



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Infección de injerto aortobifemoral por *Candida parapsilosis*. Un germen inhabitual

Kerbi Alejandro Guevara-Noriega^{a,*}, Alina Velescu^a,
Diana Teresa Zaffalon-Espinal^b, Eduardo Mateos-Torres^a,
Luis Roig-Santamaría^a y Albert Clará-Velasco^a

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Parc de Salut Mar Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Parc de Salut Mar Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 19 de mayo de 2015; aceptado el 14 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Infección protésica;
Candida parapsilosis;
Gastropatía;
Fístula
enteroprotésica

Resumen

Antecedentes: La fístula aortoentérica es una entidad rara y potencialmente letal; entre sus presentaciones se encuentra la fístula enteroparaprotésica, producto de una lesión en el intestino como consecuencia del contacto directo con la prótesis vascular.

Objetivo: Este reporte trata de un caso de fístula enteroparaprotésica, donde el único germen aislado fue *Candida parapsilosis*, un germen inhabitual.

Caso clínico: Hombre de 65 años de edad, fumador, con *bypass* aortobifemoral de dacron por enfermedad oclusiva aortoiliaca, que fue reintervenido por trombosis de la rama izquierda a los 6 meses. Fue hospitalizado a los 22 meses por síndrome tóxico que tras exploraciones complementarias fue diagnosticado como fístula enteroparaprotésica. Se le retiró la prótesis y posteriormente se le realizó revascularización extraanatómica. Las muestras microbiológicas extraídas del segmento duodenal, en contacto con la prótesis del segmento protésico y del frotis del líquido periprotésico, fueron positivas para *C. parapsilosis*.

Discusión: Es relevante la presencia de *C. parapsilosis* en los cultivos tomados durante la cirugía, con hemocultivos negativos y sin otros focos infecciosos conocidos. Este es un germen inhabitual, con baja virulencia, limitada con respecto a otras especies de *Cándida*. Nuestro paciente no presentó datos clínicos habituales en casos de infección por *C. parapsilosis* y se desconoce el mecanismo de infección de la prótesis.

Conclusión: La fístula enteroparaprotésica por *C. parapsilosis* puede resultar anecdótica; sin embargo, sus consecuencias pueden ser igual de graves. El estudio microbiológico resulta

* Autor para correspondencia: 188 West Randolph Street 0801. Chicago, Illinois, 60601, Estados Unidos de América, Tel.: +1 (305) 851 1530, +34 663 515 683.

Correo electrónico: kerbiguevara@hotmail.com (K.A. Guevara-Noriega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.01.002>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Graft infection;
Candida parapsilosis;
Gastroscopy;
Enteric-prosthetic
fistulae

útil para ajustar una terapia antibiótica posterior a la cirugía. Queda en entredicho su utilidad para la determinación etiológica y puede incluso tratarse de un hallazgo incidental.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aorto-bifemoral grafts infection due to *Candida parapsilosis*. An unusual pathogen

Abstract

Background: Aorto-enteric fistula is a rare and potentially lethal entity. Its presentation may be as an enteric-paraprosthetic fistula, due to injury in the gut caused by direct contact with the vascular prosthesis.

Objective: We report a case of enteric-paraprosthetic fistulae with the unusual finding of *Candida parapsilosis* as the only isolated pathogen.

Clinical case: A 65-year-old male, smoker, with aortobifemoral revascularisation with dacron due to aortoiliac occlusive disease, and re-intervention for thrombosis of left arm at 6 months. Hospitalisation at 22 months was required due to a toxic syndrome, which was diagnosed as enteric-paraprosthetic fistulae after complementary studies. The graft was removed and an extra-anatomic revascularisation was performed. Microbiology specimens taken from the duodenal segment in contact with the prosthesis showed the prosthetic segment and peri-prosthetic fluid were positive to *C. parapsilosis*.

Discussion: The finding of *C. parapsilosis* in all cultures taken during surgery, along with negative blood cultures and no other known sources of infection, is of interest. It is an unusual pathogen with low virulence and limited as regards other *Candida* species. Our patient had no clinical data common to cases of infection with *C. parapsilosis*, and the mechanism of graft infection is unknown.

Conclusion: Graft infection by *C. parapsilosis* may be anecdotal. However, its consequences can also be severe. Microbiological tests can be useful to adjust antimicrobial therapy in the post-operative period, but their usefulness for determining the aetiology is doubtful, as it may be just an incidental finding.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

La fístula aortoentérica es una entidad rara y potencialmente letal que puede producirse por comunicación entre la aorta, habitualmente aneurismática, y el tracto entérico (fístula primaria) o tras procedimientos reconstructivos de aorta con prótesis, *bypass* aortorrenal o endarterectomía (fístula secundaria). Esta última puede presentarse de 2 maneras: la comunicación anastomótica entre la luz aórtica e intestinal, conocida como fístula enteroprotésica verdadera, y la menos común, por la erosión aortoentérica, sinus enteroparaprotésico o fístula enteroparaprotésica, en la cual se produce una lesión en el intestino como consecuencia del contacto directo con la prótesis vascular¹⁻³.

La incidencia de las fístulas aortoentéricas secundarias es baja y cifrada entre el 0.4 y el 1.6%⁴, número nada despreciable considerando la frecuencia de los injertos implantados. El germen etiológico más frecuente es el *Staphylococcus spp.* con un 40% de los casos, los bacilos gramnegativos, que representan en conjunto un porcentaje similar y las infecciones polimicrobianas, que alcanzan un 10-15% de los casos⁵. Las infecciones por hongos son infrecuentes, sin evidencia conocida para *Candida parapsilosis*.

El género de *Candida* se considera como un hongo emergente, en el que se han descrito múltiples mecanismos patogénicos, tales como: la producción de prostaglandinas, especialmente D2 y E2, lo cual le permite modular la respuesta de los linfocitos helper, derivar su respuesta a Th2 y conferirle a la *Candida* un mecanismo de resistencia. Asimismo, se ha descrito la creación de *biofilms* y respuestas inflamatorias fuertes relacionadas con interleucina 22 y el factor de necrosis tumoral alfa^{6,7}.

La vía horizontal en medios hospitalarios ha sido relacionada como el principal mecanismo de transmisión, con la fungemia como la morbilidad más importante, ya que en varias regiones del mundo se considera la *C. parapsilosis* el germen más comúnmente aislado en estos casos, no así en Estados Unidos de América y en países nórdicos, donde *Candida albicans* y *Candida glabrata* son más frecuentes. Otras morbilidades se han descrito como: endocarditis sobre la válvula protésica, artritis y onicomicosis^{8,9}.

Objetivo

Presentar un caso de fístula enteroprotésica, en el que el único germen aislado fue *C. parapsilosis*, un germen inhabitual.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831130>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831130>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)