







Belén González Fernández¹ 
Sonselos Garcinuño Pérez¹ 
Laura Sánchez-de Prada¹ 
Ignacio Eiros-Bachiller² 
José Antonio Brizuela Sanz³ 
José M. Eiros¹ 

Absceso en psoas secundario a infección de endoprótesis aórtica abdominal por *Listeria monocytogenes*

¹Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

²Servicio de Radiología General y Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

³Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

Article history

Received: 17 November 2023; Revision Requested: 2 January 2024; Revision Received: 13 January 2024;

Accepted: 6 February 2024; Published: 20 February 2024

Estimado Editor:

Listeria monocytogenes es un microorganismo ampliamente distribuido en el medio ambiente siendo un patógeno humano de reconocida importancia, que origina principalmente, cuadros no invasivos en individuos inmunocompetentes. Puede ocasionar casos graves que, aunque poco frecuentes, engloban endocarditis, infección aórtica, infecciones del sistema nervioso central y sepsis. Las personas con mayor riesgo de padecer una infección invasiva son los neonatos, las embarazadas, los pacientes de edad avanzada y aquellos con una inmunidad celular alterada [1].

La infección de una endoprótesis vascular por *L. monocytogenes* es una entidad muy infrecuente, a pesar de la predisposición de este patógeno y su elevada afinidad por el endotelio vascular, así como por el epitelio artificial, lo que condiciona una elevada mortalidad. Clásicamente, el paradigma del tratamiento de una infección protésica consiste en la retirada del material protésico infectado asociado a antibioterapia [2-4]. En la mayoría de las ocasiones, se trata de un procedimiento de alto riesgo con una elevada morbimortalidad perioperatoria.

Los cuadros de infección del injerto aórtico por *L. monocytogenes* descritos en la literatura médica son escasos, siendo el primer reporte descrito en el año 1965 [5]. Mediante una búsqueda efectuada en PubMed, a través de la literatura inglesa y empleando los términos "endovascular, aortic, aneurysm graft, *L. monocytogenes*" hemos sido capaces de revisar casos descritos y sólo once han sido demostrados en el contexto de injerto de aorta endovascular. El objetivo de la presente contribución es exponer un caso de periaortitis abdominal por *L. monocytogenes* tras una reparación endovascular por un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal tratado con éxito de forma

preservada con drenaje directo del saco aórtico y tratamiento antibiótico a largo plazo, al tiempo que efectuamos una revisión de la literatura. Nuestro caso es, hasta donde conocemos, el decimosegundo caso de periaortitis abdominal por *L. monocytogenes* asociada a un injerto vascular [6].

Describimos el caso de un varón de 76 años de edad con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia y artritis reumatoide. Como antecedentes quirúrgicos, refiere una endoprótesis bifurcada tipo "Endurant II" implantada en el año 2018 a consecuencia de un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. En el seguimiento posterior no mostró ninguna complicación hasta que en el año 2021 se realizó una RMN para control de su artritis reumatoide y se observó un absceso en el psoas izquierdo, con extensión en pared aórtica infrarrenal posterior.

Debido a que nuestro paciente estaba asintomático y tras valorar el elevado riesgo quirúrgico que suponía la cirugía, se optó por realizar tratamiento conservador por parte del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul y Radiología Intervencionista, quienes realizaron un drenaje percutáneo del absceso y enviaron las muestras obtenidas al Servicio de Microbiología (Figura 1). Al paciente se le administró tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro (ampicilina asociada a gentamicina iv) hasta conocer el resultado del antibiograma: *L. monocytogenes* sensible a penicilina. Asimismo, se caracterizó fenotípicamente: serotipo 4b; ST-3001; CC1. Los hemocultivos resultaron negativos. El paciente fue dado de alta con amoxicilina oral prescrita durante 12 semanas.

La última tomografía computarizada, realizada un año después del diagnóstico de la infección, mostraba persistencia de un mínimo foco de migración leucocitaria a nivel de la aorta abdominal infrarrenal. No se documentaron cambios gammagráficos relevantes con respecto al estudio previo, lo que sugiere resolución completa del absceso adyacente al músculo psoas izquierdo (Figura 2).

La infección de endoprótesis abdominal tras una aneu-

Correspondencia:
Belén González Fernández
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Avenida Ramón y Cajal, 3, 47003, Valladolid
E-mail: bgonzalezfer@saludcastillayleon.es



Figura 1 | SPECT-CT donde se aprecian focos de migración leucocitaria sobre absceso de psoas izquierdo adyacente a la aorta.



