

## Aneurisma micótico por *Salmonella* en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y riñón en herradura

J. Merino<sup>a</sup>, A.Y. Ysa-Figueras<sup>b</sup>, M.T. Rodríguez-Bustabad<sup>b</sup>, E. Pérez-García<sup>b</sup>, R. Prieta<sup>c</sup>, A. del Campo-Garrido<sup>b</sup>, J.A. García-Alonso<sup>b</sup>

**Caso clínico.** Varón de 65 años que consulta al Servicio de Urgencias por un deterioro del estado general y síndrome diarreico. En el estudio por cuadro tóxico se le diagnosticó septicemia por *Salmonella* en un contexto de virus de inmunodeficiencia humana positivo previamente desconocido. El ecocardiograma no mostraba lesiones verrugosas valvulares. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal por lumbalgia inespecífica y se evidenció un aneurisma infeccioso de la aorta abdominal y riñón en herradura (Fig. 1). Asimismo, se practicó una arteriografía que objetivaba tres arterias renales y tres grupos caliculares (Fig. 2). La exploración quirúrgica mostró una reacción inflamatoria periaórti-

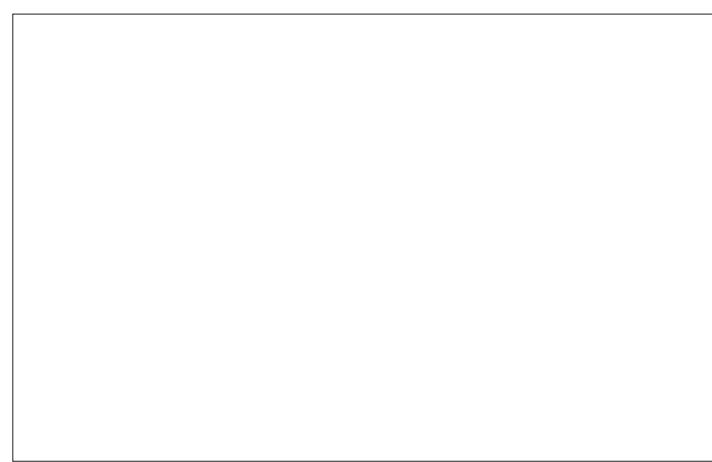


Figura 1. Aneurisma infeccioso de aorta abdominal y riñón en herradura.

vo previamente desconocido. El ecocardiograma no mostraba lesiones verrugosas valvulares. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal por lumbalgia inespecífica y se evidenció un aneurisma infeccioso de la aorta abdominal y riñón en herradura (Fig. 1). Asimismo, se practicó una arteriografía que objetivaba tres arterias renales y tres grupos caliculares (Fig. 2). La exploración quirúrgica mostró una reacción inflamatoria periaórti-

ca importante en el contexto de un aneurisma micótico (Fig. 3). La revascularización de las extremidades se realizó mediante un bypass axilobifemoral y posteriormente se excluyeron por vía retroperitoneal la aorta infectada y el tejido adyacente (Fig. 4).

El cultivo de la pared arterial fue positivo para *Salmonella*. Durante el postoperatorio, el paciente presentó una bradipsiquia importante, por lo que se realizó una TAC cerebral que puso de manifiesto una embolización séptica. Finalmente, el paciente fue *exitus* en el contexto del estado séptico mantenido.

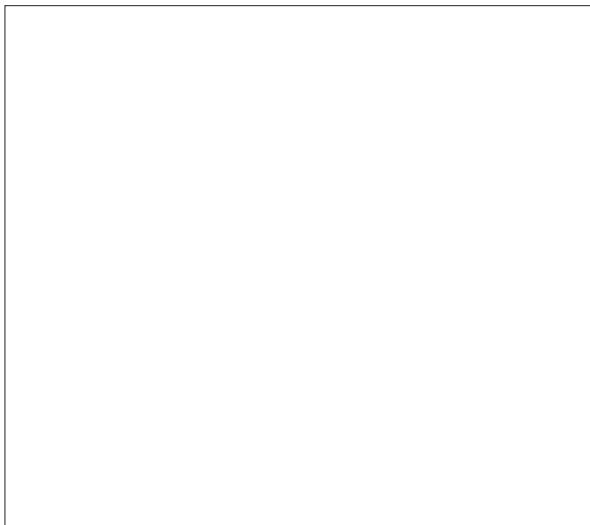
**Discusión.** La singularidad de este caso radica en la presencia de dos patologías concomitantes poco prevalentes en la población general. El riñón en herradura se presenta en el 0,25% de la población y es la más común de las anomalías de fusión renal [1]. La incidencia de aneurismas infecciosos secundarios a una bacteriemia es baja (0,06-0,65%) [2,3] y se asocia comúnmente a la existencia de síndromes de inmunosupresión. Los gérmenes más fre-

Aceptado tras revisión externa: 02.11.06.

<sup>a</sup> Servicio de Traumatología. <sup>b</sup> Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular. <sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya, España.

