

Caso	(455) Síndrome constitucional y fiebre por aneurisma micótico
Autores	Eulalia Olmedo Sanchez, Eulalia Olmedo Sánchez, Mario Fernandez Conesa, Patricia García Pérez Y Macarena Eisman Hidalgo.
Centro	Hospital Universitario Clínico San Cecilio (granada)

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace 3 días fiebre, astenia y disnea, así como pérdida de peso los meses previos. En la analítica se objetiva aumento de reactantes inflamatorios, leucocitosis, neutrofilia e insuficiencia renal.

La exploración física presenta únicamente taquicardia sinusal y molestia abdominal en hipocondrio derecho, por lo que ante la sospecha de colecistitis se solicita ecografía abdominal, en la que se observa dilatación aneurismática de la aorta abdominal.

Ante el empeoramiento del paciente se solicita TC Abdominopélvica en la que se objetiva engrosamiento irregular de la pared de la aorta abdominal superior desde la salida del tronco celíaco, asociado a dilatación aneurismática e irregularidad de la luz, cambios inflamatorios circundantes y adenopatías adyacentes; hallazgos compatibles con Aortitis infecciosa y formación de Aneurisma Micótico. Se asocia a trombo mural en la salida de la arteria renal izquierda, con compresión/trombosis de la misma debido al proceso inflamatorio y cambios en el parénquima renal secundarios a isquemia.

El paciente es ingresado en la unidad de cuidados intensivos e inicio de tratamiento antibiótico y antifúngico de amplio espectro y posteriormente derivado a centro de referencia para intervención, falleciendo en el postoperatorio.

DISCUSIÓN

El término “Aneurisma Micótico” actualmente se usa para referirse a los aneurisma de origen infeccioso. Es una entidad muy rara y pueden desarrollarse en cualquier nivel del sistema circulatorio, siendo las localizaciones más frecuentes en la Arteria femoral seguida de la Aorta abdominal. Staphylococcus y Salmonella son los gérmenes más frecuentemente implicados.

La fuente de infección puede ser por inoculación arterial directa debido a traumatismo arterial, ya sea iatrogénico o accidental, por contigüidad desde un proceso infeccioso próximo o a distancia por émbolos sépticos o bacteriemia. En nuestro caso no se localizó el origen del mismo.

La presentación clínica va a depender de la duración y localización de la infección así como de la localización anatómica del aneurisma. En ocasiones puede presentarse como dolor o masa pulsátil, pero generalmente la clínica no es específica y requiere de técnicas de imagen para su diagnóstico.

La Tomografía computarizada multidetector con contraste es la técnica de imagen de elección debido a su rapidez, disponibilidad, resolución y capacidad de reconstrucción tridimensional y multiplanar, que además proporcionará un mapa vascular para la cirugía.

Los aneurismas micóticos en el estudio con contraste suelen presentar una morfología sacular, a diferencia de los arterioscleróticos que suelen ser fusiformes. Signos frecuentes son la irregularidad de la pared arterial, edema, signos inflamatorios o gas periaórtico, que puede progresar a formación de una masa, y adenopatías locoregionales. Otras características de imagen menos frecuentes son morfología lobulada, calcificaciones o trombosis mural.

