

escalofríos. Negaba antecedentes epidemiológicos de interés. En la exploración física, presentaba fiebre y dolor periumbilical, y en fosa ilíaca derecha. En la analítica destacaba leucocitosis y elevación de proteína C reactiva, los hemocultivos y coprocultivos seriados, así como la serología para lúes resultaron negativos. En la TAC abdominal a 5 cm de la bifurcación ilíaca, se apreció engrosamiento mural asimétrico, estriación de la grasa adyacente y adenopatías intraabdominales, la mayor de 1,2 cm en fosa ilíaca derecha. El ecocardiograma transtorácico no mostró datos de endocarditis infecciosa. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona + gentamicina. Ante la persistencia de fiebre elevada a las 72 h, se solicitó angio-RM de aorta, que mostró aneurisma sacular en cara posterior, que se acompañaba de importante periaortitis e imágenes subjetivas de microabscesos periaórticos (fig. 1). Debido al riesgo de rotura se realizó la resección del segmento afectado de aorta, anastomosando de manera término/terminal con prótesis de Dacron de 12 mm. El estudio microscópico mostró un denso infiltrado inflamatorio con predominio de polimorfonucleares y focos de necrosis. En la muestra quirúrgica se aisló *Y. enterocolitica*. El paciente recibió ceftriaxona y gentamicina intravenosa durante 4 semanas, seguido de cefuroxima y ciprofloxacino por vía oral durante 4 semanas más con evolución favorable.

El cuadro clínico producido por *Y. enterocolitica* se caracteriza por una enterocolitis que cursa con dolor abdominal de predominio en fosa ilíaca derecha y diarrea. En pacientes inmunodeprimidos, cirróticos o pacientes con sobrecarga de hierro, la infección puede asociarse a bacteriemia y complicaciones sistémicas con relación a las metástasis y la formación de abscesos a distintos niveles². Nuestro paciente no presentaba ninguna de las enfermedades preexistentes.

La degeneración aneurismática de la pared arterial puede ser el resultado de una infección debido a una bacteriemia desde un foco distante con «siembra» en la pared o desde un foco contiguo. Se han descrito factores de riesgo como la lesión arterial previa, la arterioesclerosis, la alteración de la inmunidad, los aneurismas preexistentes y el antecedente de infección por contigüidad o por bacteriemia³.

Los aneurismas micóticos de la aorta abdominal son raros (0,7-2,6%), pero fatales y difíciles de tratar. Se han publicado muy pocos casos de aortitis por *Y. enterocolitica*⁴⁻⁶.

La técnica diagnóstica de imagen por excelencia es la TAC multicorte, con ella se ve el engrosamiento de la pared con o sin captación de contraste, líquido periaórtico o aumento de partes blandas periaórtica, aneurisma sacular rápidamente progresivo y, ocasionalmente, aire en la pared aórtica. El rápido aumento en el tamaño o cambio en la forma, y la presencia de trombos son siempre indicativos de infección^{7,8}. En nuestro paciente, ante la falta de respuesta clínica y la poca expresividad del TAC inicial, se optó por realizar una angio-RM. Los hemocultivos son positivos en el 50-85% de los casos de aortitis infecciosa y, por tanto, el tratamiento antibiótico es empírico en un gran número de casos hasta el diagnóstico microbiológico de la pieza quirúrgica^{8,9}. Dado que, ni la evolución clínica, ni los resultados analíticos pueden predecir el riesgo de rotura del aneurisma, la realización de TAC/RM seriados

es imprescindible para planificar la estrategia del tratamiento. El tratamiento de un aneurisma infectado incluye la resección quirúrgica, el desbridamiento amplio, la revascularización y el tratamiento antibiótico a largo plazo. En general se recomienda la administración de antibiótico hasta que no haya evidencia de la infección clínica ni analítica. Las recomendaciones en la literatura oscilan desde las 6 semanas hasta un tratamiento de por vida⁹.

Decidir el método y el momento apropiado de la cirugía debe basarse en las condiciones generales del paciente y en el riesgo de rotura. Las opciones para la reparación quirúrgica son: a) resección del aneurisma y derivación «extra-anatómica», b) reparación *in situ* con prótesis de Dacron u homoinjertos biológicos, que es la técnica considerada *gold standard*, y c) la reparación endovascular con prótesis intravascular que debe considerarse en casos de alto riesgo quirúrgico, asumiendo que puede ser necesaria la reparación quirúrgica abierta posterior¹⁰.

