Aneurisma micótico de arteria axilar

Sr. Editor:

Se define como aneurisma micótico la dilatación circunscrita de una arteria, secundaria a una infección de la pared vascular. La diseminación de la infección puede ser intravascular (bacteriemias y embolias sépticas especialmente en la endocarditis infecciosa) o extravascular (focos infecciosos contiguos, como abscesos). La relación entre los aneurismas micóticos y la endocarditis infecciosa fue descrita por primera vez por Osler en 1885 y es una complicación poco frecuente, y más tratándose de la arteria axilar. En la bibliografía mundial sólo se encuentran documentados algunos casos aislados.

Se presenta el caso de una mujer de 22 años que ingresó en nuestra institución para estudio de un síndrome febril prolongado. Como antecedentes positivos, refiere prolapso de la válvula mitral. Durante el examen físico se detectó un nuevo soplo intenso de insuficiencia mitral y otros signos periféricos compatibles con endocarditis infecciosa (manchas de Roth, lesiones de Janeway, nódulos de Osler, embolia en miembro superior izquierdo). Los análisis de laboratorio presentaban leucocitosis (el 90% neutrófilos, con formas inmaduras) y eritrosedimentación aumentada. Los hemocultivos fueron 3/3 positivos para *Staphylococcus aureus* no resistente a meticilina. También se realizó un ecocardiograma transtorácico, en el que se evidenció una vegetación sobre la valva mitral posterior. El ecocardiograma transesofágico mostró válvula mitral de aspecto mixomatoso en la que se observaba, sobre la cara auricular de la base de la valva posterior, imagen multilobulada que ocupaba gran parte de la aurícula izquierda. La paciente fue sometida a reemplazo de válvula mitral con prótesis mecánica (la indicación se fundamentó en el tamaño de la vegetación y múltiples eventos embólicos) y completó su tratamiento antibiótico para su endocarditis infecciosa, evolucionando sin complicaciones. A los 15 días del procedimiento quirúrgico, presentó parestesia-paresia periférica del miembro superior izquierdo (predominantemente radial, confirmada en electromiograma); en el examen clínico se detectó una pequeña masa pulsátil axilar. Se solicitó eco-Doppler arterial y luego una angiografía que evidenciaron un gran aneurisma fusiforme de la arteria axilar izquierda (fig. 1). En primera instancia se intentó la reparación del aneurisma colocando una endoprótesis, pero el procedimiento no tuvo éxito. Por consiguiente, se decidió el tratamiento quirúrgico convencional, con exéresis del aneurisma, liberación del plexo braquial y *bypass* axilohumeral con vena (fig. 2). La paciente fue dada de alta al cuarto día de la cirugía y tras 1 año de seguimiento no presentó complicaciones.

Fig. 1. Angiografía periférica de la arteria subclavia izquierda que muestra el aneurisma de la arteria axilar.

La etiología micótica se fundamentó en el contexto clínico de la paciente, ausencia de traumatismo arterial (incluido el iatrogénico), estudio anatomopatológico posterior con cambios degenerativos e infiltrado leucocitario polimorfonuclear desde la íntima hasta la adventicia.

En una revisión bibliográfica encontramos que la fisiopatología de los aneurismas micóticos incluye embolia distal, infección en una lesión arterial preexistente o *stent,* traumatismo de la pared arterial e infección de un foco contiguo[1]. En cuanto a los gérmenes aislados, cuando el aneurisma se asocia a endocarditis infecciosa, encontramos *Staplylococcus aureus* y *S. epidermidis*, *Streptococcus viridans* y *S. faecalis, Pneumococcus* y *Haemophilus.* De ellos, el más frecuentemente aislado es *Staphylococcus*[1,2]. Otros gérmenes registrados son *Salmonella, Klebsiella* y *Escherichia coli.* Con respecto a la presentación clínica, puede variar desde asintomática —que se detecta por masa pulsátil— hasta afección neurovascular grave por compresión del plexo braquial o eventos embólicos distales. La rotura espontánea suele ser una complicación grave[3]. En los estudios complementarios, la leucocitosis y la eritrosedimentación incrementada son los hallazgos más importantes. Los hemocultivos son positivos

