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa), también se pudo ver en tres de estos casos, llegando hasta valores francos de hepatitis en uno de ellos. En el cuarto caso no contamos con valoración de función hepática.

Dos pacientes evolucionaron al shock séptico a pesar de recibir tratamiento para shock y tratamiento antibiótico adecuado.

Listeria monocytogenes fue aislada mediante cultivo sanguíneo y/o PCR en sangre en todos los casos, no así en LCR, dado que solo en el 50% de los pacientes se logró realizar punción lumbar efectiva obteniendo en uno de ellos PCR positiva, pero el cultivo culminó sin desarrollo, y en el otro PCR y cultivo negativos pese a clínica neurológica que presentaba el paciente.

La meningitis es una de las formas de presentación de la infección neonatal por *Listeria* (clásicamente tardía), siendo la principal causa de muerte sobre todo a menor edad gestacional.

A nivel de la analítica sanguínea no hay una alteración específica que se relacione con la listeriosis neonatal, pero el 75% de los casos presentaron plaquetopenia de distinta severidad requiriendo transfusiones algunos pacientes. El resto de las alteraciones son inespecíficas y se manifiestan en la mayoría de las infecciones bacterianas neonatales. La afectación cutánea, presente en el caso 2, responde a infección diseminada, la lesión observada en piel y mucosas es papular y su biopsia muestra microabscesos con infiltrados leucocitarios y se describe como granulomatosis infantiséptica^(14,15).

El tratamiento presenta cierta dificultad por tratarse de un microorganismo intracelular. El éxito del tratamiento está dado por la unión del antibiótico a la proteína de unión a penicilina 3 (PBP-3) de *Listeria* que causa la muerte celular. La penicilina, ampicilina y amoxicilina se unen a esta proteína con alta afinidad y se almacenan en el citosol.

Si bien la amoxicilina en estudios in vitro ha pre-

sentado mejor actividad que la ampicilina, actualmente el fármaco de elección es este último⁽¹⁶⁾.

La vancomicina se ha visto que es ineficaz para el tratamiento de la neurolisteriosis debido a que este fármaco no atraviesa la barrera hematoencefálica.

Por otra parte, también se ha estudiado el trimetoprim-sulfametoxazol, que, si bien es un bactericida intra y extracelular y penetra adecuadamente en el sistema nervioso central, está contraindicado en neonatos debido a que genera un aumento de la bilirrubina libre por la unión del fármaco a la albúmina, con el consiguiente aumento del riesgo de encefalopatía bilirrubínica⁽¹⁶⁾.

El meropenem presenta una concentración inhibitoria mínima notablemente baja contra *Listeria*, de hecho, menor que la de la ampicilina, pero los datos clínicos no han sido concluyentes y se sospecha un fracaso en el tratamiento basándose en informes de casos clínicos⁽¹⁷⁾. Existe un estudio danés que destaca que los pacientes que reciben meropenem tienen una mayor mortalidad comparado con los que reciben aminopenicilinas. No está esclarecida la causa, se especula con que exista una diferencia de actividad intracelular del fármaco⁽¹⁸⁾.

El uso combinado de ampicilina y gentamicina ha demostrado in vitro una acción bactericida superior con respecto al uso de ampicilina sola⁽¹⁹⁾.

El fármaco de elección para el tratamiento es la ampicilina, la gentamicina se utiliza por su efecto sinérgico bactericida y la misma se mantiene hasta negativizar cultivos o mejoría clínica.

La duración del tratamiento dependerá de la afectación o no del sistema nervioso central, realizándose 14 o 21 días respectivamente^(7,20,21).

No contamos con evidencia que recomiende la realización sistemática de hemocultivo intratratamiento en la bacteriemia por *Listeria monocytogenes*. En la meningitis neonatal bacteriana, incluida la producida por *Listeria monocytogenes*, se recomienda realizar una punción lumbar de control a las 24-48 horas de iniciado el tratamiento antibiótico para documentar la esterilización del LCR. La persistencia de cultivos positivos se asocia a peor pronóstico y puede requerir prolongación del tratamiento antibiótico⁽²²⁻²³⁾.

Conclusiones

La listeriosis neonatal, aunque infrecuente, puede presentarse en forma grave, especialmente en recién nacidos pretérmino, como se observa en esta serie, implicando una alta morbilidad. En los casos presentados, la enfermedad se manifestó en forma temprana, con compromiso respiratorio y sistémico, requiriendo tratamiento antibiótico prolongado, con

evolución favorable en todos los pacientes. Dado que el pasaje transplacentario es la principal fuente de adquisición de la enfermedad para el recién nacido, la ausencia de síntomas maternos resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Consideraciones éticas

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres de los pacientes para la utilización de los datos clínicos con fines académicos y de investigación, garantizando la confidencialidad y anonimato de la información. Todos los casos han sido tratados con la confidencialidad correspondiente, se recabó consentimiento informado previo al ingreso de los pacientes al estudio.

