



CARTAS CIENTÍFICAS

Rotura de aneurisma poplíteo micótico tras sepsis por neumonía



Ruptured mycotic popliteal artery aneurysm after sepsis due to pneumonia

I. Artigues^a, I. Grifo^{b,*}, S. Jareño^b y M.J. Barbas^a

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 6 de marzo de 2014; aceptado el 4 de julio de 2014

Introducción

El aneurisma micótico de arteria poplítea es una enfermedad rara y de difícil diagnóstico. Describimos el caso de un paciente con síndrome de Marfan intervenido mediante sustitución de la aorta descendente. En el postoperatorio presenta una neumonía por *Acinetobacter baumannii* tratada con éxito. Tres meses después presenta un cuadro infeccioso por el mismo microorganismo, sin poder localizar el origen. Como consecuencia desarrolla un aneurisma micótico en la arteria poplítea. El tratamiento quirúrgico y la rehabilitación evitaron finalmente la aparición de secuelas.

Caso clínico

Varón de 29 años con síndrome de Marfan, intervenido por aneurisma de aorta descendente mediante resección y sustitución por un injerto protésico de Dacron. En el postoperatorio presenta neumonía y sepsis por *Acinetobacter baumannii* tratándose con imipenem. En la TAC torácica no

se evidencian complicaciones en la prótesis. El tratamiento antibiótico se mantiene durante 6 semanas estando al alta asintomático. Tres meses después, ingresa por cuadro febril con hemocultivos positivos a *Acinetobacter baumannii* sin evidencia de foco. Se inicia tratamiento con imipenem. Se descarta la retirada del material protésico al no tener evidencia de infección y por el alto riesgo quirúrgico. A los 10 días, el paciente presenta dolor intenso en la pierna derecha y aparición de petequias en ambas piernas con pulsos distales conservados. Un eco-Doppler informa de masa heterogénea en el músculo sóleo compatible con hematoma. Se interpreta como hemorragia muscular espontánea tratándose de forma conservadora al estar el paciente anticoagulado con acenocumarol y con un INR superior a 4. Una semana después desarrolla paresia de musculatura tibial anterior de la pierna, desaparición de los pulsos distales y disminución de la temperatura del pie. Se realiza un angio-TAC que informa de la presencia de un hematoma de 12 × 5 cm que comprime la arteria poplítea distal observando circulación colateral a través de ramas geniculares (figs. 1 y 2), por lo que se decide la intervención quirúrgica. En la intervención se encuentra un gran hematoma infragenicular con dilatación y destrucción de la pared de la arteria poplítea. Se realiza evacuación del mismo, ligadura de la arteria poplítea e injerto de vena safena invertida de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igrifoalbalat@gmail.com (I. Grifo).

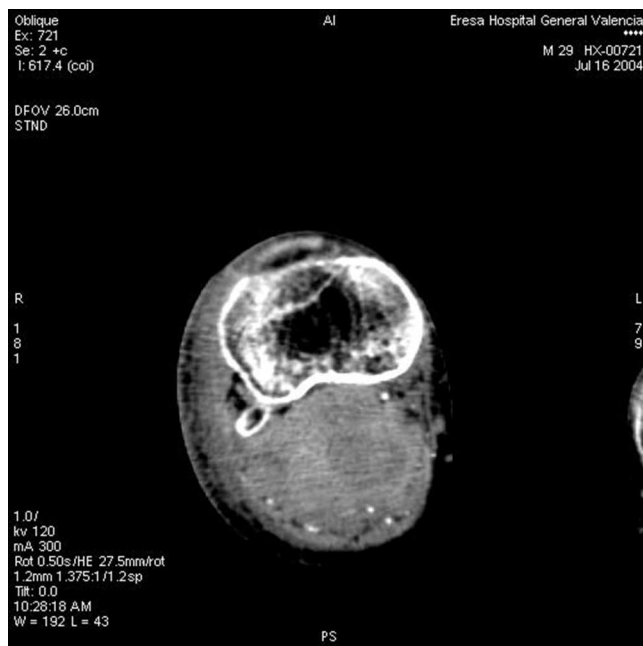


Figura 1 Corte transversal del angio-TAC donde se muestra el pseudoaneurisma.

femoral superficial distal a tronco tibioperoneo. En el postoperatorio desaparece el dolor y recupera la temperatura del pie. El cultivo del hematoma fue positivo para *Acinetobacter baumannii*. Se añade amikacina según antibiograma y se mantiene el tratamiento antibiótico durante 6 semanas más. Al alta el paciente presentó como secuela una leve paresia del ciático poplíteo externo que recuperó casi totalmente a los 6 meses tras rehabilitación.



