



CARTAS AL EDITOR

Síndrome de abstinencia neonatal debido a consumo materno excesivo de cafeína**Neonatal withdrawal syndrome due to excessive maternal caffeine intake**

Sr. Editor:

El síndrome de abstinencia neonatal es un problema común en la práctica clínica¹, los cuadros más frecuentes han sido descritos en neonatos con exposición intrauterina a fármacos o drogas de abuso, especialmente opioides², aunque en los últimos años estamos asistiendo a importantes modificaciones en los hábitos de consumo³. Son pocos los síndromes de abstinencia descritos en relación con la ingesta materna excesiva de cafeína y otras metilxantinas presentes en bebidas y alimentos de consumo cotidiano (tabla 1)⁴⁻⁷. El diagnóstico de este cuadro precisa un alto índice de sospecha y requiere la determinación de concentraciones elevadas de cafeína o sus metabolitos en muestras biológicas maternas y fetales.

Presentamos el caso de un recién nacido a término con peso elevado al nacimiento (4.310 g) que ingresa desde la maternidad a las 34 h de vida por febrícula, irritabilidad, llanto inconsolable, tremulación y polipnea. Parto eutócico con puntuación del test de Apgar de 7/10 y pH umbilical de 7,3. Gestación controlada, sin factores de riesgo infeccioso, las ecografías prenatales fueron normales.

A su ingreso se objetiva buen estado general, con adecuada perfusión periférica, sin aspecto séptico; llama la atención la presencia de febrícula (37,4 °C), tremulaciones frecuentes, polipnea (99 respiraciones/min), llanto inconsolable e hipertensión generalizada. Se realiza hemograma, perfil bioquímico fundamental (con determinación de glucemia, calcio, iones y perfil hepatorenal), gasometría venosa y ecografía craneal con resultados normales. En la radiografía de tórax se objetivó un pequeño neumomediastino que se resolvió espontáneamente a los 2 días de vida.

Ante el cuadro clínico, a pesar de no haber antecedente de consumo materno de tóxicos se realizó cribado en orina de benzodiazepinas, barbitúricos, cocaína, opiáceos y anfetaminas, con resultado negativo. Reinterrogada, la madre refiere un consumo importante de bebidas con cafeína (2 l/día de bebidas de cola y 3-4 tazas/día de café o té) y aproximadamente una tableta diaria de chocolate. Ante la normalidad del resto de las pruebas y los antecedentes descritos, se decide ampliar el estudio toxicológico en la orina del recién nacido, con resultado

positivo (determinación cualitativa) para teobromina, base xántica, que aparece tras el metabolismo de la cafeína.

Permanece ingresado durante 10 días con descenso progresivo en la puntuación de Finnegan para el síndrome de abstinencia (inicialmente valores de 14-15; al alta, 1-3); se realiza únicamente tratamiento sintomático, con medidas de confort y sin retirada de la lactancia materna y se observa una menor irritabilidad que coincide con las tomas. Se aconsejó a la madre reducir la ingesta de cafeína de manera progresiva durante la lactancia.

Cuando se consume durante el embarazo, la cafeína cruza la placenta y se distribuye a los tejidos fetales. Es metabolizada parcialmente por el hígado y de nuevo eliminada por la orina, de forma libre o mediante sus metabolitos, luego aparece en el líquido amniótico y nuevamente es deglutida por el feto. Por lo tanto, se puede realizar su determinación en diferentes muestras biológicas, como líquido cefalorraquídeo, orina y meconio⁴. Se estima que la vida media de la cafeína se triplica durante la gestación, fundamentalmente en los últimos 2 trimestres debido a cambios en las concentraciones plasmáticas de progesterona y estrógenos, lo que puede llevar a una exposición más prolongada en esas etapas del embarazo, tanto en la madre como en el feto⁸⁻¹⁰.

Se han publicado cuadros de irritabilidad, nerviosismo, bradicardia, taquipnea vómitos y pausas de apnea en hijos de madres consumidoras de 450-1.800 mg/día de cafeína durante el embarazo^{1,5-7}. En nuestro caso, se estimó una ingesta materna de aproximadamente 700-800 mg/día, diversos trabajos indican que la ingesta debería ser menor de 150 mg al día⁴. Hasta un 70-95% de las mujeres gestantes consumen cafeína en una media de 99 a 185 mg/día, y entre un 6 y un 29% son grandes consumidoras (más de 300 mg/día)^{8,10}.

