

<b>Caso</b>	(789) Aortitis séptica: Importancia del diagnóstico precoz.
<b>Autores</b>	Celia Marín Pérez, Ignacio Baltasar Giménez De Haro, María Jesús Fernández Ferrando, Rocío Pérez-milá Montalbán, Santiago Ibáñez Caturla, María Luisa Masó Navarro
<b>Centro</b>	Hospital General Universitario Santa Lucía De Cartagena

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 67 años con antecedentes de pielonefritis y enfermedad renal crónica, que acude a urgencias presentando cuadro de malestar general, astenia, náuseas, estreñimiento y dolor lumbar de una semana de evolución, con fiebre de hasta 38°C. En la valoración inicial en Urgencias el paciente se encuentra normotenso, con una analítica con elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis de 21.410 y PCR de 37,9), siendo el resto de la exploración y analítica normales.

Se realiza TC de abdomen-pelvis simple y con contraste iv en fase arterial y portal, donde se visualiza un marcado aumento de las partes blandas englobando la aorta abdominal infrarrenal (A) y la arteria mesentérica inferior (B), afectando un segmento de unos 5 cm en longitud (C). Se observa una importante ateromatosis cálcica de la aorta abdominal, llamando a la atención una pequeña imagen sacular dependiente de su pared posterior (D), que se rellena de contraste sin evidencia de extravasación de este ni burbujas de aire libre, compatible con aneurisma / pseudoaneurisma sin datos de rotura en estudio actual.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos en imagen de nuestro paciente establecen el diagnóstico diferencial de una aortitis abdominal complicada con un pseudoaneurisma o bien un aneurisma micótico en caso de confirmarse foco séptico. Se decide extracción de hemocultivos, que confirma un origen infeccioso con crecimiento de Salmonella en los cultivos. Se inicia tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y se realiza intervención quirúrgica, con disección del segmento de aorta afecto y sustitución por aloinjerto criopreservado de cadáver.

