

Alba Palacios^{a,*}, Ana M. Llorente^a, Olga Ordóñez^a
y Ana Martínez de Aragón^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de
Pediatria, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Neurorradiología Pediátrica, Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital
Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alba.palacios@hotmail.com,
alba.palacios@salud.madrid.org (A. Palacios).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.03.008>
0213-005X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y
Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Aneurisma micótico abdominal debido a *Listeria monocytogenes*



Mycotic abdominal aortic aneurysm due to *Listeria monocytogenes*

Listeria monocytogenes es un patógeno poco frecuente, que afecta fundamentalmente a neonatos, embarazadas y pacientes inmunodeprimidos. En adultos sanos la infección más frecuente es la gastroenteritis, y en inmunodeprimidos la afectación del sistema nervioso central. La infección cardiovascular por *Listeria monocytogenes* es poco frecuente y usualmente produce endocarditis¹. A continuación se presenta un caso de un aneurisma aórtico micótico por *Listeria monocytogenes*.

Paciente varón de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y cardiopatía isquémica, que acude a urgencias por malestar general de 2 meses de evolución, hiporexia, dolor lumbar y pérdida de 7 kg de peso en las 2 últimas semanas. El paciente no presenta fiebre, en la exploración general no se encuentran hallazgos significativos, y en la exploración vascular presenta pulsos distales en ambas extremidades inferiores. La analítica es normal, exceptuando la cifra de glucemia de 460 mg/dl. La radiografía de tórax y abdomen son normales. Tras normalización de la glucemia es dado de alta y se cita de forma preferente en consultas de medicina interna con el diagnóstico de síndrome constitucional a estudio.

Desde consultas de medicina interna se solicita tomografía axial computarizada (TAC), en la que se visualiza un aneurisma sacular de la aorta infrarrenal. Se ingresa en el servicio de cirugía vascular, donde se completa estudio mediante angio-TAC, que confirma la presencia de pseudoaneurisma aórtico en cara anterolateral izquierda, a 8 mm por debajo de las arterias renales.

Se realiza intervención quirúrgica, con resección y colocación de una prótesis recta (Silver Graft 20 mm). Los hemocultivos cursados sin fiebre de forma seriada (6 y 3 días antes de la cirugía) fueron negativos, y un estudio ecocardiográfico transtorácico no detectó vegetaciones en válvulas. Durante la intervención se tomó muestra de tejido arterial que se remitió a microbiología. El cultivo en agar-sangre y en agar-chocolate mostró crecimiento de colonias grisáceas con beta-hemólisis, y que son identificadas mediante espectrometría de masas MALDI-TOF Bruker® como *Listeria monocytogenes*, con un score 2.2. Por parte del servicio de infecciosos se inicia tratamiento intravenoso con ampicilina 2 g/4 h y gentamicina 240 mg/24 h. Tras 2 semanas de tratamiento se suspende gentamicina, siguiendo tratamiento intravenoso una semana más con ampicilina. Posteriormente se realiza terapia secuencial a amoxicilina oral 1 g/8 h y es dado de alta, continuando tratamiento en domicilio 3 semanas más. La evolución ha sido satisfactoria, manteniéndose asintomático al año de ser intervenido.

Los aneurismas aórticos micóticos representan solamente el 1-3% de los aneurismas aórticos, y pueden ocurrir en una aorta previamente normal, aunque la presencia de un aneurisma previo

se ha referido como un factor predisponente para el desarrollo de esta entidad². *Salmonella* spp, *Streptococcus* spp y *Staphylococcus* spp son los microorganismos más frecuentemente implicados³. Los aneurismas infecciosos por *Listeria monocytogenes* son muy poco frecuentes⁴. Este bacilo Gram-positivo es transmitido habitualmente a través de los alimentos. En individuos sanos produce cuadros autolimitados de gastroenteritis, ya que la ruta primaria de infección es por ingesta de alimentos contaminados⁵. Con menor frecuencia y fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos o de edad avanzada puede producir cuadros graves como sepsis, infecciones del sistema nervioso central y endocarditis⁶. Sin embargo, también se han comunicado casos en pacientes inmunocompetentes, y en el caso que presentamos el único déficit inmune era la diabetes mellitus.

