



Complicaciones Osteomusculares de los Aneurismas Micóticos en el Esqueleto Axial



humv

HOSPITAL UNIVERSITARIO
MARQUÉS DE VALDECILLA

Pablo Sanz Bellón, Amaia Pérez Del Barrio, Pablo Menéndez Fernández-Miranda, Carmen González-Carrero Sixto, Elena Yllera Contreras, Eva Alonso Fernández

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Santander



1) Objetivo Docente

Revisar los conceptos importantes acerca de los aneurismas micóticos y describir gráficamente algunas complicaciones graves que involucran al esqueleto axial.

2) Revisión del Tema

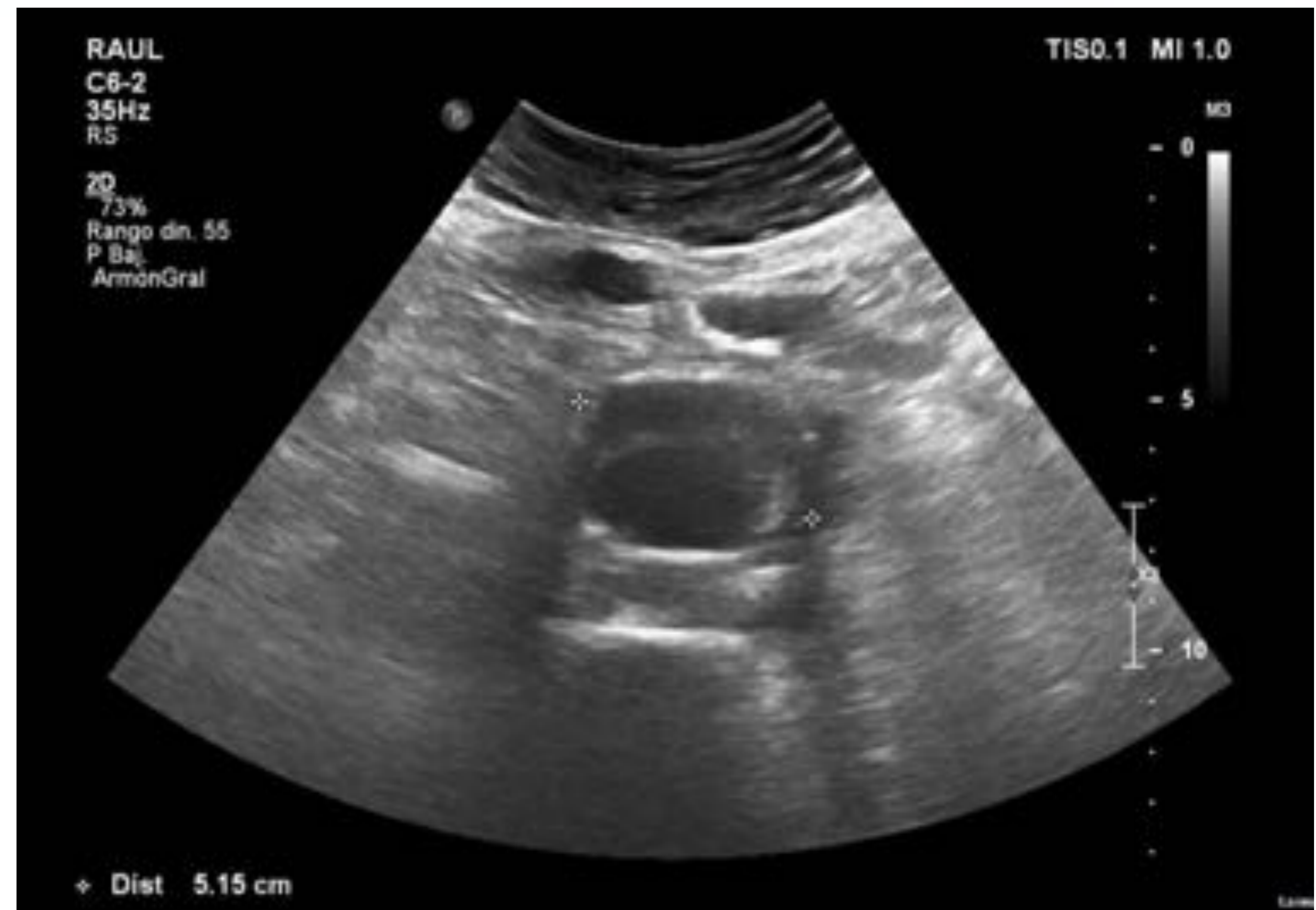
- Se trata de una entidad con una frecuencia del 0,06 - 2,6 % de todos los aneurismas; con elevada morbimortalidad, por sepsis o rotura.
- Son aneurismas formados por el debilitamiento parietal por infección (Ej: émbolo séptico) o por sobreinfección de uno preexistente.
- Su principal **agente etiológico** son S.Tiphy y S.Aureus, siendo el traumatismo vascular el mecanismo más habitual.
- Suelen localizarse en la Aorta infrarrenal.
- La **clínica** puede ser: FOD por septicemia, dolor lumbar o dolor/masa abdominal.
- El **diagnóstico** viene de la mano del contexto clínico, los hemocultivos y las distintas técnicas de imagen, tal y como ocurrió en los casos que presentamos en este trabajo.
- Desde el punto de vista de la **imagen** destaca el hallazgo de un aneurisma sacular con masa de partes blandas adyacente. Además, la presencia de gas en la pared arterial orienta hacia este diagnóstico.



