

Aneurisma infeccioso de aorta abdominal infrarrenal por *Eikenella corrodens*



Aortic abdominal aneurysm infection due to *Eikenella corrodens*

Sr. Editor:

El aislamiento de *Eikenella corrodens* (*E. corrodens*) es frecuente en infecciones de la cavidad oral, pero es poco frecuente en infecciones abdominales, estando asociada a lesión de la mucosa gastrointestinal y la presencia de abscesos. La infección que produce se caracteriza por ser de evolución lenta siendo infrecuente su presentación como bacteriemia^{1,2}. Presentamos el caso de un varón de 71 años de edad, hipertenso, dislipémico y alérgico a pirazolonas. Consulta por dolor lumbar irradiado a fosa renal, sin fiebre. Analítica al ingreso sin leucocitosis ni reactantes de fase aguda, niveles de complemento e IgA, M y G dentro de la normalidad. Exploración vascular normal con masa abdominal hiperpulsátil. Se realiza angio-TAC abdominal objetivándose aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de diámetro máximo de 57 mm sin signos de complicación. Se interviene realizándose resección de AAA e interposición de *bypass* aorto-aórtico con prótesis de Dacron. Intraoperatoriamente se observa tejido inflamatorio en bifurcación aórtica con exudado purulento y se toman biopsia de pared aórtica y muestra del exudado, que se envían para cultivo. Se extraen hemocultivos seriados y se inicia antibioterapia de amplio espectro. En el cultivo de la biopsia aórtica se aísla *E. corrodens*, mientras que el cultivo del exudado purulento y los hemocultivos resultaron negativos. Se realiza tratamiento parenteral en régimen de ingreso con ceftriaxona 1 g/12 h i.v., metronidazol 500 mg/12 h i.v. y claritromicina 250 mg/12 h i.v. durante 4 semanas. Al alta continua con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 h v.o. y levofloxacino 500 mg/12 h v.o. durante 8 semanas más. Se realiza endoscopia oral, ecocardiografía transesofágica, rinofibrolaringoscopia y RMN cervical para descartar la existencia de foco infeccioso y fistula aortoentérica. Tres meses más tarde acude a urgencias por síndrome febril, distensión y dolor abdominal. Analítica con discreta leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Se le extraen hemocultivos y se realiza angio-TAC abdominal apreciándose una colección hipodensa paraaórtica izquierda, abscesificada, con diámetros de 15,4 × 5,7 × 5,3 cm (fig. 1). Tras punción ecoguiada se inicia antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam 4/0,5 mg cada 6 h, levofloxacino 500 mg/12 h y rifampicina 600 mg/12 h. El

hemocultivo es negativo y se aísla *E. corrodens* en la muestra de la punción. Se desestima la opción quirúrgica de explante del material protésico aórtico por el elevado riesgo quirúrgico. Es dado de alta al completar un mes de tratamiento parenteral con disminución de la colección en angio-TAC de control. Actualmente se encuentra asintomático, sin masa y con levofloxacino 500 mg/12 h v.o. indefinido. *E. corrodens* es un bacilo gramnegativo, anaerobio facultativo que forma parte de la microbiota endógena de la boca, vías respiratorias superiores, tracto gastrointestinal y genitourinario³. Es de carácter oportunista y la infección que causa se caracteriza por ser de evolución lenta, con un intervalo superior a una semana entre las lesiones y la aparición de la clínica. Suele aislarse como un componente de infecciones mixtas y con frecuencia en pacientes con algún grado de inmunodeficiencia^{4,5}. En la bibliografía revisada² hemos encontrado 66 casos publicados de infecciones intraabdominales por *E. corrodens*, siendo más frecuente en pacientes jóvenes con daño en la mucosa intestinal, tras cirugía o infecciones^{6,7}. No existen publicaciones sobre infecciones de grandes vasos y en concreto de aorta abdominal. La proporción de casos descritos que desarrollaron bacteriemia no supera el 20%² y es excepcional el hallazgo de bacteriemia primaria monomicrobiana sin la existencia previa de endocarditis^{7,8}. La infección protésica es una complicación poco frecuente (1-2%) pero grave⁹. A pesar de que el tratamiento de elección en estos casos es la retirada de la misma, el tratamiento conservador con antibioterapia específica prolongada y seguimiento periódico con técnicas de imagen puede ser una alternativa para los pacientes con elevada morbilidad. No existe consenso sobre la duración de la antibioterapia una vez controlado el proceso agudo, aunque la mayoría de los autores aconsejan que sea indefinido¹⁰.

