



Caso Clínico

Infección de prótesis aórtica abdominal: tratamiento alternativo

Infected abdominal aortic prosthesis: an alternative therapy

Juan Marín Peralta¹, Daniel Gutiérrez Véliz², Claudia Marín Heise³, Cristian Marín Heise⁴

¹Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Santiago, Chile. ²Departamento de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Universidad de Chile. Santiago, Chile. ³Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁴Servicio de Anestesiología. Hospital Clínico San José. Santiago, Chile

Resumen

Introducción: la infección de prótesis aórtica en la cirugía vascular convencional es un evento catastrófico, con una alta tasa de morbilidad y de mortalidad. El tratamiento tradicional ha sido la remoción de la prótesis y la reconstrucción con *bypass* extraanatómico. En algunos casos, se ha llevado a cabo el reemplazo con prótesis impregnadas en antibiótico; en otros, el reemplazo con vena femoral superficial y también la cirugía abierta con drenaje de las colecciones asociadas y antibioticoterapia de por vida.

Caso clínico: se presenta el reporte de un caso de infección protésica tratada con drenajes de las colecciones y antibioticoterapia de larga duración, con un resultado favorable un año después de su complicación.

Discusión: en algunos casos, dada la severidad del paciente, es posible intentar un tratamiento conservador de esta nefasta complicación.

Palabras clave:

Infección protésica.
Prótesis aórtica.
Infección de prótesis
de aorta abdominal.

Abstract

Introduction: in traditional vascular surgery, aortic prosthesis infection is a catastrophic event with high morbidity and mortality rates. Traditional treatment is the removal of the valve followed by extra-anatomic bypass reconstruction. In some cases, antibiotic-impregnated prosthesis replacement has been performed. In others, superficial femoral vein replacement, and open surgery with drainage of the associated collections and lifelong antibiotic therapy.

Case report: this is the case of a patient with aortic prosthesis infection undergoing draining collections and lifelong antibiotic therapy with a favorable outcome 1 year after the complication.

Discussion: in some cases, given the severity of the patient, we can try to treat this dreaded complication conservatively.

Keywords: Prosthesis
infection. Aortic graft.
Abdominal prosthesis
infection.

Recibido: 03/09/2023 • Aceptado: 08/10/2023

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Marín Peralta J, Gutiérrez Véliz D, Marín Heise C, Marín Heise C. Infección de prótesis aórtica abdominal: tratamiento alternativo. *Angiología* 2024;76(2):109-112

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00565>

Correspondencia:

Juan Marín Peralta. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Curicó, 345. Santiago, Chile
e-mail: jmarin1953@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de prótesis aórticas son raras, pero representan una complicación quirúrgica seria, cuya mortalidad varía entre un 26 y un 55 % al año. La frecuencia se estima que es entre un 0,3 y un 4 % (1,2). Hay diferentes métodos para tratar esta terrible complicación, como la remoción completa de la prótesis seguida de la reconstrucción con *bypass* extraanatómico (esta es la más aceptada) o reparación *in situ* (3,4). Sin embargo, hay casos aislados de manejo conservador de esta complicación en los que se encuentran asociados de por vida el aseo quirúrgico y la terapia antibiótica. El objetivo de esta presentación es presentar un caso de manejo conservador de esta mortal complicación (5-7).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad bronquial obstructiva crónica y exfumador que consulta por dolor abdominal. En el angio TAC de ab-

domen y de pelvis se constata la existencia de un aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal asociado a oclusión de ambas arterias ilíacas. Se decidió la realización de una cirugía abierta. Se hizo un *bypass* aortobifemoral con prótesis de dacrón.

A las 72 horas de la operación, el paciente presentó un incremento en sus requerimientos de oxígeno. Se le tomaron cultivos de expectoración y se cultivaron *Proteus sp.* y *Pseudomonas Sp.* Por lo anterior, se inició antibioticoterapia de amplio espectro. También presentó fallo renal agudo, con un incremento de creatinina sérica de hasta 2,2 mg/dl. Completó 11 días de hospitalización.

