

Aortitis infecciosas: ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Cómo las diferenciamos de las no infecciosas?

Fernández-Argüelles García, Amaya¹, Rico Gala,
Susana¹, Bello Garrido, Ángela¹

¹Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla

OBJETIVO DOCENTE:

Nuestro objetivo es describir las características en imagen de los diferentes tipos de aortitis infecciosas y cómo realizar un diagnóstico diferencial con las no infecciosas, así como intentar describir el mecanismo etiopatogénico de las mismas.

REVISIÓN DEL TEMA:

La aortitis infecciosa ocurre tras la colonización de la pared arterial, muchas veces dañada, por determinados microorganismos, habitualmente bacterianos como la salmonella o el estafilococo, menos frecuentes como la tuberculosis o la sífilis e incluso víricos (VIH).

Son factores predisponentes una pared aórtica dañada, por enfermedad arteriosclerótica, aneurismas, diabetes, malformaciones vasculares, los dispositivos médicos o los antecedentes quirúrgicos.

Las vías de diseminación habituales son la hematógena, por contigüidad o por inoculación directa.

El TC multicorte es el método de elección para su diagnóstico. Es rápido y accesible, y permite reconstrucciones multiplanares y volumétricas.

El PET-TC sirve para determinar la actividad inflamatoria aguda y su evolución.

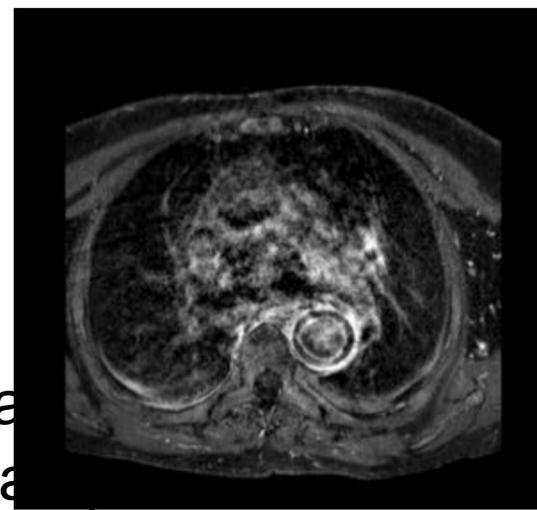
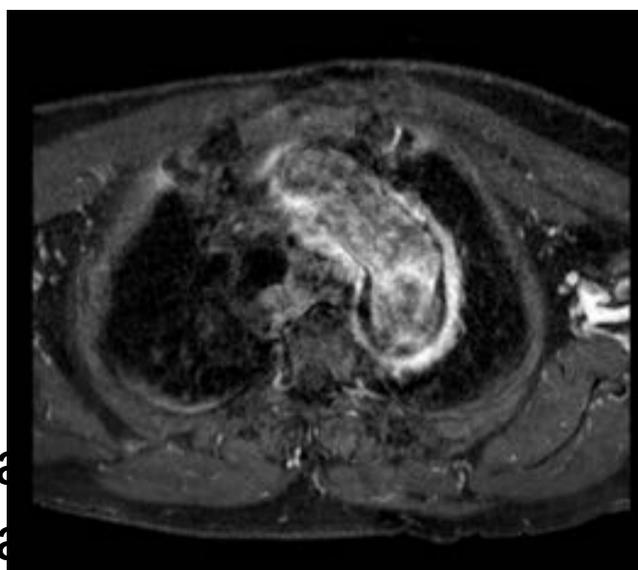
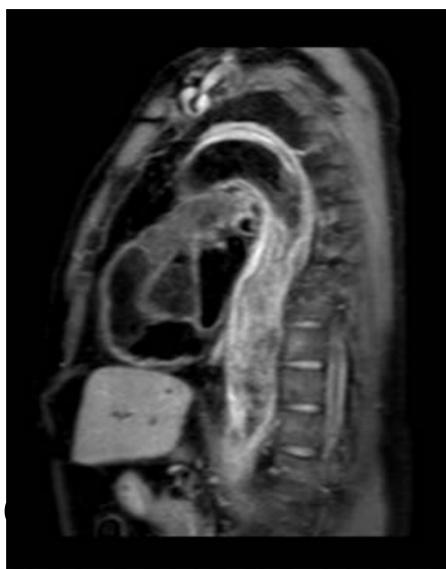
La localización, el tipo de aneurisma que conlleva, cómo se ven afectados los tejidos blandos o los hallazgos asociados nos permiten un diagnóstico de aproximación y realizar un diagnóstico diferencial con las aortitis no infecciosas.

