

CORRESPONDENCIA

Prótesis vascular aórtica infectada por *Coxiella burnetii*

Vascular aortic graft infected by *Coxiella burnetii*

Sr. Director:

Coxiella burnetii (*C. burnetii*) es una bacteria gramnegativa, intracelular, que presenta un gran polimorfismo clínico^{1,2}. Dentro de las formas crónicas, la infección de aneurismas son infrecuentes y más aún las de prótesis vasculares, con pocos casos publicados anteriormente^{3,4}.

Varón de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, infarto de miocardio, e isquemia arterial crónica de extremidades inferiores grado III, tratada 2 años antes mediante una prótesis de Dacron aortobifemoral. Consultó por dolor abdominal irradiado a miembros inferiores de una semana de evolución, astenia y anorexia; no presentó fiebre. La auscultación cardiopulmonar era normal, los pulsos femorales estaban presentes, el índice brazo-tobillo derecho era de 0,53 y el izquierdo de 0,47. En la analítica básica solo se detectaron hemoglobina de 11 g/dl, velocidad de sedimentación globular de 33 y proteína C reactiva de 9,1. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (figs. 1 y 2) demostró la existencia de un aneurisma bilobulado inmediatamente por encima de la prótesis vascular. Una gammagrafía con leucocitos marcados evidenció acúmulo patológico en la aorta abdominal por debajo de la salida de las arterias renales. Los hemocultivos fueron negativos. La serología para *C. burnetii* mediante inmunofluorescencia indirecta fue fuertemente positiva para anticuerpos IgG de fase I (1/32000). Se instauró tratamiento oral con doxiciclina (100 mg/12 h) y ciprofloxacino (500 mg/12 h) con buena respuesta clínica. Un mes después, se colocó una prótesis endovascular para el tratamiento del aneurisma micótico. Un año después el paciente se mantiene asintomático, mientras mantiene el tratamiento antibiótico.

La infección de prótesis vasculares por *C. burnetii* suele cursar con clínica inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Presenta un pronóstico desfavorable, por lo que es conveniente un diagnóstico y abordaje precoz. El diagnóstico suele basarse en técnicas serológicas⁴. Otras técnicas utilizadas son los cultivos celulares y métodos basados en la reacción en cadena de la polimerasa, técnica esta última que debería usarse sistemáticamente junto



Figura 1 Corte axial de tomografía axial computarizada abdominal con contraste yodado en el que se visualiza el extremo superior del *bypass* aortobifemoral (flechas cortas) a partir del cual se origina el pseudoaneurisma (flecha largas), que presenta un trombo mural (asterisco).

a la serología, en caso de cultivos negativos⁵. O'Donnell et al.⁶, realizaron una revisión de los casos publicados de infección protésica aórtica hasta 2006, siendo la clave diagnóstica (al igual que en nuestro caso), la presencia de un pseudoaneurisma en el segmento aórtico nativo, proximal a la prótesis vascular. Cuando los resultados de la TAC plantean la sospecha de infección aórtica, la gammagrafía con leucocitos marcados resulta eficaz. La tomografía por emisión de positrones es prometedora, aunque los escasos estudios existentes no han mostrado su superioridad respecto a la gammagrafía⁷.

El tratamiento se basa en protocolos muy prolongados de antibioterapia oral, con inclusión de doxiciclina e hidroxiquina, o de doxiciclina y una quinolona y, por otra parte, en abordajes quirúrgicos. La monitorización serológica determina la duración del tratamiento, que suele ir de 18 a 36 meses⁶. El tratamiento quirúrgico más aceptado actualmente para las prótesis vasculares infectadas incluye la retirada de las mismas, el desbridamiento de los tejidos adyacentes, y la revascularización mediante *bypass* extra-anatómicos. En casos seleccionados como en el nuestro, por ser un paciente de alto riesgo quirúrgico, puede resultar razonable la reconstrucción *in situ* con venas autógenas, homo-injertos crio-preservados y prótesis sintéticas impregnadas con rifampicina o revestidas de plata⁸.



Figura 2 Reconstrucción 3D en el que se aprecia *bypass* aortobifemoral (flechas cortas) y un pseudoaneurisma que no se rellena en su totalidad por la presencia del trombo mural (flechas largas). AMS: arteria mesentérica superior; AR: arterias renales; TC: tronco celiaco.

Bibliografía

1. Madariaga MG, Rezai K, Trenholme GM, Weinstein RA. Q fever: A biological weapon in your backyard. *Lancet Infect Dis.* 2003;3:709-21.
2. Ruiz Seco MP, López Rodríguez M, Estébanez Muñoz M, Pagán B, Gómez Cerezo JF, Barbado Hernández FJ. Fiebre Q: 54 nuevos casos de un hospital terciario de Madrid. *Rev Clin Esp.* 2011;211:240-4.
3. Toral JR, Sainz F, Barberán J, Alguacil R. Aneurisma de aorta e infección por *Coxiella burnetii*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26:531-5.
4. Georgiou GP, Hirsch R, Vidne BA, Raanani E. *Coxiella burnetii* infection of an aortic graft: surgical view and a word of caution. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2004;3:333-5.
5. Senn L, Francioli M, Raoult D, Moulin A, von Segesser L, Calandra T, et al. *Coxiella burnetii* vascular graft infection. *BMC Infect Dis.* 2005;5:109.
6. O'Donnell M, McCaughey C, Lee B. *Coxiella burnetii* infection of an aortic graft with multiple vertebral body erosion. *J Vasc Surg.* 2007;45:399-403.
7. Gardet E, Addas R, Monteil J, Le Guyader A. Comparison of detection of F-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography and 99mTc-hexamethylpropylene amine oxime labeled leukocyte scintigraphy for an aortic graft infection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2010;10:142-3.
8. O'Connor S, Andrew P, Batt M, Becquemin JP. A systematic review and meta-analysis of treatments for aortic graft infection. *J Vasc Surg.* 2006;44:38-45.

F. Awad-Breval*, M.J. Tienda-Flores, H. Pérez-Vega y M.A. Iribarren-Marín

Unidad de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fadia_ab@hotmail.com (F. Awad-Breval).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.05.012>

No masas ni megalias

Without masses or megalies

Sr. Director:

La calidad, no solo científica, sino también literaria de los artículos publicados es una preocupación constante de los editores, de los revisores y de muchos lectores de REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA y de otras revistas médicas en español¹⁻³. Esta tarea precisa una actitud vigilante por parte del comité editorial para detectar los barbarismos y modismos agresores de nuestra lengua⁴. De hecho, una de las finalidades de las publicaciones biomédicas es servir de cauce para «denunciar y eliminar las taras lingüísticas»⁴;

por eso, no es infrecuente que en el proceso de revisión de un artículo, los editores y revisores realicen sugerencias para mejorar el estilo y preservar la pureza del idioma.

Desde hace tiempo, hemos detectado un uso creciente –casi automático– en los informes de alta, sesiones clínicas y comunicaciones a congresos del término «megalias», referido a la exploración abdominal. Habitualmente se cita, a modo de frase hecha, como «no se detectaron masas ni megalias», cuando en realidad lo más correcto, e informativo, sería describir los hallazgos encontrados durante la exploración física.

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua no reconoce el término «megalias» como una palabra perteneciente al léxico español. Es cierto que admite su presencia como elemento de composición culta en varios