

CARTAS CIENTÍFICAS

Rotura de arteria femoral superficial por infección arterial

Rupture of the superficial femoral artery due to an arterial infection

N. Sanz Pastor*, R. Fernández Samos Gutiérrez, G. Alonso Argüeso, J.C. Fletes Lacayo, E. Menéndez Sánchez y G. Novo Martínez

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Los pseudoaneurismas micóticos han sido reportados en la bibliografía desde hace años y en la actualidad su causa más común es el abuso de drogas por vía parenteral. Aparecen por infección bacteriana de la pared arterial. La clínica clásica que presentan se caracteriza por dolor, tumoración y pulsatilidad en un paciente con signos y síntomas sistémicos de infección o sepsis. Su tratamiento es controvertido, siendo el más aceptado la ligadura y exclusión, con o sin revascularización, de la arteria infectada.

Presentamos el caso de un varón de 73 años de edad, alérgico a penicilinas, con antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipemia e hiperuricemia, bloqueo auriculoventricular, ictus isquémico y portador de marcapasos para tratar crisis de flutter auricular. Como antecedentes vasculares destaca angioplastia-stent de estenosis crítica de arteria iliaca común izquierda para tratar isquemia en grado IIb, con resultado satisfactorio hasta la actualidad. El miembro inferior derecho era asintomático, pero presentaba ausencia de pulsos poplíteos y distales.

Un mes antes del cuadro clínico, el paciente acude al servicio de urgencias por fiebre, tiritona y dolor en muslo derecho, pautándosele un tratamiento antibiótico de forma empírica, sin comentarle un diagnóstico claro y dándole de alta domiciliaria. Quince días después regresa a consultar al servicio de urgencias por la mala evolución de su sintomatología, que no solo no ha mejorado a pesar del tratamiento, sino que ha empeorado apareciendo enrojecimiento y calor en la cara interna del muslo. En esta nueva consulta se avisa al servicio de cirugía vascular para valoración y se le realiza una eco-Doppler en la que se descarta trombo-

sis venosa profunda, pero se objetiva colección en la cara interna del muslo derecho compatible con hematoma. En la analítica presenta un cociente internacional normalizado de 4,2, decidiéndose el ingreso en el servicio de medicina interna con el diagnóstico de hematoma por sobredosificación de acenocumarol. Durante el ingreso se retira el tratamiento con acenocumarol y se añade pauta antibiótica intensiva con levofloxacino.

Al cuarto día del ingreso se comprueba pulsatilidad en la tumoración de muslo derecho, que no existía previamente. En una nueva ecografía se observa una gran dilatación aneurismática de la arteria femoral superficial, con múltiples calcificaciones y flujo arterial en su interior. Con el diagnóstico de hematoma pulsátil, el paciente pasa al servicio de cirugía vascular. Se solicita una angiotomografía computarizada, que informa como sospecha de hematoma contenido de aproximadamente 5,5 cm en cara interna de muslo derecho, probablemente por rotura de arteria femoral superficial (fig. 1). Asimismo, durante el ingreso se obtuvieron hemocultivos que fueron positivos para *Staphylococcus aureus*.

A la vista de estos resultados se decide intervención quirúrgica en la que, por incisión en cara interna de muslo sobre el trayecto del músculo sartorio, se realizó un control proximal de la arteria femoral superficial y posterior apertura de la zona del hematoma pulsátil, se lleva a cabo la evacuación del trombo observándose, en el interior del pseudoaneurisma, los cabos arteriales de la arteria femoral superficial que estaba rota y dislacerada (fig. 2). Se ligan ambos cabos arteriales previa endarterectomía de la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.sanz2@gmail.com (N. Sanz Pastor).



Figura 1 Angio-TC: rotura arteria femoral superficial, con hematoma de 5,5 cm de diámetro.

endoarteria calcificada y se cierra por planos dejando un drenaje. La evolución del paciente es satisfactoria, permaneciendo asintomático por una excelente compensación a través de la arteria femoral profunda.

S. aureus es el microorganismo que más comúnmente produce bacteriemia y, por lo tanto, se puede asociar a pseudoaneurismas micóticos. Otros microorganismos frecuentes en este tipo de patología son *Salmonella*, *Escherichia coli* y algunas especies de anaerobios¹. Las zonas preferentes de asiento de la infección, en caso de bacteriemia, son las placas ateroscleróticas (como ocurrió en nuestro paciente), los aneurismas y las bifurcaciones¹, siendo las arterias más comúnmente afectadas la aorta y el árbol femoral².

