



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2370 - Ante una punción femoral complicada

M.C. Moreno Vivancos<sup>a</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>b</sup>, M. González<sup>c</sup>, S.I. Roncero Martín<sup>d</sup>, M.I. Gómez López<sup>b</sup> y M.C. Jiménez Ramírez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud II. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 64 años, acude a consulta por fiebre de alto grado con tiritona y escalofríos de 5 días de evolución que no cede con antitérmicos, con importante deterioro del estado general, que se acompaña de dolor e inflamación en miembro inferior derecho, de predominio en primer y segundo dedo del pie, junto a alguna lesión en piel de la planta del pie. Antecedentes: hipertensión arterial, DM 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia no tratadas. Sobrepeso grado II. Exfumador. 25 días antes remitimos al paciente a consulta de neurología por episodio de amaurosis fugax, tras ser estudiado y realizarle angioTAC se informó de estenosis del 87% en arteria carótida interna derecha. Diez días después se le realizó arteriografía tras la que se colocó stent sobre carótida derecha con abordaje a través de femoral. Ante la sospecha de embolismo séptico dados los antecedentes, remitimos al paciente al hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ligera palidez mucocutánea. En miembro inferior derecho se aprecia eritema en dorso de primer y segundo dedo del pie, junto a hiperalgesia al mínimo roce en dicha zona. En planta del pie presenta 3-4 lesiones puntiformes, de aspecto petequial. A nivel inguinal derecho se palpa zona indurada, sin signos inflamatorios externos, dolorosa a la palpación. Analítica: anemia normocítica normocrómica. PCR: 20.2. Procalcitonina: 0,58. Hemocultivo positivo a las 25 horas: *Staphylococcus aureus* meticilín sensible. Interconsulta a oftalmología: no focos sépticos corioretinianos ni edema de papila. No se aprecian émbolos en vasos retinianos. Radiografía de tórax anodina. Eco doppler arterial: zona hipoecoica de 2 cm de diámetro posterior al origen de la arteria femoral común, con zonas de flujo en su interior y una zona trombosada. Ecocardiograma transesofágico: no se evidencian hallazgos compatibles con vegetaciones valvulares. TAC de aorta y miembros inferiores: en región inguinal derecha se confirma presencia de una dilatación aneurismática dependiente del origen de la arteria femoral derecha. Ante resultados de hemocultivos tratamos con cloxacilina a dosis altas y tras descartar endocarditis infecciosa, ya que el probable origen de la bacteriemia sea el pseudoaneurisma en zona femoral, se consulta con radiología intervencionista que decide tratamiento con control ecocardiográfico con embolización con 400 U de trombina.

**Juicio clínico:** Bacteriemia por estafilococo aureus meticilín sensible de foco endovascular. Embolismos sépticos distales. Pseudoaneurisma femoral pospunción tratado con inyección local de trombina.

**Diagnóstico diferencial:** Endocarditis infecciosa. Vasculitis séptica cutánea. Vasculopatía trombótica. Embolismo graso, gaseoso.

**Comentario final:** El pseudoaneurisma es una lesión posible tras punción de una arteria por disruptión de la misma. La inyección directa de trombina por vía percutánea fue utilizada por primera vez en 1986. La utilización de la ecografía como guía presenta grandes ventajas al definir la anatomía y grado de comunicación con la luz arterial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Jiménez Y, Fraga J, Requena C, Requena L, et al. Acute bacterial septic vasculopathy. *Int J Dermatol.* 2013;59 (2).
2. Morgan R, Belli AM. Current treatment methods for postcatheterization pseudoaneurysmas. *J Vas Intr Radiol.* 2003;14:697-710.
3. La Perna L, Olin JW, Goines D, et al. Ultrasound guides thrombic injection for the treatment of postcatheterization pseudoaneurysms. *Circulation.* 2000;102:2391-5.