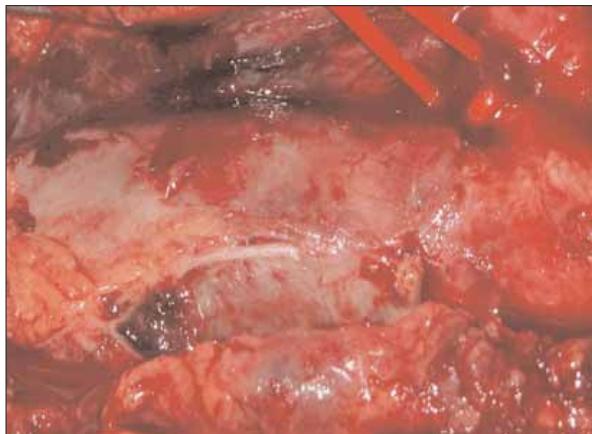
Correspondencia: Dr. Augusto Y. Ysa Figueras. Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital de Cruces. Plaza de Cruces, s/n. E-48903 Barakaldo (Vizcaya). E-mail: aysa@hcru.osakidetza.net

© 2007, ANGIOLOGÍA

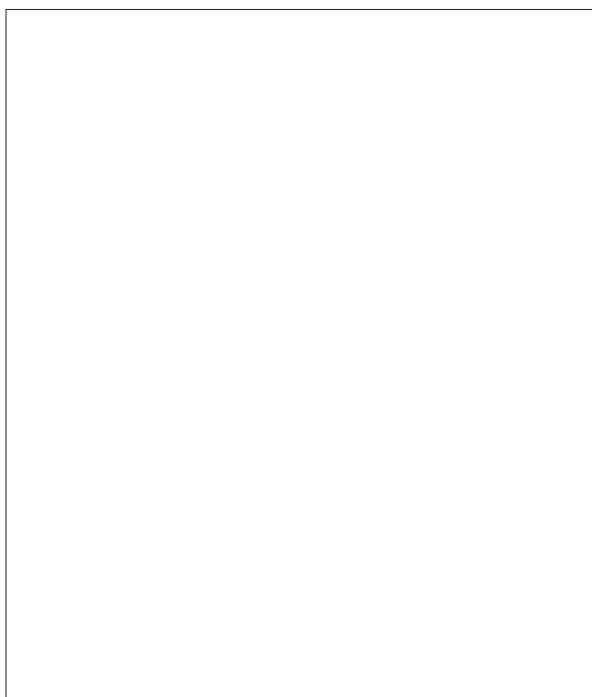


**Figura 2.** Arteriografía que muestra un aneurisma micótico y tres arterias renales.

cuentemente relacionados son *Salmonella*, *Staphylococcus* y *Escherichia coli* [4]. La lesión vascular por *Salmonella* se produce por tres mecanismos: la arteritis difusa, que provoca la ruptura arterial y da lugar a un pseudoaneurisma; el debilitamiento de la pared hasta formar un aneurisma verdadero; y, finalmente, la sobreinfección de un aneurisma arteriosclerótico preexistente [5]. Las especies más comúnmente aisladas son *S. cholerasuis* (32%), *S. typhimurium* (27%) y *S. enteritidis* (9%). La evolución natural de estos aneurismas suele ser agresiva y su tasa de ruptura muy superior a la de los aneurismas convencionales [6,7]. Además, la posibilidad de embolización a otros territorios o el mantenimiento del estado séptico confieren a esta patología un curso habitualmente fulminante [8,9]. El tratamiento definitivo de un aneurisma infeccioso es la combinación de tres parámetros: el tratamiento antimicrobiano adecuado, la resección de segmentos arteriales infectados con el desbridamiento del tejido adyacente y la reconstrucción arterial. Sin embargo, se



**Figura 3.** Detalle de la reacción inflamatoria periaórtica importante en un aneurisma micótico.



**Figura 4.** Muñón de aorta y revascularización de los miembros inferiores mediante un bypass axilobifemoral.

estima una tasa de mortalidad en aneurismas infecciosos secundarios a una bacteriemia de alrededor del 60-75% [3,4].

---

## Bibliografía

1. Bauer SB, Perlmutter AD, Retik AB. Anomalies of the kidney and ureteropelvic junction. In Walsh PC, ed. *Campbell's urology*. 7 ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998.
2. Bitseff EL, Edwards WA, Mulherin JL, Kaiser AB. Infected abdominal aortic aneurysm. *South Med J* 1987; 80: 309.
3. Reddy DJ, Shepard AD, Evans JR, Wright DJ, Smith RF, Ernst CB. Management of infected aortoiliac aneurysms. *Arch Surg* 1991; 126: 873-8.
4. Wilson SE, Van Wagenen P, Passaro E Jr. Arterial infection. *Curr Prob Surg* 1978; 15: 5.
5. Katz SG, Andros G, Kohl RD. *Salmonella* infections of the abdominal aorta. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 102-6.
6. Reddy DJ, Lee RE, Oh HK. Suprarrenal mycotic aortic aneurysm: surgical management and follow-up. *J Vasc Surg* 1986; 3: 917.
7. Scher LA, Brener BJ, Goldenkranz RJ, Alpert J, Brief DK, Parsonnet V, et al. Infected aneurysms of the abdominal aorta. *Arch Surg* 1980; 115: 975-8.
8. García I, Gutiérrez JM, Ramos MJ, Cambor L, Fernández JR, Méndez MA, et al. Embolización séptica multiorgánica: aneurismas micóticos de arterias ileocólica y femoral profunda, y absceso esplénico. *Angiología* 1999; 6: 259-64.
9. Segura RJ, Vidal JJ. Aneurismas micóticos de aorta torácica. *Angiología* 2006; 58 (Supl): S165-70.