

cefalorraquídeo extraída a través de un catéter intraventricular que recibía lavados diarios de clorhexidina, por lo que fue considerado como una posible contaminación.

En conclusión, y a la vista de los resultados obtenidos, este trabajo ilustra la necesidad de llevar a cabo estudios de epidemiología molecular en la filiación de brotes de infección nosocomial.

Agradecimientos

A la Dra. Olga Delgado del servicio de Farmacia y a los Dres. Xavier Mulet, Enrique Ruiz de Gopegui, Cristina Taboada y Carla López-Causapé, del servicio de Microbiología del Hospital Universitario Son Espases, por su inestimable colaboración.

Bibliografía

1. Lannigan R, Bryan LE. Decreased susceptibility of *Serratia marcescens* to chlorhexidine related to the inner membrane. *J Antimicrob Chemother.* 1985;15:559–65.
2. Marrie TJ, Costerton JW. Prolonged survival of *Serratia marcescens* in chlorhexidine. *Appl Environ Microbiol.* 1981;42:1093–102.
3. McAllister TA, Lucas CE, Mocan H, Liddell RH, Gibson BE, Hann IM, et al. *Serratia marcescens* outbreak in a paediatric oncology unit traced to contaminated chlorhexidine. *Scott Med J.* 1989;34:525–8.
4. Vigeant P, Loo VG, Bertrand C, Dixon C, Hollis R, Pfaller MA, et al. An outbreak of *Serratia marcescens* infections related to contaminated chlorhexidine. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1998;19:791–4.

5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado 23 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado 23 Dic 2014]. Disponible en: <http://aemps.gob.es>
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado 30 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado 9 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
9. Tenover FC, Arbeit RD, Goering RV, Mickelsen PA, Murray BE, Persing DH, et al. Interpreting chromosomal DNA restriction patterns produced by pulsed-field gel electrophoresis: Criteria for bacterial strain typing. *J Clin Microbiol.* 1995;33:2233–9.

Estrella Rojo-Molinero^{a,*}, Olga Hidalgo^b, Pedro Ramón Balliu^c y Antonio Oliver^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España

^c Sección de Neonatología, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estrella.rojo@ssib.es (E. Rojo-Molinero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.01.002>

Aortitis bacteriana aguda por *Yersinia enterocolitica*



Acute bacterial aortitis by *Yersinia enterocolitica*

Yersinia es un bacilo gramnegativo anaerobio, perteneciente al grupo de las enterobacterias. La *Yersinia enterocolitica* (*Y. enterocolitica*) tras ser ingerida con los alimentos invade el tejido linfático de la mucosa del íleon, especialmente las placas

de Peyer y los ganglios linfáticos del mesenterio. Las principales manifestaciones clínicas incluyen gastroenteritis aguda y el síndrome de pseudoapendicitis¹. También se han descrito complicaciones extraintestinales y secuelas postinfecciosas².

Presentamos el caso de un paciente varón de 71 años, con hipertensión arterial y dislipemia, que ingresó en el hospital por un cuadro de dolor abdominal de 10 días de evolución, con deposiciones líquidas. En las últimas 48 h el dolor había aumentado de intensidad y se acompañaba de fiebre elevada con tiritona y

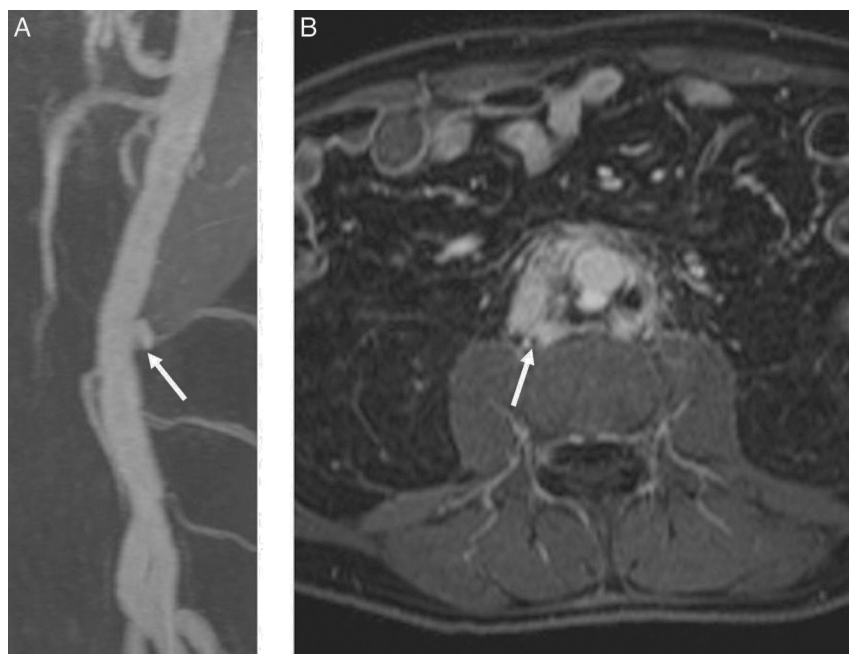


Figura 1. A) Imagen vascular tras la administración de contraste (flecha blanca señala el aneurisma). B) Imagen axial potenciada en T1 con supresión grasa tras la administración de contraste intravenoso (flecha blanca señala el aneurisma). Intenso realce periaórtico con microabscesos.

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, estríación 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 predisponentes.

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.
- Mercié P, Morlat P, N'Gako A, Phéline P, Béziau 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