

Berta Pino-Calm<sup>1</sup>  
Marc Vallvè-Bernal<sup>2</sup>  
Magdalena Lara<sup>1</sup>  
Francisco Farrais-Expósito<sup>3</sup>  
Mónica Fernández del  
Castillo-Ascanio<sup>4</sup>

### Aneurisma micótico por *Salmonella enteritidis*: descripción de un caso

<sup>1</sup>Unidad de Microbiología y Parasitología. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

<sup>3</sup>Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

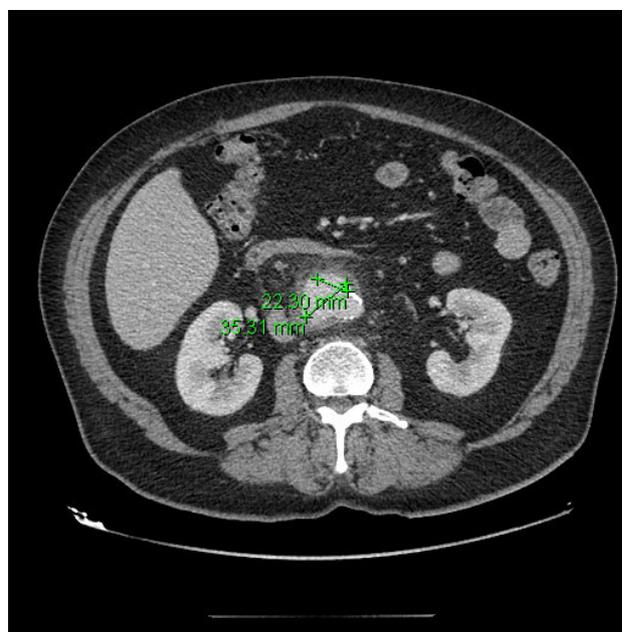
<sup>4</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Sr. Editor: los aneurismas micóticos representan entre un 1-1,8% de los aneurismas aórticos, asociados a una mortalidad quirúrgica de 15 a 40%<sup>1</sup>.

El 5% de las gastroenteritis por *Salmonella* no tifoidea desarrollan una bacteriemia y sólo el 10 % de estas bacteriemias presentan infecciones vasculares<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 64 años que acudió a nuestro centro presentando dolor abdominal, fiebre intermitente y náuseas de un mes de evolución. Como antecedentes cabe destacar: obesidad grado II, hipertensión arterial, diabética no insulinodependiente y ex-fumadora. La analítica de rutina al ingreso mostró leucocitosis 17.100/mm<sup>3</sup> con desviación a la izquierda y 8% de cayados, junto con PCR de 21,71 mg/dl. Se procedió a la extracción de hemocultivos para descartar un posible origen infeccioso, y el mismo día del ingreso se realizó una ecografía y una tomografía computerizada (TC) de abdomen tras administración de contraste yodado intravenoso. En éste los hallazgos se centraron en el margen lateral derecho de la aorta abdominal infrarrenal, donde se identificó pseudoaneurisma sacular de 37 x 37 x 28 mm, en relación con úlcera penetrante, con presencia de adenopatías reactivas de pequeño tamaño en vecindad y marcados cambios inflamatorios de la zona perilesional y grasa circundante, por lo que se sospechó origen infeccioso (figura 1).

Durante el ingreso la paciente presentó cuadro de abdomen agudo, con empeoramiento clínico y analítico, por lo que se realiza TC urgente que objetiva progresión aneurismática con sospecha de rotura parcialmente contenida (figura 2). Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente, excluyéndose el aneurisma de aorta abdominal mediante un bypass aorto-bifemoral con prótesis de polietileno recubierta (Dacron® plata). En la intervención se extraen tejidos del aneurisma y sus áreas circundantes, que se mandan al Servicio de Microbiología para cultivo. Tanto los hemocultivos al ingreso como los culti-



**Figura 1** Pseudoaneurisma sacular de aorta abdominal infrarrenal. Imagen al ingreso

vos de quirófano fueron positivos para *Salmonella enteritidis*.

El punto más polémico lo constituye el tratamiento: se asume que debe abordarse por dos frentes, siendo fundamental la parte quirúrgica y a través de antibioterapia endovenosa<sup>3</sup>. En nuestro caso se inició tratamiento empírico con vancomicina, metronidazol y meropenem intravenosos, y una vez conocido el resultado de los cultivos se ajustó el tratamiento y se pautó ceftazidima en monoterapia. Se añadió fluconazol por Candida Score con valor de 3 y, a su alta hospitalaria, de forma ambulatoria se le pautó trimetoprim/sulfametoxazol 400/80 mg al día.

A los 4 meses de la intervención se realiza TC de control donde se objetiva prótesis aorto-bifemoral permeable con eje ilíaco izquierdo nativo parcialmente repermeabilizado de manera retrógrada.

Correspondencia:  
Berta Pino Calm  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.  
Ctra. del Rosario, 145, 38010  
Santa Cruz de Tenerife. España  
Tfno.: 922 602 239 o 922 602 169  
E-mail: bpinoalm@gmail.com



**Figura 2** | Progresión aneurismática con sospecha de rotura contenida.

A la baja incidencia de los aneurismas micóticos, se le une una clínica muy inespecífica, lo que hace necesaria una alta sospecha para su diagnóstico. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización del aneurisma siendo los signos y síntomas más frecuentes: dolor, fiebre y presencia de masa pulsátil. El diagnóstico se confirma con técnicas de imagen, siendo la TC con contraste endovenoso la más útil, y el aislamiento microbiológico, tanto en los tejidos resecados como en los hemocultivos (positivos hasta en un 85% de los casos<sup>3</sup> en bacteriemias por *Salmonella*).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez C, Valencia A, Jaramillo C, Correa JR. Aneurisma aórtico bacteriano por *Salmonella* spp. Rev Colomb Cir 2011;26:214-21.
2. Hussain M, Roche-Nagle G. Infected pseudoaneurysm of the superficial femoral artery in a patient with *Salmonella enteritidis* bacteremia. Can J Infect Dis Med Microbiol 2013;24:e24-5.
3. Baker A, Ngiu CS, Mohamad Sais MS, Periyasamy P. *Salmonella* related mycotic aneurysm with psoas and paraortic abscess related conservatively. Ann Acad Med Singapore 2011;40:467-8.