Referencias bibliográficas

1. Charlier C, Disson O, Lecuit M. Maternal neonatal listeriosis. Virulence 2020; 11(1):391-7. doi: 10.1080/21505594.2020.1759287.
2. Charlier C, Kermorvant E, Perrodeau E, Moura A, Maury M, Bracq H, et al. Neonatal listeriosis presentation and outcome: a prospective study of 189 cases. Clin Infect Dis 2022; 74(1):8-16. doi: 10.1093/cid/ciab337.
3. Rotela A, Más V. Listeriosis diseminada: a propósito de un caso. Rev Urug Med Int 2023; 8(1):38-45. doi: 10.26445/08.01.4.
4. Chen S, Lu F, Lee P, Lu C, Chen C, Chou H, et al. Neonatal listeriosis. J Formos Med Assoc 2007; 106(2):161-4. doi: 10.1016/S0929-6646(09)60233-3.
5. Wang Z, Tao X, Liu S, Zhao Y, Yang X. An update review on listeria infection in pregnancy. Infect Drug Resist 2021; 14:1967-78. doi: 10.2147/IDR.S313675.
6. Angelo K, Jackson K, Wong K, Hoekstra R, Jackson B. Assessment of the incubation period for invasive listeriosis. Clin Infect Dis 2016; 63(11):1487-9. doi: 10.1093/cid/ciw569.
7. Zhang S, Li J, Wan L, Yu J, Chen S, Jin Z. Clinical features and antibiotic treatment of neonatal listeriosis: a hospital-based study. Infect Drug Resist 2023; 16:6647-59. doi: 10.2147/IDR.S431402.
8. Romero R, Hanaoka S, Mazor M, Athanassiadis A, Callahan R, Hsu Y, et al. Meconium-stained amniotic fluid: a risk factor for microbial invasion of the amniotic cavity. Am J Obstet Gynecol 1991; 164(3):859-62. doi: 10.1016/0002-9378(91)90529-z.
9. Jackson K, Iwamoto M, Swerdlow D. Pregnancy-associated listeriosis. Epidemiol Infect 2010; 138(10):1503-9. doi: 10.1017/S0950268810000294.
10. Buchanan R, Gorris L, Hayman M, Jackson T, Whiting R. A review of *Listeria monocytogenes*: an update on outbreaks, virulence, dose-response, ecology, and risk assessments. Food Control 2017; 75:1-13. doi: 10.1016/j.foodcont.2016.12.016.

11. Mylonakis E, Paliou M, Hohmann E, Calderwood S, Wing E. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. *Medicine (Baltimore)* 2002; 81(4):260-9. doi: 10.1097/00005792-200207000-00002.
12. Anand V, Holmen J, Neely M, Pannaraj P, Dien Bard J. The brief case: neonatal meningitis caused by listeria monocytogenes diagnosed by multiplex molecular panel. *J Clin Microbiol* 2016; 54(12):2846-9. doi: 10.1128/JCM.01159-16.
13. Farber J, Peterkin P. *Listeria monocytogenes*, a food-borne pathogen. *Microbiol Rev* 1991; 55(3):476-511. doi: 10.1128/mr.55.3.476-511.1991.
14. Simão D, Viveiros E, Monteiro I, Gomes F. Challenges in managing a case of neonatal listeriosis in Portugal. *Cureus* 2023; 15(5):e38405. doi: 10.7759/cureus.38405.
15. Roero S, Peila C, Arduino S, Deantoni S, Coscia A, Revelli A. *Listeria monocytogenes* infection during monochorionic twin pregnancy: case report and review of the literature. *J Clin Med* 2024; 13(20):6061. doi: 10.3390/jcm13206061.
16. Wu F, Nizar S, Zhang L, Wang F, Lin X, Zhou X. Clinical features and antibiotic treatment of early-onset neonatal listeriosis. *J Int Med Res* 2022; 50(8):3000605221117207. doi: 10.1177/03000605221117207.
17. Pagliano P, Arslan F, Ascione T. Epidemiology and treatment of the commonest form of listeriosis: meningitis and bacteraemia. *Infez Med* 2017; 25(3):210-6.
18. Thønnings S, Knudsen J, Schønheyder H, Søgaard M, Arpi M, Gradel K, et al. Antibiotic treatment and mortality in patients with *Listeria monocytogenes* meningitis or bacteraemia. *Clin Microbiol Infect* 2016; 22(8):725-30. doi: 10.1016/j.cmi.2016.06.006.
19. Azimi P, Koranyi K, Lindsey K. *Listeria monocytogenes*: synergistic effects of ampicillin and gentamicin. *Am J Clin Pathol* 1979; 72(6):974-7. doi: 10.1093/ajcp/72.6.974.
20. McKinney J. *Listeria* infections in neonates. *NeoReviews* 2016; 17(9):e515-20. doi: 10.1542/neo.17-9-e515.
21. Sutter J, Kocheise L, Kempinski J, Christner M, Wichmann D, Pinnschmidt H, et al. Gentamicin combination treatment is associated with lower mortality in patients with invasive listeriosis: a retrospective analysis. *Infection* 2024; 52(4):1601-6. doi: 10.1007/s15010-024-02330-w.
22. Swaminathan B, Gerner P. The epidemiology of human listeriosis. *Microbes Infect* 2007; 9(10):1236-43. doi: 10.1016/j.micinf.2007.05.011.
23. Maldonado Y, Nizet V, Barnett E, Edwards, Malley R. Remington and Klein's infectious diseases of the fetus and newborn infant. 9 ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2021.

Correspondencia: Dra. Lucía Laures.
 Correo electrónico: lucialaures11@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

Lucía Laures: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Redacción - borrador original.
Gonzalo Díaz: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Redacción - borrador original.
Lucía Ramos: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Redacción - revisión y edición.
Helena Sobrero: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Supervisión; Validación; Redacción - revisión y edición.
Mario Moraes: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Supervisión; Validación; Redacción - revisión y edición.

Lucía Laures, ORCID 0009-0005-1669-243X.
 Gonzalo Díaz, ORCID 0009-0005-1513-7899.
 Lucía Ramos, ORCID 0009-0002-5391-1513.
 Helena Sobrero, ORCID 0000-0002-6142-0717.
 Mario Moraes, ORCID 0000-0002-5174-2405.