2.1) Caso 1

- Varón 73 años.
- AP: Neoplasia vesical intervenida quirúrgicamente.
- Dolor abdominal inespecífico.

En la **ecografía** se identifica un **aneurisma** de aorta infrarrenal y un **engrosamiento** significativo de la **pared** lateral izquierda de la misma.

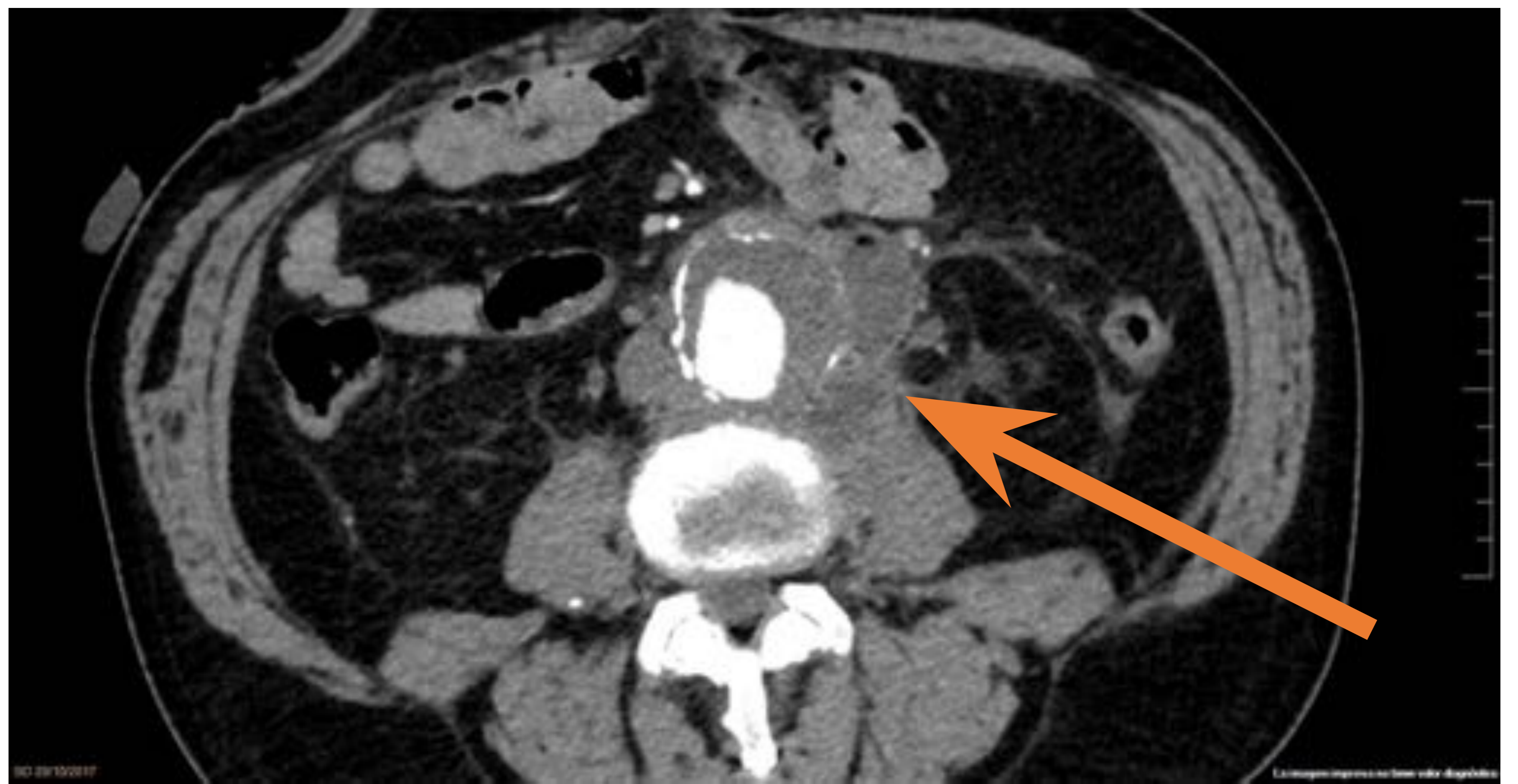
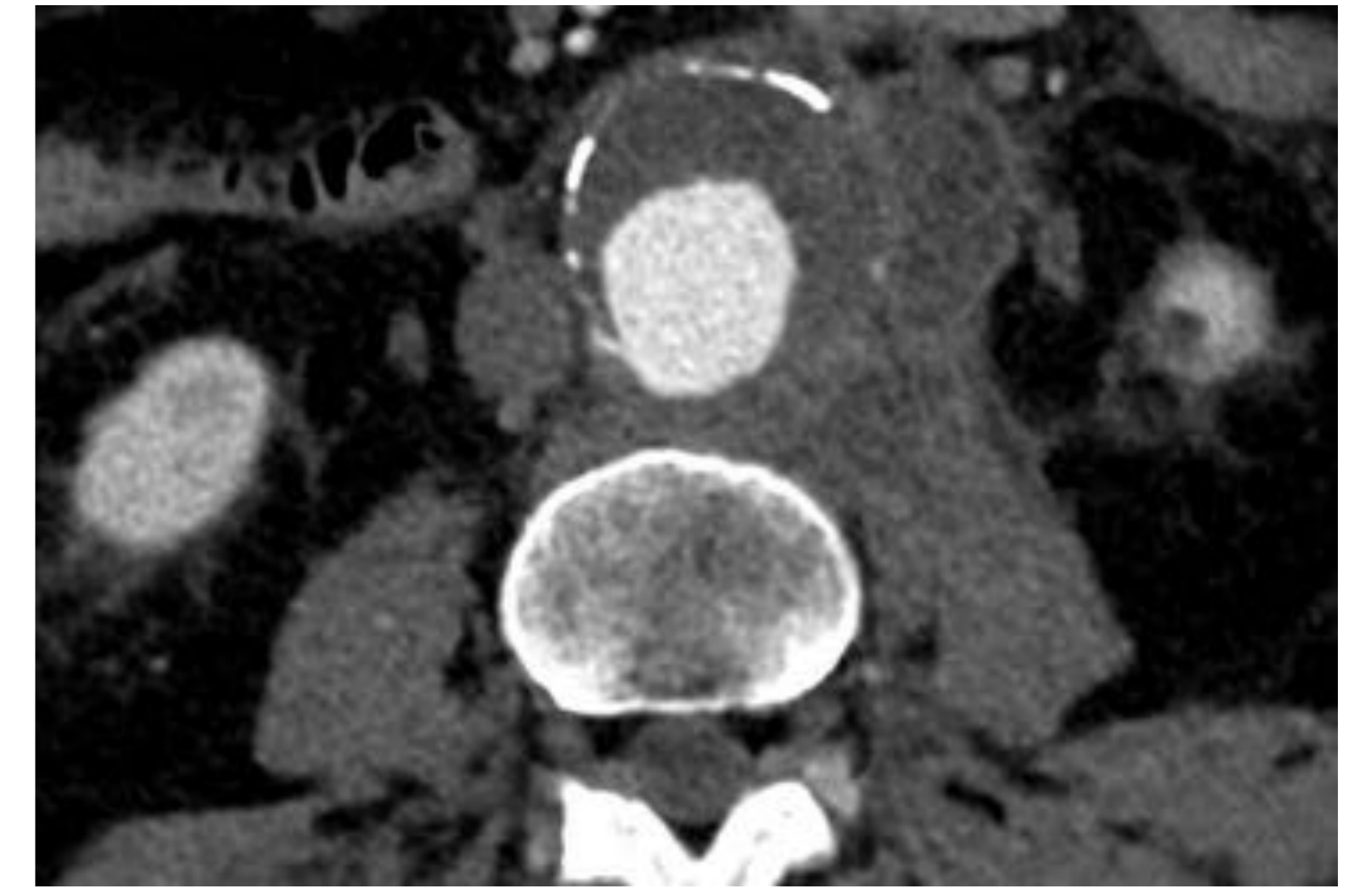


