

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

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

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 calicilares (Fig. 2). La exploración quirúrgica mostró una reacción inflamatoria periaórti-

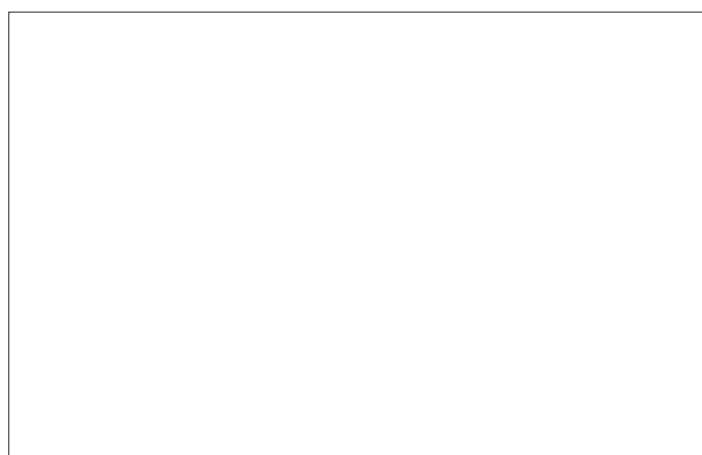


Figura 1. Aneurisma infeccioso de aorta abdominal y riñón en herradura.

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.

^a Servicio de Traumatología. ^b Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular. ^c 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

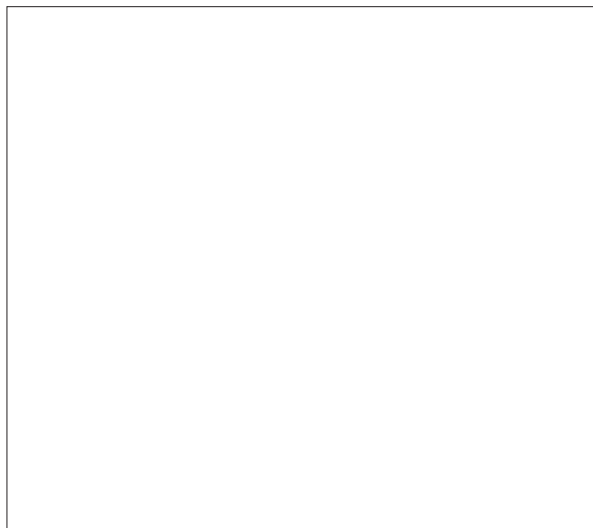


Figura 2. Arteriografía que muestra un aneurisma micótico y tres arterias renales.

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. choleraesuis* (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

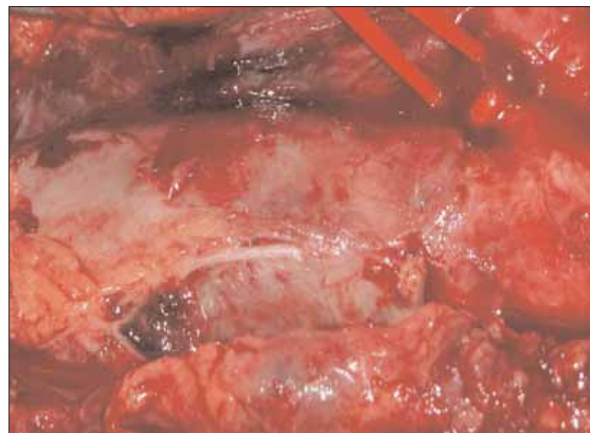


Figura 3. Detalle de la reacción inflamatoria periaórtica importante en un aneurisma micótico.

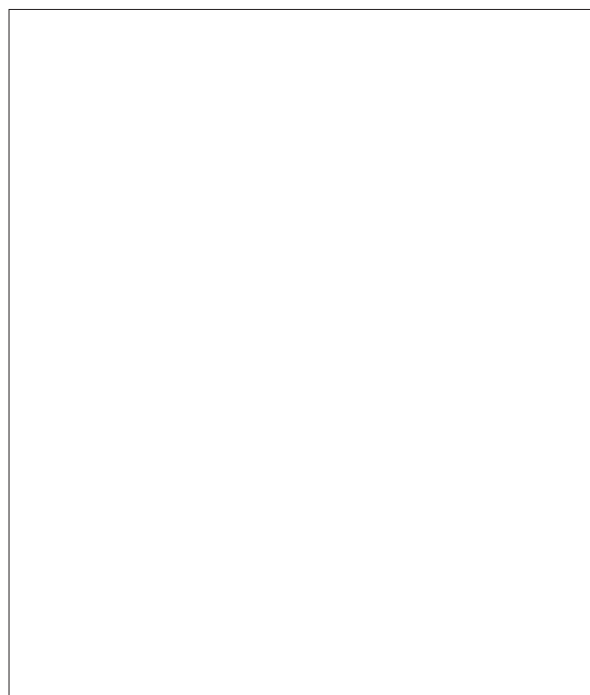


Figura 4. Muñón de aorta y revascularización de los miembros inferiores mediante un *bypass* axilobifemoral.

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.