



P-078 - ANEURISMA MICÓTICO DE ARTERIA FEMORAL COMÚN SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS VERTEBRAL

V. Aranaz Ostáriz¹, D. Carrasco de Andrés², B. Cervantes Bonet², R. Yoldi Bocanegra² y J. Moreno Escobar²

¹Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. ²Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Objetivos: El aneurisma micótico tiene una etiología infecciosa y constituye una entidad rara desde la introducción de la terapéutica antimicrobiana, pero todavía potencialmente letal por su riesgo de rotura y de complicaciones sépticas.

Caso clínico: Paciente varón de 68 años, con amputación infracondílea traumática antigua de miembro inferior derecho y hernia discal L4-L5, que acude a Urgencias por cuadro de tumoración pulsátil dolorosa en ingle derecha de un mes de evolución con empeoramiento de sintomatología (crecimiento y dolor) en las últimas 48 horas; afebril y hemodinámicamente estable, aunque con elevación de parámetros sépticos en la analítica y en el angioTAC, aneurisma de arteria femoral común derecha de 2.2 cm de diámetro con cambios inflamatorios alrededor del mismo. Se realizó resección del aneurisma y desbridamiento tisular amplio, junto con reconstrucción vascular mediante *bypass* femoral común-femoral profunda con aloinjerto arterial criopreservado. El estudio anatomopatológico fue compatible con pseudoaneurisma y abscesificación, y Microbiología aisló *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible (SAMS). Tras hemocultivos y urocultivo negativos, y ecocardiograma transesofágico que descartó endocarditis, tanto RMN de columna lumbar y gammagrafía ósea con galio fueron compatibles con osteomielitis vertebral L5-S1. El paciente evolucionó satisfactoriamente, con disminución de reactantes de fase aguda, completando tras antibioterapia empírica, antibioterapia específica para SAMS durante 6 semanas. A los 18 meses el *bypass* permanece permeable con salida por arteria femoral profunda y buena perfusión de extremidad.

Discusión: El aneurisma micótico supone alrededor del 2% del total de los aneurismas, con *Staphylococcus aureus*, *Salmonella*, y gram-negativos, como gérmenes más frecuentemente implicados, apareciendo tras bacteriemias y embolismos sépticos en una pared arterial sana, por infección de una placa ateromatosa, o por contigüidad desde el foco primario de infección. La arteria femoral suele ser la localización más habitual, seguida de aorta abdominal y mesentérica superior. Los aneurismas micóticos femorales pueden aparecer como complicación de una exploración quirúrgica, cateterismo o inyección intraarterial por consumo de drogas, y se asocian a sepsis progresiva y/o hemorragia-hematoma tras rotura. Supone una entidad clínica grave con elevada morbimortalidad, que precisa tratamiento mediante antibioterapia, desbridamiento quirúrgico agresivo de los tejidos infectados, y reconstrucción vascular. La cirugía abierta convencional es de elección, pues la exclusión endovascular no elimina el foco séptico. Para la reconstrucción arterial

debe utilizarse material autólogo por su resistencia a la infección, recurriendo si esto no es posible al aloinjerto arterial criopreservado. Las prótesis de dacron impregnadas en rifampicina o plata conllevan un mayor riesgo de sobreinfección así como de dehiscencia de sutura. En casos seleccionados, la técnica endovascular puede estar indicada, como en aneurismas micóticos rotos, para la estabilización del paciente y posterior tratamiento definitivo, o en pacientes con alto riesgo quirúrgico como técnica paliativa.