



## IMAGEN CLÍNICA DEL MES

### Aortitis infecciosa complicada sobre prótesis abdominal antigua Complicated infectious aortitis in an old abdominal graft

R. Fornell-Pérez<sup>a,\*</sup>, C. Martínez-Polanco<sup>b</sup> y P. Piñero<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 18 de abril de 2011; aceptado el 7 de julio de 2011  
Disponible en Internet el 5 de octubre de 2011

Varón de 68 años que acudió a Urgencias por hematoquecia de 48 horas de evolución, presentando lumbalgia, anemia y leucocitosis. Presentaba antecedente de rotura de aneurisma aórtico abdominal 7 años antes, con

colocación de prótesis aórtica mediante laparotomía. En la TC toracoabdominal con contraste (figs. 1 y 2) se objetivó un segmento engrosado de pared aórtica englobando



**Figura 1** TCMD con contraste intravenoso en fase arterial, cortes axiales. Engrosamiento de la pared aórtica con signos inflamatorios en su periferia (flecha). Colección tabicada retroperitoneal en contacto con la zona inferoposterior del segmento engrosado (asterisco).



**Figura 2** Reconstrucción sagital del mismo estudio de la figura 1. La zona de engrosamiento y cambios inflamatorios (flecha) se extiende a lo largo de la aorta infrarrenal, englobando la prótesis. Además, se aprecian abundantes cambios ateroscleróticos y placas calcificadas en la aorta toracoabdominal.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: feanim2000@yahoo.es (R. Fornell-Pérez).

la prótesis, con signos inflamatorios en la cara externa y una gran colección tabicada en el retroperitoneo izquierdo en contacto con su zona posteroinferior con realce de pared.

Tras empeoramiento progresivo el paciente entró en shock, por lo que se realizó de forma urgente *by-pass* axilobifemoral con clampaje del segmento afectado de la aorta abdominal, retirada de la prótesis y del tejido necrótico, así como drenaje del absceso retroperitoneal

contiguo, confirmando el diagnóstico. Los cultivos intraoperatorios del absceso dieron posteriormente como resultado *Streptococcus salivarius*, agente ocasionalmente asociado a endocarditis y bacteriemia. A pesar del tratamiento y la antibioterapia se produjo éxitus 24 horas después por fallo multiorgánico.

Diagnóstico definitivo: aortitis infecciosa sobre prótesis aórtica con absceso retroperitoneal asociado.