

Infección de injerto aórtico

N. Torreguitart-Mirada, R. Riera-Vázquez, P. Lozano-Villardell

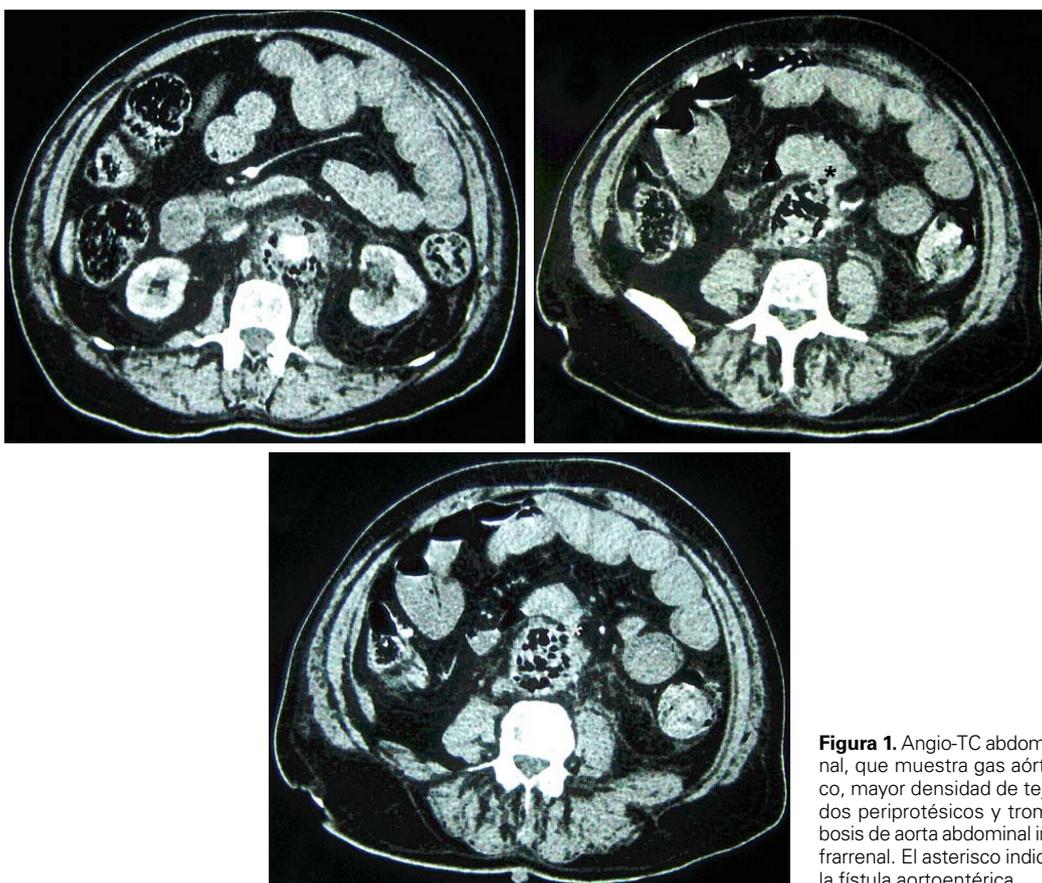


Figura 1. Angio-TC abdominal, que muestra gas aórtico, mayor densidad de tejidos periprotésicos y trombosis de aorta abdominal infrarrenal. El asterisco indica la fístula aortoentérica.

Caso clínico. Varón de 70 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal, fiebre de 38,4 °C y

Aceptado tras revisión externa: 03.11.08.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca, España.

Correspondencia: Dra. Núria Torreguitart Mirada. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Son Dureta. Andrea Doria, 55. E-07014 Palma de Mallorca. E-mail: nuriatorreguitart@yahoo.es

© 2009, ANGIOLOGÍA

melenas. Cuatro años antes por un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto se realizó una resección e injerto recto de Dacron® y presentó un postoperatorio complejo con dos meses de ingreso en la UCI. A los 10 meses se le diagnosticó infección de prótesis aórtica. Se trató con ceftazidima, linezolid, fluconazol y metronidazol durante seis meses y presentó una gammagrafía con ^{99m}Tc de control negativa. El paciente rechazó la intervención quirúrgica. En la

exploración física destaca abdomen agudo y ausencia de pulsos en miembros inferiores sin flujo distal arterial. La angio-TC abdominal mostró abundantes burbujas de gas a la altura de la aorta, diagnóstico de infección, trombosis terminoaórtica y asas de intestino delgado en contacto con la aorta compatible con fístula aortoentérica (Fig. 1).

