

Caso	(731) Aneurisma micótico de la arteria subclavia izquierda en paciente inmunodeprimido.
Autores	Renzo Andres Pampa Rodriguez , García T., Aleman N., Escribano C., Villalba A.
Centro	Hospital Universitario De Guadalajara

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 61 años, con insuficiencia renal crónica, con trasplante renal desde hace 2 años, cursando con rechazo renal crónico, consulta por cuadro de dolor torácico atípico, asocia disnea, edema de miembros inferiores, malestar general y fiebre continua desde dos días antes del ingreso.

El electrocardiograma (ECG) no mostró hallazgos. Analíticamente destaca una leucocitosis de 12 500/ mm<sup>3</sup>. neutrofilia de 88,4%, creatinina de 4,31 mg/dL, una PCR elevada de 155mg/L.

Ingresa en UCI., se descarta cuadro de síndrome coronario agudo y endocarditis por ecocardiograma. En dos hemocultivos se aisló un *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (SAMS).

Ante la ausencia de un claro foco infeccioso que justifique la bacteriemia, se realiza una TC toraco abdominopélvico sin contraste intravenoso (CIV), observando una dilatación sacular en la arteria subclavia izquierda, ante estos hallazgos y previa coordinación con el servicio de nefrología se procede a realizar un Angio-TC toraco abdominopélvico. Tras el análisis respectivo (análisis avanzado de vaso y reconstrucciones multiplanares (MPR) con y sin MIP (maximum intensity projection), se observa una dilatación sacular en la arteria subclavia izquierda a 1,7 cm de su ostium, de unos 1,3 x 2 x 1,8 cm (TxAPxCC), sin presencia de signos de sangrado agudo ni otra complicación reseñable, asociando cambios inflamatorios en mediastino superior.

## DISCUSIÓN

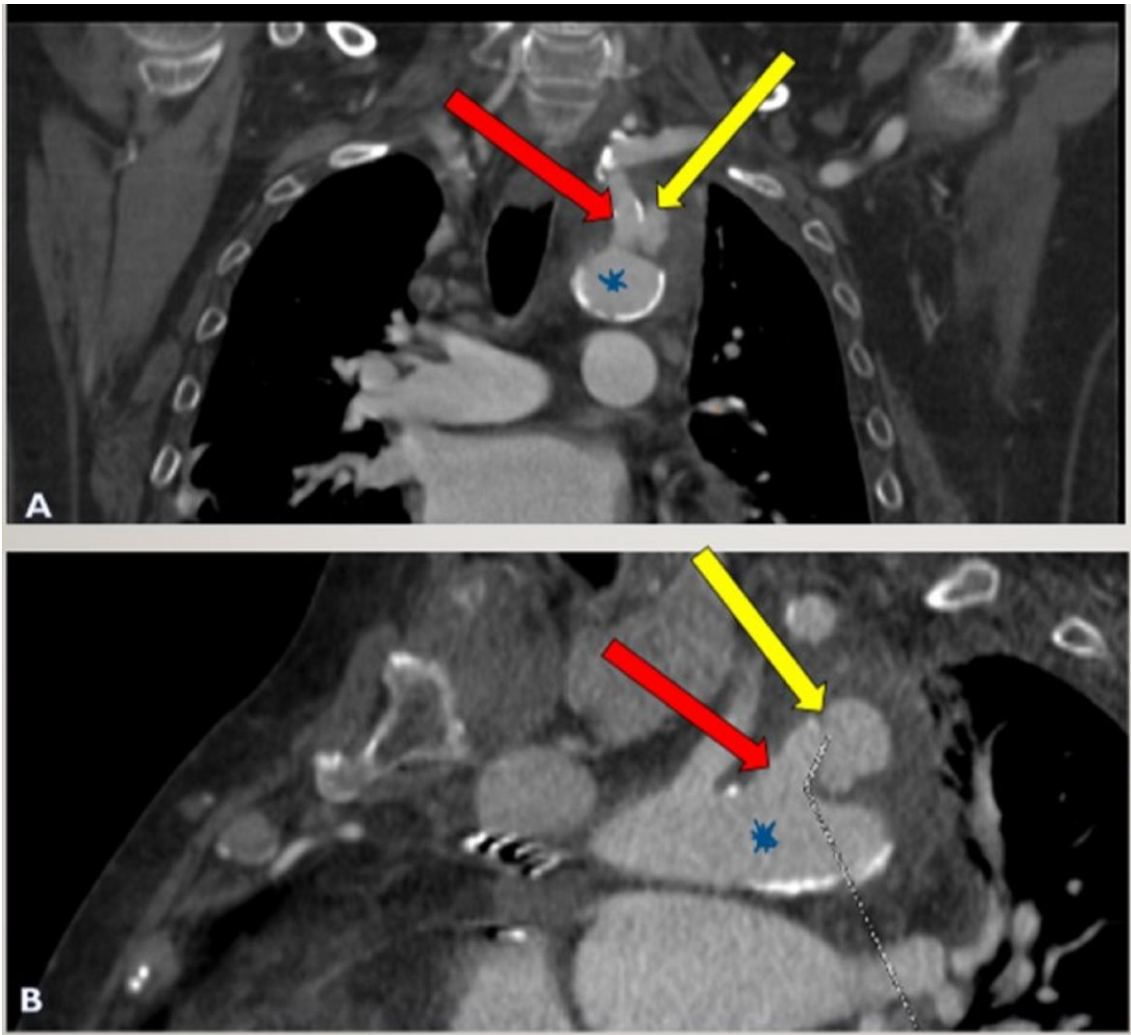
Se define un aneurisma como una dilatación focal y persistente del diámetro de una arteria igual o mayor al 150% respecto a los segmentos arteriales adyacentes no afectados (1). En el caso que nos compete, realmente el termino a emplear sería de un pseudoaneurisma por afectación mural de la pared que no incluye la afectación verdadera de todas sus capas a diferencia de los aneurismas verdadero, pero debido a que en la literatura se considera un símil en el caso de los micóticos, se denominará como AM. Los AM pueden ocurrir en cualquier segmento arterial, siendo la localización más frecuente la aorta (2). Debido a la degeneración aneurismática en el contexto de la infección y destrucción focal de la pared arterial, su evolución natural es a la rotura vascular (3). El agente infeccioso identificado por hemocultivo fue un SAMS. La mayor parte de los casos son producidos por *Escherichia coli*, *Salmonella typhi* y *Staphylococcus sp* (4). En el caso presentado se llegó al diagnóstico final como un hallazgo incidental mediante la TC/Angio-TC.

