

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):25-27

Aneurisma micótico diagnosticado por TAC

Carla de la Guerra Acebal, Ana Moreno Rodrigo, Arantzazu Maiz Egaña

Servicio de Medicina Interna. Hospital Mendaro. Mendaro. Gipuzkoa.

Recibido el 8 de diciembre de 2013; aceptado el 12 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Aneurisma;
Micótico;
TAC

Resumen: Presentamos el caso de un varón de 62 años, con antecedentes de reciente intervención quirúrgica, que ingresa en nuestro servicio por febrícula prolongada y ocasional dolor lumbar, siendo diagnosticado de aneurisma micótico. Se realiza a continuación una revisión del tema por lo poco frecuente de la entidad y la importancia de un rápido diagnóstico para evitar un fatal desenlace.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Aneurysm;
Mycotic;
CT

Mycotic aneurysm diagnosed by CT

Abstract: We present a case of a sixty two years old male with recent abdominal surgery, that he is admits in our hospital with fever and back pain since three weeks. We review the main clinical features of mycotic aneurysm because of the difficult diagnosis and the importance of prompt diagnosis to avoid a fatal outcome.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Aneurisma;
Mikotiko;
OTA

Aneurisma mikotikoa OTA diagnostikatu

Laburpena: 62 urteko gizonetzko baten kasua aurkeztu dugu, orain dela gutxi interbentzio kirurgiko bat egin duena. Iraupen luzeko febríkula eta tartekako min lunbarretatik ingresatu zen gure zerbitzuan eta aneurisma mikotikoa diagnostikatu zitzaion. Gai honen azteketa bat egin dugu, entitate hau oso arraroa delako eta heriotza ekiditzeko garrantzi handia duelako diagnostiko azkarrak.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

Los aneurismas micóticos son una entidad muy poco frecuente, causada por la infección de las paredes arteriales. A principios de siglo la mayoría de estas enfermedades eran secundarias a émbolos sépticos por endocarditis bacteriana o sífilis, pero en los últimos años, debido a los cambios sociales, así como a distintos avances tanto diagnósticos como terapéuticos, han condicionado un cambio en el origen de esta patología, siendo ahora la arteroesclerosis el principal lugar donde asientan estos aneurismas. La etiología también ha sufrido variaciones de acuerdo a los cambios infecciosos propios de la época y ahora son la *Salmonella* y los *Staphylococcus* las principales bacterias implicadas. Lo que continúa siendo un reto aún en este siglo es conseguir un diagnóstico precoz de la entidad, ya que es necesaria una alta sospecha clínica por lo anodino de su presentación clínica. Instaurar un tratamiento médico-quirúrgico adecuado será primordial para prevenir la morbi-mortalidad asociada a su rotura.

Caso clínico

Presentamos un caso de un varón de 62 años, fumador, hipertenso y con antecedente destacable de colocación de malla tras intervención quirúrgica de hernia inguinal en abril de 2013, que ingresa en nuestro servicio por cuadro de 3 semanas de evolución de febrícula no mayor de 37,9, de predominio vespertino, junto con dolor lumbar ocasional y en zona periumbilical, sin otra clínica infecciosa asociada.

En la exploración física destacaba una temperatura axilar de 37,7, una auscultación cardíaca rítmica, sin soplos y una palpación abdominal con molestia en la zona periumbilical. En la analítica tan solo llamaba la atención una mínima leucocitosis, sin neutrofilia. Los hemocultivos iniciales resultaron negativos. Se solicitó una ecografía abdominal que puso en evidencia la existencia de un aneurisma de la aorta infrarrenal, por lo que se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (figura 1) que confirmó el aneurisma de aorta infrarrenal de 53 mm, con trombosis mural concéntrica y tejido perianeurismático, de densidad de partes blandas, con borrosidad del contorno aórtico. Todo ello, sugestivo de aneurisma micótico, probablemente secundario a bacteriemia transitoria y asintomática tras intervención quirúrgica reciente con colocación de cuerpo extraño (malla), en paciente con factores de riesgo cardiovascular y probablemente portador de aneurisma no conocido hasta la fecha.

En este momento se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y se traslada a un hospital terciario de referencia para intervención quirúrgica por parte del servicio de Cirugía Vascul.

Discusión

Los aneurismas infectados, también conocidos como aneurismas micóticos, fueron descritos por primera vez en 1885 por William Osler¹. Son muy poco frecuentes, y representan entre el 0,75-2,50% de todos los aneuris-

mas aórticos^{2,3}. Pueden darse en arterias sanas o con más frecuencia en arterias con patología de base, principalmente arterioesclerosis.