Bibliografía

- García Vázquez E, Hernández Torres A, Herrero Martínez JA, Gómez Gómez J. Infecciones por *Salmonella* y *Yersinia*. *Medicine*. 2014;11:3322-6.
- Tauxe RV. Clinical manifestations and diagnosis of *Yersinia* infections [sede Web]. UpToDate Waltham, Massachusetts [consultado 27 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- Spelman D. General information mycotic aneurysm arterial [sede Web]. UpToDate Waltham, Massachusetts [consultado 12 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- La Scola B, Musso D, Carta A, Piquet P, Casalta JP. Aortoabdominal aneurysm infected by *Yersinia enterocolitica* serotype O:9. *J Infect*. 1997;35:314-5.
- Prentice MB, Fortineau N, Lambert T, Voiniesson A, Cope D. *Yersinia enterocolitica* and mycotic aneurysm. *Lancet*. 1993;341:1535-6.
- Mercie P, Morlat P, N'Gako A, Phéline P, Bézien MC, Gorin G, et al. Aortic aneurysms due to *Yersinia enterocolitica*: Three new cases and a review of the literature. *J Mal Vasc*. 1996;21:68-71.
- Cabero Moyano J, Andreu Magarolas M, Castañer González E, Gallardo Cistare X, Belmonte Castan E. Nonurgent aortic disease: Clinical-radiological diagnosis of aortitis [Article in English, Spanish]. *Radiologia*. 2013;55:469-82.
- Katabathina VS, Restrepo CS. Infectious and noninfectious aortitis: Cross-sectional imaging findings. *Semin Ultrasound CT MR*. 2012;33:207-21.
- Youn JK, Kim SM, Han A, Choi C, Min SI, Ha JA, et al. Surgical treatment of infected aortoiliac aneurysm. *Vasc Spec Int*. 2015;31:41-6.
- Lau C, Gaudino M, de Basi AR, Munjal M, Giradi LN. Outcomes of open repair of mycotic descending thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysms. *Ann Thorac Surg*. 2015;100:1712-7.

Concepción Cepeda González^{a,*}, Paulino García Benedito^b, Belén Rodríguez Maya^a y Jorge Culebras Requena^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conchacepeda@gmail.com (C. Cepeda González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.12.006>

Celulitis por *Plesiomonas shigelloides* en un pescador con lupus eritematoso sistémico



Cellulitis due to *Plesiomonas shigelloides* in a fisherman with systemic lupus erythematosus

Plesiomonas shigelloides (*P. shigelloides*) es una bacteria gram-negativa anaerobia, facultativa de la familia *Enterobacteriaceae*,

históricamente relacionada con la familia *Vibrionaceae* por algunas de sus características (producción de oxidasa, hábitats preferenciales, sensibilidad al agente vibriostático O/129). Su localización es ubicua, con preferencia por agua dulce o estuarios, tanto en países cálidos como fríos¹. La infección por *P. shigelloides* habitualmente se produce tras la ingesta de agua o alimentos contaminados, y cursa con diarrea aguda inflamatoria. Las manifestaciones extraintestinales son raras, y se presentan habitualmente

en individuos inmunocomprometidos (enfermedad neoplásica y hepatopatía crónica, principalmente). Hasta la fecha, sin embargo, no se ha publicado ninguna descripción de infección por este microorganismo en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)². Presentamos el primer caso de infección extraintestinal por *P. shigelloides* en un paciente joven con LES.

Se trata de un varón de 23 años que consultó en urgencias por un cuadro de dolor, tumefacción e impotencia funcional acompañado de calor y rubor, afectando la eminencia hipotenar izquierda. El cuadro se había iniciado 36 h antes, 24 h después de haber estado pescando en la Albufera de Valencia. En las últimas horas, la inflamación se había extendido difusamente hasta englobar el total de la mano, con edema difuso y fiebre acompañante. El paciente padecía un LES de 14 años de evolución, que había cursado con nefritis lúpica, bicitopenia autoinmune, artritis y síndrome antifosfolípido secundario. Recibía tratamiento de larga duración con acenocumarol, ácido micofenólico, prednisona a dosis medias e hidroxicloroquina. En la exploración se objetivó fiebre de 38,5 °C e inflamación del dorso y la palma de la mano, con afectación hasta la muñeca, sin crepitación, cordón varicoso ni adenopatías regionales, evidenciándose una puerta de entrada en forma de punción. Analíticamente: PCR 214 mg/l, leucocitos 12,8 × 10⁹/l (10,5 × 10⁹/l neutrófilos), siendo el resto de los parámetros normales. Una ecografía de la mano izquierda mostró edema de tejido celular subcutáneo y tenosinovitis de flexores. Se inició antibioterapia empírica endovenosa con meropenem y cloxacilina, con buena evolución. En las primeras 24 h, 2 extracciones de hemocultivos (frascos aerobio y anaerobio) fueron positivos para bacilos gramnegativos, identificándose a las 36 h *P. shigelloides*, resistente a ampicilina (CMI > 32) y sensible al resto de betalactámicos (amoxicilina/clavulánico, piperacilina/tazobactam, cefalosporinas, carbapenems), aminoglucósidos, quinolonas, cotrimoxazol y fosfomicina. La identificación de especie y estudio de sensibilidad se realizó mediante el sistema VITEK® 2 de bioMérieux. Tras estos resultados, se desescaló a ciprofloxacino oral hasta completar 14 días en domicilio, con resolución completa de la clínica.

