

Sepsis sistémica después de cateterismo arterial.

Tratamiento mediante remoción del foco y puente por el agujero obturador

Dr. Milton Mazza, Dr. Homero Bagnulo,
Dr. Ruben Portos, Dr. Omar Rudnitsky.

Departamento de Cirugía Vascular y del CTI del CASMU.

Se presenta un caso de sepsis sistémica a partir de una arteritis secundaria a un cateterismo arterial diagnóstico. Se señala su extrema rareza y se hacen consideraciones sobre su tratamiento quirúrgico.

d'une artérite secondaire à un cathétérisme artériel diagnostique. On souligne son extrême rareté et on fait des considérations sur son traitement chirurgical.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Septicemia / Arteries, Catheterization / Surgery.

SUMMARY: Systemic sepsis post arterial catheterism.

Presented is a case of systemic sepsis arising from a teritis subsidiary to diagnostic arterial catheterism. Author points out the case is an extremely rare occurrence and discusses surgical treatment of same.

RÉSUMÉ: Septicémie après cathétérisme artériel.

On présente un cas de septicémie à point de départ

La ocurrencia de una sepsis sistémica, a punto de partida de una arteritis séptica secundaria a cateterismo arterial diagnóstico, es una eventualidad infrecuente. Su tratamiento, mediante la supresión del sector arterial séptico sin que, medie el desarrollo de una ruptura arterial es más raro aún. Por nuestra parte no conocemos ninguna observación, en una revisión bastante completa de la literatura.

Observación Clínica. J.B. sexo masculino, raza blanca, 54 años.

Desde hace varios años es asistido por una enfermedad neurológica de naturaleza indeterminada con parálisis progresiva de los pares craneanos. Se evocó la posibilidad de una sarcoidosis con compromiso del tronco cerebral. En el curso de su estudio se le realiza un cateterismo retrógrado femoral derecho para arteriografía cerebral. A las 48 horas comienza con fiebre y chuchos de frío y leve tumefacción dolorosa en el área de punción arterial.

A los 6 días de realizada la arteriografía, uno de nosotros es consultado verbalmente por un familiar del paciente, aconsejando su ingreso urgente al Sanatorio N° 2 del CASMU con diagnóstico de sepsis a punto de partida del cateterismo arterial. Inmediatamente de su ingreso se toman varias muestras de sangre para hemocultivos y se administran cefalosporinas y gentami-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de abril de 1983.

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Médico Intensivista, Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica, Practicante Interno.

Dirección: Ciudad de Bahía Blanca 2521, Montevideo.
(Dr. M. Mazza).

cina. En los días siguientes persiste el cuadro de sepsis apareciendo elementos clínicos y paraclínicos de repercusión multisistémica: encefálica, pulmonar y anemia que requiere dos volúmenes diarios de sangre. El paciente se asistía en el CTI. En ese momento el miembro mostraba embolias sépticas en pierna y pie. A nivel de la base del triángulo de Scarpa existía tumefacción y equimosis, pero sin signos clínicos de formación de un falso aneurisma.

Se decide operar con el plan de tratar el foco séptico, resecar el trípode femoral derecho, poner a plano el área, y restablecer la continuidad arterial mediante un puente ilio-poplíteo alto a través del agujero obturador.

Desde hacía 72 horas el paciente recibía un nuevo plan de antibióticos integrado por amikacina 1.500 g y cefoperazona, primero 4 g y luego 8 g en 24 horas, dado que los hemocultivos habían resultado positivos para bacilo piocianico.

El eje iliaco derecho se abordó por vía extraperitoneal y una prótesis de dacrón-knitted de 8 mm se anastomosó a la arteria iliaca primitiva en término-lateral. La prótesis se anastomosó luego a la arteria poplitea alta, previo pasaje a través del agujero obturador y un trayecto submuscular en el muslo. Una incisión complementaria, corta, subpubiana, se agregó para facilitar la identificación del agujero obturador y el pasaje de la prótesis a su través. Se cerraron las incisiones. Luego se abordó el trípode femoral en la base del triángulo de Scarpa. Los planos musculares y celulo-aponeuróticos tenían un aspecto succulento y existía un exudado sanioso. No había efracción arterial ni hematoma periarterial. Se resecó el trípode femoral, quedando ligadas el final de la iliaca externa, la arteria femoral superficial y la arteria femoral profunda. La incisión quedó ampliamente abierta cubierta por gasa yodoformada. Al finalizar la operación, que fue muy bien tolerada, los pulsos distales eran amplios.

El curso ulterior fue favorable. La sepsis remitió. Al 5° y 9° día de operado los hemocultivos resultaron negativos. A los 20 días se otorgó el alta. El paciente falleció 8 meses después como consecuencia de la agravación de su afección neurológica.

COMENTARIO

Deseamos poner de relieve un sólo aspecto de esta comunicación: la resección del área arterial en una sepsis, cuando ella constituye el foco de origen de la misma.

Si bien ya son numerosas las observaciones de aneurismas infecciosos de diversa etiología tratados de modo similar a nuestro caso^(2, 4), no hemos encontrado en la

literatura mención de una situación en que se incluya, en el manejo de una sepsis, la remoción de segmentos arteriales sin ruptura (pseudoaneurisma), por entender que esos segmentos representan el foco de la sepsis.

En el momento de adoptar la decisión quirúrgica el paciente estaba muy grave a pesar del tratamiento antibiótico y de sostén, y el pronóstico vital era malo. En qué medida la remoción del trípode femoral influyó en la curación, no podemos saberlo. De hecho nuestra conducta se ajustó a la norma que señala que en el manejo integral de una sepsis debe incluirse la supresión de los focos. Esta observación y otras anteriores, que serán objeto de un estudio de conjunto, nos permiten concluir que en presencia de una sepsis sistémica, que no se resuelve rápidamente con tratamiento médico, si el origen de la misma es una arteritis séptica, se impone la remoción del área arterial contaminada, sin requerir el desarrollo de un pseudoaneurisma.

La continuidad arterial se restablecerá o no, en el mismo acto o en diferido, de acuerdo al valor crítico de las arterias involucradas.

Cuando se decida revascularizar el miembro, creemos conviene hacerlo en rutas no contaminadas. La reconstrucción vascular "in situ", si bien ocasionalmente exitosa, expone a infección y hemorragia^(1, 2, 3, 4, 5).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON C., BUTCHER H., BALLINGER W.: Mycotic aneurysms. Arch. Surg. 109: 712, 1974.
2. ARIAS J., BOGLIACCINI G., GASTAMBIDE C.: Seudoaneurisma de la ingle. (Solución no convencional). Cir. Urug. 51: 173, 1981.
3. FROMM S., LUCAS C.: Obturator bypass for mycotic aneurysm in the drug addict. Arch. Surg. 100: 82, 1970.
4. MAZZA M., CRESTANELLO F., ESTEFAN A., et al.: Aneurisma infeccioso primario del trípode femoral. Cir. Uruguay 44: 42, 1974.
5. SHAW R., BAUE A.: Sepsis complicating arterial reconstructive surgery. Surgery, 53: 75, 1963.