



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-047 - FIEBRE TRAS EMBOLIZACIÓN MESENTÉRICA INFERIOR EN PACIENTE CON ENDOPRÓTESIS AÓRTICA

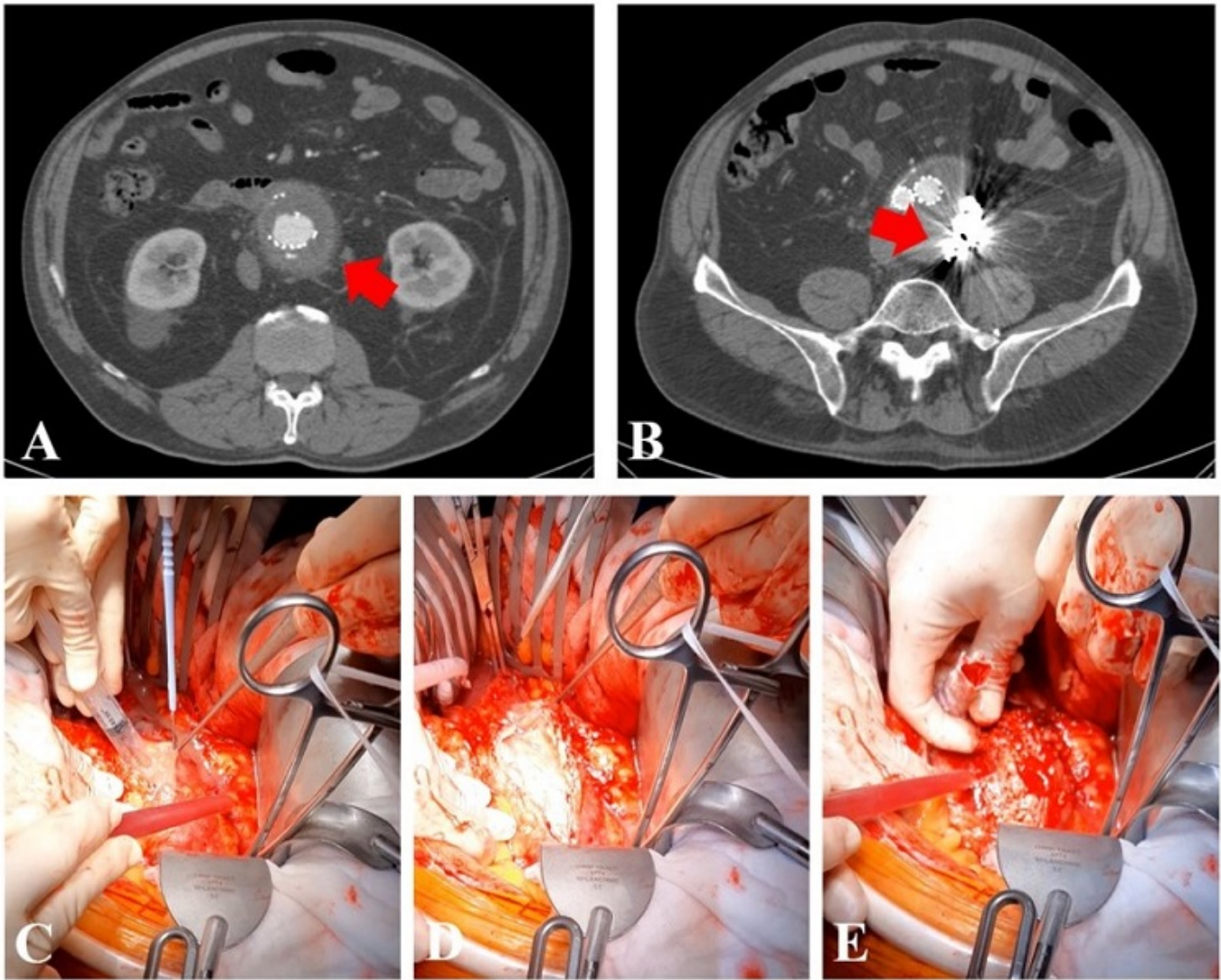
Allaoua Moussaoui, Yousef^f; Serrano Yébenes, Eduardo¹; Soto Schütte, Sonia¹; Bru Aparicio, Marta¹; Vilar Tabanera, Alberto¹; González Barranquero, Alberto²; Ruiz Grande, Fernando³; Gutiérrez Calvo, Alberto¹

