

## Aneurisma femoral infectado por *Campylobacter fetus*

**Sr. Editor:** *Campylobacter fetus* rara vez causa infecciones en el ser humano y, cuando lo hace, generalmente se trata de pacientes ancianos o inmunocomprometidos<sup>1</sup>. Debido a su afinidad por el endotelio vascular, puede causar endocarditis y aneurismas micóticos<sup>2</sup>. La localización de los mismos fuera de la aorta es excepcional.

Varón de 65 años de edad que ingresó por un proceso inflamatorio en el tercio inferior del muslo izquierdo y fiebre de 48 h de evolución. Refería haber presentado un cuadro similar 40 días antes. En el examen físico se apreciaron conjuntivas pálidas, soplo sistólico en el área mitral 2/6, tumor, rubor y calor en el tercio inferointerno de muslo izquierdo de aproximadamente 15 cm en su diámetro mayor. El resto del examen no presentaba alteraciones. Los datos del laboratorio fueron los siguientes: hematócrito 0,3 l/l; hemoglobina 100 g/l, leucocitos,  $6,6 \times 10^9$ /l, (neutrófilos 75%; eosinófilos 1%; basófilos 0%; linfocitos 20%; monocitos 4%); plaquetas,  $147 \times 10^9$ /l; VSG 94 mm en la primera hora; el resto de los análisis fueron normales. El ELISA para VIH fue negativo. En la ecodoppler se apreciaba un aneurisma de sector inferior de la arteria femoral superficial izquierda de  $7 \times 5 \times 4$  cm, con trombosis en su interior. La ecografía abdominal y el ecocardiograma 2D no evidenciaron significativas. La arteriografía objetivó un aneurisma de la porción distal de la arteria femoral superficial izquierda. Se inició tratamiento con 1 g/día de vancomicina i.v., y se practicó la resección y reparación quirúrgica con prótesis de Goretex® debido a la mala calidad de la vena safena. Los datos de anatomía patológica fueron pseudoaneurisma y proceso inflamatorio crónico inespecífico reactivo, vinculado a amplios sectores de necrosis y hemorragia intersticial que se extendían al tejido adiposo. En la pared vascular y en el contenido del saco aneurismático se aisló *C. fetus*, subespecie *fetus*; hemo, uro y coprocultivo negativos. Una vez identificado el agente causal, se cambió la vancomicina por imipenem (2 g/día, i.v.), tratamiento que realizó durante 21 días. Cuando el paciente estuvo en condiciones, se le practicaron estudios digestivos que resultaron normales. Actualmente, 6 meses después de la cirugía, se encuentra asintomático.

*Campylobacter* es un bacilo curvo gramnegativo microaerófilo, no fermentador, no esporulado y uniflagelado, que por su estrecha relación con los abortos fue clasificado como *fetus*<sup>1</sup>. Puede aislarse de forma excepcional en sangre, líquido cefalorraquídeo o abscesos en personas generalmente ancianas o inmunodeprimidas<sup>1,3</sup>.

La bacteriemia es la manifestación clínica más común en la infección por *C. fetus*, y debido a la especial predilección de este germen por el endotelio vascular se han descrito casos de endocarditis, tromboflebitis y aneurisma micótico (AM)<sup>4</sup>.

En 1971 se describió el primer caso de AM aórtico por *C. fetus* y desde entonces sólo se ha comunicado 14 más. Fuera de la aorta sólo se han comunicado 2 casos, uno en la arteria femoral y otro en la poplítea<sup>5,6</sup>.

De los 14 casos de AM aórtico, 12 presentaron fiebre y 10 dolor abdominal o en el dorso. El paciente con AM de la arteria femoral presentó fiebre y dolor local, mientras que el de la arteria poplítea sólo refería dolor local<sup>5</sup>.

Los AM por *C. fetus* progresan rápidamente a la rotura y, por tanto, son potencialmente fatales. La cirugía temprana, sin importar el tipo de reconstrucción, mejora notablemente la supervivencia<sup>6,7</sup>. El tratamiento antibiótico a largo plazo impide la recidiva de la enfermedad<sup>2</sup>.

Por último es importante destacar de este caso la localización infrecuente del AM y la ausen-

cia de factores de inmunodepresión evidentes en el momento del diagnóstico.

Daniel Bagilet, Rodolfo Notario,  
Luis Busnelli y Fernando Bertoletti

Centro Médico IPAM. Rosario. Argentina.

- Guerrant RL, Marshal BJ. Human *Campylobacter* infections. *Infections in Medicine* 1990; 5: 27-33.
- Morrison VA, Lloyd BK, Chia JK, Tuazon CU. Cardiovascular and bacteriemic manifestations of *Campylobacter fetus* infection: case report and review. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 387-392.
- Baty B, Hoen B, Selton-Suty C, Schuhmacher H, Peiffert B, Danchin N et al. *Campylobacter fetus* endocarditis manifested by a popliteal mycotic aneurysm. *Presse Med* 1998; 27: 357-358.
- Farrugia DC, Eykyn SJ, Smyth EG. *Campylobacter fetus* endocarditis: two cases reports and review. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 443-446.
- Montero A, Corbella X, López JA, Santín M, Ballón IH. *Campylobacter fetus* associated aneurysms: report of a case involving the popliteal artery and review of the literature. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 1019-1024.
- Kuzniec S, Estenssoro AE, Lima M, Mendes CM, Puech-Leao P. Abdominal aortic aneurysm infected with *Campylobacter fetus* spp. *fetus*. Report of a case and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1995; 50: 284-288.
- Rutherford EJ, Eakins JW, Maxwell JG, Tacket AD. Abdominal aortic aneurysm infected with *Campylobacter fetus* subspecies *fetus*. *J Vasc Surg* 1989; 10: 193-197.

