

**Aneurisma micótico de la arteria mesentérica superior e infarto intestinal por *Aspergillus***

**Sr. Editor:** La afectación visceral intraabdominal por *Aspergillus* suele presentarse en el contexto de una infección diseminada<sup>1</sup>. Inicialmente se localiza en esófago, y se extiende después al colon y el intestino delgado<sup>2,3</sup>. En estas localizaciones, *Aspergillus* puede causar necrosis y perforación secundarias a vasculitis y trombosis.

Dentro de las formas más infrecuentes de aspergilosis invasiva, el infarto intestinal se ha descrito de manera excepcional<sup>4-7</sup>. El infarto por un tromboembolismo séptico es posible<sup>8</sup>. Los casos de infarto intestinal por aspergilosis invasiva recogidos en la literatura médica acontecen en enfermos con leucemias aguda, siendo nuestro caso particular al ser secundario a una endocarditis aspergilar protésica.

Se presenta el caso de una paciente con una aortitis por *A. fumigatus* que en su curso evolutivo presentó abscesos cerebrales; la causa final de la muerte fue un infarto intestinal asociado a un aneurisma de la arteria mesentérica superior en la que se aisló *Aspergillus*.

Se trata de una mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y doble lesión valvular aórtica que fue sometida a recambio valvular aórtico. A los 4 meses presentó un episodio de isquemia arterial aguda resuelto con tratamiento médico. Un mes más tarde, tras la aparición de fiebre, se detectó en la ecocardiografía una vegetación de 2 cm en la raíz de la aorta, y se realizó limpieza de ésta sin proceder a recambio valvular. Se aisló *A. fumigatus*, y se inició tratamiento con anfotericina B complejo lipídico en dosis de 5 mg/kg/día. A los 20 días de la intervención quirúrgica presentó un episodio vascular cerebral, y en la TC craneal se detectaron múltiples abscesos cerebrales. Una TC de tórax fue normal. Tras 7 semanas de tratamiento con anfotericina B complejo lipídico la paciente presentó dolor abdominal agudo centroumbilical y fue intervenida de urgencias, encontrando necrosis intestinal y aneurisma en la arteria mesentérica superior en la que se aisló *A. fumigatus*. El examen del fragmento intestinal resecado mostró necrosis transmural con hifas invadiendo arteriolas. A los pocos días se produjo el fallecimiento de la paciente por fallo multiorgánico.

*Aspergillus* es un hongo filamentoso ampliamente diseminado por el medio ambiente, con capacidad para invadir grandes y pequeños vasos, tanto arterias como venas, causando trombosis e infartos en los territorios afectados.

La frecuencia de endocarditis fúngica ha aumentado en las últimas décadas, en relación con la existencia de determinados factores predisponentes como la adicción a drogas por vía parenteral, los tratamientos intravenosos de larga duración para la alimentación intravenosa o administración de antibióticos, la inmunosupresión y de manera principal el aumento de la actividad en cirugía cardíaca, especialmente tras la implantación de prótesis valvulares. Es excepcional detectar endocarditis aspergilar en pacientes que no hayan sido sometidos a cirugía cardíaca<sup>9</sup>.

La endocarditis aspergilar sobre válvula nativa o protésica o de localización mural se caracteriza por la frecuente embolización periférica a grandes vasos. Los hemocultivos prácticamente siempre son negativos y el diagnóstico se realiza al aislar *Aspergillus* en los émbolos periféricos, en la válvula cardíaca o en los injertos infectados tras su extracción quirúrgica. El tratamiento es quirúrgico, y se complementa con anfotericina. También han sido comunicado los aneurismas micóticos con embolización e infecciones de los injertos vasculares<sup>10</sup>.

Los pacientes con participación intestinal en el contexto de una aspergilosis invasiva, suelen presentarse con lesiones clínicamente predominantes en otros órganos, casi siempre incluyendo el pulmón<sup>3</sup>. Sin embargo, al haberse descrito casos de localización intestinal sin afectación pulmonar, se ha sugerido que el tracto gastrointestinal pudiera ser una puerta de entrada más común de la aspergilosis invasiva de lo que se sospechaba previamente, ya que la toxicidad de la quimioterapia puede alterar la inmunidad gastrointestinal con daño de la mucosa y permitir la entrada de *Aspergillus*<sup>3</sup>.

La invasión del tracto gastrointestinal en la aspergilosis invasiva se ha comunicado hasta en el 47% de éstas<sup>3</sup>, pero la detección *ante mortem* de la aspergilosis intestinal es muy infrecuente, por la inespecificidad de los síntomas gastrointestinales (dolor abdominal y hemorragia gastrointestinal) y de los estudios de imagen (radiografía,

ecografía y TC), siendo excepcional que la extensión de la infección de la pared intestinal origine un infarto o perforación, que permita el diagnóstico de aspergilosis intestinal durante la evaluación quirúrgica de abdomen agudo<sup>4</sup>.

Aunque se ha descrito el infarto intestinal como primera manifestación de la aspergilosis diseminada<sup>4,5</sup>, como se ha señalado previamente, la afectación aislada del intestino en ausencia de invasión pulmonar es inusual. Nuestra paciente no presentó en los estudios de imagen datos de afectación pulmonar, ya que la infección se desarrolló por una contaminación directa de la aorta durante el acto quirúrgico, con posteriores embolizaciones e invasión cerebral e intestinal. A pesar del tratamiento combinado medicoquirúrgico, el pronóstico es malo y la mortalidad elevada.

Manuel López-Gómez,  
Miguel Ángel López-Ruz  
y Juan Francisco Jiménez-Alonso  
Servicio de Medicina Interna.  
Sección Enfermedades Infecciosas.  
Hospital Universitario Virgen de las  
Nieves. Granada. España.

**Bibliografía**

1. Stevens DA, Kan VL, Judson MA, Morrison VA, Dummer S, Denning DW, et al. Practice guidelines for diseases caused by *Aspergillus*. Clin Infect Dis 2000;30:696-709.
2. Denning DW, Stevens DA. Antifungal and surgical treatment of invasive aspergillosis: Review of 2121 published cases. Rev Infect Dis 1990;12:1147-201.
3. Young RC, Bennett JE, Vogel CL, Carbone PP, DeVita VT. Aspergillosis: The spectrum of the disease in 98 patients. Medicine (Baltimore) 1970;49:147-73.
4. Cohen R, Hefner JE. Bowel infarction as the initial manifestation of disseminated aspergillosis. Chest 1992;101:877-9.
5. Catalano L, Picardi M, Anzivino D, Insabato L, Notaro R, Rotoli B. Small bowel infarction by *Aspergillus*. Haematologica 1997;82:182-3.
6. Marterre WF, Mong AT, Pulito AR. Locally invasive aspergillosis of the bowel. J Pediatr Surg 1992;12:1611-3.
7. Weingrad DN, Knapper WH, Gold J, Mertelsmann R. *Aspergillus* peritonitis complicating perforated appendicitis in adult acute leukemia. J Surg Oncol 1982;19:5-8.
8. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 37-1976. N Engl J Med 1976; 295:608-14.
9. Terpenning MS, Buggy BP, Kauffman CA. Hospital-acquired infective endocarditis. Arch Intern Med 1988;148:1601-3.
10. Aguado JM, Valle R, Arjona R, Ferreres JC, Gutiérrez JA. Aortic bypass graft infection due to *Aspergillus*: Report of a case and review. Clin Infect Dis 1992;14:916-21.