Tras laparotomía media se apreció contenido hemático en el intestino delgado y dos fístulas aortoentéricas. La pared aórtica era friable, necrosada y presentaba dos roturas contenidas, una en cada anastomosis (Fig. 2). Se retiró la prótesis, se suturaron el muñón aórtico y las fístulas, y se realizó un *bypass* axilobifemoral con politetrafluoretileno. La evolución fue hacia fallo multiorgánico y falleció al quinto día. El cultivo de la pared aórtica fue mixto aerobio-anaerobio, y el hemocultivo, positivo para *Streptococcus* sp. grupo *viridans*.

Discusión. La infección de injertos aórticos tiene una incidencia baja (0,44%) similar entre cirugía abierta y endovascular. Se presenta con más frecuencia durante el primer año postoperatorio [1]. La clínica puede ser sepsis, íleo paralítico, sangrado digestivo, lumbalgia (erosión vertebral) y/o bacteriemia (infección de la pared arterial, del trombo mural o endocarditis segunda) [2]. Los microorganismos más asociados son *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Candida* sp. [1]. Se ha relacionado con septicemia, contaminación durante su implante e infección de herida quirúrgica (principalmente con abordaje femoral).

El tratamiento tradicional es la retirada completa de la prótesis, la sutura del muñón aórtico y una revascularización extraanatómica, pero se asocia a un 15-75% de mortalidad, 5-23% de rotura del muñón aórtico, 7-37% de pérdida de la extremidad y una permeabilidad primaria del 43% a los tres años [3]. Las alternativas terapéuticas son múltiples: recons-

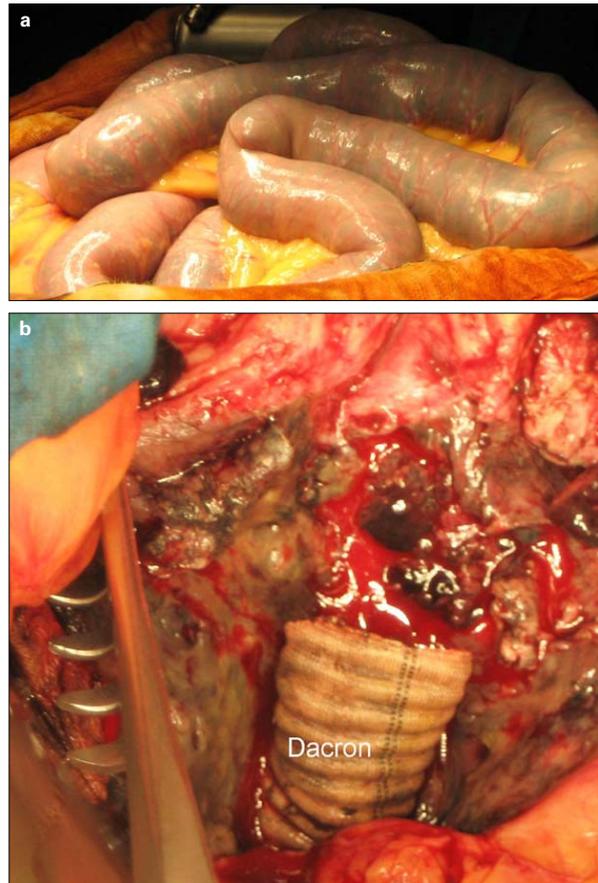


Figura 2. Imágenes operatorias: a) Asas intestinales con sangre en su interior; b) Pared aórtica, dacron seccionado.

trucciones con vena, aloinjertos criopreservados, prótesis sintéticas o la preservación (completa o parcial) de la prótesis. El tratamiento exclusivo con antibióticos no es curativo [2,3].

Bibliografía

1. Vogel TR, Symons R, Flum DR. The incidence and factors associated with graft infection after aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2008; 47: 264-9.
2. O'Connor S, Andrew P, Batt M, Becquemin JP. A systematic review and metaanalysis of treatments for aortic graft infection. *J Vasc Surg* 2006; 44: 38-45.
3. Calligaro KD, Veith FJ, Yuan JG, Gargiulo NJ, Dougherty MJ. Intra-abdominal aortic graft infection: complete or partial graft preservation in patients at very high risk. *J Vasc Surg* 2003; 38: 1199-205.