Presentamos varios casos de pacientes diagnosticados de aortitis en nuestro Centro, muchos de ellos de causa infecciosa, y analizamos los hallazgos de las imágenes.

CASO1.

Paciente de 71 años, hipertenso y diabético, diagnosticado de probable poliartritis seronegativa, con varios episodios de anemia repetidas que han precisado transfusiones.

Los hallazgos en TC y RM muestran extensa enfermedad aórtica, tanto torácica como abdominal, que permanece estable a lo largo del tiempo, por lo que se considera su origen inflamatorio más que infeccioso. No se observan cambios inflamatorios en la grasa adyacente ni presencia de gas..



del cayado y toda la aorta torácica descendente. Engrosamiento concéntrico de la misma, con aumento de señal en T2 y STIR.

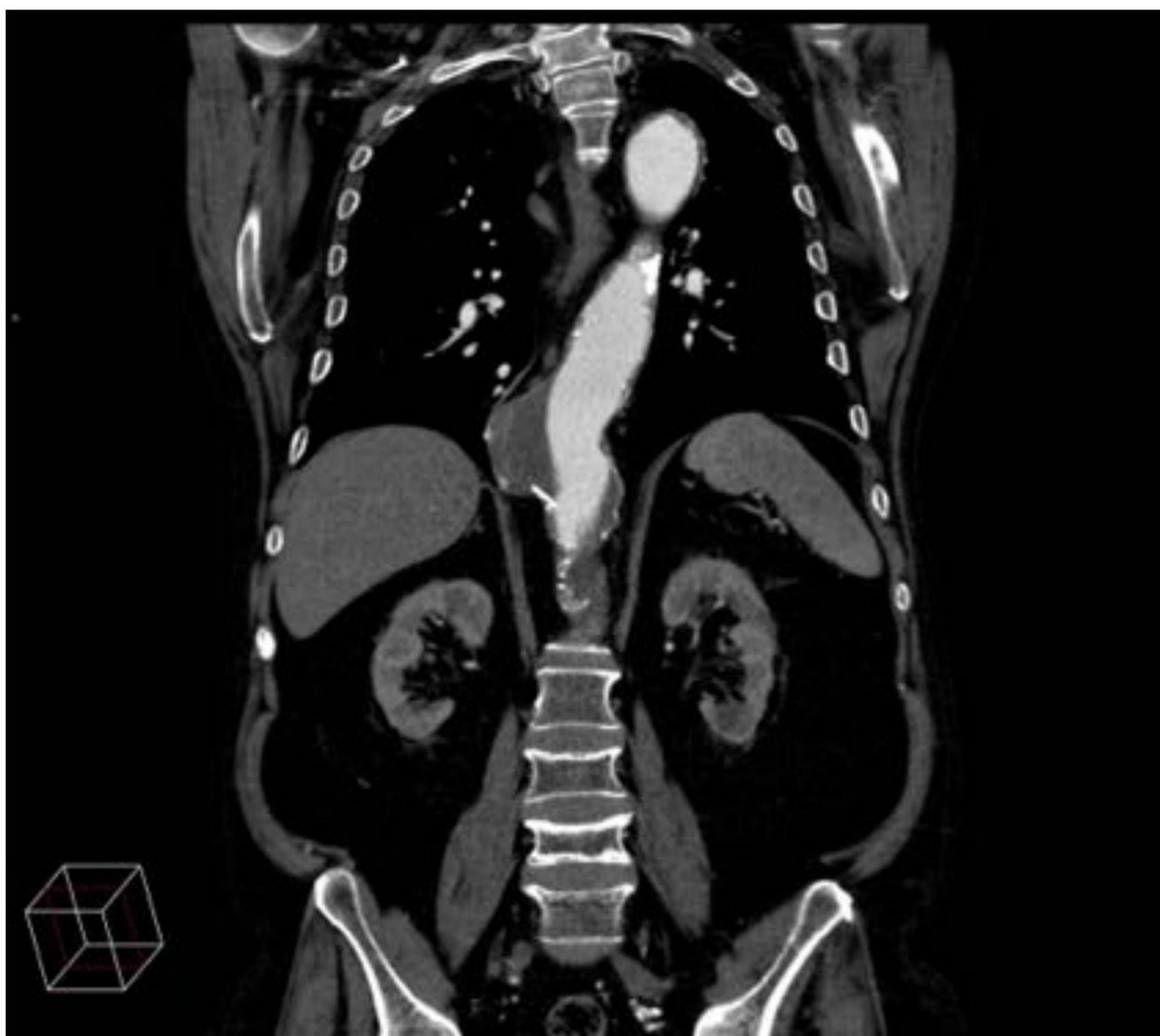


Fig.4 y 5. Dilatación aneurismática en el segmento toraco abdominal de la aorta descendente con trombo mural en su pared lateral derecha.

