

# Aneurisma micótico de la aorta abdominal por *Streptococcus pneumoniae*

*Mycotic Abdominal Aortic Aneurysm due to Streptococcus pneumoniae*

MARIANO NORESE, MÓNICA DAVARO<sup>1</sup>, SERGIO FERREYRA FERNÁNDEZ

Recibido: 24/04/2012

Aceptado: 02/05/2012

**Dirección para separatas:**

Dr. Mariano Norese  
Billinghurst 2072  
(C1425DTP) Ciudad Autónoma de  
Buenos Aires  
e-mail:  
marianonorese@hotmail.com

## RESUMEN

El aneurisma micótico o infeccioso de la aorta es infrecuente y, dadas la recurrencia de la infección, la sepsis fulminante o la rotura aórtica, posee una morbimortalidad elevada. En esta presentación se describe un caso de aneurisma micótico de la aorta abdominal por *Streptococcus pneumoniae* en una paciente con múltiples factores de riesgo de inmunodepresión, que fue tratada exitosamente en forma quirúrgica y con antibioticoterapia sistémica prolongada.

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:68-69. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i1.1242>

**Palabras clave** > Aneurisma de aorta - Aneurisma infectado - Cirugía

## CASO CLÍNICO

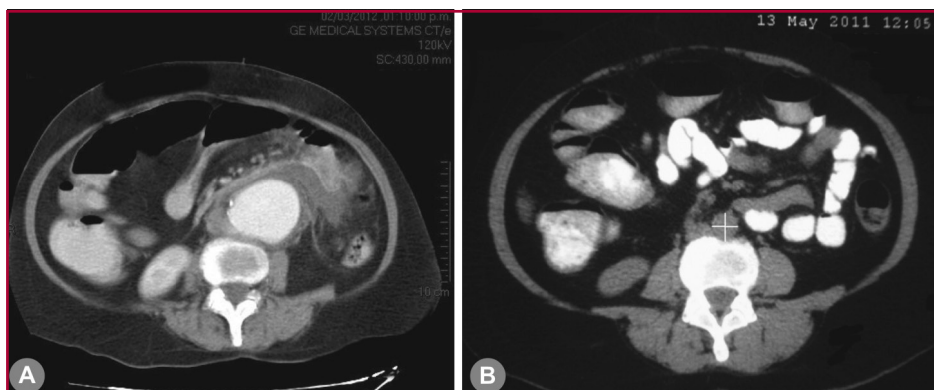
Paciente de sexo femenino, de 58 años, tabaquista, enolista, diabética tipo 2, en tratamiento con corticoides por una hernia de disco lumbar, que ingresó al servicio de urgencias por dolor abdominal en el flanco y la fosa ilíaca izquierdos, de 48 horas de evolución, asociado con fiebre (38,5 °C) y leucocitosis (22.500/mm<sup>3</sup>); se le efectuaron hemocultivos que resultaron positivos para *Streptococcus pneumoniae* sensible a la penicilina. En el examen físico se palpaba una masa abdominal pulsátil con presencia de pulsos distales en ambos miembros inferiores. La tomografía computarizada del abdomen demostró una dilatación sacular de la aorta abdominal infrarrenal de 7 cm, junto con una colección preaórtica de 18 × 50 mm y alteración de la grasa circundante con arterias ilíacas de calibre normal (Figura 1 A). Estos hallazgos no se evidenciaron en estudios tomográficos previos, que 10 meses atrás mostraban una aorta de diámetro normal (Figura 1 B). El ecocardiograma transesofágico mostró válvulas cardíacas sanas y pericardio libre con una función sistólica conservada.

Evaluable el caso por el equipo de cirugía vascular, se decidió el tratamiento quirúrgico. En la cirugía se halló una colección purulenta bloqueada por asas yeyunales, en íntimo contacto con el aneurisma de la aorta abdominal, cuya pared anterior se encontraba erosionada, lo que permitía la visualización de un trombo mural (Figura 2). Se realizó el drenaje de la colección, el desbridamiento de los tejidos infectados y el reemplazo de la aorta infrarrenal con una prótesis de Dacron de 20 mm. La microscopia de la anatomía patológica mostró un infiltrado leucocitario en todo el espesor de la pared aórtica aneurismática.

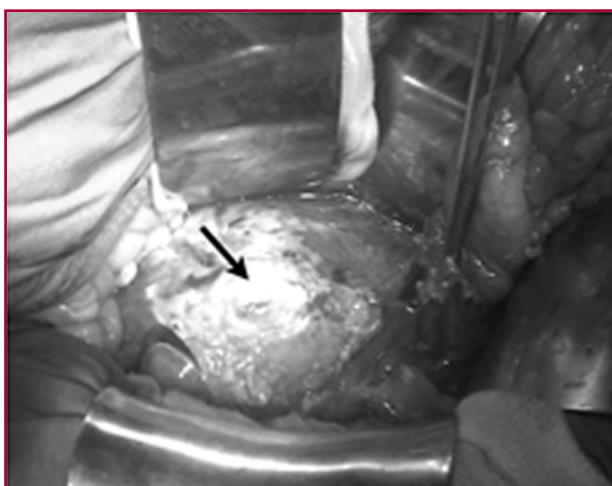
La paciente evolucionó favorablemente y 3 meses después continuaba con tratamiento antibiótico en forma ambulatoria.