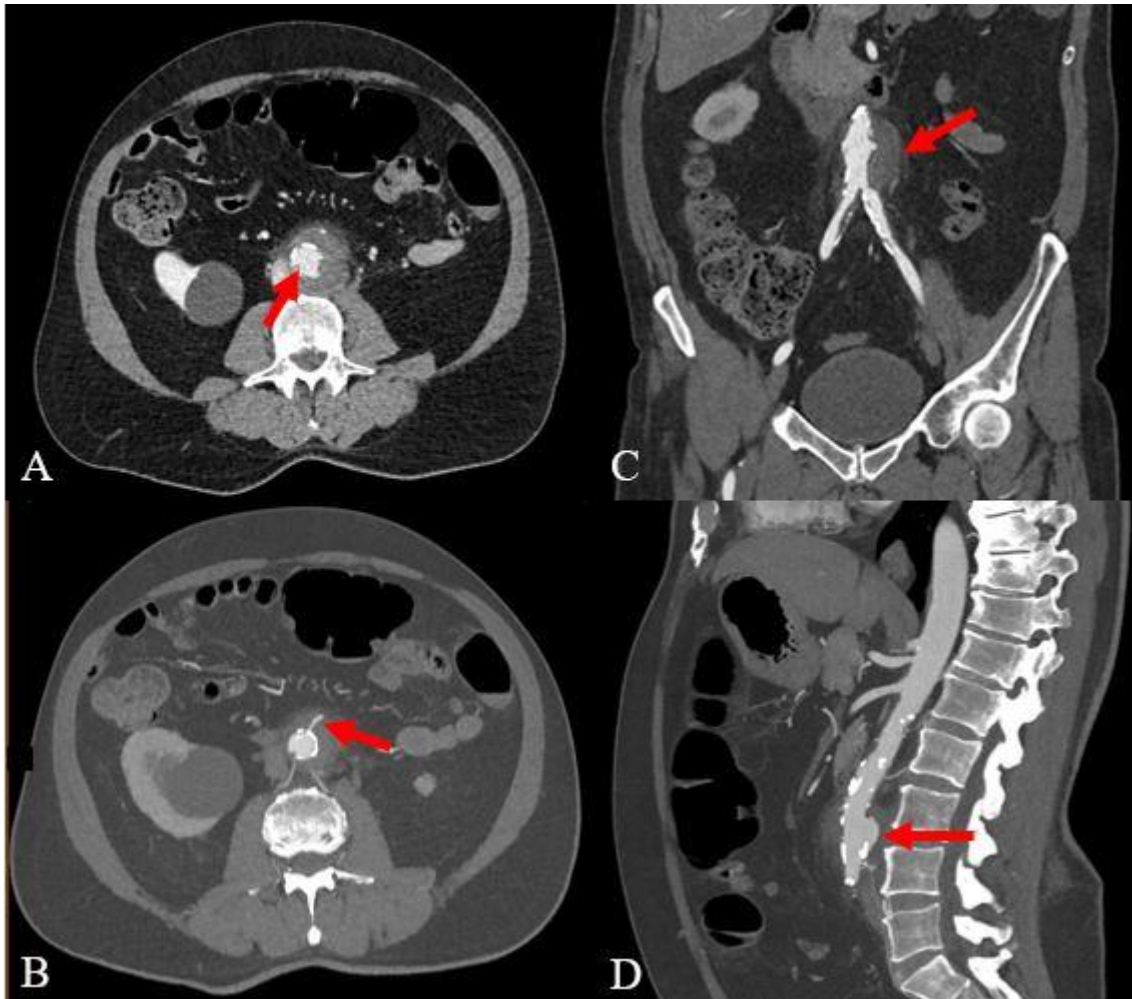
La aortitis por Salmonella es una patología rara que se engloba dentro del espectro de los aneurismas micóticos aórticos, producidos por un proceso inflamatorio de la pared arterial en respuesta a la presencia de diferentes microorganismos, fundamentalmente bacterias, siendo el género Salmonella el agente etiológico más frecuente. Esta patología afecta a la aorta abdominal en el 88% de los casos y provoca pseudoaneurismas y / o rotura o fístula hacia víscera hueca. La bacteriemia y el foco original pueden pasar desapercibidos, destacando el tropismo de esta bacteria por la pared arterial dañada por la arterioesclerosis, como podemos observar en el caso de nuestro paciente, donde llama la atención la existencia de numerosas placas cálcicas en la aorta abdominal. Otros de los factores de riesgo predisponentes son la existencia de diabetes mellitus o endocarditis infecciosa, no presentes en nuestro paciente.

Los signos y síntomas aparecen a ser inespecíficos, siendo los más frecuentes la fiebre, el dolor dorsal y los escalofríos. La realización de un TC abdominal con

contraste intravenoso y el estudio microbiológico son fundamentales para establecer un diagnóstico, que nos permitirán una implantación precoz del tratamiento antibiótico y quirúrgico, evitando el que es en muchos casos un desenlace ominoso por rotura del aneurisma.

## **CONCLUSIÓN**

La aortitis séptica representa una entidad rara en la práctica clínica, presentando una clínica inespecífica, por lo que la realización de TC de abdomen con contraste y la extracción de hemocultivos serán las claves para establecer el diagnóstico. El pronóstico ominoso se ha modificado en los últimos años gracias al diagnóstico precoz y a la combinación sin demora de cirugía y de antibioterapia adecuada, fundamentales para evitar potenciales complicaciones como una rotura aneurismática.



*TC abdómino-pélvico con contraste iv en fase arterial. Señalado con flechas rojas podemos ver el aumento de partes blandas englobando la aorta abdominal infrarrenal (foto A) y la arteria mesentérica inferior (foto B). En la foto C podemos observar la longitud de afectación de la aorta abdominal, de hasta 5 cm. En la imagen D observamos un pseudoaneurisma en la pared posterior de la aorta abdominal, sin datos de rotura.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

A. Talwar, N. George, B. Tharian, J. Roberts-Thomson. An immunosuppressed man with an aortic rupture secondary to Salmonella aortitis successfully treated with endovascular aortic repair. *Ann Vasc Surg.*, 29 (2015), 839.e5-e8.