



# Infectio

## Asociación Colombiana de Infectología

[www.elsevier.es/infectio](http://www.elsevier.es/infectio)



### REPORTE DE CASO

## Manejo exitoso de infección de injerto vascular: rol del *18fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography*

Sandra Gualtero<sup>a,\*</sup>, Luis Zambrano-Amastha<sup>b</sup>, Gerson Arias<sup>a</sup> y Edwin Silva<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Infectología y Epidemiología, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia

Recibido el 19 de septiembre de 2015; aceptado el 26 de noviembre de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Fluorodeoxiglucosa F18;  
Tomografía por emisión de positrones;  
Infecciones de prótesis vasculares;  
Terapia control

#### KEYWORDS

Fluorodeoxyglucose F18;  
Positron-Emission Tomography;  
Prosthetic vascular graft infections;  
Therapy control

**Resumen** La opción de un injerto vascular es una medida correctiva para pacientes con enfermedad arterial periférica o aneurismas y para acceso arteriovenoso en pacientes con hemodiálisis crónica. A partir de la colocación de una prótesis de injerto vascular se puede desarrollar infección asociada en el 1-6% de los pacientes, con una alta incidencia de mortalidad del 13 al 58%. El diagnóstico de una infección asociada a injerto vascular se realiza a partir de hallazgos clínicos, microbiológicos e imagenológicos, para así definir, además de su presencia, su compromiso y extensión. El manejo ideal requiere de tratamiento quirúrgico y antibioticoterapia; sin embargo, el tratamiento quirúrgico no siempre es posible. Reportamos este caso de manejo médico exitoso de una infección de injerto vascular de aorta en la cual el *18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography* (18F-FDG-PET/CT) presentó utilidad como método diagnóstico y de seguimiento.

© 2016 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Successful management of vascular graft infection: The role of *18fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography*

**Abstract** The option of a vascular graft is a corrective intervention for patients with peripheral artery disease, aneurisms, and to achieve arterio-venous access in patients on chronic hemodialysis. Infections from a prosthetic vascular graft occurs in 1 to 6% of patients, and this development is related to the incidence of mortality of 13 to 58%. The diagnosis of a vascular graft infection is made via the combination of clinical, microbiologic and imaging findings that allow a definition of not only the presence of infection but also its severity and spread. The ideal approach requires both surgical and antimicrobial therapy; however, the former is not always

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sandra.gualtero@shaio.org](mailto:sandra.gualtero@shaio.org) (S. Gualtero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2015.11.006>

0123-9392/© 2016 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

possible. We report a case of successful medical management of an aortic vascular graft infection and the usefulness of a 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography (18F-FDG-PET/CT) scan as a tool for diagnosis and follow-up.

© 2016 ACIN. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La opción de un injerto vascular es una medida correctiva efectiva para pacientes con enfermedad arterial periférica o aneurismas y para acceso arteriovenoso en pacientes con hemodiálisis crónica. La incidencia de infecciones de injerto vascular oscila entre el uno y el 6%<sup>1,2</sup>. El riesgo de infección en prótesis aórticas torácicas o abdominal completa se reporta entre el 0,3 y el 1% y es la de menor riesgo de infección, mientras la prótesis con anastomosis inguinal es la de mayor riesgo<sup>3,4</sup>. La infección de injerto vascular es una complicación poco frecuente, pero con alta morbimortalidad; los reportes muestran tasas de mortalidad entre el 13 y el 58%, con un riesgo de amputación de miembro inferior de hasta el 70% en relación con injertos aortoiliacos, ileofemorales y aortofemorales. Las manifestaciones clínicas son variadas y para el diagnóstico se requiere la presencia de hallazgos clínicos, microbiológicos e imagenológicos. Se considera infección temprana si se presenta en los primeros 3 meses y tardía si es posterior a los 3 meses. El manejo ideal cuando se documenta este tipo de infección es combinado: antibioticoterapia prolongada y manejo quirúrgico. El manejo médico conservador sin retiro del injerto se ha asociado a incremento de mortalidad<sup>5</sup>. Sin embargo, la decisión de manejo quirúrgico en este grupo de pacientes puede estar limitada por las comorbilidades de base, la integridad y localización del injerto, y el microorganismo implicado<sup>6</sup>.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 60 años de edad que consulta al servicio de urgencias el 21 de enero de 2011 por cuadro clínico de 24 h de evolución consistente en fiebre entre 38,6 y 39,0 °C, la cual no cede con el consumo de acetaminofén. Se asocia a astenia, adinamia y dolor cervicodorsal, sin otros síntomas asociados, sin deterioro de su clase funcional y sin dolor abdominal.