Después de 40 días, fue readmitido en la unidad de emergencia por una infección urinaria que fue tratada con meropenem. Sin embargo, mientras se encontraba bajo tratamiento, súbitamente presentó dolor abdominal intenso asociado a signos de irritación peritoneal, con inestabilidad hemodinámica. Se realizó un angio TAC que reveló ausencia de flujo en la arteria renal derecha (sin paso de contraste) y colecciones periprotésicas (Figs 1 y 2). Se decidió realizar cirugía abierta revisional, en la que se constató el hallazgo de una pequeña cantidad de pus en la cavi-

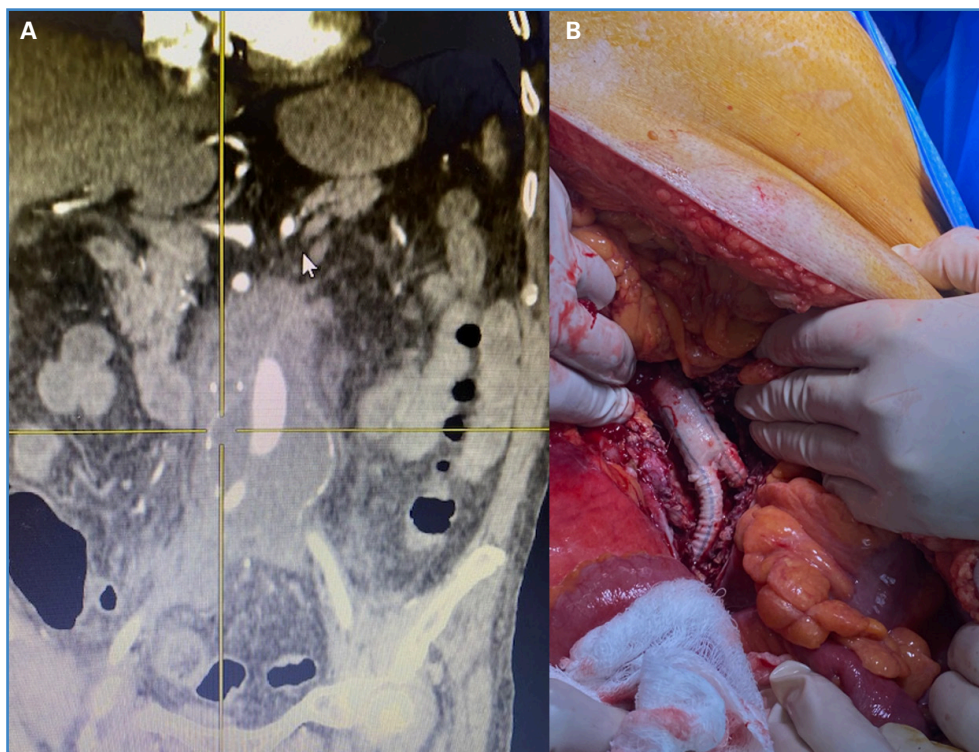


Figura 1. A. Colección periprotésica. B. Prótesis infectada.

dad peritoneal. Al abrir el saco se encontraron otros 300 ml de pus, incluyendo una colección en relación a la rama ilíaca derecha y una prótesis no incorporada a nivel del cuerpo principal. Dada la gravedad del paciente, esta área fue aseada y se instalaron 2 drenajes tubulares dentro del saco asociado al recubrimiento con omento mayor en la zona. Los drenajes se mantuvieron 11 días y solamente dieron líquido

seroso. Los cultivos del pus fueron negativos. El angio TAC de control reveló la ausencia de colecciones. Como efecto secundario de la complicación, el paciente se mantiene con hemodiálisis de por vida trisemanal y en tratamiento antibiótico permanente con doxiciclina de 200 mg al día. El paciente ha completado un año asintomático desde la intervención.