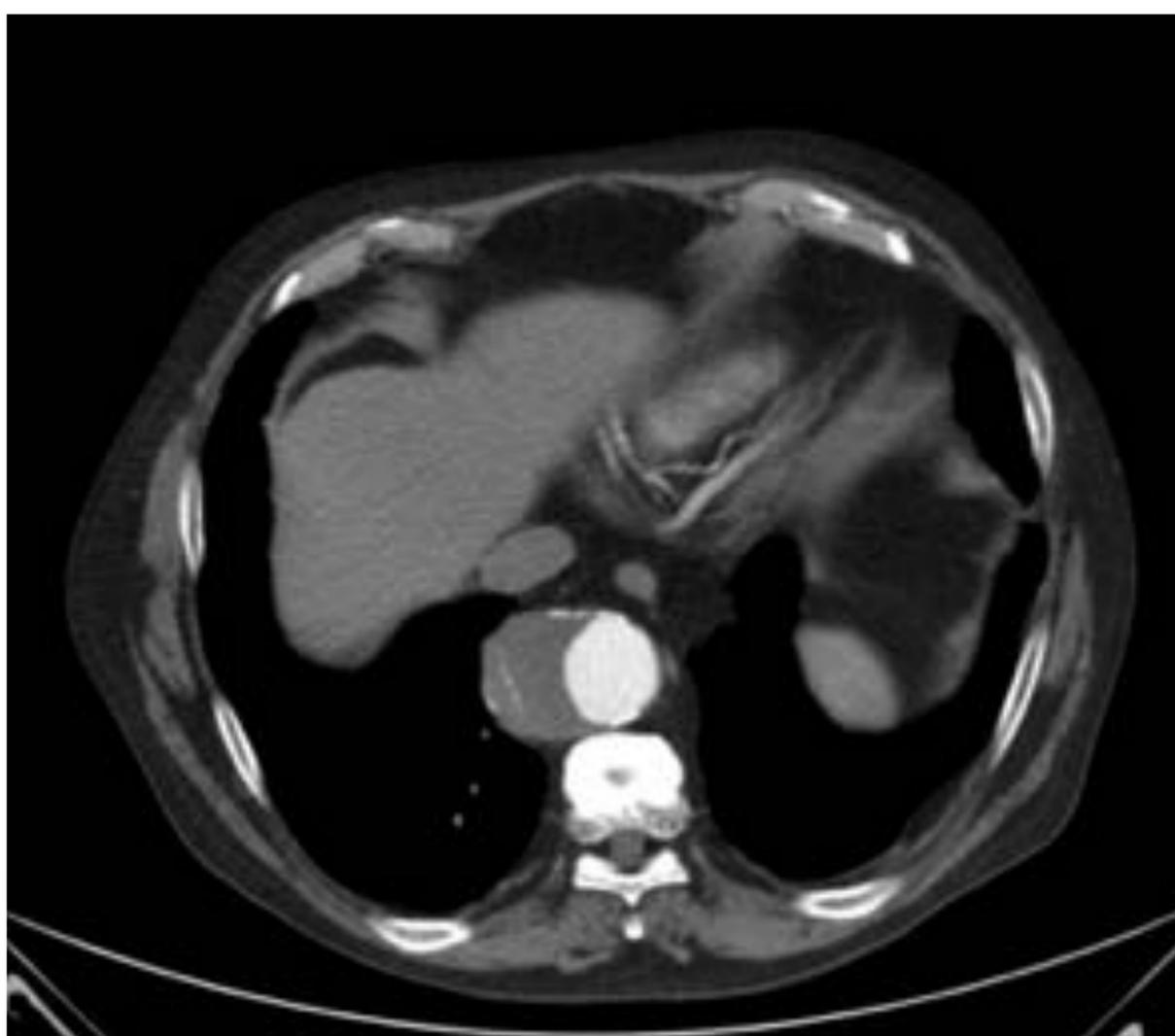




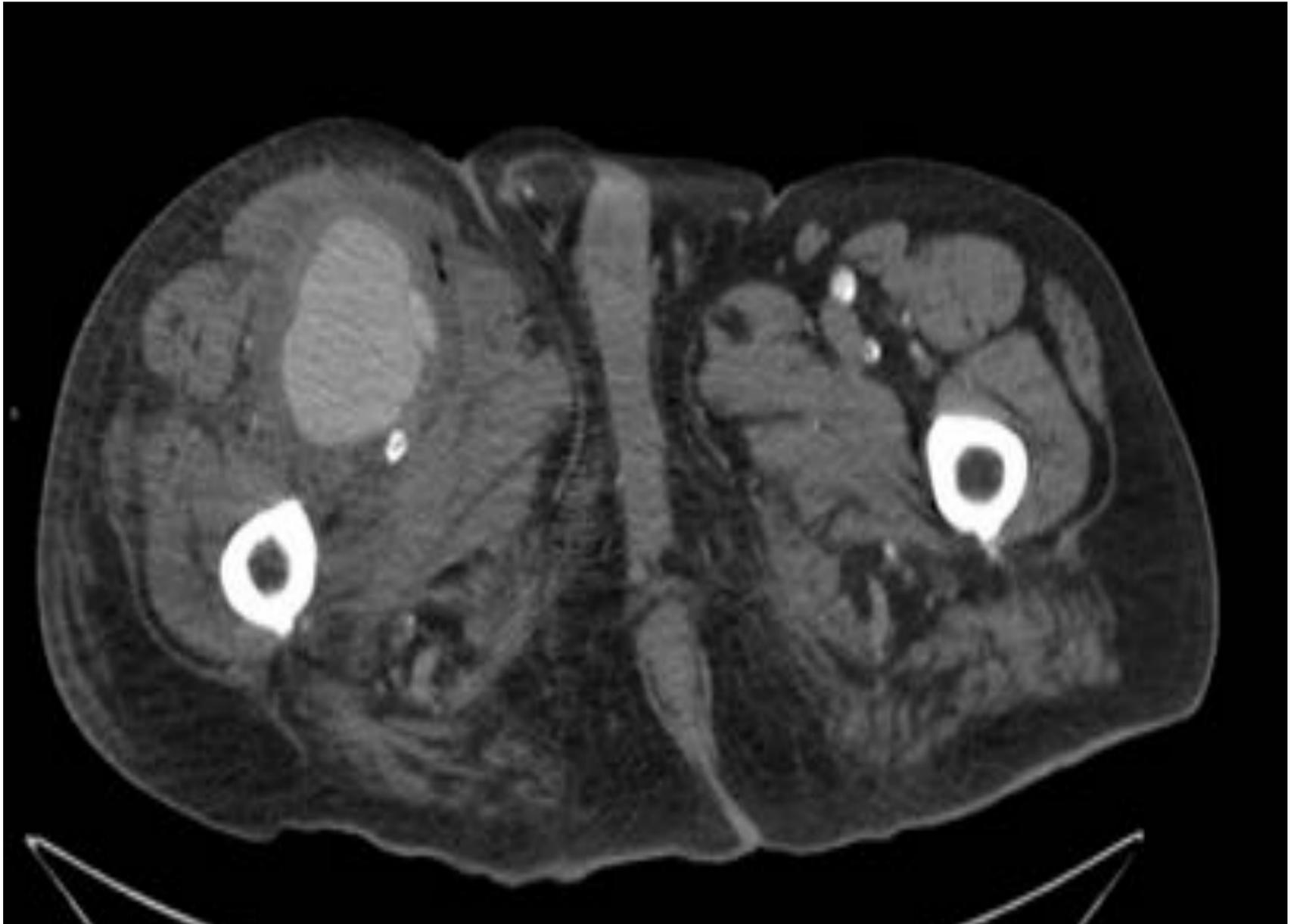
Fig.6. Aneurisma sacular en pared lateral del cayado aórtico.