La infección extra-digestiva por *P. shigelloides* es poco frecuente, habiendo encontrado solo 28 casos descritos en adultos y niños mayores. Se presentaron como complicaciones (artritis, osteomielitis, colecistitis, pleuritis, piosalpinx)³⁻⁵ de una bacteriemia de origen digestivo, o como infección local (cutánea^{1,3,6-9}, ocular¹⁰) por inoculación tras contacto con el mar, pescado o aparejos de pesca.

El primer caso descrito³, recogido en una serie de casos de infección por *Aeromonas*, es una celulitis con hemocultivos positivos para *P. shigelloides* y otros microorganismos no descritos. El segundo caso⁶, también en una serie de casos de infección por *Aeromonas*, es un niño de 6 años con celulitis en un pie, con cultivos de exudado positivos para *P. shigelloides* y *Staphylococcus aureus*, que se trató con penicilina. El tercer caso⁷, una mujer de 62 años, con una drepanocitosis y una enfermedad renal crónica, falleció por una sepsis secundaria a una celulitis en la mano, tras haber manipulado pescado, pese al tratamiento con cefalotina y gentamicina. El cuarto caso⁸, también fue una celulitis en la mano tras manipulación de pescado, pero se resolvió

sin complicaciones. El quinto caso¹, un varón de 67 años con un mieloma múltiple, también fue una sepsis con hemocultivos positivos secundaria a una herida durante la pesca, y se resolvió con cefuroxima y ciprofloxacino. El sexto caso⁹, un varón de 72 años, con enfermedad renal crónica y cirrosis por virus de la hepatitis C, falleció por complicaciones de una úlcera en miembros inferiores, tras baños en el mar. De los 6 casos descritos, al menos 3 eran pacientes inmunocomprometidos^{1,7,9}, y 2 de estos fallecieron^{7,9}.

En nuestro caso, primero relacionado con agua salobre y segundo descrito en la cuenca mediterránea, se trataba de un paciente joven inmunocomprometido (LES, inmunosupresores, corticoterapia), que evolucionó favorablemente tras el tratamiento con meropenem y ciprofloxacino.

Debemos considerar esta etiología en pacientes con enfermedades inflamatorias y/o autoinmunes sistémicas en tratamiento inmunosupresor, que acudan por infecciones de tejidos blandos tras exposición a medio acuático y/o manipulación de pescado o aparejos. Un tratamiento precoz y adecuado puede reducir la mortalidad en estos pacientes.

Bibliografía

1. Jönsson I, Monsen T, Wiström J. A case of *Plesiomonas shigelloides* cellulitis and bacteraemia from northern Europe. *Scand J Infect Dis*. 1997;29: 631-2.
2. Mok MY, Wong SY, Chan TM, Tang WM, Wong WS, Lau CS. Necrotizing fasciitis in rheumatic diseases. *Lupus*. 2006;15:380-3.
3. Von Graevenitz A, Mensch AH. The genus *aeromonas* in human bacteriology. Report of 30 cases and review of the literature. *N Engl J Med*. 1968;278:245-8.
4. Gordon DL, Philpot CR, McGuire G. *Plesiomonas shigelloides* septic arthritis complicating rheumatoid arthritis. *Aust NZ J Med*. 1983;13:275-6.
5. Chen X, Chen Y, Yang Q, Kong H, Yu F, et al. *Plesiomonas shigelloides* infection in Southeast China. *PLoS One*. 2013;8:e77877.
6. McCracken AW, Barkley R. Isolation of *Aeromonas* species from clinical sources. *J Clin Pathol*. 1972;25:970-5.
7. Ellner PD, McCarthy LR. *Aeromonas shigelloides* bacteremia: A case report. *Am J Clin Pathol*. 1973;59:216-8.
8. Gopal V, Burns FE. Cellulitis and compartment syndrome due to *Plesiomonas shigelloides*: A case report. *Mil Med*. 1991;156:43.
9. Parejo S, de Otero J, Ferrer L. Presentación atípica de infección por *Plesiomonas shigelloides*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20:236-9.
10. Klatte JM, Dastjerdi MH, Clark K, Harrison CJ, Grigorian F, Stahl ED. Hyperacute infectious keratitis with *Plesiomonas shigelloides* following traumatic lamellar corneal laceration. *Ped Infect Dis J*. 2012;31:1200-1.

Manuel Madrazo López^{a,*}, Juan José Alegre Sancho^b,
Francesc Puchades Gimeno^a y Juan José Camarena Miñana^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

^b Sección de Reumatología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manel.madrado@gmail.com
(M. Madrazo López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.12.005>