

mala evolución tras la estabilización inicial y varios días de ingreso^{5,6,10}, por lo que es aconsejable, si se opta por un tratamiento conservador, un periodo de varios días de estrecha vigilancia. En nuestro caso, dada la gravedad de su situación clínica se decidió la cirugía urgente evidenciándose en la reintervención una extensa trombosis portal, que pudo contribuir al fallecimiento intraoperatorio.

Es importante, por tanto, en paciente jóvenes con un cuadro de CA, realizar siempre una anamnesis dirigida a los antecedentes epidemiológicos asociados a la leptospirosis, para instituir un tratamiento antibiótico adecuado y en ocasiones evitar la cirugía con un manejo conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ko AI, Galvão Reis M, Ribeiro Dourado CM, Johnson Jr WD, Riley LW, Salvador Leptospirosis Study Group. Urban epidemic of severe leptospirosis in Brazil. *Lancet*. 1999;354:800-5.
2. McBride AJ, Athanazio DA, Reis MG, Ko AI. Leptospirosis. *Curr Opin Infect Dis*. 2005;18:376-8.
3. Andrade L, Cleto S, Seguro AC. Door-to-dialysis time and daily hemodiálisis in patients with leptospirosis: impact on mortality. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2007;2:739-44.
4. Viera SR, Brauner JS. Leptospirosis as a cause of acute respiratory failure: clinical features and outcome in 35 critical care patients. *Brazil J Infect Dis*. 2002;6:135-9.
5. Baelen E, Roustan J. Leptospirosis associated with acute acalculous cholecystitis: surgical or medical treatment? *J Clin Gastroenterol*. 1997;25:704-6.

6. Vilaichone RK, Mahachai V, Wilde H. Acute acalculous cholecystitis in leptospirosis. *J Clin Gastroenterol*. 1999;29:280-3.
7. Guamer J, Shieh WJ, Morgan J, Bragg SL, Bajani MD, Tappero JW, et al. Leptospirosis mimicking acute cholecystitis among athletes participating in a triathlon. *Hum Pathol*. 2001;32:750-2.
8. Chong VH, Goh SK. Leptospirosis presenting as acute acalculous cholecystitis pancreatitis. *Ann Acad Med Singapore*. 2007;36:215-6.
9. Monno S, Mizushima Y. Leptospirosis with acute acalculous cholecystitis and pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*. 1993;16:52-4.
10. Kaya E, Dervisoglu A, Eroglu C, Polat C, Sunbul M, Ozkan K. Acute pancreatitis caused by leptospirosis: report of two cases. *World J Gastroenterol*. 2005;11:4447-9.

Jesús Monterrubio Villar^{a,*}, Carmen González Velasco^b, Belén Cidoncha Calderón^a y Manuel Cidoncha Gallego^a

^aUnidad de Cuidados Intensivos, Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito, Badajoz, España

^bServicio de Microbiología, Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: suso1@orangecorreo.es (J. Monterrubio Villar).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.015>

Peritonitis intestinal por *Salmonella* no tífica

Intestinal peritonitis due to nontyphoidal salmonella

Las salmonellas son bacilos gramnegativos pertenecientes al grupo de las enterobacterias que habitan ampliamente dispersos en la naturaleza y formando parte de la flora intestinal del ser humano y otros animales¹. Son microorganismos comensales, pero en determinadas situaciones pueden ejercer una acción patógena y provocar un amplio espectro de enfermedades en el hombre.

Una muestra de las infecciones por *Salmonella sp.* comprenden sus manifestaciones extraintestinales que actualmente se clasifican en 4 tipos: bacteriemia primaria (BP), enteritis asociada a bacteriemia o bacteriemia secundaria (BS), infección digestiva focal (IDF) e infección digestiva no focal (IDNF)². Excluyendo el tubo digestivo, las localizaciones más habituales de infección intraabdominal por este germen son el

bazo en forma de abscesos y la vesícula biliar como colecistitis. Otras localizaciones menos frecuentes son abscesos en el hígado, páncreas, adrenales y subfrénicos. La peritonitis por *Salmonella sp.* es extremadamente rara^{3,4}.

Los factores predisponentes más importantes para la infección por este microorganismo son las inmunodeficiencias o las enfermedades crónicas de base como la diabetes, insuficiencia renal crónica, anemia falciforme, alcoholismo, uso de inmunosupresores⁶... Estos factores predisponen al enfermo a que desarrolle una bacteriemia primaria²⁻⁵ con posterior diseminación del germen por el organismo.

Varón de 41 años que acude a nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos biliosos de aproximadamente 24 horas de evolución tras ingesta enólica mayor de la habitual.

Como antecedentes personales de interés destacan dislipidemia mixta con aumento de triglicéridos, fumador, consumidor alcohólico diario moderado. Refiere ingreso

* El caso fue aceptado como comunicación en el LIV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia celebrado en Ferrol los días 26 y 27 de noviembre del 2010.

