

Un caso inusual de rotura de aorta no aneurismática secundaria a aortitis por *Salmonella*

An unusual case of rupture of a nonaneurysmal aorta secondary to Salmonella aortitis

Sr. Editor:

Se comunica un caso excepcional de aortitis por *Salmonella* complicada con rotura aórtica que, al acontecer en un paciente previamente intervenido de *bypass* axilo-bifemoral, cursa de forma insidiosa y larvada.

Varón de 77 años, con antecedente de diabetes, valvulopatía mitroaórtica, fibrilación auricular (bajo tratamiento anticoagulante oral), y una vasculopatía periférica intervenida años atrás, mediante *bypass* axilo-bifemoral, tratado con clopidogrel; que ingresó hace 2 meses por gastroenteritis y septicemia por *Salmonella enteritidis* multisensible, tratadas con levofloxacinó durante 10 días.

Consultó de nuevo a urgencias por fiebre, deposiciones diarreicas y mal estado general, con una semana de evolución. La exploración abdominal fue anodina y, analíticamente, destacó la existencia de una insuficiencia renal, anemia (hemoglobina 7,5 g/dl, hematocrito 22%), leucocitosis de 15.400 x mm³ con neutrofilia, PCR 299 mg/dl, tiempo de protrombina 7% e INR de 9,87. Inicialmente, se descartó la existencia de una endocarditis y de un foco respiratorio, urinario o intraabdominal, y se cursaron hemocultivos. Se inició hidratación intravenosa, antibioterapia empírica de amplio espectro cubriendo también *Salmonella* (con ceftriaxona 1 g/12 h, que se administraría durante un total de 17 días, y gentamicina) y transfusión de hemoderivados. Una TAC abdominal con contraste, a las 72 h del ingreso, detectó la existencia de una severa ateromatosis calcificada de la aorta infrarenal (Figura 1a) e ilíacas y de un proceso inflamatorio periaórtico extenso (Figura 1b) asociada a neumoretroperitoneo (Figura 1c),

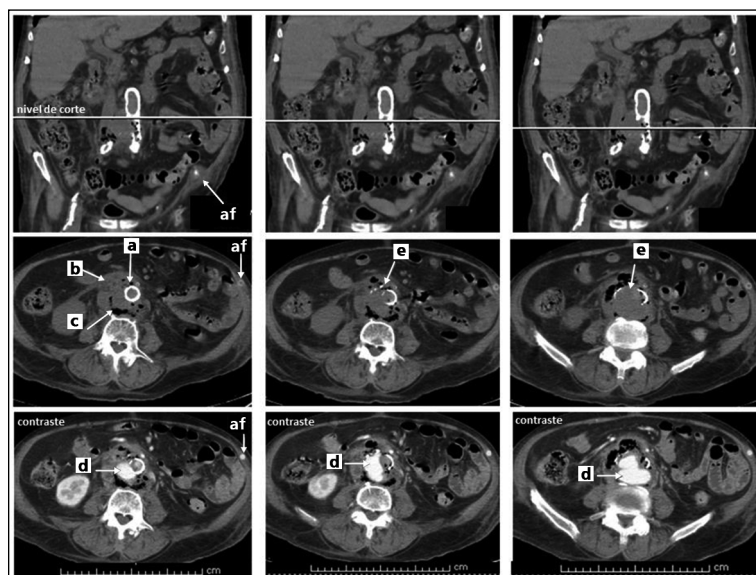


Figura 1. TAC abdominal: ateromatosis severa y calcificada aórtica (**a**); inflamación periaórtica extensa (**b**); neumoretroperitoneo (**c**); hematoma retroperitoneal (**d**) y rotura aórtica (**e**); af: *bypass* axilobifemoral.