Se completa el estudio con TC observándose:

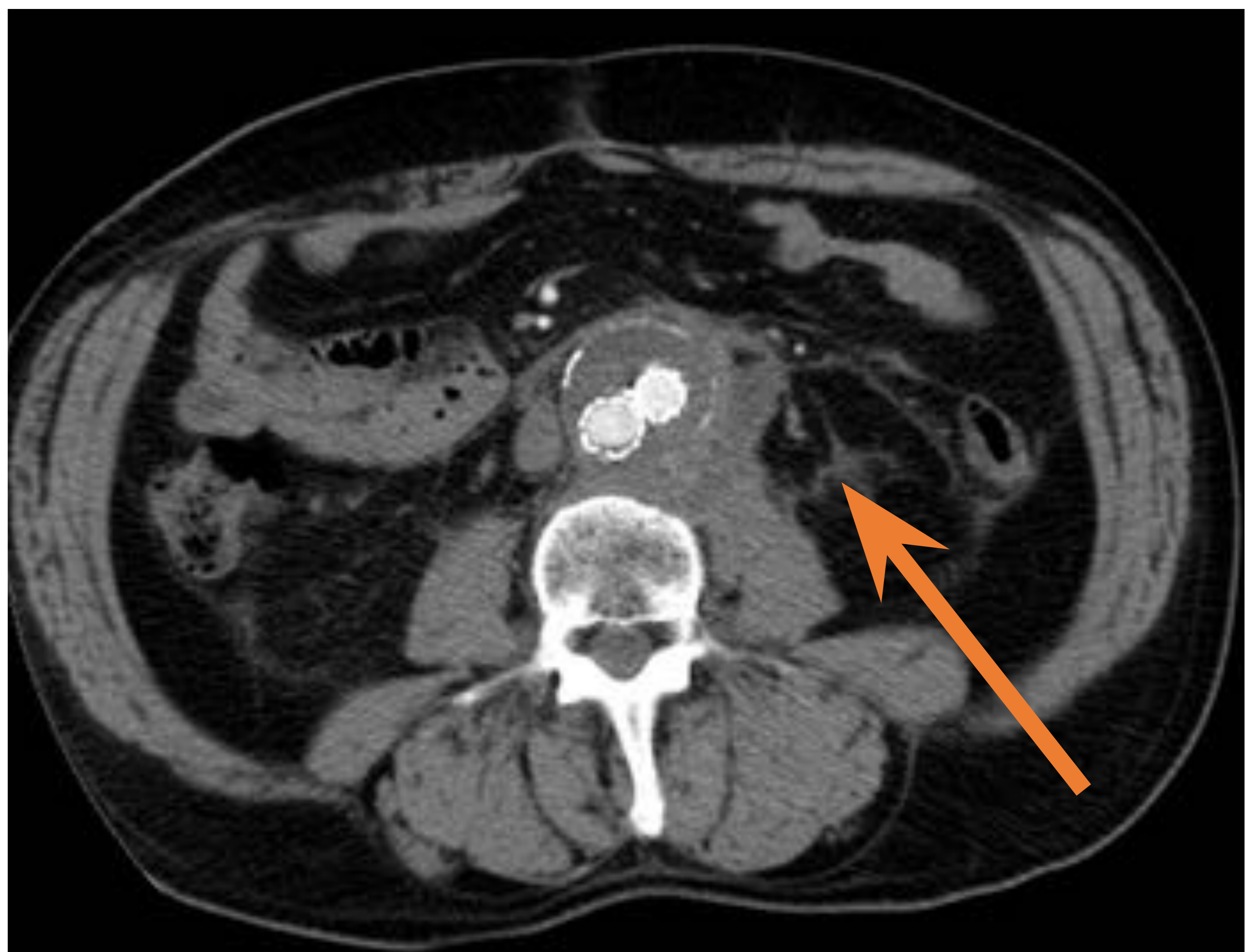
- Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con un diámetro máximo de unos 4,7 cm y longitud de 9 cm.
- Rodeando la cara lateral izquierda del aneurisma, se identifica un **tejido heterogéneo con densidad de partes blandas**, que alcanza un grosor de unos 12 mm, y otras áreas de aspecto quístico con bordes que realzan e infiltran el músculo psoas ipsilateral.