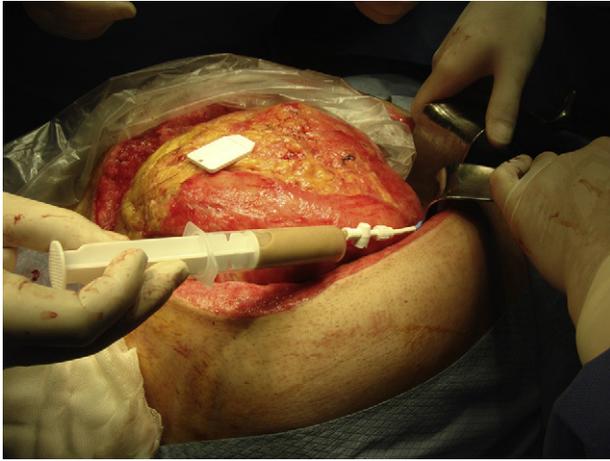


Figura 1 – Drenaje transgástrico del pseudoquiste.

3 años antes por pancreatitis aguda complicada con posterior formación de absceso intraabdominal y un segundo ingreso año y medio más tarde en la unidad de cuidados intensivos por pancreatitis grave de cuerpo y cola. Diagnosticado de pseudoquiste pancreático y esteatosis hepática en una TC de control.

Al ingreso su estado hemodinámico es estable, con saturación correcta de oxígeno y temperatura de 37,3 °C. Se realiza TC urgente informada como mala evolución del pseudoquiste pancreático situado en cola de páncreas con rotura del mismo a la pared gástrica. Tras el diagnóstico ingresa en servicio de digestivo.

El paciente presenta mala evolución y se traslada al servicio de cuidados intensivos sudoroso, pálido, hipotenso y taquicárdico, $T_{a} 35^{\circ}\text{C}$, con importante distensión y dolor abdominal a la palpación con signos de irritación peritoneal. Presenta leucopenia, alteraciones de la coagulación y un fracaso renal agudo con oligoanuria. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y se realiza nueva TC que informa de la aparición de líquido libre periesplénico y subhepático.

Ante la mala evolución del paciente con tratamiento conservador y la sospecha de foco infeccioso intraabdominal se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención se evidencia peritonitis libre con líquido purulento y abundante fibrina, fundamentalmente en espacio supramesocólico, fundus gástrico sellado sobre superficie pancreática. Se realizan lavados y se implanta sistema VAC® abdominal por abdomen a tensión y peritonitis. Se toman cultivos intraabdominales y hemocultivos que son positivos para *Salmonella* grupo D.

En los días posteriores el paciente empeora con necesidad de ventilación mecánica. Se amplía antibioterapia y se añaden antifúngicos. Las serologías para VIH, VHC, VHB y lúes son negativas.

El paciente es revisado en quirófano en siete ocasiones para recambio del sistema VAC® y lavados abdominales. En la cuarta intervención se realiza localización del pseudoquiste por US y drenaje transgástrico del mismo (fig. 1). Se cultiva el líquido drenado creciendo de nuevo *Salmonella* grupo D. En siguientes intervenciones se cierra abdomen de forma progresiva.

Tras el drenaje del pseudoquiste el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a planta de cirugía con alta definitiva en los siguientes días, tras mes y medio de hospitalización.

Están bien descritas muchas complicaciones infecciosas por *Salmonella*, pero hay otras poco conocidas e infrecuentes como el absceso pancreático o la peritonitis abdominal por este microorganismo^{3,4}.

Este tipo de infecciones suelen afectar a pacientes con inmunodeficiencias o algún factor predisponente para la colonización y mantenimiento de esta bacteria en el organismo como el alcoholismo crónico⁵.

La mayoría de las manifestaciones infecciosas habitualmente se resuelven con el uso de antibióticos apropiados para este germen, pero en otras ocasiones, y sobre todo cuando la infección está localizada y forma abscesos, creemos que el uso de maniobras quirúrgicas es imprescindible para la correcta erradicación del patógeno⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell G; Mandell, Douglas y Bennett Enfermedades Infecciosas. Principios y practica, 2 Vols., Panamericana, 5ª Ed.; Septiembre 2002.
2. Ramos JM, García-Corbeira P, Aguado JM, Alés JM, Soriano F. Classifying extraintestinal non-typhoid *Salmonella* infections. Q J Med. 1996;89:123-6.
3. Cohen JI, Bartlett JA, Corey R. Extra-intestinal manifestations of salmonella infections. Medicine. 1987;66.
4. Lalitha MK, John R. Unusual manifestations of salmonellosis-a surgical problem. Q J Med. 1994;87:301-9.
5. Fernández Guerrero ML, Ramos JM, Núñez A, Núñez A, de Górgolas M. Focal infections due to non-typhi *Salmonella* in patients with AIDS: report of 10 cases and review. Clin Infect Dis. 1997;25:690-7.
6. Halkerston KM, Farrant T. Linehan non-enteric salmonella spontaneous peritonitis-a new complication of an old immunosuppressant? Inflamm Bowel Dis. 2007;13.
7. Manganaro A, Impellizzeri P, Manganaro A, Cutrupi A, Formica I, Zuccarello B. Acute abdomen caused by *Salmonella* typhi acute appendicitis. Minerva Pediatr. 2006;58:203-5.
8. Genzen JR, Towle DM, Kravetz JD, Campbell SM. *Salmonella* typhimurium pulmonary infection in an immunocompetent patient. Conn Med. 2008;72:139-42.

Miguel Ángel Freiría Eiras*, Ángel López Saco y Pedro Gil Gil

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.freiria.eiras@gmail.com

(M.A. Freiría Eiras).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.022>