Figura 2 Reconstrucción del angio-TAC donde se ve la oclusión de la arteria poplítea distal a nivel del pseudoaneurisma.

Discusión

Existen pocos casos documentados de aneurisma micótico en la arteria poplítea de origen embólico. La causa más frecuente es la embolización tras una endocarditis, siendo los microorganismos más frecuentemente aislados el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus viridans*¹. Se han propuesto varios mecanismos patogénicos: embolismo séptico a los vasa vasorum; inoculación directa tras un traumatismo; extensión de un proceso séptico por continuidad e infección de una lesión intimal o placa aterosclerótica durante una bacteriemia². Cualquiera de estos mecanismos puede llevar la afectación y dilatación de la pared arterial con la formación de un aneurisma. Su crecimiento suele ser rápido, y en la arteria poplítea aporta síntomas tempranos debido a la limitación de espacio. Los síntomas son dolor, edema, eritema y la aparición de petequias. La presencia de trombosis venosa o signos de isquemia con oclusión arterial suelen ser síntomas de compresión por el hematoma^{3,4}. En el 25% de los casos no se aísla ningún germen en el cultivo³. Si no se detecta el germen causante se deben administrar antibióticos de amplio espectro cubriendo estreptococos y estafilococos (causa más frecuente de endocarditis valvular) y *Salmonella*, que es el germen más frecuente causante de arteritis³. El tratamiento de elección consiste en la revascularización extraanatómica con vena autóloga. En el sector poplíteo es posible la reconstrucción *in situ* con razonable seguridad. También está descrita la ligadura simple o la técnica endovascular^{2,4}. Esta última es la preferida por algunos autores en caso de pacientes de alto riesgo². Aunque su permeabilidad a largo plazo no es buena^{5,6}, es importante tener en cuenta esta opción en pacientes de alto riesgo quirúrgico, aunque sea como medida temporal. Además, existe la posibilidad de una infección subclínica crónica por la existencia de una prótesis en la zona de infección².

En nuestro paciente, la neumonía fue el foco inicial de la sepsis, descartándose otros orígenes embolígenos. La presencia de la prótesis aórtica pudo mantener la infección subclínica, ya que en el segundo ingreso no existió evidencia de infección. Los microorganismos tienen predilección por arterias enfermas, generalmente por arteriosclerosis o con degeneración aneurismática⁷, por lo que es probable que suceda lo mismo en pacientes con otras enfermedades arteriales. La existencia de unas arterias patológicas pudo contribuir a la formación del aneurisma. El diagnóstico de sepsis en presencia de una prótesis debe ponernos alerta ante posibles complicaciones derivadas de la misma, aun sin evidencia de que esta esté infectada. El tratamiento antibiótico se deberá administrar durante al menos 6 semanas independientemente del foco que originó la sepsis y de la ausencia de signos de infección en la prótesis.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Killen SD, O'Brien N, O'Sullivan MJ, Karr G, Redmond HP, Fulton GJ. Mycotic aneurysm of the popliteal artery secondary to *Streptococcus pneumoniae*: A case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2009;3:117.
2. Bani-Hani MG, Elnahas L, Plant GR, Ward A, Moawad M. Endovascular management of ruptured infected popliteal artery aneurysm. *J Vasc Surg*. 2012;55:532-4.
3. Shakhnovich I, Seabrook GR, Brown KR, Lewis BD, Rossi PJ. Ruptured mycotic infrapopliteal aneurysm. *J Vasc Surg*. 2013;58:205-7.
4. Barros MV, Penna JT, Henriques JF, Roquette-Reis F, Labropoulos N. Infrapopliteal mycotic aneurysm caused by endocarditis: Case report and literature review. *Echocardiography*. 2010;27:77-9.
5. Barros M, Penna J, Henriques J, Roquette-Reis F, Labropoulos N. Infrapopliteal mycotic aneurysm caused by endocarditis-case report and literature review. *Echocardiography*. 2010;27:77-9.
6. Schimmer W, Somjen GM. Endovascular repair of a ruptured, mycotic popliteal aneurysm. *ANZ J Surg*. 2009;79(7-8):560-1.
7. Artigues I, Menéndez A, Ayala S, Ojeda I, Roderio J. Rupture of the abdominal aorta by an atherosclerotic plaque with associated aortoduodenal fistula. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2003;6:20-1.