



Caso clínico

Aorta: del síndrome confusional a la bacteriemia

Aorta: From confusional syndrome to bacteraemia

Ana González-Vázquez^{a,*} y Nuria Cerdeira-Iglesias^b^a Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España^b Servicio de Urgencias, Hospital do Barbanza, Ribeira, A Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2021

Aceptado el 20 de enero de 2021

El aneurisma micótico es una entidad rara, de difícil diagnóstico por su clínica inespecífica, con una morbimortalidad elevada, que supone una urgencia médica y, en ocasiones, incluso una urgencia. Por ese motivo, hacemos una revisión narrativa acerca de su prevalencia, etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento, para poder aumentar nuestro índice de sospecha ante pacientes con o sin factores de riesgo que presenten datos de sepsis y una clínica inespecífica que variará según su localización.

Varón de 65 años con antecedentes de enolismo activo y crisis convulsivas secundarias, acude por amnesia anterógrada y desorientación de 7 h de evolución. Buena adherencia terapéutica, niega consumo de tóxicos y síntomas de infección intercurrente.

En la exploración física no presenta alteraciones salvo bradialia y bradipsiquia. Se solicita analítica de sangre y orina, TAC cerebral y radiografía de tórax destacando leucocitosis con neutrofilia, hipertransaminasemia y PCR de 17. A las 3 h, presenta inquietud, tiritona y fiebre de 38 °C. Se extraen hemocultivos y se reinterroga al paciente refiriendo lumbalgia de 2 semanas de evolución, refractario a analgesia y malestar general. Al reexplorarlo se objetiva dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbares y en hipocondrio derecho con dudoso Murphy, iniciándose tratamiento con piperacilina-tazobactam por sospecha de bacteriemia abdominal, sin criterios de sepsis según escala SOFA. Solicitamos ecografía abdominal informada como normal y radiografía de columna lumbar informada como signos degenerativos. Tras descartarse origen respiratorio, abdominal y urinario, se realiza punción lumbar siendo el LCR normal. A las 24 h, sufre deterioro clínico y hemodinámico siendo trasladado a la UCI. Además, alertan de hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* por lo que



Figura 1. Proyección coronal de la TAC de pseudoaneurisma micótico en formación.

se amplía antibioterapia a cloxacilina y vancomicina, y se realiza ecocardiograma transesofágico donde no se aprecian datos de endocarditis. Se solicita RMN para descartar espondilodiscitis, pero la inquietud del paciente no permite su realización, realizándose TAC toracoabdominal con contraste objetivándose un pseudoaneurisma micótico en formación en aorta abdominal distal con rotura contenida (figs. 1 y 2) siendo intervenido quirúrgicamente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalezvazquezana91@gmail.com (A. González-Vázquez).



Figura 2. Proyección sagital de la TAC de pseudoaneurisma micótico en formación.

realizándose *bypass* axilo-bifemoral con prótesis PTFE 8 mm desde axila izquierda a ambas femorales y ligadura de aorta abdominal infrarrenal y de ambas arterias ilíacas comunes. A pesar de ello, el paciente presenta mala evolución siendo éxitus a los 3 meses.

Los aneurismas micóticos surgen debido a la rotura contenida de la pared del vaso secundaria a un proceso infeccioso y al desarrollo de un pseudoaneurisma sacular en su contigüidad. Debido a la rápida progresión y mortalidad elevada, es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz¹⁻⁴.

Su prevalencia es baja, siendo más frecuente en pacientes con factores de riesgo y en varones menores de 65 años^{2,4}.

Su origen puede ser debido a una aortitis, inoculación directa o bien por una infección contigua al vaso (espondilodiscitis o endocarditis)^{1,3,6}.

Los gérmenes más frecuentemente implicados son *Staphylococcus*, *Streptococcus* y *Salmonella*, a excepción de los UDVP que son polimicrobianas^{2,3}.

El diagnóstico debe basarse en un alto índice de sospecha ante una clínica inespecífica según la localización de la arteria afectada

junto síntomas generales. Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos y los hemocultivos solo son positivos en un 40-70%^{1,3,5}.

Hasta hace unos años, la arteriografía era el *gold standard*; sin embargo, la imagen puede no tener diferencias respecto a un aneurisma no infectado, siendo sustituido por el TAC como técnica de elección^{1,4,5}.

El tratamiento todavía está en discusión. Debido a la rápida progresión, debemos de realizar un inicio temprano del tratamiento antibiótico y quirúrgico. La resección de los tejidos infectados debe de ser amplia teniendo en cuenta la revascularización anatómica. Su objetivo es doble: erradicar la infección y mantener la continuidad vascular siendo el *bypass* biaxilobifemoral la técnica más empleada^{2,3,6}.

Con respecto al tratamiento médico, el antibiótico debe ser según el protocolo de endocarditis y siempre que sea posible, según antibiograma. Su duración se prolonga de 6 a 8 semanas y, en ocasiones, de forma indefinida^{2,3}.

Como conclusión, el aneurisma micótico es una entidad rara con una elevada morbimortalidad. Debemos sospecharla ante pacientes sépticos sin foco evidente, y con dolor según la localización afectada. La técnica diagnóstica es la TAC y su tratamiento consiste en antibioterapia de amplio espectro y cirugía urgente.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Deipolyi AR, Rho J, Khademhosseini A, Oklu R. Diagnosis and management of mycotic aneurysms. *Clin Imaging* 2016;40:256–62.
2. Perez Burkhardt JL. Aneurismas micóticos: particularidades diagnósticas y de tratamiento. *Angiología* 2016;68:46–54.
3. Denis Spelman, Stephen B Calderwood, John F Eidt, Joseph L Mills. Overview of infected (mycotic) arterial aneurysm - UpToDate.pdf. [consultado 10 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/mergullador.sergas.es/contents/overview-of-infected-mycotic-arterialaneurysm?search=infected%20mycotic%20aneurysm&source=search.result&selectedTitle=1~150&usage.type=default&display.rank=1>.
4. Deipolyi AR, Bailin A, Khademhosseini A, Oklu R. Imaging findings, diagnosis, and clinical outcomes in patients with mycotic aneurysms: Single center experience. *Clin Imaging* 2016;40:512–6.
5. Mikail N, Benali K, Ou P, Slama J, Hyafil F, Le Guludec D, et al. Detection of Mycotic Aneurysms of Lower Limbs by Whole-Body ¹⁸F-FDG-PET. *JACC Cardiovasc Imaging* 2015;8:859–62.
6. Naidu DP, Quinones JA, Lutschg KW, Balaguru D. Healthy Adolescent with a Mycotic Aortic Aneurysm from Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. *Tex Heart Inst J* 2017;44:279–82.