Se describen varios mecanismos patogénicos, la embolización séptica a distancia desde cualquier foco séptico, infecciones por contigüedad, causas iatrogénicas y traumáticas e incluso infección primaria de la pared arterial originada en aquellos puntos con defectos intimaes, como áreas de trombos o placas de ateroma⁴. Pueden localizarse en cualquier parte del lecho

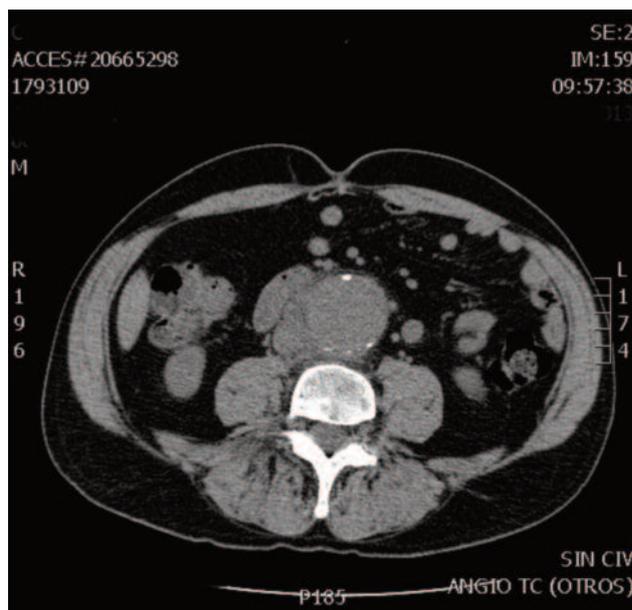


Figura 1. Angio-TAC.

vascular arterial y *Salmonella* y *Staphylococcus*^{4,5} son en la actualidad los gérmenes implicados con mayor frecuencia.

La clínica en general es anodina e inespecífica, dificultando el diagnóstico inicial, por lo que es importante una alta sospecha y un diagnóstico precoz, ya que su evolución natural es hacia la rápida destrucción de la pared del vaso y su rotura. Los hemocultivos solo son positivos en un 50% de los casos.

La TAC es la técnica diagnóstica de elección y la que nos permite diferenciarlos de los ateromatosos⁴. Sus características propias incluyen masa de partes blandas perianeurismática, no captante, con contornos irregulares, trombosis del aneurisma y con menos frecuencia gas mural y calcificaciones arteriales^{3,6,8}.

El tratamiento, además de cobertura antibiótica^{5,6,7} prolongada durante al menos 6 semanas, debe de ser quirúrgico, con desbridamiento, resección y limpieza del área; asociado en la mayoría de los casos a *bypass* extraanatómico o tratamiento endovascular en los casos de mayor riesgo^{6,7,8}.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Bibliografía

- 1 Osler W. The gulstonian lectures on malignant endocarditis. *BMJ*. 1885;1:467-70.
- 2 Oderich GS, Panneton JM, Bower TC, et al. Infected aortic aneurysms: aggressive presentation, complicated early outcome, but durable results. *J Vasc Surg*. 2001;34:900-8.
- 3 Macedo TA, Stanson AW, Oderich GS, Johnson CM, Panneton JM, Tie ML. Infected aortic aneurysms: imaging findings. *Radiology*. 2004;231:250-7.
- 4 Urbano J, Arjonilla MA. Aneurismas micóticos: diagnóstico radiológico y alternativas terapéuticas. *Radiología*. 2002;44:273-9.
- 5 Lee WK, Mossop PJ, Little AF, Fitt GJ, Vrazas JI, Hoang JK, et al. Infected (mycotic) aneurysms: spectrum of imaging appearances and management. *Radiographics*. 2008;28:1853-68.
- 6 Gonda RL Jr, Gutierrez OH, Azodo MVU. Mycotic Aneurysms of the Aorta: Radiologic Features. *Radiology* 1989;168:343-6.
- 7 Brown SL, Busuttill RW, Baker JD. Bacteriologic and surgical determinants of survival in patients with mycotic aneurysm. *Jour. Vasc. Surg* 1984;4:541-7.
- 8 Massaguer S, Pages M, Sánchez M, Real M, Ayuso JR. Características por TC de los aneurismas micóticos. *Radiología*. 2003;45:21-3.