Figura 2 | Imagen de SPECT-CT en la que se objetiva la resolución completa del absceso adyacente al musculo psoas izquierdo.

risma de aorta abdominal es un evento infrecuente y *L. monocytogenes* es un agente causal poco común que asocia una elevada morbimortalidad (25-88%) [7]. Con independencia del hallazgo microbiológico, resultan sorprendentes dos hechos. En primer término, la ausencia de sintomatología en nuestro paciente, aun teniendo en cuenta el grado de inmunodepresión que éste presentaba por su patología de base (artritis reumatoide de carácter crónico y su tratamiento asociado). En segundo lugar, y como aspecto más discutible, la evolución favorable sin necesidad de retirar el material protésico infectado ni recambio valvular.

Debido a los pocos casos descritos en la literatura, la estrategia terapéutica no está bien definida. Clásicamente, el paradigma del tratamiento de una infección protésica consiste en la retirada del material protésico infectado y drenaje adicional asociado a antibioterapia. En pacientes con presentación insidiosa o alto riesgo quirúrgico podría ser interesante, como opción terapéutica inicial, instaurar un tratamiento antimicrobiano prolongado con preservación del injerto asociado a una estrecha vigilancia [8,9].

Parece oportuno establecer un diagnóstico etiológico para iniciar terapia antibiótica específica, evitando el uso precipitado de antimicrobianos, coadyuvante al tratamiento quirúrgico cuando este sea necesario. Sería interesante delimitar el alcance de estos pacientes y realizar protocolos consensuados y de colaboración basados en la evidencia científica entre las distintas especialidades médico-quirúrgicas para recomendar

un tratamiento óptimo en eficacia y duración.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBIOGRAFÍA

1. Wilson WR, Bower TC, Creager MA, Amin-Hanjani S, O'Gara PT, Lockhart PB, et al. Vascular Graft Infections, Mycotic Aneurysms, and Endovascular Infections: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 134(20):e412-e460. doi: 10.1161/CIR.0000000000000457.
2. Van Noyen R, Reybrouck R, Peeters P, Verheyen L, Vandepitte J. *Listeria monocytogenes* infection of a prosthetic vascular graft. *Infection*. 1993; 21(2):125-126. doi: 10.1007/BF01710749.
3. Saleem BR, Berger P, Zeebregts CJ, Slart RH, Verhoeven EL, van den Dungen JJ. Periaortic endograft infection due to *Listeria monocytogenes* treated with graft preservation. *J Vasc Surg*. 2008; 47(3):635-637. doi: 10.1016/j.jvs.2007.09.029.

4. Heikkinen L, Valtonen M, Lepäntalo M, Saimanen E, Järvinen A. Infrarenal endoluminal bifurcated stent graft infected with *Listeria monocytogenes*. *J Vasc Surg*. 1999; 29(3):554-556. doi: 10.1016/s0741-5214(99)70285-5.
5. Navarrete-Reyna A, Rosenstein DL, Sonnenwirth AC. Bacterial Aortic Aneurysm Due to *Listeria Monocytogenes*: First Report of an Aneurysm Caused by *Listeria*. *Am J Clin Pathol*. 1965; 43(5):438-444. <https://doi.org/10.1093/ajcp/43.5.438>.
6. Ma JW, Hu SY, Lin TC, Tsai CA. Psoas abscess associated with aortic endograft infection caused by bacteremia of *Listeria monocytogenes*: A case report and literature review (CARE Complaint). *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(45):e17885. doi: 10.1097/MD.00000000000017885.
7. Lee JE, Cho WK, Nam CH, Jung MH, Kang JH, Suh BK. A case of meningoencephalitis caused by *Listeria monocytogenes* in a healthy child. *Korean J Pediatr*. 2010; 53(5):653-656. doi: 10.3345/kjp.2010.53.5.653.
8. Murphy EH, Szeto WY, Herdrich BJ, Jackson BM, Wang GJ, Bavaria JE, et al. The management of endograft infections following endovascular thoracic and abdominal aneurysm repair. *J Vasc Surg*. 2013; 58(5):1179-1185. doi: 10.1016/j.jvs.2013.04.040.
9. Saleem BR, Meerwaldt R, Tielliu IF, Verhoeven EL, van den Dungen JJ, Zeebregts CJ. Conservative treatment of vascular prosthetic graft infection is associated with high mortality. *Am J Surg*. 2010; 200(1):47-52. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.05.018.