

## Carta al Director

Lara Muñoz-Muñoz<sup>1</sup>  
José Ramón Paño-Pardo<sup>2,3</sup>  
Carmen Torrubia-Pérez<sup>4</sup>  
Sonia Algarate-Cajo<sup>1,3,5</sup>  
Elena Morte-Romea<sup>2</sup>  
Soledad Salvo-Gonzalo<sup>1,3,5</sup>

# Aneurisma micótico de aorta abdominal por *Listeria monocytogenes*

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.  
<sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.  
<sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Aragón.  
<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.  
<sup>5</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

### Article history

Received: 14 March 2018; Revision Requested: 4 April 2018; Revision Received: 5 April 2018; Accepted: 6 April 2018

Sr. Editor: *Listeria monocytogenes* es un patógeno poco frecuente que puede causar enfermedad tanto en forma esporádica como en brotes generalmente relacionados con los alimentos. En individuos inmunocompetentes la infección no es invasiva y ocasiona un cuadro clínico similar a una diarrea febril [1], mientras que en embarazadas, inmunocomprometidos, neonatos y ancianos puede adquirir forma invasiva, generalmente sepsis e infección del SNC [2,3,4]. Las formas localizadas son menos frecuentes, habiéndose descrito casos de endocarditis, aneurismas micóticos, artritis, osteomielitis, absceso intraabdominal (abscesos hepáticos o esplénicos o peritonitis), infecciones pleuropulmonares, osteomielitis y endoftalmítis [1].

Se presenta un caso de aneurisma micótico sobre aorta abdominal infrarrenal por *L. monocytogenes* con buena respuesta al tratamiento.

Varón de 65 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, obesidad, cólicos renales, hiperuricemia y aneurisma de aorta abdominal diagnosticado en 2009. Acudió a urgencias por dolor dorsolumbar, irradiado a extremidad inferior izquierda de 3 días de evolución que aumentaba con la movilización y no se asociaba a traumatismo. Presentaba fiebre de 38,3°C, dolor a la palpación en musculatura paravertebral dorso-lumbar de predominio izquierdo y leucocitosis con neutrofilia (23.200 leucocitos/mm<sup>3</sup> 90,1% neutrófilos). Se realizó ECO y TAC abdominal donde se observó aneurisma aórtico abdominal, de aproximadamente 63 mm de diámetro sin signos de rotura. Se trató ambulatoriamente con AINES y se citó dos días después en consulta de Cirugía Vasculat programándose para cirugía.

A los 2 días, acudió de nuevo por persistencia del dolor, sin fiebre, y se decidió su ingreso en Medicina Interna para completar estudio y tratamiento.

El angioTAC de aorta abdominal mostró un aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal hasta bifurcación de ilíacas, con diámetros máximos de 105 x 72 x 77mm con una luz de 62mm; había aumentado de forma significativa respecto a la exploración previa. Se decidió intervención quirúrgica, con apertura del aneurisma, extracción del trombo y colocación de prótesis Dacrón-plata aortobifemoral 18 x 9 mm y cierre del saco aneurismático. Se remitieron hemocultivos y el trombo mural al servicio de Microbiología. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Los hemocultivos resultaron negativos y el cultivo del trombo mural de aneurisma, mostró crecimiento de colonias grisáceas pequeñas y lisas β-hemolíticas en agar sangre que fueron identificadas mediante espectrometría de masas MALDI-TOF® (Bruker Daltonic GmbH, Leipzig, Germany) como *L. monocytogenes*.

Se instauró tratamiento intravenoso con ampicilina 2g/4h asociada a cotrimoxazol 800mg/8h durante 6 semanas. En ese momento se realizó un PET-TAC que mostró captación de glucosa en torno al aneurisma sugestiva de infección activa perianeurismática. El paciente fue dado de alta por evolución favorable, pasando a terapia secuencial con cotrimoxazol 800 mg cada 12h durante 15 días y después cada 24h hasta realización de nuevo PET 6 meses después, que demostraba persistencia de signos de infección activa en aorta distal, aunque la extensión de la lesión había disminuido. Se disminuyó dosis de cotrimoxazol a 3 días/semana. Año y medio tras inicio del cuadro persiste captación en aneurisma por lo que continúa con cotrimoxazol, el paciente está asintomático manteniendo reactantes de fase aguda normales.