El diagnóstico se realiza mediante TAC con contraste, y el aislamiento de *Listeria monocytogenes* en hemocultivos o en biopsia del material arterial⁴. Los hemocultivos son negativos en más del 50% los casos, mientras que en la biopsia se aísla en más de un 75% de los pacientes⁷. En nuestro caso solo se aisló *Listeria monocytogenes* en el cultivo del material enviado durante la cirugía, siendo los hemocultivos negativos.

La mejor opción terapéutica es la combinación del tratamiento quirúrgico (habitualmente exéresis del segmento de aorta infectada y colocación de prótesis o injerto aórtico) y una antibioterapia prolongada⁴. La ampicilina continúa siendo el tratamiento de elección, aunque trimetoprima-sulfametoxazol, eritromicina, vancomicina o rifampicina son otras opciones adecuadas. La duración del tratamiento no está completamente establecida, se recomienda mantener el antibiótico al menos 6 semanas, ya que se han descrito recurrencias hasta en el 15% de los pacientes⁵. En nuestro paciente, la evolución es favorable a los 12 meses de haber sido intervenido y recibir tratamiento intravenoso con ampicilina y gentamicina y, posteriormente, amoxicilina oral hasta completar 6 semanas de tratamiento.

Finalmente, aunque es cierto que la opción terapéutica más utilizada es la exéresis con sustitución por prótesis o homoinjerto aórtico, existe abundante literatura al respecto, especialmente procedente del sudeste asiático (la mayoría de los casos por *Salmonella* spp) en la que, en casos de pacientes añosos, con importante comorbilidad o afectación suprarrenal puede utilizarse una prótesis endovascular. Ello rompe el «axioma» tradicional de no colocar material protésico sobre un terreno infectado^{8,9}.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Lamothe M, Simmons B, Gelfand M, Schoettle P, Owen E. *Listeria monocytogenes* causing endovascular infection. *South Med J*. 1992;85:193–5.

2. Murphy K, Al-Jundi W, Nawaz S. Mycotic aneurysms of the abdominal aorta due to *Listeria monocytogenes*. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:626–8.
3. 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.
4. Haroon Y, Bhalla A, El-Tahir A. *Listeria monocytogenes*: A rare cause for an infected abdominal aortic aneurysm. *Vasc Endovascular Surg.* 2011;45:773–4.
5. González-Sánchez S, Martín-Conejero A, Candel-González FJ, Serrano-Hernando FJ. Dolor abdominal, masa pulsátil y leucocitosis en paciente con cuadro previo de diarrea. *Eferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:189–90.
6. Ganzarain M, Larrañaga I, Sánchez J, Goenaga MA. Aneurisma micótico de aorta abdominal por *Listeria monocytogenes*. *Rev Clin Esp.* 2014;214:424–5.
7. Johnson JR, Ledgerwood AM, Lucas CE. Mycotic aneurysm. New concepts in therapy. *Arch Surg.* 1983;118:577–82.
8. Kan CD, Yen HT, Kan CB, Yang YJ. The feasibility of endovascular aortic repair strategy in treating infected aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2012;55:55–60.
9. Kritpracha B, Premprabha D, Sungsiiri J, Tantarattanapong W, Rookkapan S, Juntarapatin P. Endovascular therapy for infected aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2011;54:1259–65.

Elena Laín Miranda^{a,*}, Isabel Ferrer Cerón^a, Desiré Gil Pérez^b y M. José Revillo Pinilla^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Infecciosos, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenalainm@gmail.com (E. Laín Miranda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.06.018>

0213-005X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.