Bibliografía

- Jaramillo RD, Suárez P, Barraza B, Lara P, Teherán L, Escamilla JE. *Eikenella corrodens*: patógenos y aspectos clínicos. *Colomb Med*. 2006;37:228-41.
- Sheng WS, Hsueh, Hung CC, Teng LJ, Chen YC, Luh KT. Clinical features of patients with invasive *Eikenella corrodens* infections and microbiological characteristics of the causative isolates. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2001;20:231-6.
- Danziger LH, Schoonover LL, Kale P, Resnick DJ. *Eikenella corrodens* as an intra-abdominal pathogen. *Ann Surg*. 1994;60:296-9.
- Gasser I, Moreno G, Ferrer A, Capdevila JA, Valme I. *Eikenella corrodens*: Five year experience in a general hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:394-7.
- Junquera S, Sáez de la Fuente H, Sáiz MA, Lafita J. Bacteriemia por *Eikenella corrodens* secundaria a infección periodontal en paciente neutropénico. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2012;35:155-8.
- Lorenzo Garde L, Bolaños Rivero M, Turégano García A, Martín Sánchez AM. Abscesos intraperitoneales por *Eikenella Corrodens*. *Rev Esp Quimioter*. 2011;24:115-6.
- Murrell Z, Sinow R, de Virgilio C. Infrarenal aortic rupture in association with a contiguous polymicrobial intraabdominal abscess including *Eikenella corrodens*. *Ann Vasc Surg*. 2000;14:401-4.
- Heiro M, Nikoskelainen J, Engblom E, Kotilainen P. *Eikenella Corrodens* prosthetic valve endocarditis in a patient with ulcerative colitis. *Scand J Infect Dis*. 2000;32:324-5.
- Igari K, Kudo T, Toyofuku T, Jibiki M, Sugano N, Inoue Y. Treatments strategies for aortic and peripheral prosthetic graft infections. *Surg Today*. 2014;44:466-71.
- Calligaris KD, Veith FJ. Graft preserving methods for managing aortofemoral prosthetic graft infection. *Eur J Vas Endovasc Surg*. 1997;14 Suppl A:S38-42.

Esther Doiz-Artázcoz^{a,*}, Angel González-Calbo^b,
Pilar Marín-Casanova^c
y Manuel Rodríguez-Piñero^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Medicina Sidonia, Cádiz, España

^c Unidad de Gestión Clínica de Microbiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edoiz@comcadiz.com (E. Doiz-Artázcoz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.01.009>

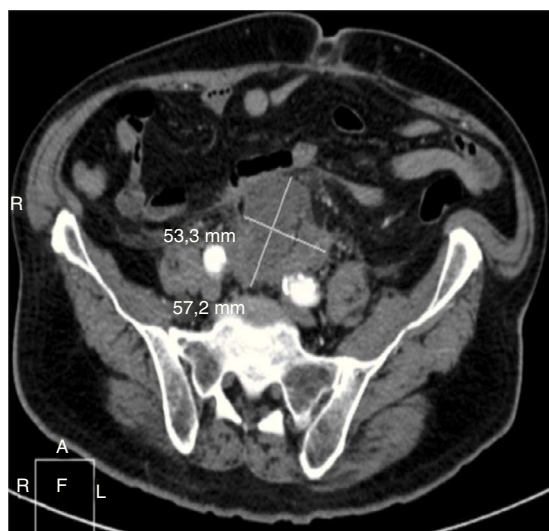


Figura 1. Imagen del TAC con la colección periaórtica desde arteria renal izquierda hasta bifurcación aórtica.