## DISCUSIÓN

El aneurisma micótico o infeccioso de la aorta es infrecuente y tiene una morbimortalidad elevada, dadas la recurrencia de la infección, la sepsis fulminante o la rotura aórtica. (1, 2) La prevalencia se halla entre el 0,7% y el 2,6% según las series; (3, 4) en la actualidad ocurre principalmente como consecuencia de traumatismos vasculares o abuso de drogas intravenosas y habitualmente se presenta en pacientes con algún grado de inmunodepresión. (2-5) El germen hallado con más frecuencia en los hemocultivos y en los cultivos de la pared aneurismática y los tejidos periaórticos es *Salmonella*; le siguen *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*, en tanto que la infección por *Streptococcus pneumoniae* es rara. (1, 5, 6) Las manifestaciones clínicas suelen ser fiebre y dolor abdominal, que en general se acompañan de leucocitosis y hemocultivos positivos, mientras que la presencia de colecciones o inflamación de los tejidos blandos periaórticos en la tomografía refuerzan el diagnóstico de aneurisma micótico. El tratamiento de elección es el quirúrgico, siempre asociado con una antibioticoterapia prolongada. La cirugía permite el drenaje de las colecciones y el desbridamiento de los tejidos infectados, seguido de la revascularización a través de un *bypass* extraanatómico o un reemplazo aórtico protésico *in situ*, este último con mejores resultados de permeabilidad a largo plazo. (1, 4, 5) El tratamiento endovascular en estos casos solo



**Fig. 1. A.** Imagen tomográfica del aneurisma de la aorta infrarrenal asociado con colección perianeurismática en el momento de ingreso. **B.** Tomografía de la misma paciente, realizada 10 meses antes, en donde no se observa la formación aneurismática.



**Fig. 2.** Imagen operatoria del aneurisma micótico con erosión de la pared anterior de la aorta abdominal.

fue comunicado en series pequeñas y con seguimiento corto; además, su papel es muy discutido, ya que no elimina el área de infección de la pared aórtica. (2-7)

## ABSTRACT

### **Mycotic Abdominal Aortic Aneurysm due to *Streptococcus pneumoniae***

Mycotic or infectious aortic aneurysm is rare and presents high morbidity and mortality rates given the infection recurrence, fulminant sepsis or aortic rupture. We report a case

of mycotic abdominal aortic aneurysm due to *Streptococcus pneumoniae* in a female patient with multiple immunosuppressive risk factors, who was successfully treated with surgery and prolonged systemic antibiotic therapy.

**Key words** > Aortic Aneurysm - Aneurysm, Infected - Surgery

### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lai H, Luo CY, Lin PY, Kan CD, Chang RS, Wu HL, et al. Surgical consideration of in situ prosthetic replacement for primary infected abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;42:617-24. <http://doi.org/dwvjfd>
2. Zhou T, Guo D, Chen B, Jiang J, Fu W, Wang Y. Endovascular stent-graft repair of mycotic aneurysms of the aorta: A case series with a 22-month follow-up. *World J Surg* 2009;33:1772-8. <http://doi.org/ds4j3d>
3. Oderich GS, Panneton JM, Bower TC, Cherry KJ Jr, Rowland CM, Noel A, et al. Infected aortic aneurysm: aggressive presentation, complicated early outcome, but durable results. *J Vasc Surg* 2001;34:900-8. <http://doi.org/cfkft7>
4. Fichelle JM, Tabet G, Cormier P, Farkes JC, Laurian C, Gigou F, et al. Infected infrarenal aortic aneurysms: when is in situ reconstruction safe? *J Vasc Surg* 1993;17:635-45. <http://doi.org/csr9rp>
5. Hsu RB, Chen RJ, Wang SS, Chu SH. Infected aortic aneurysms: Clinical outcome and risk factor analysis. *J Vasc Surg* 2004;40:30-5. <http://doi.org/b6v5s7>
6. Coutu M, Blair JF. Multiple mycotic aortic aneurysms due to *Streptococcus pneumoniae*. *Ann Vasc Surg* 2003;17:554-7. <http://doi.org/b2pcbvw>
7. Ishizaka N, Sohmiya K, Miyamura M, Umeda T, Tsuji M, Katsumata T, et al. Infected aortic aneurysm and inflammatory aortic aneurysm - In search of an optimal differential diagnosis. *J Cardiol* 2012;59:123-31. <http://doi.org/fx42fd>