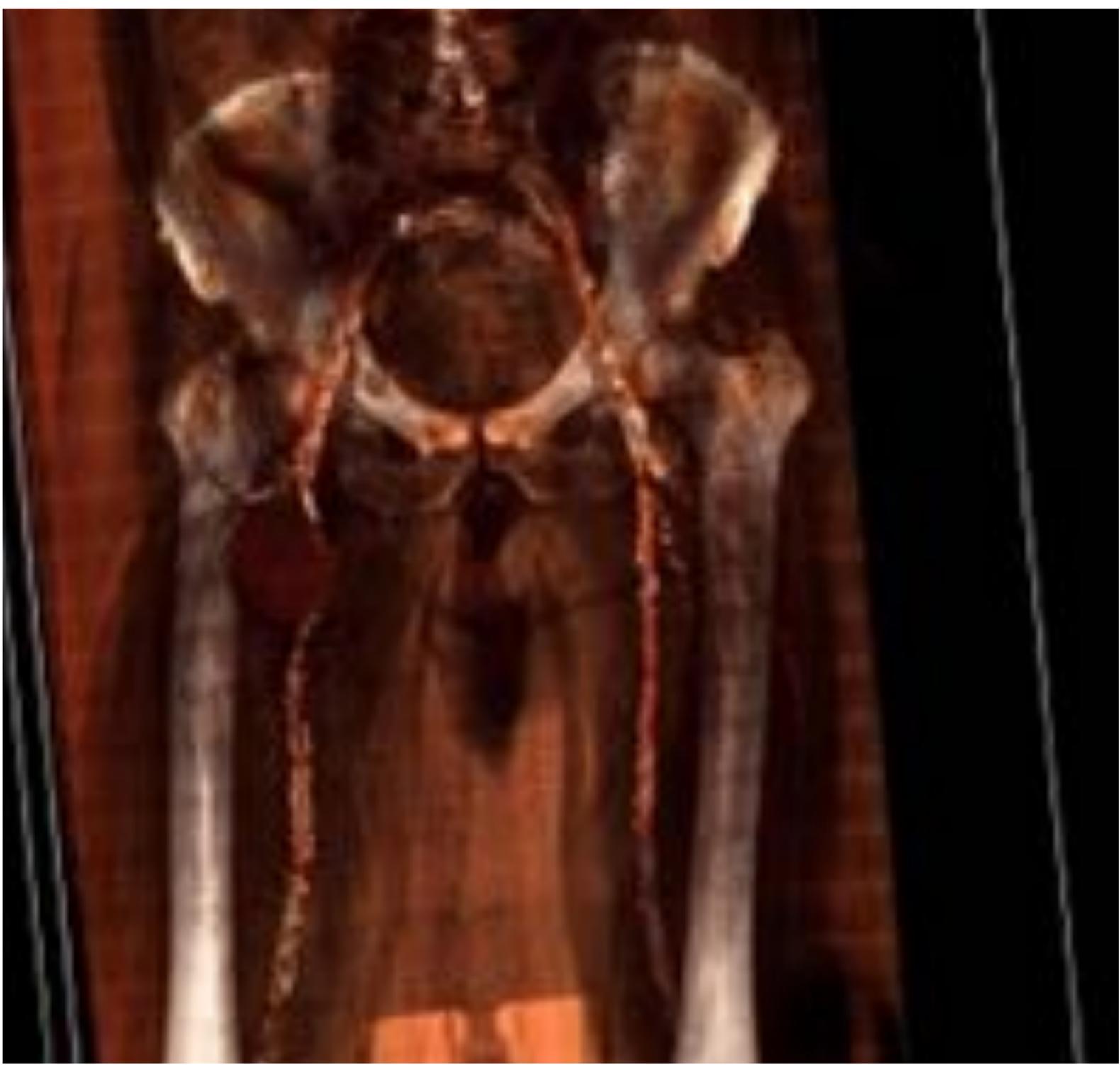
CASO 2.