Tabla 1 Contenido en cafeína de diferentes sustancias

Bebida/sustancia	Cafeína (mg)
Taza de café	65-120
Taza de café soluble	60-80
Taza de té (teína)	30-70
Mate	25-150
Vaso de cola	30-45
Chocolatina (teobromina)	30
Analgésico (tableta)	30
Lata de bebida «energética»	75-80

Por lo tanto, es fundamental realizar una correcta anamnesis que incluya el consumo de fármacos o dieta durante la gestación, hábitos sociales familiares y si la madre ha iniciado o no la lactancia materna^{1,2}. Con respecto al tratamiento, no se ha descrito la necesidad de utilizar farmacoterapia específica, debe ser sintomático⁴. La utilización de fármacos para controlar los síntomas puede prolongar la estancia hospitalaria y exponer al neonato a fármacos cuando éstos no están indicados¹. La resolución del cuadro suele ser espontánea, tras un periodo variable que se estima de 7–10 días. Es probable que mantener la lactancia materna y que la madre reduzca progresivamente la ingesta de cafeína ayuden a la deshabitación paulatina del recién nacido y al control de su sintomatología por abstinencia.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 1998;101:1079–88.
2. Kuschel C. Managing drug withdrawal in the newborn infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007;12:127–33.
3. Martín Mardomingo MA, Solís Sánchez G, Málaga Guerrero S, Cuadrillero Quesada C, Pérez Méndez C, Matesanz Pérez JL. Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Pediatr*. 2003;58:574–9.
4. Martín I, López-Vilchez MA, Mur A, García-Algar O, Rossi S, Marcheí E, et al. Neonatal Withdrawal Syndrome after chronic maternal drinking of mate. *Ther Drug Monit*. 2007;29:127–9.
5. Arlettaz R, Kashiwagi M, Das-Kundu S, Fauchere JC, Lang A, Bucher HU. Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:145–50.
6. Kuschel CA, Austerberry L, Cornwell M, Couch R, Rowley RSH. Can methadone concentrations predict the severity of withdrawal in infants at risk of neonatal abstinence syndrome?. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89:F390–3.
7. Kandall SR, Albin S, Gartner LM, Lee KS, Eidelman A, Lowinson J. The narcotic-dependent mother: fetal and neonatal consequences. *Early Hum Dev*. 1977;1:159–69.
8. Hinds TS, West WL, Knight EM, Harland BF. The effect of caffeine on pregnancy outcome variables. *Nutrition Reviews*. 1996;54:203–7.
9. Gressens P, Mesples B, Sahir N, Marret S, Sola A. Environmental factors and disturbances of brain development. *Semin Neonatol*. 2001;6:185–94.
10. Fenster L, Eskenazi B, Windham GC, Swam SH. Caffeine consumption during pregnancy and fetal growth. *Am J Public Health*. 1991;81:458–61.

D. Montes Bentura^{a,*}, E. La Orden Izquierdo^a, B. Álvarez Fernández^a, N. Garín Fernández^b, R. Ortiz Movilla^c y M. Muro Brussí^c

^aServicio de Pediatría, Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^bUnidad de Gestión Clínica de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^cServicio de Pediatría, Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davmonts@hotmail.com
(D. Montes Bentura).

doi:10.1016/j.anpedi.2008.11.005

Listeriosis perinatal: ¿una infección emergente?

Perinatal listeriosis: an emerging infection?

Sr. Editor:

La listeriosis perinatal es una infección infrecuente relacionada con la ingesta de alimentos contaminados que puede tener serias consecuencias para la madre y el recién nacido. En el Hospital Universitario Central de Asturias, hospital de tercer nivel, miembro del Grupo Castrillo, la incidencia anual ha pasado del 0,41 al 1,2/1.000 recién nacidos vivos en el último año.

Caso 1: recién nacido de 31 semanas de gestación con sospecha de corioamnionitis. Se pauta una dosis de amoxicilina-clavulánico intraparto. El neonato nace en apnea, por lo que precisa de reanimación con Apgar 2/4/8 en los minutos 1, 5 y 10. A pesar de la negatividad de los reactantes de fase aguda, se inicia antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina dado el riesgo de sepsis vertical. La antibioterapia se mantiene 4 días hasta obtenerse dos determinaciones de proteína C reactiva (PCR) negativas.

El niño presenta una buena evolución; el hemocultivo y los cultivos periféricos son negativos. La madre, sin embargo, sufre sepsis grave por *Listeria monocytogenes* que precisa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Refieren ingesta habitual de leche de vaca sin pasteurizar.

Caso 2: recién nacido procedente de parto prematuro espontáneo a la semana 30. Se objetiva fiebre intraparto, y se pauta ampicilina y gentamicina. El neonato nace bañado en meconio, por lo que necesita reanimación con mascarilla y presión positiva (Apgar 5/9). Al ingreso se observa elevación de la PCR, si bien el niño se mantiene asintomático. Ante sospecha de sepsis vertical se inicia antibioterapia con ampicilina y gentamicina, tras extracción de cultivos y realización de punción lumbar, con una duración de 15 días. Se aísla *L. monocytogenes* en el cultivo de placenta, en hemocultivo y en exudados periféricos del niño. El líquido cefalorraquídeo (LCR) es estéril. La madre permanece asintomática y el neonato presenta una evolución favorable. La madre, que sufrió cuadro seudogripal 2 días antes del parto, refiere ingesta frecuente de verduras de huerto familiar sin lavado previo.

Caso 3: parto prematuro espontáneo a las 28+4 semanas por corioamnionitis. Se pauta una dosis de amoxicilina-clavulánico intraparto. El neonato no tiene aspecto séptico y