gasintravascular, hematoma retroperitoneal de 63 x 65 x 70 mm con extravasación de contraste (sugiriendo sangrado activo; Figura 1d) y discontinuidad/rotura de la pared aórtica (Figura 1e). El paciente fue intervenido confirmándose el diagnóstico de aortitis infecciosa abscedada con hematoma retroperitoneal secundario a rotura aórtica; tras desestimar la reparación aórtica por su severa calcificación, se realizó *packing* endoluminal con “surgicel”. Dos hemocultivos fueron positivos para *Salmonella enteritidis* y los cultivos del absceso periaórtico para *Stafilococcus epidermidis*, añadiéndose al tratamiento daptomicina 700 mg/24 h durante 9 días. Pese al tratamiento intensivo ya la antibioterapia prolongada de amplio espectro (posteriormente se pasó a tratamiento con piperacilina/tazobactan 4 g/0,5 g cada 6 h y gentamicina y, finalmente, a ciprofloxacino 500 mg/12 h durante más de 6 semanas) la evolución clínica y radiológica del paciente fue tórpidas (persistiendo síndrome febril e imágenes de colecciones en la TAC similares pero sin sangrado activo) y, tras otro episodio de sepsis grave con hemocultivos y coprocultivos positivos para *Salmonella enteritidis*, falleció pasados 4 meses de la intervención.

Salmonella puede causar, entre otras, infecciones vasculares predisponiendo a ello la diabetes y la enfermedad aterosclerótica preexistente. La arteria mayoritariamente afectada es la aorta (generalmente la abdominal y, concretamente, su porción infrarenal) convirtiéndose así en la primera agente causal de aortitis infecciosa (*Salmonella enteritidis* es la segunda especie en frecuencia implicada). La clínica de la aortitis abdominal suele ser subaguda e inespecífica, generalmente con fiebre y dolor abdominal, y raramente con

gastroenteritis; en los exámenes del laboratorio apenas suele destacar una leucocitosis moderada, por lo que su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha^{1,2}; los hemocultivos y menos frecuentemente, los coprocultivos, suelen ser positivos para *Salmonella*, siendo el TAC con contraste la prueba de imagen diagnóstica de elección. La aortitis generalmente lleva a la formación de un aneurisma (aneurisma micótico) y, más raramente, al crecimiento de uno preexistente. Su mortalidad global es alta: 96% de pacientes tratados médicamente (70% por rotura aórtica) y 40% de aquellos bajo tratamiento médico más quirúrgico. Es por esto que, para mejorar la supervivencia, resulta de vital importancia realizar su diagnóstico e iniciar antibioterapia lo antes posible. Con posterioridad, el tratamiento que se recomienda realizar es quirúrgico, consistiendo en la resección de la aorta infectada junto con la realización de un extenso desbridamiento e implante de un injerto vascular *in situ* (sobreviven la mitad de los casos) o, lo que es de elección, realizar un *bypass* extra anatómico, generalmente mediante un injerto axilo-bifemoral (sobreviven 77%)³. La duración total del tratamiento antibiótico no está bien definida pero se recomienda que, al menos, se prolongue 6 semanas tras la cirugía e, incluso, que se continúe con tratamiento oral (con ciprofloxacino o trimetoprim-sulfametoxazol) a más a largo plazo³. Más recientemente, y como alternativa a la cirugía, se reportaron casos de reparación aórtica endovascular^{1,4,5}.

Delicia I. Gentile Lorente

Servicio de Cardiología. Hospital de Tortosa “Verge de la Cinta”. IISPV. Tortosa, Tarragona, España.

Referencias

1. Strahm C, Lederer H, Schwarz EI, Bachli EB. *Salmonella* aortitis treated with endovascular aortic repair: a case report. *J Med Case Rep* 2012; 6: 243.
2. Cho SJ, Park SM, Ryu SM, Jin ES, Lee KH. Nonaneurysmal infectious aortitis. *Ann Vasc Surg* 2014; 28: 1313. e13-6.
3. Soravia-Dunand VA, Loo VG, Salit IE. Aortitis due to *Salmonella*: report of 10 cases and comprehensive review of the literature. *Clin Infect Dis* 1999; 29: 862-8.
4. Pulimamidi S, Caputo FJ, Fraimow HS, Nahra R, Tsigrelis C. *Salmonella* aortitis treated with endovascular aortic repair. *Ann Vasc Surg* 2014; 28: 1314.e5-10.
5. Talwar A, George N, Tharian B, Roberts-Thomson J. An immunosuppressed man with an aortic rupture secondary to *Salmonella* aortitis successfully treated with endovascular aortic repair. *Ann Vasc Surg* 2015; 29: 839.e5-8.

Conflictos de intereses: ninguno que declarar.

Correspondencia a:
Dra. Delicia I. Gentile Lorente.
Hospital de Tortosa "Verge de la Cinta". C/Esplanetes 14. CP
43500. Tortosa, Tarragona, España.
dgentile.ebre.ics@gencat.cat