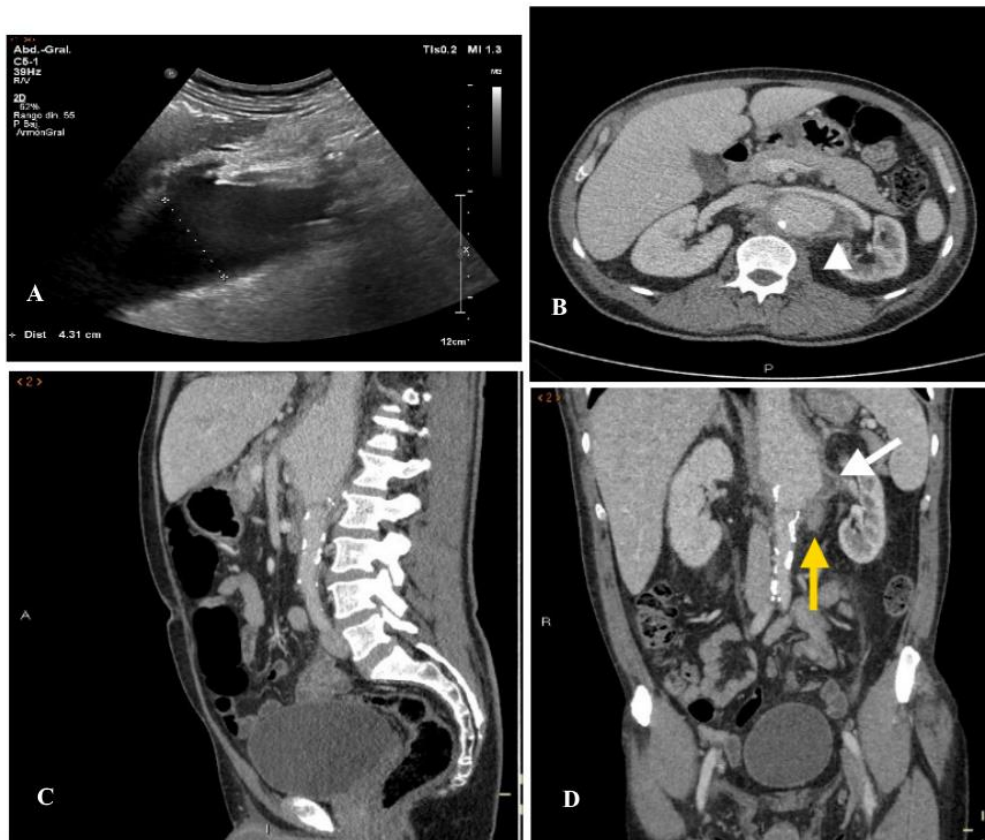
La ecografía puede mostrar irregularidad de la pared y morfología en yin-yang o en vaivén del flujo con el doppler, pero no puede distinguir entre aneurisma infeccioso o no infeccioso.

El manejo de estos pacientes debe de ser individualizado, siendo las opciones terapéuticas la cirugía abierta, técnicas endovasculares, tratamiento médico o una combinación de ellas.

CONCLUSIÓN

Los aneurismas micóticos son una rara entidad con una alta mortalidad y consiste en un proceso infeccioso de la pared arterial con formación de una dilatación de la misma. Está producida por diseminación local o a distancia de un proceso infeccioso o inoculación directa asociada a traumatismo arterial, iatrógeno o accidental.

La clínica dependerán de la duración y localización de la infección, pero suelen ser síntomas inespecíficos, por lo que se necesitará una alta sospecha clínica y estudios de imagen para su diagnóstico, siendo la TC multidetector con contraste intravenoso la técnica de elección y la que más información aporta para su diagnóstico y manejo posterior, el cual deberá de ser individualizado para cada caso.



A. Ecografía: dilatación aneurismática de la aorta abdominal con irregularidad de la pared. B. TC multidetector con civ en fase venosa, corte axial: engrosamiento irregular de la pared aórtica con aumento de densidad circundante. Trombo mural en la salida de la arteria renal izquierda (cabeza de flecha). C. TC multidetector con civ en fase venosa, corte sagital: dilatación fusiforme de la aorta abdominal con engrosamiento e irregularidad de su pared y cambios inflamatorios del tejido circundante. D. TC multidetector con civ en fase venosa, corte coronal: trombo mural en la salida de la arteria renal izquierda (flecha blanca) asociado a cambios en riñón izquierdo en relación a isquemia, así como adenopatías locoregionales (flecha amarilla).

BIBLIOGRAFÍA

- Deipolyi AR, Rho J, Khademhosseini A and Oklu R. Diagnosis and management of mycotic aneurysms. Clinical Imaging. 2016; 40: 256-262. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinimag.2015.11.011>
- Husmann L, Huellner MW, Ledergerber B, Eberhard N, Kaelin MB, Anagnostopoulos A, Kudura K, Burger IA, Mestres CA, Rancic Z and Hasse B. Diagnostic Accuracy of PET/CT and Contrast Enhanced CT in Patients With Suspected Infected Aortic Aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020; 59: 972-981. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.01.032>
- Dwivedi AND, Srinivasan A and Jain S. Multiple Mycotic Aneurysms of the Abdominal Aorta Illustrated on MDCT Scanner. J Clin Imaging Sci. 2015 Aug 31;5:49. doi: 10.4103/2156-7514.163993.