- Plantea diagnóstico diferencial entre aneurisma micótico como primera posibilidad VS recidiva tumoral o rotura contenida de la aorta menos probablemente.



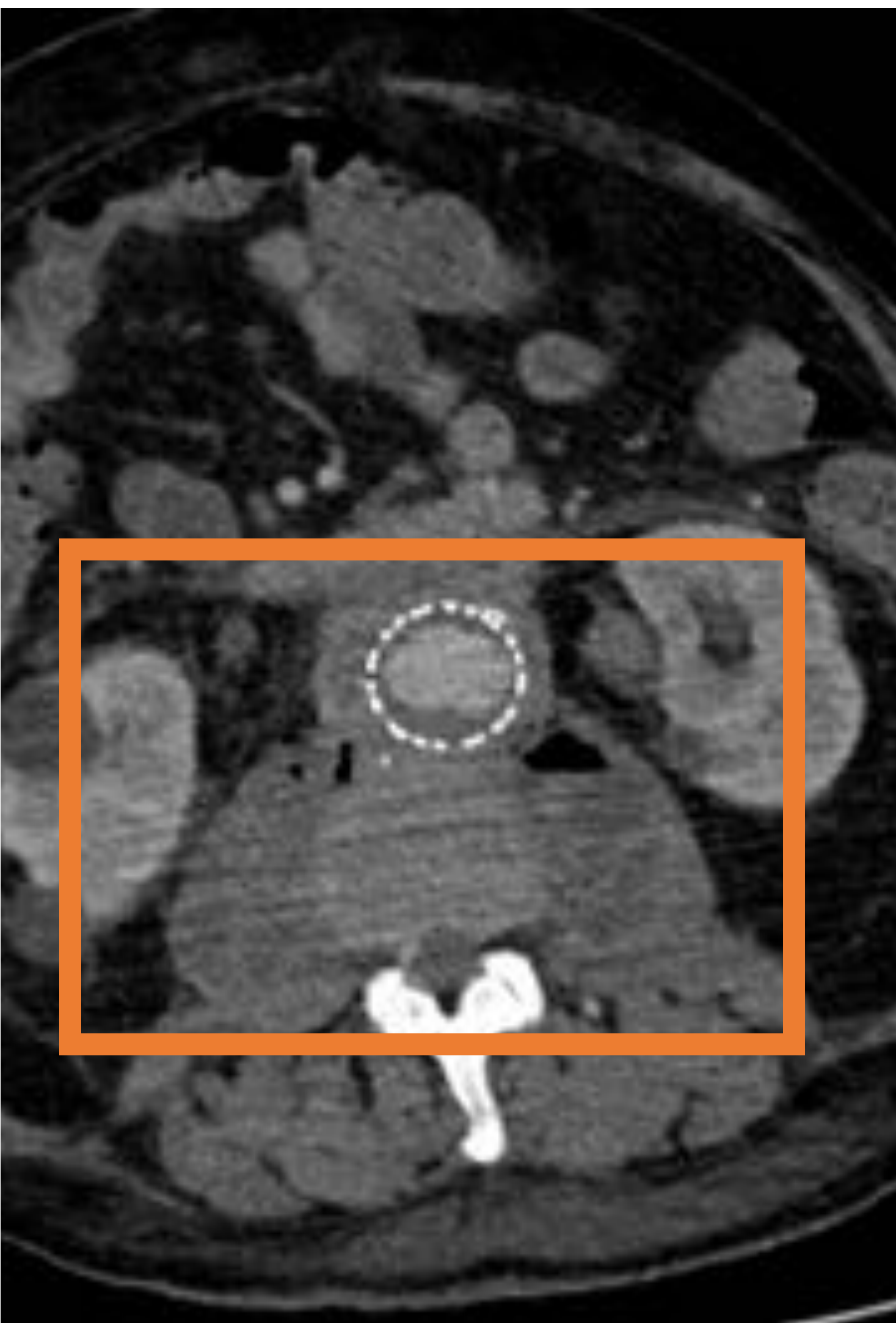
- Se decide la colocación de una endoprótesis. En el TC de control se continúan observando hallazgos similares sin cambios clínicos o analíticos relevantes.





