



Revista Uruguaya de Cardiología

ISSN: 0797-0048

ISSN: 1688-0420

bibiosuc@adinet.com.uy

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Uruguay

Pérez Zerpa, Diego; Farachio, Paula; Giangrossi, Fiorella; Arocena, María José

Aortitis a Listeria monocytogenes con síndrome de prerrotura

Revista Uruguaya de Cardiología, vol. 33, núm. 1, 2018, Enero-Abril, pp. 69-71

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Uruguay

DOI: <https://doi.org/10.29277/cardio.33.1.8>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479760085012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aortitis a *Listeria monocytogenes* con síndrome de prerrotura

<http://dx.doi.org/10.29277/cardio.33.1.8>

Sr. Editor:

En el año 2016 las infecciones por *Listeria monocytogenes* (LM) adquirieron pública notoriedad en nuestro país cuando el Ministerio de Salud difundió una alerta debida a un aumento de casos en varios departamentos del país, pasando de tres anuales a trece casos registrados, con cuatro fallecimientos⁽¹⁾.

Las infecciones vasculares por este germe son infrecuentes pero tienen elevada morbilidad. Presentamos el caso clínico de un paciente con dicha complicación.

Caso clínico

Hombre de 68 años, hipertenso, diabético tipo 2, monorreno congénito.

Antecedentes: endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica nativa a LM en febrero de 2016. En este contexto se diagnostica aneurisma del cono aórtico de 57 por 38 mm (figura 1A). Recibió tratamiento completo con penicilina y gentamicina durante 29 días.

Refiere consumo de quesos en mal estado en diciembre de 2015.

Enfermedad actual: consulta en marzo de 2016 por dolor lumbar refractario a analgésicos comunes que requiere opiáceos a altas dosis, permaneciendo en apirexia con buen estado general.

Se realiza angiografía toracoabdominal por tomografía computada (angio-TC) que muestra a nivel de la aorta abdominal, por debajo de la emergencia de la arteria renal izquierda, un voluminoso

aneurisma que se extiende hasta el cono aórtico, de 89 mm de diámetro mayor, con pérdida de plano graso de separación con los cuerpos vertebrales. La luz es irregular, multilobulada, de 84 mm, ocupada parcialmente por grueso hematoma parietal. En suma: aneurisma aórtico abdominal infrarrenal con signos de rotura inminente (figura 1B).

Ingresa a unidad cardiológica hemodinámicamente estable y es intervenido. Se comprueba extenso proceso infeccioso periaórtico con fetidez y tejido muy friable que se reseca (figura 2), se confeciona by-pass aortobifemoral sin incidentes.

En la evolución presenta isquemia de miembros inferiores que requiere trombectomía bilateral. Buena evolución posterior, estable, sin actividad infecciosa, con leucocitosis máxima de 8.850/mm³ bajo tratamiento con ampicilina 24 g/día y gentamicina 240 mg/día i/v.

El examen bacteriológico del tejido aórtico resecado fue positivo para LM, confirmando el diagnóstico etiológico.

Discusión

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino inmunodeprimido y portador de un aneurisma del cono aórtico, ambos elementos predisponentes a infección vascular por LM. En el contexto de un episodio de endocarditis infecciosa a este germe, experimenta un rápido crecimiento del aneurisma en dos meses, con un incremento del diámetro de 32 mm y signos de rotura inminente.

LM es un bacilo intracelular grampositivo, anaerobio facultativo, que produce infecciones en diversas localizaciones. Se conocen actualmente 13 serotipos de esta bacteria, siendo los más frecuentemente involucrados 1/2a, 4b, 1/2b y 1/2c.