Antecedentes personales: hipertensión arterial en manejo con hidroclorotiazida 25 mg/día, EPOC oxígeno requerido durante 12 h los últimos 4 meses, tubo valvulado aórtico hace 15 años por aneurisma de la aorta ascendente, anticoagulado con warfarina 3,75 mg/día, además con atorvastatina 10 mg/día, colecistectomizado, fumador de 20 cigarrillos/día hasta hace 15 años. No refiere antecedentes alérgicos, ni familiares. Al examen físico de ingreso: en buenas condiciones generales, hidratado, consciente, febril. Tensión arterial 140/87 mmHg; frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 22 por minuto; temperatura: 38,6 °C; peso: 66 kg; SaO<sub>2</sub> 88%. Cuello móvil sin rigidez, sin adenopatías, sin ingurgitación

jugular; ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplos, con clic valvular audible, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, disminuido en base izquierda; abdomen blando, no doloroso a la palpación; extremidades sin edema, bien perfundidas, sin déficit neurológico. Resto del examen físico, sin alteraciones.

Paraclínicos de ingreso con leucocitos 14.500 células/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 82%; linfocitos 9%; hemoglobina 17,8 g/dL; hematocrito 52,9%; plaquetas 160.000 células/mm<sup>3</sup>; PCR 93,56 mg/l. La radiografía de tórax evidencia opacidad basal izquierda. El uroanálisis y el gram de orina no son sugestivos de infección de vías urinarias. Se inicia empíricamente ampicilina sulbactam 3 g intravenosos cada 6 h más claritromicina 500 mg cada 12 h por sospecha de neumonía adquirida en la comunidad. Hemocultivos 3 de 3 positivos en las primeras 24 h de incubación para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. Se decide iniciar oxacilina con bolo inicial de 2 g y 12 g día en infusión continua más rifampicina oral 600 mg/día.

Ecocardiograma TT y TE solicitado por antecedente de tubo valvulado sin vegetaciones, con prótesis mecánica normofuncionante. Ecografía y TAC de tórax con escaso derrame pleural bilateral de predominio izquierdo, no septado, con discreta atelectasia basal izquierda y cambios de enfisema. Se comenta con el grupo de neumología las radiografías previas y la TAC de tórax de octubre de 2010, con iguales hallazgos a los de ingreso, por lo cual se descarta neumonía. Hemograma con leucocitosis en disminución 11.500 células/mm<sup>3</sup>; neutrófilos 77%; linfocitos 13%; hemoglobina 14,7 g/dL; hematocrito 42,3%; plaquetas 177.000 células/mm<sup>3</sup>; PCR en aumento progresivo 237,36 mg/l. Ecografía abdominal dentro de normalidad. TAC de tórax sin evidencia de colecciones a nivel del tubo valvulado. Gammagrafía ósea reciente sin lesiones de osteomielitis. Hemocultivos de control del día 26 y 28 de enero, negativos. Hemograma de control sin leucocitosis ni neutrofilia. La evolución clínica es adecuada; sin embargo, llama la atención la persistencia de pico febril diario y la PCR elevada. Se continúa manejo instaurado con oxacilina y rifampicina con persistencia de picos febriles en el día 7 de tratamiento, aunque sin deterioro clínico. Se descarta endocarditis bacteriana. Se sospecha compromiso infeccioso en remplazo de aorta ascendente (tubo valvulado aórtico), por lo cual se decide realizar 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography (18F-FDG-PET/CT). Continúa en manejo antibiótico con oxacilina intravenosa hasta obtener reporte de 18F-FDG-PET/CT y establecer plan de manejo.

Se realiza 18F-FDG-PET/CT (fig. 1), el cual reporta cambios hipermetabólicos sugestivos de aortitis, proceso inflamatorio/infeccioso de las paredes de la raíz de la aorta

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8745881>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8745881>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)