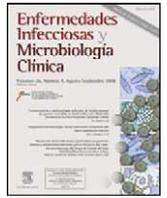


Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Dolor abdominal, masa pulsátil y leucocitosis en paciente con cuadro previo de diarrea

Abdominal pain, pulsatile mass and leukocytosis in a patient previously suffering from diarrhoea

Sara González-Sánchez^{a,*}, Antonio Martín-Conejero^a, Francisco Javier Candel-González^b y Francisco Javier Serrano-Hernando^a

^a Departamento de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Departamento de Microbiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Caso clínico

Varón de 68 años que acudió al servicio de urgencias por presentar desde hacía 12 h dolor lumbar sin otra sintomatología. Como antecedentes únicamente refería tabaquismo e hipertensión y un episodio de diarrea autolimitado 15 días antes. En la exploración vascular se comprobó la ausencia de pulsos a todos los niveles en la pierna derecha con exploración normal en la izquierda y una masa pulsátil periumbilical. La analítica no presentaba alteraciones significativas, salvo la presencia de leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 15.100/ μ l; 85,9% neutrófilos). En el estudio de dolor lumbar y leucocitosis se realizó una ecografía de abdomen para descartar infección urinaria, en la que no se observó dilatación pielocalicial ni colecciones perirrenales, pero sí un aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal con un diámetro transversal máximo de 6 cm. Dada la estabilidad hemodinámica y ante la sospecha de un aneurisma complicado, se realizó una tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso en la que se observó un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto con bordes mal definidos de 6 cm de diámetro máximo y hematoma retroperitoneal (fig. 1).

Evolución

Con carácter de urgencia se excluyó el aneurisma de aorta abdominal roto mediante un by-pass aortobifemoral, precisándose de clampaje. Se apreció una rotura en la cara posterior del aneurisma con la pared del mismo friable y de aspecto nacarado en algunas localizaciones. Durante la cirugía el paciente permaneció con estabilidad hemodinámica y buen ritmo de diuresis tras desclampaje. El cultivo del trombo del aneurisma en agar-sangre mostró crecimiento de abundantes colonias grisesceas que presentaban beta-hemólisis y reacción catalasa positiva y

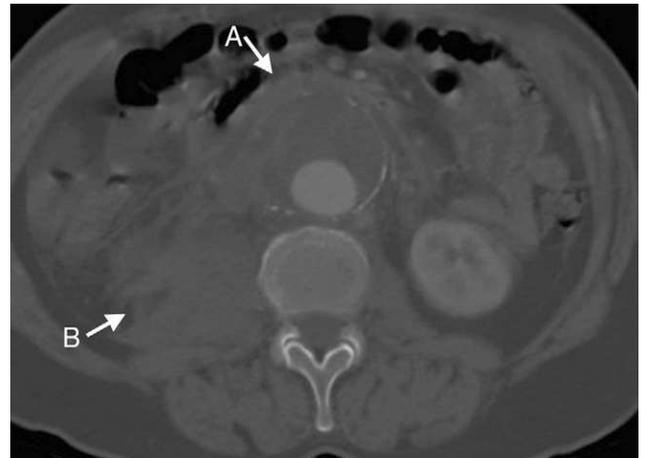


Figura 1. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto. A) Aumento de los tejidos blandos periaórticos sugestivo de etiología infecciosa. B) Hematoma retroperitoneal derecho.

oxidasa negativa. La tinción de Gram mostraba bacilos grampositivos móviles que fueron identificados como *Listeria monocytogenes* (fig. 2). Los cultivos de sangre, orina y heces fueron negativos.

Se inició tratamiento con ampicilina 2 g cada 4 h por espacio de 2 semanas, realizando la terapia secuencial oral a amoxicilina a dosis de 2 g cada 8 h. Para la administración de la medicación intravenosa cada 4 h en el domicilio, el personal sanitario acudía 2 veces por día. Para el resto de dosis se utilizaba una bomba de perfusión con los viales correspondientes precargados, ya que la ampicilina es estable a temperatura ambiente. Se asoció gentamicina a dosis de 4 mg/kg/día en monodosis por vía intravenosa, monitorizando los niveles en valle de forma ambulatoria (empleados para minimizar la toxicidad). El postoperatorio del paciente transcurrió sin incidencias y fue dado de alta a los 7 días de la intervención.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saragonzalezsanchez@gmail.com (S. González-Sánchez).

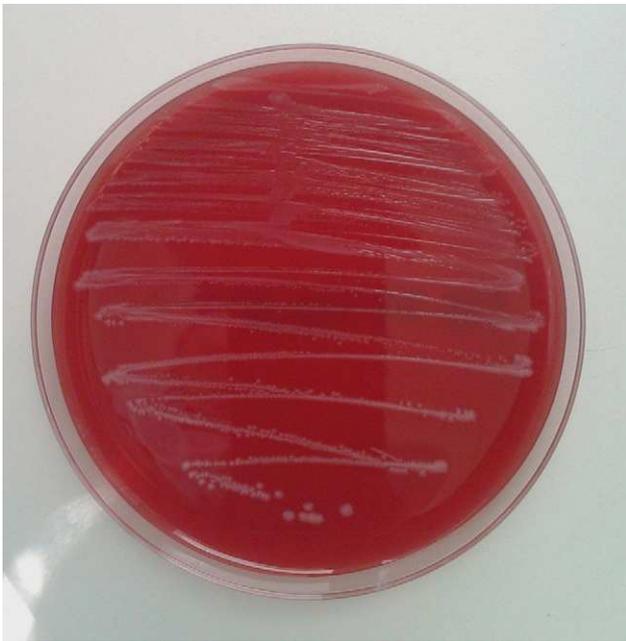


Figura 2. Crecimiento en agar-sangre de colonias grisáceas de *Listeria monocytogenes* a las 24 h de la siembra directa.