Paciente de 61 años, con HTA y DM de mal control, con amputación infracondílea del MID.

Posteriormente acude por fiebre, diarrea, edema, dolor y eritema desde región inguinal derecha hasta el muñón.

Durante el ingreso se aísla en hemocultivo *Salmonella* tipo C, por lo que se trataba de aneurisma micótico. Se procede a ligadura del pseudoaneurisma con limpieza quirúrgica y el paciente evoluciona satisfactoriamente.





CASO 3.

Varón de 75 años con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con colocación de prótesis aorto-biliaco , colocada 9 años antes.

Ingreso por fiebre intermitente de 3-4 meses de evolución, con colección periprotésica y fistula aorto-entérica. Se complicó con bacteriemia y endocarditis. Requerio explante de la prótesis y realización de by-pass axilobifemoral.

En hemocultivo se aislan *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae* y *Streptococo constellatus pharyngis*, por lo que su origen era infeccioso.

.

.

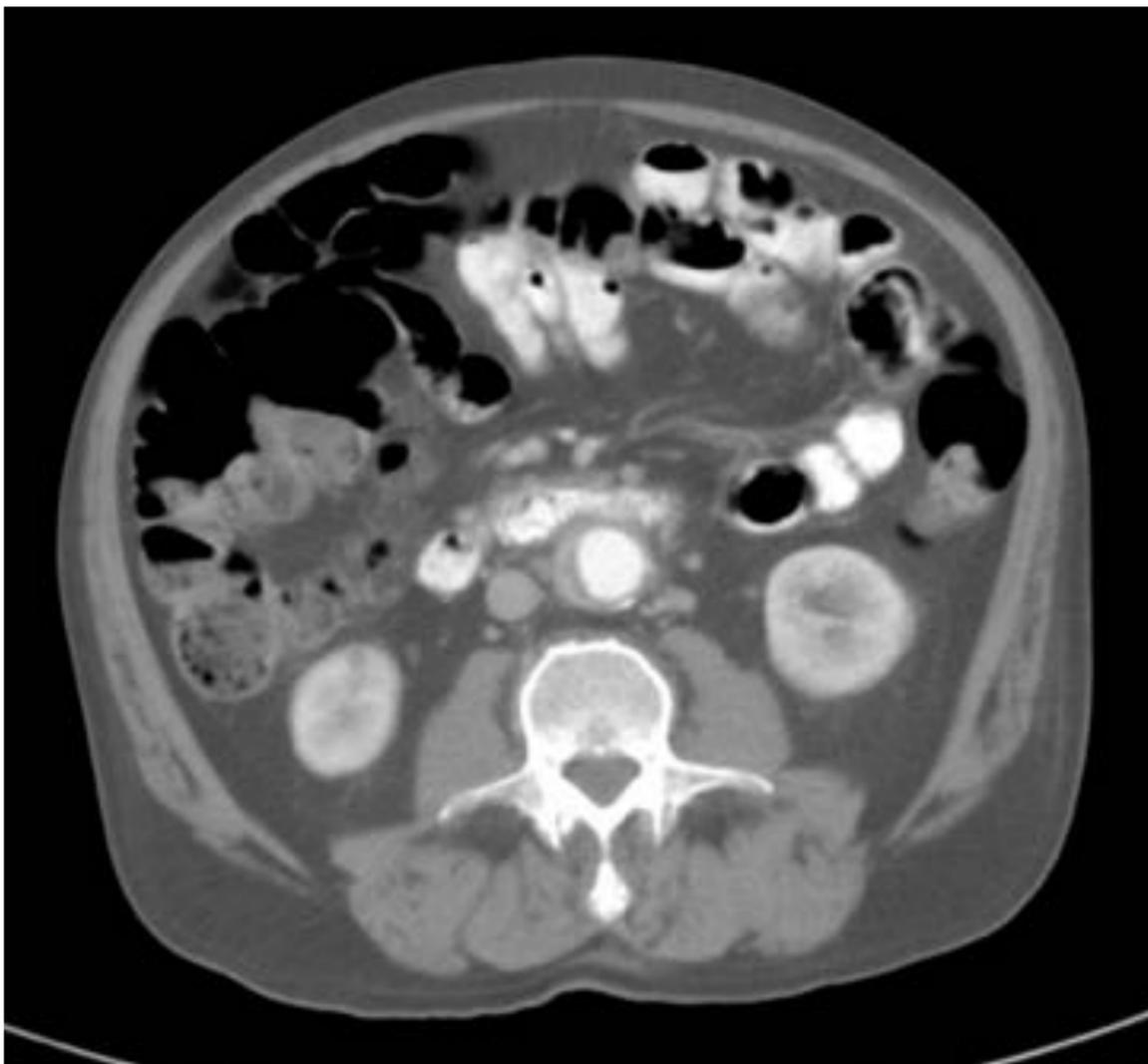


Fig. 9 y10. Aumento de densidad partes blandas rodeando al aneurisma , con límites mal definidos, bordes deflecados y deslustramiento de la grasa circundante, sugestivo de sobreinfección de la prótesis. No gas adyacente. Los hemocultivos positivos y los hallazgos confirmaron la aortitis infecciosa.

CASO 4.

Paciente de 62 años, fumador y trabajador en amianto, que ingresa por insuficiencia renal aguda.



Fig. 11 y 12. Masa de partes blandas retroperitoneal, rodeando aorta que presenta aneurisma fusiforme infrarrenal. Dicha masa engloba iliacas y ambos uréteres condicionando uropatía obstructiva.