Los aneurismas micóticos son muy poco frecuentes [2,5]. Su sintomatología es inespecífica en dependencia de la localización de la arteria afectada y caracterizándose por su rápido crecimiento, con un pronóstico fatal si no se diagnostican y tratan de forma precoz [6,7]. El aneurisma micótico puede desarrollarse sobre la arteria sana, si bien es más común sobre

Correspondencia:  
Lara Muñoz-Muñoz  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Avda. San Juan Bosco 15, 50009, Zaragoza, España  
Tfno.: 976765700 Ext:164318  
E-mail: laramm01@gmail.com

arterias previamente dañadas [2,8].

Los principales agentes etiológicos son *Salmonella* spp., *Streptococcus* spp. y *Staphylococcus* spp [2,3,7,9]. Los casos de aneurismas micóticos por *L. monocytogenes* descritos en la literatura médica son escasos [2,6,8], pudiendo presentarse tras un episodio de bacteriemia.

El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica apoyada en técnicas de imagen y la confirmación microbiológica mediante el aislamiento de *L. monocytogenes* en los hemocultivos, cultivos del trombo y/o pared arterial [3,5,7].

La intervención quirúrgica asociada a terapia antimicrobiana prolongada parece ser la opción terapéutica más adecuada [3,6]. El tratamiento simultáneo de ampicilina y gentamicina o cotrimoxazol son las combinaciones más empleadas [1,8]. La duración apropiada del tratamiento no está definida [1,3,6,10]. Se recomienda mantener el tratamiento durante al menos 6 semanas dada la frecuencia de recurrencias descritas [1,3,6], planteándose en algunos casos tratamiento supresor indefinido por vía oral. Debido a la extensión de la infección inicial, a la colocación de material protésico sobre territorio infectado en ausencia de tratamiento antibiótico previo y a la evolución en el PET se decidió mantener tratamiento antibiótico supresor de forma indefinida, que ha tolerado sin incidencias.

## FINANCIACIÓN

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

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. B. Sánchez Artola, E. Palencia Herrejón. Infecciones por *Listeria*. *Medicine* 2010; 10:3368-72. DOI: 10.1016/S0304-5412(10)70044-5
2. M. Ganzarai, I. Larrañaga, J. Sanchez, M.A. Goenaga. Aneurisma micótico de aorta abdominal por *Listeria monocytogenes*. *Revista Clínica Española* 2014; 214(7):424-5. DOI: 10.1016/j.rce.2014.05.010
3. E. Laín, I. Ferrer, D. Gil, M. J. Revillo. Aneurisma micótico abdominal debido a *Listeria monocytogenes*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2017; 35:269-270. DOI: 10.1016/j.eimc.2016.06.018
4. Cone LA, Somero MS, Qureshi FJ, Kerker S, Byrd RG, Hirschberg JM, et al. Unusual infections due to *Listeria monocytogenes* in the Southern California Desert. *Int J Infect Dis* 2008; 12(6):578-81. DOI: 10.1016/j.ijid.2007.12.003
5. R. M. Jiménez-Hernández, C. Albarrán-González, A. Arribas-Jiménez. Aneurisma micótico del cayado aórtico. *Revista Española Cardiología* 2005; 58(8):993-4. DOI: 10.1157/13078140
6. S. González-Sánchez, A. Martín-Conejero, F. J. Candel González y F. J. Serrano-Hernando. Dolor abdominal, masa pulsátil y leucocitosis en paciente con cuadro previo de diarrea. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2013; 31:189-190. DOI: 10.1016/j.eimc.2012.07.016
7. J.L. Perez. Aneurismas micóticos: particularidades diagnósticas y de tratamiento. *Angiología* 2016; 68:46-54. DOI: 10.1016/j.angio.2015.06.003
8. Murphy K, Al-Jundi W, Nawaz S. Mycotic aneurysms of the abdominal aorta due to *Listeria monocytogenes*. *Int J Surg Case Rep*. 2013; 4(7):626-8. DOI: 10.1016/j.ijscr.2013.02.024
9. 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(2):456-9. DOI: 10.1016/j.jvs.2010.03.033
10. Heysell SK, Hughes MA. *Listeria monocytogenes* Endovascular Graft Infection. *Open Forum Infect Dis*. 2015; 3(1):ofv203. DOI: 10.1093/ofid/ofv203