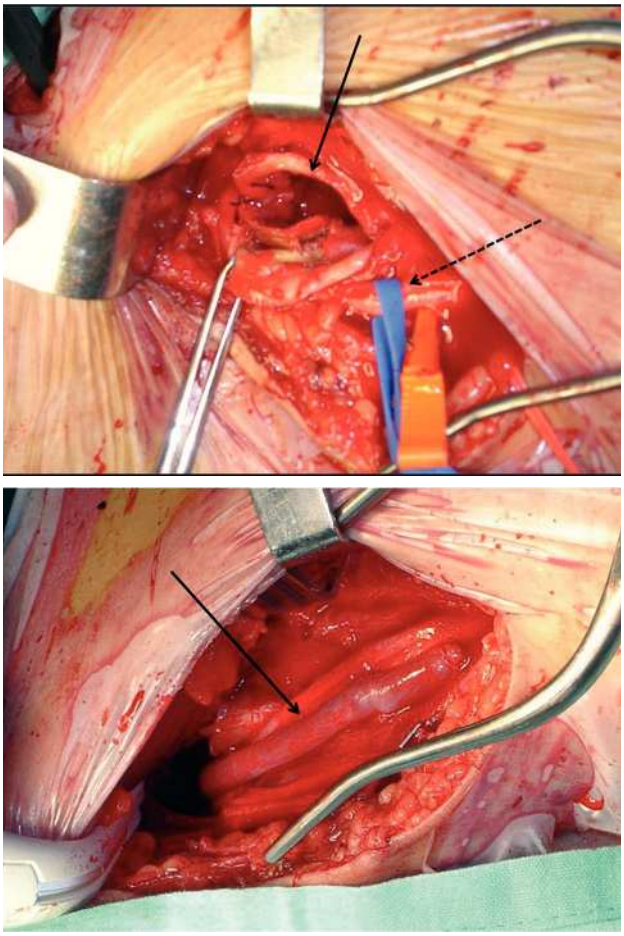

Fig. 2. Imágenes intraoperatorias. A: se evidencia el aneurisma de la arteria axilar abierto (flecha continua) y su relación con parte del plexo braquial (flecha punteada). B: *Bypass* venoso axilohumeral conectado en la cirugía.

en un 50-70% de los pacientes. El diagnóstico definitivo de los aneurismas puede hacerse mediante eco-Doppler arterial, tomografía computarizada, resonancia magnética o angiografía. La angiografía es una herramienta fundamental para planificar el tratamiento[2]. La acción terapéutica incluye el tratamiento antibiótico para la endocarditis infecciosa, según cada caso, y exéresis del aneurisma con reconstrucción del flujo con *bypass*. Como alternativa minimamente invasiva, se han descrito casos exitosos de reparación con prótesis endovasculares y con menor incidencia de lesiones de estructuras vecinas al aneurisma en comparación con la cirugía[2,4].

Gabriel Pérez Baztarrica, Roberto Cherjovsky,
Norberto Blanco y Rafael Porcile
Departamento de Cardiología. Servicio de Cirugía Cardiovascular.
Hospital de la Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina.
Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires. Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jhirad R, Kalman P. Mycotic axillary artery aneurysm. J Vasc Surg. 1998;28:708-9.
2. Koseoglu K, Cildag S, Sen S, Boga M, Parildar M. Endovascular treatment of mycotic subclavian artery aneurysm using stent-graft. EJVES. 2006;11:97-101.
3. Gupta S, Lee D, Goldstein R, Villani R. Axillary artery aneurysm. J Emerg Med. 2006;28:215-6.
4. Gray R, Stone W, Fowl R, Cherry K, Bower T. Management of true aneurysms distal to the axillary artery. J Vasc Surg. 1998;28:606-10.