



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas científicas

Infección arterial causada por *Listeria monocytogenes*: a propósito de dos casos. Eficacia del abordaje combinado precoz y tratamiento supresivo oral



Arterial infection caused by *Listeria monocytogenes*: Report of two cases. The efficacy of an early combined approach and oral suppressive treatment

Las infecciones arteriales por *Listeria monocytogenes* son poco frecuentes. Presentamos 2 casos tratados en nuestro centro.

Caso 1: paciente varón de 80 años, en seguimiento por nuestro servicio tras implante de endoprótesis aorto-uniilíaca derecha (Endurant®, Medtronic), embolización de arteria hipogástrica izquierda y *bypass* fémoro-femoral por rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

Tres años después, el paciente acude por dolor lumbar y abdominal de 2 meses de evolución, sin fiebre. En la analítica presenta un aumento de proteína-C reactiva (PCR) 105 mg/dl. En angiografía computarizada (angio-TC) se observaba aumento de tejidos blandos periaórticos y desflecamiento de grasa locorregional. Ante la sospecha de aortitis se obtuvieron hemocultivos y se inició antibioterapia de amplio espectro, por vía parenteral, con piperacilina/tazobactam. Se realizó una gammagrafía corporal total con leucocitos marcados con galio-67, donde no se observó depósito patológico a nivel de la endoprótesis aórtica. Tras 14 días de tratamiento empírico, y resultados de hemocultivos estériles, el paciente fue dado de alta sin antibioterapia con seguimiento en consultas. En angio-TC de control al mes, no se observaron cambios significativos respecto al previo.

A los 2 meses, reingresa por deposiciones diarreicas, dolor hipogástrico y fiebre. Analíticamente mantiene PCR elevada, sin leucocitosis. En nuevo angio-TC se observa un aumento del proceso inflamatorio periaórtico (fig. 1A) y burbujas de gas en el interior del saco aneurismático (fig. 1B). Tras obtención de hemocultivos se inicia antibioterapia empírica (ceftriaxona y vancomicina intravenosas), seguida de cirugía urgente con explante de la endoprótesis aórtica y realización de *bypass* aorto-uniilíaco derecho con prótesis impregnada en plata (Maquet Intergard Silver Knitted, Maquet Spain, SLU) (fig. 1C y D). En el cultivo de la endoprótesis aórtica se aisló *Listeria monocytogenes*. Tras 4 semanas con ampicilina y gentamicina, se secuenció a tratamiento oral con cotrimoxazol. Dado el riesgo de recaída infecciosa, se decidió mantener antibioterapia supresiva de por vida con cotrimoxazol oral.

Tras 16 meses de seguimiento, el paciente permanece asintomático.

Caso 2: paciente varón de 83 años que presenta anorexia y pérdida de peso desde hace 7 meses. Acude por síncope, asociando

dolor en hipogastrio derecho y febrícula. En la analítica, destaca elevación de PCR (43,5 mg/dl) y 15.100 leucocitos/mm³. En angio-TC urgente objetiva aneurisma de arteria hipogástrica derecha de 73 mm roto. Tras la extracción de hemocultivos, es intervenido, implantándose endoprótesis aórtica bifurcada (Endurant®, Medtronic) con embolización del saco hipogástrico aneurismático con *coils* (William Cook Europe, Dinamarca), extensión endoprotésica hasta iliaca externa derecha. Los hemocultivos fueron positivos para *Listeria monocytogenes*, por lo que se inició antibioterapia con ampicilina y gentamicina intravenosas.

Tras completar 6 semanas de antibioterapia intravenosa con ampicilina (las 2 primeras semanas asociadas a gentamicina), los hemocultivos son negativos y en angio-TC de control no se observan complicaciones posquirúrgicas. El paciente fue dado de alta con terapia oral supresiva con cotrimoxazol. A los 9 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático.

Las infecciones arteriales por *Listeria monocytogenes* son poco frecuentes, con unos 40 casos descritos en la literatura mundial¹⁻³. Respecto a la infección de prótesis vasculares por *Listeria*, se han publicado más de 10 casos^{4,5}.

Listeria monocytogenes es un bacilo Gram positivo intracelular, que suele producir cuadros de gastroenteritis en pacientes inmunocompetentes tras la ingesta de alimentos contaminados. Su incidencia aumenta en edades extremas de la vida (neonatos y ancianos), embarazadas, pacientes con alteración de la inmunidad celular, tratamiento con corticoides o enfermedades crónicas como cirrosis, diabetes o enfermedad renal.

El tratamiento quirúrgico más aceptado en las infecciones arteriales o de prótesis vasculares es la cirugía abierta, con resección de los tejidos infectados y el material protésico, con reconstrucción vascular del segmento afectado (prótesis u homoinjerto) o en caso de no considerarse viable, ligadura y *bypass* extraanatómico^{6,7}.

En casos seleccionados, pacientes con endarteritis y elevada comorbilidad o inestabilidad hemodinámica, puede ser necesario implantar una endoprótesis aórtica seguido de antibioterapia prolongada^{8,9}. Del mismo modo, en infecciones protésicas de difícil abordaje quirúrgico se han descrito casos tratados tan solo mediante tratamiento antimicrobiano prolongado, con una evolución favorable a corto y medio plazo⁵.

El tratamiento antimicrobiano resulta imprescindible en el manejo de las infecciones arteriales por *Listeria*, con duraciones prolongadas (4-6 semanas). El tratamiento recomendado es la combinación de ampicilina y gentamicina, gracias a su actividad sinérgica. Algunos trabajos han demostrado buenos resultados con la combinación de ampicilina y cotrimoxazol. La administración de cotrimoxazol por vía oral es una opción para el tratamiento de forma ambulatoria¹⁰.