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La infección de endoprótesis aórtica es una complicación poco frecuente (< 5% de casos) aunque su incidencia está en aumento, sobre todo en relación al mayor empleo de procedimientos endovasculares en los últimos años. La mortalidad puede llegar a ser del 50%. La sospecha clínica es fundamental, ya que la sintomatología es inespecífica o incluso puede estar ausente.

Caso clínico: Varón de 73 años con antecedentes de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal de 7 × 8 × 10 cm de diámetro tratado en 2019 mediante prótesis endovascular aortoiliaca. En la evolución posterior, tras dos años, ha precisado la embolización de arteria mesentérica inferior (AMI) por fuga endovascular tipo II. Tres días tras la embolización, el paciente comienza con dolor lumbar insidioso y fiebre de 39 °C sin otra sintomatología asociada. Una vez descartados otros focos de infección mediante radiografía de tórax, urocultivo y test negativo para SARS-CoV-2, se decide ingreso hospitalario, toma de hemocultivos, inicio de antibioterapia empírica y angio-TAC. Siendo la principal sospecha la infección protésica, la combinación antibiótica empleada ha sido de vancomicina, gentamicina y rifampicina. Pese a los resultados negativos de los hemocultivos, la sospecha clínica se mantuvo por fiebre persistente y por los hallazgos en angio-TAC, donde se objetiva trabeculación de la grasa y escaso líquido periaórticos (A, B). Finalmente, se decide la intervención quirúrgica urgente: apertura de saco aneurismático con salida de abundante pus (C-E) que confirma el diagnóstico (crecimiento de *Staphylococcus epidermidis* en muestras obtenidas), drenaje y desbridamiento de tejido desvitalizado, lavado y derivación extraanatómica mediante *bypass* axilo-bifemoral. La evolución posterior es satisfactoria, con cese de fiebre y mejoría analítica, así como cuadro inicial de claudicación intermitente en miembro inferior derecho, especialmente en los primeros días. En el seguimiento al alta, el paciente refiere mejoría de la claudicación, siendo únicamente de esfuerzo en la actualidad, varios meses tras la cirugía.



Discusión: El tratamiento de la infección de prótesis aórtica es discutido en la literatura. Si bien el diagnóstico se basa en la sospecha clínica, hemocultivos y los hallazgos en TAC siguiendo los criterios del grupo MAGIC, el tratamiento varía desde el tratamiento antibiótico exclusivo en pacientes de alto riesgo quirúrgico a la cirugía, que presenta mayores tasas de supervivencia. Dentro de las opciones quirúrgicas se incluye: la reconstrucción *in situ* mediante recambio de prótesis cubierta con rifampicina, empleo de aloinjerto (considerada como técnica de elección), empleo de venas autólogas femoropoplíteas (solo en centros de referencia) o la derivación extra-anatómica. Esta última constituye el tratamiento clásico y es considerada como *gold standard* por su alta tasa de resolución y de permeabilidad a largo plazo (80% a los 3 años). No obstante, se asocia a importante morbilidad, lo que ha llevado a su desuso en la actualidad. Pese a su relativa alta tasa de morbilidad (20-40%), la derivación extraanatómica es una opción segura y efectiva como tratamiento de la infección protésica aórtica. Su actual indicación se da en casos donde existe abundante tejido purulento o desvitalizado, como en nuestro caso, así como infecciones por bacterias de gran virulencia o multirresistentes.