TC urgente

- Realizado tras acudir a urgencias con **dolor lumbar y fiebre**.
- Signos sugestivos de espondilodiscitis con **coleciones abscesificadas en ambos psoas ilíacos y erosiones en cuerpos vertebrales de L2 y L3**.
- Se identifican varias **burbujas de aire en el interior de la endoprótesis** la cual mantiene una morfología conservada y un diámetro de saco aneurismático estable.



Resonancia Magnética

- En el estudio se aprecia probable **osteomielitis** de los cuerpos vertebrales L2, L3, y L4, sin afectación de los discos intervertebrales.
- Extensa **afectación flemonosa y con probables abscesos** en ambos psoas y en menor medida en ambos ilíacos, así como tejido de aspecto flemonoso alrededor de la aorta abdominal.



2.2) Caso 2

- Varón 54 años.
- Dolor abdominal y lumbar con leucocitosis.
- En el primer TC se describe, en la región epigástrica, con localización retroperitoneal, un **tejido con morfología en semiluna en íntima relación con la aorta** en su pared derecha y posterior, inmediatamente caudal a la salida de las arteria renales.



TC posterior de control

- Severa alteración de la morfología de la aorta abdominal infrarrenal y con una **gran saculación posterior**, irregular, en el nivel L1-L2 con unos diámetros de 3x2cm.
- Importante componente de partes blandas asociado, adenopatías, borramiento de la grasa interaortocava y paraaórtica izquierda; con ocupación del espacio prevertebral que condiciona el desdibujamiento y **destrucción cortical de los platillos inferior y superior de los cuerpos vertebrales L1 y L2** con microburbuja hidroaérea en vecindad.



- Hallazgos que globalmente sugieren aneurisma micótico complicado con **espondilodiscitis**.





Resonancia Magnética

- Importante alteración de señal y captación de los cuerpos vertebrales L1-L2, que mantienen la altura, así como del margen anterior del disco L1-L2.
- Cambios flemonosos prevertebrales sin plano de separación con respecto al pseudoaneurisma micótico aórtico.



3) Conclusión

Los **aneurismas micóticos** pueden provocar osteomielitis o espondilodiscitis; complicaciones graves ambas, debido a la posible evolución clínica indolente y progresiva, para las cuales debemos estar preparados.