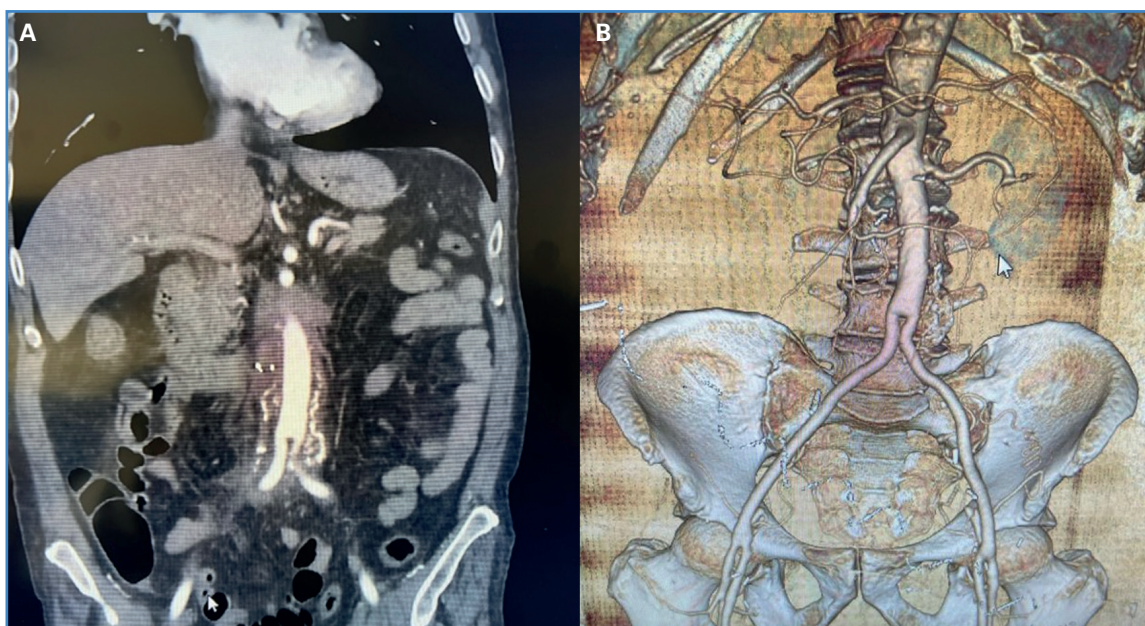


Figura 2. A. Ausencia de colecciones. B. Aspecto actual de la prótesis aortobifemoral.

DISCUSIÓN

En este caso, es importante mencionar los motivos por los que se escogió el manejo conservador. En primer lugar, era un paciente extremadamente grave que necesitaba drogas vasoactivas en dosis altas intraoperatoriamente y requirió ventilación mecánica invasiva de forma posterior durante 10 días; y en segundo lugar, aunque la mayor parte del injerto no estaba incorporado, no pudo alcanzarse la anastomosis proximal dado que esta se apreciaba bien incorporada y ambas ramas femorales se encontraban cicatrizadas.

En relación al origen de la infección protésica, creemos que podría deberse a su infección urinaria con diseminación hematógena debido a su presentación tardía (40 días).

Aunque la mayoría de las publicaciones coinciden en dos alternativas de tratamiento, como la remoción de la prótesis infectada asociada a la revascularización extraanatómica o el reemplazo con material autólogo u otro nuevo material protésico, en pacientes de alto riesgo quirúrgico es importante intentar un tratamiento conservador o bien servir como puente para la remoción definitiva del injerto mientras se optimizan las condiciones del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fatima J, Duncan AA, de Grandis E, Oderich GS, Kalra M, Glociczki P, et al. Treatment strategies and outcomes

- in patients with infected aortic endografts. *J Vasc Surg* 2013;58:371e9. DOI: 10.1016/j.jvs.2013.01.047
2. Darouiche RO. Treatment of infections associated with surgical implants. *N Engl J Med* 2004;350:1422e9. DOI: 10.1056/NEJMr035415
 3. Niaz O, Rao A, Carey D, Refson J, Somaiya P. Systematic review and meta-analysis of aortic graft infections following AAA repair. *Int J Vasc Med* 2020;2020:9574734.
 4. Morris GE, Friend PA, Vassallo DJ, et al. Antibiotic irrigation and conservative surgery for major aortic graft infection. *J Vasc Surg* 1994;20:88-95. DOI: 10.1016/0741-5214(94)90179-1
 5. Li HL, Chan YC, Cheng SW. Current evidence on management of aortic stent-graft infection: a systematic review and meta-analysis. *Ann Vasc Surg* 2018;51:306-13. DOI: 10.1016/j.avsg.2018.02.038
 6. Lawrence Peter F. Conservative Treatment of Aortic Graft Infection. *Seminars in Vascular Surgery* 2011;24(4). DOI: 10.1053/j.semvascsurg.2011.10.014
 7. Ljungquist O, Haidl S, Dias N, Sonesson B, Söreljus K, Trägårdh E, et al. Conservative Management first strategy in aortic vascular graft and endograft infections. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2023;65:896e904. DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.03.003