## Artritis infecciosa por *Mycobacterium kansasii* en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

**Sr. Editor:** Los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen una mayor predisposición a tener infecciones, incluyendo aquellas que afectan al aparato locomotor. Los microorganismos responsables de artritis infecciosa son fundamentalmente los gérmenes piógenos, tales como *Staphylococcus aureus*. Entre las micobacterias se han comunicado casos de artritis por *Mycobacterium tuberculosis*, *M. haemophilum*, *M. avium-intracellulare*, *M. marinum* y *M. terrae*<sup>1</sup>. La artritis por *Mycobacterium kansasii* es una complicación poco frecuente en estos pacientes. A continuación, presentamos una artritis infecciosa por *M. kansasii* en un paciente con infección por el VIH.

Varón de 32 años, consumidor habitual de alcohol y adicto a drogas por vía parenteral, infectado por el VIH desde hacía 9 años. Como infecciones oportunistas había presentado una candidiasis faringoesofágica y una infección crónica por el virus de la hepatitis B y C. Dos años antes presentaba una cifra de linfocitos CD4 de 31/μl y una carga viral de 8.100 copias/ml. Estaba en tratamiento con ritonavir, estavudina y didanosina, aunque de forma irregular.

El paciente ingresó para desintoxicación de opiáceos, cocaína y alcohol. La exploración física puso de manifiesto una lesión cutánea, eritematosa y con supuración, asentada sobre la articulación interfalángica del primer dedo de la mano izquierda; ésta era dolorosa a la palpación. El paciente refería que la lesión evolucionaba desde hacía 7 años con intermitencia en la exudación. Estaba afebril, normotenso, con buen estado general. No se palparon adenopatías. La auscultación cardiopulmonar era normal. La palpación abdominal evidenció una hepatosplenomegalia. El resto de la exploración física fue normal. En las pruebas de laboratorio el hemograma evidenció:  $3,5 \times 10^9$ /l leucocitos ( $0,6 \times 10^9$  linfocitos), Hb 114

g/l y plaquetas  $109 \times 10^9$ /l. La VSG era de 57 mm/h. En la bioquímica plasmática la gammaglutamiltranspeptidasa era de 149 U/l, siendo el resto de determinaciones plasmáticas normales. En el proteinograma se evidenció una gammapatía policlonal. La determinación de subpoblaciones linfocitarias fue CD4  $87 \times 10^6$ /l y CD8  $324 \times 10^6$ /l. La radiografía simple de tórax no evidenció alteraciones. La radiografía simple del primer dedo de la mano izquierda puso de manifiesto erosiones, osteopenia y aumento de partes blandas. Se practicó una artrocentesis por la cara lateral de la articulación obteniéndose una pequeña cantidad de líquido que se cultivó. Quince días más tarde se aisló una micobacteria en el medio de Löwenstein-Jensen, que posteriormente pudo identificarse como *M. kansasii*. Se instauró tratamiento con rifampicina, isoniazida, etambutol y claritromicina. El paciente no acudió a controles.

*M. kansasii* es una micobacteria ambiental fotocromógena clasificada en el grupo I de Runyon. Aunque es una de las principales micobacterias patógenas del pulmón, ocasionalmente se ha identificado como causante de infecciones extrapulmonares, sobre todo en el aparato locomotor<sup>2</sup>, a saber, artritis infecciosa, tendosinovitis y osteomielitis. La artritis infecciosa por *M. kansasii* es inusual. Se han descrito 50 casos (MEDLINE, 1966-2000). Acontece en pacientes inmunodeprimidos o en aquellos con una artropatía previa (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o artritis psoriásica). En pacientes con infección por el VIH se han comunicado 20 casos<sup>3-10</sup> de infección osteoarticular por *M. kansasii* (14 casos de artritis y 6 casos de osteomielitis). Es interesante comentar que en todos los casos la infección se produjo en un estado avanzado de la infección por el VIH, con un recuento de linfocitos CD4 inferior a 100/μl. En 5 de los 20 casos la afección osteoarticular se dio en el contexto de una infección diseminada<sup>3,7,8</sup>. Las articulaciones más afectadas fueron rodillas y muñecas, existiendo un único caso con afección de la articulación interfalángica<sup>9</sup>. Estas infecciones suelen tener un curso indolente, lo que motiva en ocasiones un retraso en el diagnóstico. Sin embargo, en pacientes con afección articular previa la infección adopta un curso clínico más agresivo en forma de artritis u osteomielitis destructiva, con escasa respuesta al tratamiento<sup>6</sup>. Este caso, junto con los casos ya descritos con anterioridad, nos ayudan a conocer mejor este tipo de infección. La infección por *M. kansasii* debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la artritis y la tenosinovitis de los pacientes infectados por el VIH, especialmente en aquellos casos con cifras de linfocitos CD4 inferiores a  $100 \times 10^6$ /l.

Enrique Casado Burgos<sup>a</sup>,  
Roberto Muga Bustamante<sup>b</sup>,  
Alejandro Olivé Marqués<sup>a</sup>  
y Joxe Mari Manterola<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Reumatología. Servicios de <sup>b</sup>Medicina Interna y <sup>c</sup>Microbiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

- Hirsch R, Miller SM, Kazi S, Cate TR, Reveille JD. Human immunodeficiency virus-associated atypical mycobacterial skeletal infections. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 25: 347-356.
- Glickstein SL, Nashel DJ. *Mycobacterium kansasii* septic arthritis complicating rheumatic disease: case report and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum* 1987; 16: 231-235.
- Bamberger DM, Driks MR, Gupta MR, O'Connor MC, Jost PM, Niehart RE et al. *Mycobacterium kansasii* among patients infected with human immunodeficiency virus in Kansas City. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 395-400.