No sign





Fig 13 y 14. En su evolución, la masa disminuye de tamaño, siendo catalogada de fibrosis retroperitoneal idiopática (Sd. De Ormond).

CASO 5.

Paciente mujer de 61 años que ingresa por síndrome febril de larga evolución (65 días), sin focalidad. Elevación de VSG.



Fig. 15 y 16. Engrosamiento difuso de la pared de la aorta abdominal no asociado a ateromatosis, sugestivo de afectación inflamatoria o aortitis. Este engrosamiento difuso se extiende a arterias ilíacas.



Fig.17 y 18.PET-TC que muestra discreto/moderado aumento patológico de la captación del radiotrazador en la pared de la aorta en toda su extensión hasta las arterias iliacas, así como en el troco braquiocefálico, arteria carótida primitiva, salida de las arterias carótidas internas y las arterias subclavias. Presentan un SUV máximo de 3,5 (SUV del mediastino normal 2,3) siendo compatible con proceso inflamatorio activo en la pared vascular.

La paciente evoluciona satisfactoriamente tras la administración de corticoides y se diagnostica de arteritis de Takayasu con afectación de vasos de mediano y gran calibre.

CONCLUSIONES:

Aunque los procesos infecciosos son una causa infrecuente de enfermedad aórtica aguda, sus graves complicaciones obligan a un diagnóstico precoz que realizaremos cuando conozcamos sus características en imagen. Los hallazgos no son patognomónicos, pero el deslustramiento de la grasa perivascular y la presencia de gas son hallazgos muy significativos de infección.