

Aneurisma micótico ilíaco

P.C. Morata-Barrado, A. Martín-Conejero, F.J. Serrano-Hernando

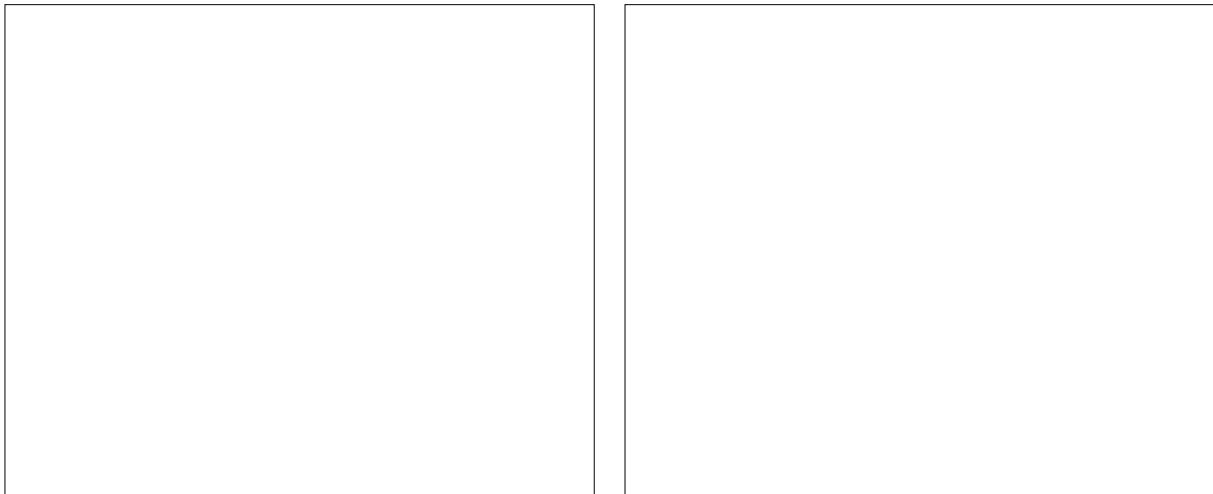


Figura 1. Espondilodiscitis (punta de flecha), una colección retroperitoneal izquierda a nivel de psoas (flecha) y un pseudoaneurisma de 10 cm con trombo heterogéneo (asterisco).

Caso clínico. Se trata de un paciente de 73 años, con antecedentes de cirugía de cadera bilateral (prótesis total) 2 años antes, a quien se tuvo que retirar la derecha 6 meses después por infección. Acude a Urgencias por síndrome constitucional con fiebre, vómitos y dolor lumbar. Se objetiva una masa pulsátil en fossa ilíaca izquierda. La analítica es anodina salvo leu-

citosis, de 18.000. En hemocultivos se aisla *Staphylococcus aureus*.

En la tomografía axial computarizada (Fig. 1) se observa una imagen de espondilodiscitis, una colección retroperitoneal izquierda a nivel de psoas y un pseudoaneurisma de 10 cm con trombo heterogéneo. Existe una calcificación extensa de ilíacas, y el aneurisma es sacular sin calcificación parietal, lo que sugiere un origen micótico.

Se realiza una arteriografía que muestra el pseudoaneurisma (asterisco), dependiente de ilíaca externa izquierda (Fig. 2).

Se interviene al paciente realizándose en un pri-

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Serrano Hernando. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario San Carlos. Dr. Martín Lagos, s/n. E-28040 Madrid. E-mail: fserrano.hcsc@salud.madrid.org

© 2005, ANGIOLOGÍA

mer tiempo *bypass* femorofemoral derecha-izquierda; posteriormente, mediante abordaje retroperitoneal, en una densa área de fibrosis e inflamación del retroperitoneo, se realiza ligadura proximal y distal del pseudoaneurisma y desbridamiento y drenaje de la colección.

Discusión. La frecuencia de complicaciones vasculares tras la artroplastia de cadera es 0,2-0,3% [1]. Aumentan el riesgo las reintervenciones y los abordajes izquierdos [2]. Lesiones inadvertidas pueden presentarse meses-años después como un pseudoaneurisma. El diagnóstico precoz permite su exclusión mediante endoprótesis o la ligadura de éste con revascularización extraanatómica (pseudoaneurismas micóticos) [3].

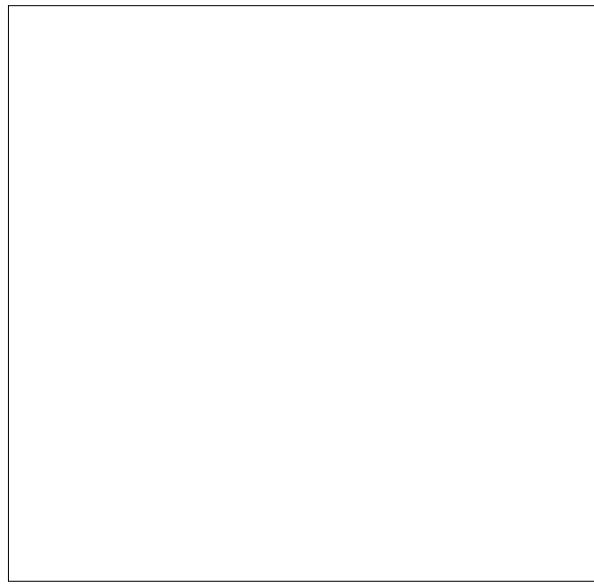


Figura 2. Arteriografía que muestra el pseudoaneurisma (asterisco).

Bibliografía

1. Hopkins NF, Vanhegan JA, Jamieson CW. Iliac aneurysm after total hip arthroplasty. Surgical management. *J Bone Joint Surg Br* 1983; 65: 359-61.
2. Shoenfeld NA, Stuchin SA, Pearl R, Haveson S. The management of vascular injuries associated with total hip arthroplasty. *J Vasc Surg* 1990; 11: 549-55.
3. Bowley DM, Brinsden MD, Halawa M, Wilkins DC. Giant pseudoaneurysm after girdlestone's excision arthroplasty. *Internet Journal of Orthopedic Surgery* 2002; 1: 2. URL: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijos/vol1n2/girdle.xml>.