

## Infeción precoz de una prótesis en la aorta abdominal: tratamiento mediante un aloinjerto criopreservado

L. Fernández-Alonso



**Figura 1.** Imagen operatoria que muestra la prótesis sin integrar y el absceso peri-protésico drenando pus (flecha).

Aunque los aloinjertos arteriales se utilizaron muy frecuentemente en la cirugía de la aorta abdominal durante la primera década de la recién estrenada cirugía arterial reconstructiva [1], su uso se abandonó en la década de los sesenta debido a problemas en la

obtención y conservación de los injertos, a los malos resultados a medio plazo y, sobre todo, a la aparición de las prótesis sintéticas. En los años noventa se introdujeron de nuevo para el manejo de la infección de prótesis de la aorta abdominal infrarrenal [2].

*Aceptado tras revisión externa: 29.03.06.*

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra, España.*

*Correspondencia: Dr. Leopoldo Fernández-Alonso. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Universitaria de Navarra. Avda. Pío XII, 36. E-31008 Pamplona (Navarra). Fax: +34 948 296 500. E-mail: lfezalonso@unav.es*

© 2006, ANGIOLOGÍA

*Caso clínico.* Mujer de 82 años trasladada de otro centro por deterioro general y fiebre de tres meses de evolución desde que se la intervino de rotura de un aneurisma de la aorta abdominal con sustitución por un injerto aorto-aórtico de dacron de 18 mm. Durante el estudio se documenta la existencia de un absceso

alrededor del injerto que se extiende por ambos músculos psoas. Se procede a realizar una punción guiada por tomografía axial computarizada, y se obtiene abundante pus en el cual crece *Salmonella* sp.

Tras cinco días con un sistema de lavado se interviene de forma electiva. Después del control de aorta suprarrenal se abre la cavidad que rodea la prótesis y se extrae abundante pus (Fig. 1). Se reseca la prótesis refrescando los bordes aórticos y se interpone un injerto criopreservado de 16 mm obtenido de nuestro banco (Fig. 2). Se lava la cavidad con abundante suero y se realiza una epiploplastia amplia que cubre el lecho quirúrgico (Fig. 3).

La paciente evoluciona favorablemente; se le da el alta a los 20 días. Ocho meses después la enferma se encuentra asintomática y sin signos de reinfección ni complicaciones relacionadas con el injerto.

**Discusión.** Los resultados del manejo de las infecciones de injertos de aorta abdominal mediante la utilización de injertos criopreservados son, al menos, similares a aquellos obtenidos con otras alternativas terapéuticas (*bypass* extraanatómico, sustitución *in situ* o injertos de la vena femoral) [3]. Además, al tratarse de una técnica de reconstrucción *in situ*, evita las posibles complicaciones relacionadas con el muñón aórtico y con los injertos sintéticos extraanatómicos, permite revascularizar las arterias hipogástricas y disminuye mucho el tiempo quirúrgico, por lo que debe considerarse como una alternativa útil en determinados enfermos.



Figura 2. Injerto criopreservado que sustituye la prótesis antigua.



Figura 3. Epiploplastia amplia que cubre el lecho quirúrgico.

## Bibliografía

1. De Bakey ME, Creech O Jr. Occlusive disease of the aorta and its treatment by resection and homograft replacement. *Ann Surg* 1954; 140: 290-310.
2. Bahnini A, Ruotolo C, Koskas F, Kieffer E. In situ fresh allograft replacement of an infected aortic prosthetic graft: 18-month follow-up. *J Vasc Surg* 1991; 14: 98-102.
3. Kieffer E, Gomes D, Chichle L, Fleron MH, Koskas F, Bahnini A. Allograft replacement for infrarenal aortic graft infection: early and late results in 179 patients. *J Vasc Surg* 2004; 39: 1009-17.