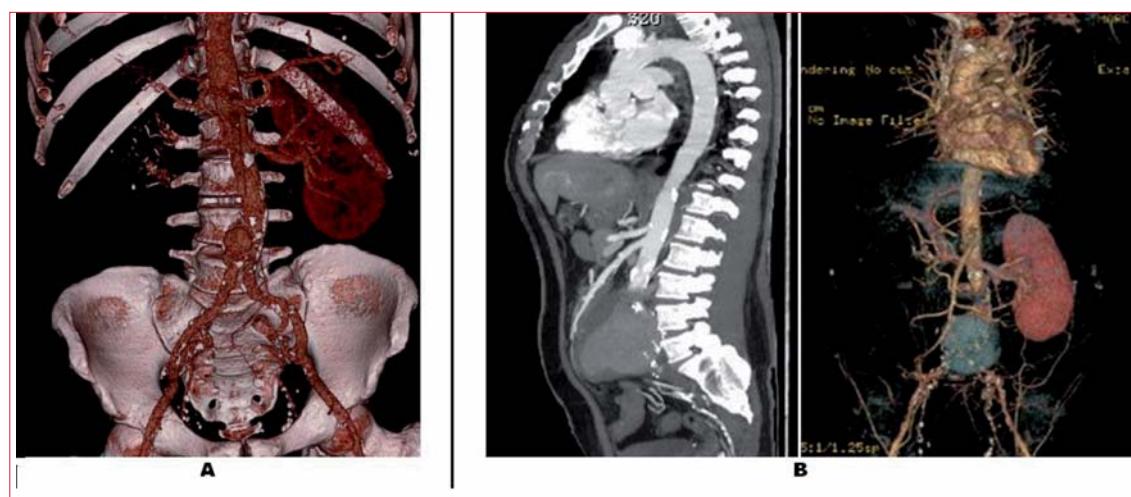


Figura 1. Angio-TC toracoabdominal. A) Aneurisma de cono aórtico, febrero de 2016. B) Aneurisma infrarrenal hasta el cono aórtico, marzo de 2016.



Figura 2. Pieza quirúrgica resecada.

El 11% de la población reviste la condición de portador, aunque la frecuencia de la enfermedad es muy baja dada la escasa virulencia del germen. Su vía de transmisión más frecuente es la alimentaria, pero también se describen la vertical, la nosocomial y la zoonótica. Afecta principalmente a inmunodeprimidos, embarazadas, niños y ancianos, con una mortalidad cercana a 30%. Es un organismo oportunista, ampliamente distribuido en ambientes naturales. El principal reservorio y fuente de transmisión son los lácteos no pasteurizados, vegetales crudos y productos cárnicos crudos⁽²⁾.

La infección vascular es rara e involucra a vasos aneurismáticos o previamente intervenidos. Se asocia a rápido deterioro clínico y alta morbimortalidad. La infección a nivel de aorta abdominal puede presentarse de forma insidiosa con sintomatología inespecífica o bien con rotura aórtica. Los aneurismas micóticos representan 1% a 3% de todos los aneurismas aórticos⁽³⁾.

El tratamiento de primera línea es la resección y debridación quirúrgica de la aorta infectada y los tejidos adyacentes comprometidos, así como la restauración del flujo por medio de un *by-pass*. Sin embargo, la cirugía se asocia a una elevada mortalidad⁽⁴⁾. En adición a cualquier intento de reparación quirúrgica, abierta o endovascular, es imprescindible la asociación de terapia antimicrobiana en forma prolongada⁽³⁻⁵⁾.

LM debe ser considerado un microorganismo agresivo y difícil de tratar, constituyendo su manejo un gran reto terapéutico. Ante una probable infección endovascular en un paciente aoso o inmunodeprimido debe considerarse la posibilidad de una infección por LM e instaurar precozmente un tratamiento empírico que incluya ampicilina asociada a un aminoglucósido a altas dosis a largo plazo, aunque no hay consenso en cuanto a la duración óptima del tratamiento antibiótico⁽⁵⁾.

En Uruguay, la vigilancia de las infecciones invasivas por LM se realiza a través de la notificación obligatoria de meningitis, pero no de otro tipo de infecciones. El Departamento de Laboratorios de Sa-

Tabla 1. Distribución de casos de listeriosis según departamento. Uruguay, 2016⁽¹⁾.

Departamento	Nº de casos
Montevideo	6
Colonia	2
Soriano	2
Canelones	2
Treinta y Tres	1
Total	13

lud Pública recibe las cepas de los aislamientos de LM, ya sea en muestras de líquido cefalorraquídeo en el caso de meningitis, o de hemocultivos en otras formas de presentación invasiva⁽¹⁾.

En Uruguay se registra un promedio de tres casos anuales de listeriosis. Durante el año 2016 se observó un aumento de casos a formas invasivas con las características de un brote, principalmente en habitantes de Montevideo, aunque también se identificaron casos en Colonia, Canelones y Soriano en el mes de agosto (tabla 1)⁽¹⁾.