Se describe en la literatura la dificultad diagnóstica, debido a las manifestaciones clínicas inespecíficas relacionadas con la septicemia (4).

Se ha de reseñar, que los hallazgos por Angio-TC están en relación con el tiempo evolutivo de la afectación vascular infecciosa, en un espectro que va desde hallazgos sutiles e incipientes en la grasa perivascular a hallazgos de aneurismas complicados. En cuanto al tratamiento, el manejo clásico es el de la cirugía tradicional para realizar el control vascular, seguido de la reparación con puentes autólogos o protésicos (3). El tratamiento endovascular de los aneurismas micóticos es una alternativa a la cirugía con la implantación de un stent cubierto de manera segura y eficaz (3). En el caso presentando se colocó una endoprótesis recubierta balón expandible, excluyendo el aneurisma micótico, con resultados satisfactorios.

## **CONCLUSIÓN**

El AM es una patología poco frecuente a tener en cuenta en la valoración de paciente sépticos sin claro foco infeccioso, ya que se requiere un diagnóstico precoz a fin de evitar una rotura con la elevada morbi mortalidad secundaria a la misma.



*Figura 1. Se observa a 1,7 cm del origen de la arteria subclavia izquierda (flecha roja) una imagen sacular hiperdensa de unos 1,8 x 2 x 1,3 cm (CCXAPXT) (flecha amarilla), que asocia un aumento de partes blandas, que afecta al mediastino superior, en relación con cambios inflamatorios, hallazgos que sugieren pseudoaneurisma micótico, dado el contexto clínico*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. J.L. Pérez. Aneurismas micóticos: particularidades diagnósticas y de tratamiento. *Angiología*. Elsevier Inc.2016; 68(1): 46-54.
2. Massaguer S, Pagés M, Sánchez M. Características por TC de los aneurismas micóticos. *Radiología* 2003; 45(1):43-49.
3. Lee JKT, Hiken JN, Semelka RC. Retroperitoneo. En: *Body TC. Correlación RM*. Ed. Marban S.L. (edición en español de *Computed body tomography with MRI correlation*, 3ra edición). Madrid 1999;1023-85
4. Rutter P, Wolfe J. Infected or mycotic aneurysms. En: *Arterialaneurysms: Diagnosis and management.*, 1.aedición, Ed. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford 1995; 221-30