

Elena	Nombre:
Moya Sánchez	Apellido:
Eduardo Ruiz Carazo, María Dolores García Roa, Antonio Gámez Martínez, Álvaro Moyano Portillo, Genaro López Milena	Otros Autores:
elemoya89@gmail.com	E-mail:
Complejo Hospitalario Universitario Granada	Hospital:
Granada	Ciudad:
Prótesis aórtica: no es trombo todo lo que no reluce. Aspergillus Flavus "fungus ball".	Título:
Mujer de 24 años con antecedente de válvula aórtica bicúspide con estenosis aórtica intervenida en la infancia que fue sometida a una nueva intervención a los veintidós años para sustitución de la válvula aórtica por una prótesis mecánica y tubo de Dacron. Acude a urgencias un año después por presentar picos febriles y dolor epigástrico. Se realiza angio-TC, apreciándose pequeñas imágenes sugerentes de trombos adheridos a la pared aórtica, que afectan al segmento ocupado por el tubo supracoronario (Fig.1). A los tres días, a pesar del tratamiento anticoagulante, se produce un empeoramiento por lo que se realizan dos nuevas angio-TC, observándose crecimiento en el tamaño y en el número del material trombótico adherido a la pared (Fig.2). Se decide practicar cirugía urgente, teniendo lugar el fallecimiento de la paciente durante la intervención. Se remite a Microbiología el material biológico presente en el interior protésico, aislándose Aspergillus Flavus.	Presentación:
<p>Las infecciones protésicas vasculares suelen afectar a pacientes inmunocompetentes.</p> <p>El organismo se adquiere por contaminación de esporas fúngicas en forma de bioaerosoles que se depositan en la prótesis durante la cirugía.</p> <p>La infección fúngica tardía de una prótesis vascular debe ser sospechada en pacientes que presentan fiebre inexplicable con hemocultivos negativos y que no responden a tratamiento antibiótico. En la TC aparece material hipodenso en la luz del vaso, adherido al material protésico, que no muestra realce tras la administración de contraste intravenoso, simulando una trombosis. Si el material hipodenso crece a pesar del tratamiento anticoagulante, el diagnóstico más probable es una infección fúngica.</p> <p>La etiología microbiológica se suele confirmar post-mortem.</p>	Discusión :
<p>Las infecciones protésicas por Aspergillus son una complicación grave e infrecuente de la cirugía vascular.</p> <p>El diagnóstico es difícil debido a que los hemocultivos suelen ser negativos, por lo que es importante para el radiólogo conocer esta entidad.</p>	Conclusión:
1.Glotzbach RE (1982) Aspergillus terreus infection of pseudoaneurysm of	Bibliografía:

<p>aortofemoral vascular graft with contiguous vertebral osteomyelitis. <i>Am J Clin Pathol</i> 77:224-227.</p> <p>2.Pasqualotto AC, Denning DW (2006) Post-operative aspergillosis. <i>Clin Microbiol Infect</i>: 12: 1060-76.</p> <p>3.Rakhonen M, Hautala T, Syväniemi E, Takalo R, Kauma H (2012) Late-presenting vascular graft infection caused by <i>Aspergillus</i> in an immunocompetent patient. <i>Mycoses</i> 55: 95-8.</p> <p>4.Collazos J, Mayo J, Martínez E, Ibarra S (2001) Prosthetic vascular graft infection due to <i>Aspergillus</i> species: case report and literature review. <i>Eur J Clin Microbiol Infect Dis</i> 20: 414-7.</p> <p>5.Oyama J, Zhou L, Mehta SA, Laury AR, Tsakonas JS, Laks H, Honda HM, Yang EH (2013) <i>Aspergillus fumigatus</i> vegetation of a prosthetic aortic root graft with mycotic aneurysm and subarachnoid hemorrhage. <i>Int J Infect Dis</i> 17: 773-776.</p> <p>6.Marroni M, Cao A, Repetto A, Prattichizzo L, Parlani G, Fiorio M (2001) <i>Aspergillus flavus</i> infection of an aortic bypass. <i>Eur J Clin Microbiol Infect Dis</i> 20: 439-441.</p> <p>7.Attia RQ, Nowell JL, Roxburgh JC (2012) <i>Aspergillus</i> endocarditis: a case of near complete left ventricular outflow obstruction 14: 894-896.</p> <p>8.Kalokhe AS, Roupheal N, El Chami MF, Workowski KA, Ganesh G, Jacob JT (2010) <i>Aspergillus</i> endocarditis: a review of the literature. <i>Int J Infect Dis</i> 14: 1040-1047.</p> <p>9.Yamakawa H, Takayanagi N, Ishiguro T, Miyahara Y, Shimizu Y, Sugita Y (2013) An autopsy case of pulmonary aspergillosis with fungus ball formation in an artificial aortic graft. <i>Intern Med</i> 52: 2117-2119.</p>	
<p>Fig. 1 (A y B). Angio-TC de aorta torácica con imagen axial (1A) y coronal (1B). Se observan pequeños defectos de repleción en la luz del tubo supracoronario, adheridos a su pared y sugerentes de trombos (flechas). Fig. 2 (A, B, C y D): Angio-TC de aorta torácica sucesivas con imágenes axiales y coronales, realizadas 20 días (2A, 2B) y 25 días (2C, 2D) después de la primera. Existe un aumento progresivo en el tamaño y en el número de los defectos de repleción en la luz del tubo supracoronario, con oclusión casi total del mismo (flechas).</p>	<p>Pie de foto:</p>