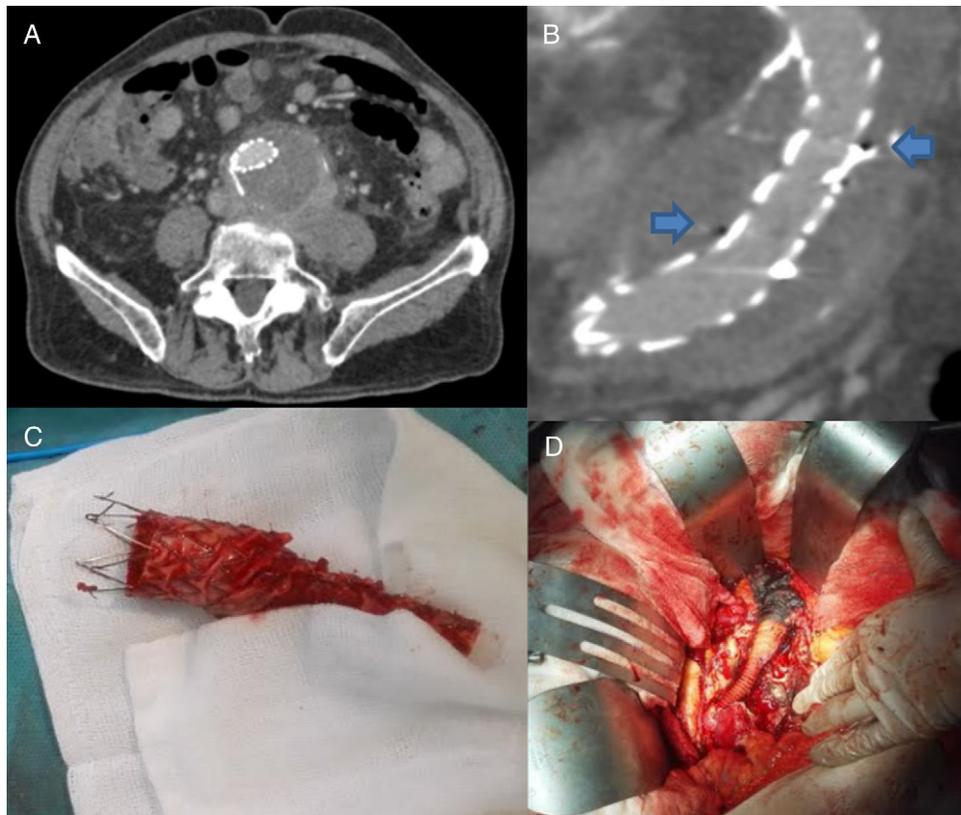


Figura 1. A) Corte coronal de la angio-TC donde se muestra aumento de volumen de los tejidos periaórticos. B) Corte sagital de la angio-TC donde se observan burbujas de gas en el interior del saco aneurismático, rodeando la endoprótesis aórtica. C) Endoprótesis aórtica explantada. D) Imagen intraoperatoria de *bypass* aorto-uniiliaco derecho con prótesis impregnada en plata.

Bibliografía

- 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.
- Ganzarain Oyarbide M, Larrañaga Oyarzabal I, Sanchez Abuin J, Goenaga Sánchez MA. Aneurisma micótico de aorta abdominal por *Listeria monocytogenes*. *Rev Clin Esp.* 2014;214:424–8.
- Jones AD, Murray AM, Downing R. *Listeria* Infected Pseudoaneurysm of the Superficial Femoral Artery. *Ann Vasc Surg.* 2016;31:208.e15–7.
- Gauto AR, Cone LA, Woodard DR, Mahler RJ, Lynch RD, Stoltzman DH. Arterial Infections due to *Listeria monocytogenes*: Report of four cases and review of world literature. *Clin Infect Dis.* 1992;14:23–8.
- 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;47:635–7.
- Müller BT, Wegener OR, Grabitz K, Pillny M, Thomas L, Sandmann W. Mycotic aneurysms of the thoracic and abdominal aorta and iliac arteries: Experience with anatomic and extra-anatomic repair in 33 cases. *J Vasc Surg.* 2001;33:106–13.
- Treska V, Certik B, Molacek J. Management of aortic graft infections- the present strategy and future perspectives. *Bratisl Med J.* 2016;117:125–32.
- Clough RE, Black SA, Lyons OT, Zayed HA, Bell RE, Carrell T. Is endovascular repair of mycotic aortic aneurysms a durable treatment option? *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;37:407–12.
- Sörelíus K, Wanhainen A, Furebring M, Björck M, Gillgren P, Mani K, Swedish Collaborator Group for Mycotic Abdominal Aortic Aneurysms. Nationwide Study of the Treatment of Mycotic Abdominal Aortic Aneurysms Comparing Open and Endovascular Repair. *Circulation.* 2016;134:1822–32.
- Gunst JD, Jensen-Fangel S. A mycotic abdominal aortic aneurysm caused by *Listeria monocytogenes* in a patient with HIV infection. *BMJ Case Rep.* 2014;17:2014.

María Asunción Romero Lozano^{a,*}, Pilar Martín-Davila^b,
Andrés Alejandro Reyes Valdivia^a y Cristina Bernal Bernal^a

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mromero.3@alumni.unav.es

(M.A. Romero Lozano).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.01.004>
0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.