A las 4 semanas el paciente presentó un cuadro de insuficiencia renal secundaria a aminoglucósidos, por lo que la pauta de antimicrobianos fue suspendida en ese momento, teniendo en cuenta la buena evolución clínica. Durante el seguimiento el paciente no presentó ninguna clínica infecciosa y en la TC de control no se observaron colecciones o gas periprotésico.

Comentario final

Los aneurismas micóticos son una entidad clínica inhabitual pero con un pronóstico fatal si no se diagnostican y tratan de forma precoz. Menos frecuente aún es que la etiología sea *Listeria monocytogenes*, bacilo grampositivo transmitido habitualmente a través de los alimentos¹. En individuos sanos, el carácter patógeno se restringe a cuadros autolimitados de gastroenteritis, ya que la ruta primaria de infección es a través del epitelio intestinal tras la ingesta de alimentos contaminados. Los pacientes con infección por *Listeria* sp. suelen presentar meningitis (65%), bacteriemia (25%) o endocarditis (8%), y frecuentemente coexiste algún tipo de inmunosupresión o enfermedad maligna^{2,3}.

Diferentes autores han publicado previamente series de aneurismas micóticos⁴, frecuentemente por *Salmonella*, *Staphylococcus*

Streptococcus sp⁵. Sin embargo, la infección vascular por gérmenes como *Listeria* son muy infrecuentes⁶. En una revisión realizada por Daoud² encontró que desde 1965 se habían descrito 28 pacientes con infección vascular por *Listeria*, de los que en 6 casos afectaba a la aorta abdominal. En esta revisión la mortalidad con tratamiento médico exclusivo fue del 70%, mientras que cuando se asoció a cirugía fue del 10%. La existencia de una pared aórtica vulnerable, como en el caso de los aneurismas, podría favorecer la infección por determinados gérmenes, aunque también se ha descrito la aortitis en arterias no dilatadas⁶.

La importancia de este caso se debe a la sospecha de aneurisma micótico por la leucocitosis con desviación izquierda así como la imagen TC, considerada por algunos autores como la mejor prueba diagnóstica de sospecha de aneurisma infeccioso⁷, con aumento de la grasa periaórtica. La posterior confirmación microbiológica permitió iniciar un tratamiento antimicrobiano específico tras la reparación del aneurisma de aorta abdominal roto, evitando las posibles complicaciones infecciosas. El seguimiento más prolongado permitirá confirmar si el riesgo de sobreinfección está completamente erradicado.

Debido a la baja prevalencia de aneurisma de aorta abdominal micótico por *Listeria* sp. no se ha podido establecer cuál es el tratamiento de elección. Parece que el mejor abordaje terapéutico es la combinación de tratamiento médico y quirúrgico^{5,8}. La amplicilina sigue siendo el tratamiento de elección por la mayoría de los autores, aunque trimetoprim-sulfametoxazol, eritromicina, vancomicina o rifampicina son otras opciones adecuadas. La duración óptima de la antibioterapia no está completamente establecida, aspecto muy importante, ya que se han descrito recurrencias hasta en el 15% de los pacientes². Teniendo en cuenta la evidencia clínica, se recomienda mantener la terapia durante al menos 6 semanas⁷.

Bibliografía

1. Fleming DW, Cochi SL, MacDonald KL, Brondum J, Hayes PS, Plikaytis BD, et al. Pasteurized milk as a vehicle of infection in a outbreak of listeriosis. *N Engl J Med.* 1985;312:404–7.
2. Daoud E, Martin D, Yodice P. Ruptured thoracic aortic aneurysm infected with *Listeria monocytogenes*. Case report and review of world-wide literature. *Infect Dis Clin Pract.* 2006;14:329–32.
3. Drevets DA, Bronze MS. *Listeria monocytogenes*: epidemiology, human disease, and mechanisms of brain invasion. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2008;53:151–65.
4. Patel S, Johnston KW. Classification and management of mycotic aneurysms. *Surg Gynecol Obstet.* 1977;144:691–4.
5. Bal A, Schönleben F, Agaimy A, Gessner A, Lang W. *Listeria monocytogenes* as a rare cause of mycotic aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2010;52:456–9.
6. Macedo TA, Stanson AW, Oderich GS, Johnson CM, Panneton JM, Tie ML. Infected aortic aneurysms: imaging findings. *Radiology.* 2004;231:250–7.
7. Goddeeris K, Daenens K, Moulin-Romsee G, Blockmans D. Chronic-contained rupture of an infected aneurysm of the abdominal aorta due to *Listeria monocytogenes*. *Neth J Med.* 2006;64:85–7.
8. Rohde H, Horstkotte MA, Loeper S, Aberle J, Jenicke L, Lampidis R, et al. Recurrent *Listeria monocytogenes* aortic graft infection: confirmation of relapse by molecular subtyping. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2004;48:63–7.