Los casos se presentaron en individuos de todas las edades, desde recién nacidos a adultos mayores, habiéndose registrado cuatro casos en niños, dos de los cuales eran recién nacidos (4 y 14 días) y dos en adultos mayores⁽¹⁾.

La presentación clínica más frecuente fue la meningitis. De los trece casos, nueve se presentaron como meningitis o meningoencefalitis y cuatro como infección invasiva con hemocultivos positivos. Seis casos presentaron factores de vulnerabilidad (una embarazada, tres pacientes oncológicos, dos recién nacidos). De ellos, cuatro fallecieron (un recién nacido, un niño y dos adultos). La letalidad fue de 33%. No se notificaron muertes fetales intrauterinas por esta causa⁽¹⁾.

La investigación epidemiológica no identificó vínculo entre los casos que sugeriera una fuente común. Del análisis microbiológico de los gérmenes aislados tanto en pacientes (siete cepas) como en alimentos (cinco cepas), no surgieron elementos que permitieran identificar un nexo entre los casos y los alimentos o una fuente común de origen de la infección. De las muestras clínicas estudiadas por el Departamento de Bacteriología de la Facultad de Medicina, se identificaron cinco cepas de serotipo 4b y una cepa de serotipo 1/2b⁽¹⁾.

Con respecto a las medidas de prevención y control, se debe asegurar la inocuidad de los alimentos para consumo mediante la aplicación de buenas prácticas de fabricación (BPF)⁽⁶⁾. Las exigencias

que incluyen estas BPF dependen de la probabilidad de que ocurra un peligro para la salud asociado al consumo de un determinado alimento. Este riesgo se vincula a factores como el origen de las materias primas con las que es producido el alimento, las condiciones de elaboración, el almacenamiento antes y después de su preparación y fundamentalmente a qué escala se elabora (doméstica, para grupos que lo consumen en comedores, o industrial). A medida que se aumenta en la escala, la repercusión de prácticas inadecuadas será mayor^(1,4).

Conclusión

La infección vascular por LM es una forma invasiva rara, pero con elevada morbitmortalidad, y debe sospecharse cuando afecta a un paciente inmunológicamente frágil, especialmente en presencia de un aneurisma conocido o instrumentación arterial previa. El tratamiento asocia exéresis, debridación y revascularización quirúrgica con un curso prolongado de antibióticos intravenosos, que incluyen ampicilina y un aminoglucósido. La profilaxis de la listeriosis se centra en buenas prácticas de elaboración y almacenamiento de alimentos por la industria y su adecuada cocción por parte de los consumidores.

Diego Pérez Zerpa, Paula Farachio, Fiorella Giangrossi, María José Arocena,

Jorge Estigarribia, Fernando Kuster

Servicio Médico Integral (SMI). Unidad de Medicina Crítica

Correspondencia: Dr. Diego Pérez Zerpa. Correo electrónico: dperezzerpa@gmail.com

Bibliografía

1. **Uruguay. Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud.** División Epidemiología. Tema 1: enfermedades transmitidas por alimentos. Bol Epidemiol 2017; 1:5-17.
2. **Navarrete Reyna A, Rosenstein DL, Sonnenwirth AC.** Bacterial aortic aneurysm due to *Listeria monocytogenes*: first report of an aneurysm caused by listeria. Am J Clin Pathol 1965; 43(5):438-44.
3. **Murphy K, Al-Jundi W, Nawaz S.** Mycotic aneurysms of the abdominal aorta due to *Listeria monocytogenes*. Int J Surg Case Rep 2013; 4(7): 626-8.
4. **Gelfand MS.** Treatment, prognosis, and prevention of *Listeria monocytogenes* infection. En: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2014.. Disponible en: <http://www.uptodate.com>. [Consulta: 20 abril 2014].
5. **Gauto AR, Cone LA, Woodard DR, Mahler RJ, Lynch RD, Stoltzman DH.** Arterial infections due to *Listeria monocytogenes*: report of four cases and review of world literature. Clin Infect Dis 1992; 14(1):23-8.
6. Decreto 315/994: Reglamento Bromatológico Nacional. Montevideo 5 julio 1994.