El tratamiento de los pseudoaneurismas infecciosos de la arteria femoral superficial ha de ser siempre quirúrgico, aceptándose la ligadura simple sin revascularización como una de las opciones quirúrgicas. Esta presenta un riesgo de amputación de la extremidad intervenida del 34%. Es importante valorar la necesidad de la revascularización del miembro tras la ligadura. Se ha demostrado que en caso de necesidad de revascularización, si esta se realiza en el mismo acto quirúrgico se obtienen mejores resultados que en caso de realizarla en un segundo acto quirúrgico, aunque esta opción también es válida^{1,2}. Para la revascularización hay unanimidad en la opinión de que la vena safena es el mejor material, ya que es la que presenta una menor tasa de reinfección. Asimismo, la técnica quirúrgica preferida es la derivación extraanatómica²⁻⁴, ya que al evitar la zona infectada también presenta una menor tasa de reinfección. La utilización de injertos humanos criopreservados cuando la vena autóloga está agotada se postula como una buena opción quirúrgica para evitar la reintervención⁵. Comentar

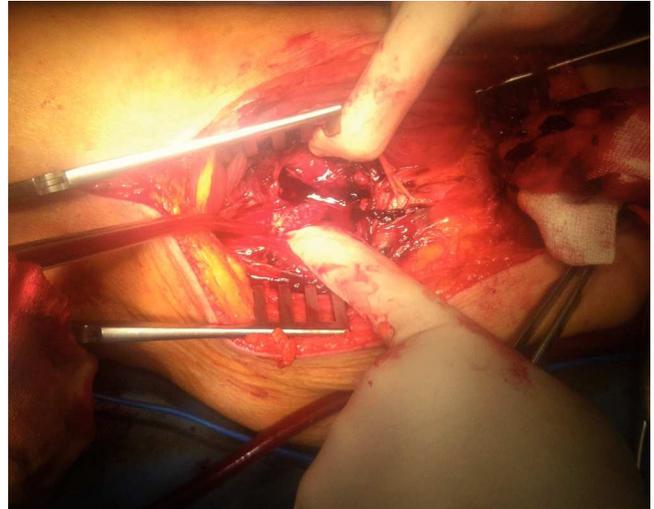


Figura 1 Imagen quirúrgica: rotura arteria femoral superficial.

que la cirugía endovascular es postulada por algunos autores como alternativa, con buenos resultados para pacientes de muy alto riesgo quirúrgico⁶, aunque hay que tener en cuenta el alto riesgo de infección protésica al estar en contacto con la zona contaminada.

Como comentario final, decir que la opción quirúrgica con mejores resultados en caso de pseudoaneurisma micótico de arteria femoral superficial es la ligadura con revascularización mediante injerto extraanatómico de vena safena.

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 han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cury MV, De Campos MH, Dos Santos DP. Salmonella-related mycotic pseudoaneurysm of the superficial femoral artery. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3:27-9.
2. Carvalho PM, Mota JD, Dias PG, Da Mota AO, De Moura JJ. Mycotic aneurysm of the femoral artery complicating *Staphylococcus aureus* bacteremia: a case report. *Cases Journal.* 2009;2:9386.

3. Mehmud Malik A, Naeem Ashraf M, Bakht Kayani S. Experience of treating mycotic aneurysm of femoral artery at foundation university medical college hospital, Rawalpindi. Disponible en: <http://www.pafmj.org/showdetails.php?id=77&t=c>
4. Moini M, Rasouli MR, Rayatzadeh H, Sheikholeslami G. Management of femoral artery pseudo-aneurysms in Iran: a single centre report of 50 cases. *Acta Chir Belg.* 2008;108:226-30.
5. Brown KE, Heyer K, Rodríguez H, Eskandari MK, Pearce WH, Morasch MD. Arterial reconstruction with cryopreserved human allografts in the setting of infection: A single-center experience with midterm follow-up. *J Vasc Surg.* 2009;49:660-6.
6. Callaert JR, Fourneau I, Daenens K, Maleux G, Nevelsteen A. Endoprosthetic treatment of a mycotic superficial femoral artery aneurysm. *J Endovasc Ther.* 2003;10:843-5.