

1. Policlínica Gipuzkoa. Servicio Cirugía Cardíaca. San Sebastián. País Vasco. 2. Policlínica Gipuzkoa, Servicio de Anestesiología. San Sebastián. País Vasco  
3. Policlínica Gipuzkoa, Servicio de Cardiología. San Sebastián. País Vasco 4. Hospital Universitario Donostia, Servicio de U. Infecciosas. San Sebastián. País Vasco 5. Policlínica Gipuzkoa, Servicio de Medicina Intensiva. San Sebastián. País Vasco

## 1. INTRODUCCIÓN

La infección por *C. burnetti* causa la fiebre Q, zoonosis de distribución mundial. La infección se puede cronificar en forma de endocarditis, infección vascular (8%) o infección osteoarticular. La presencia en la literatura de aneurismas micóticos sobre aorta ascendente es escasa.

## 2. CASO CLÍNICO

### ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente varón de 59 años

- Ex-fumador
- Hipertenso
- Intervenido en la infancia por estenosis uretral. En el seguimiento urológico.

### CLÍNICA

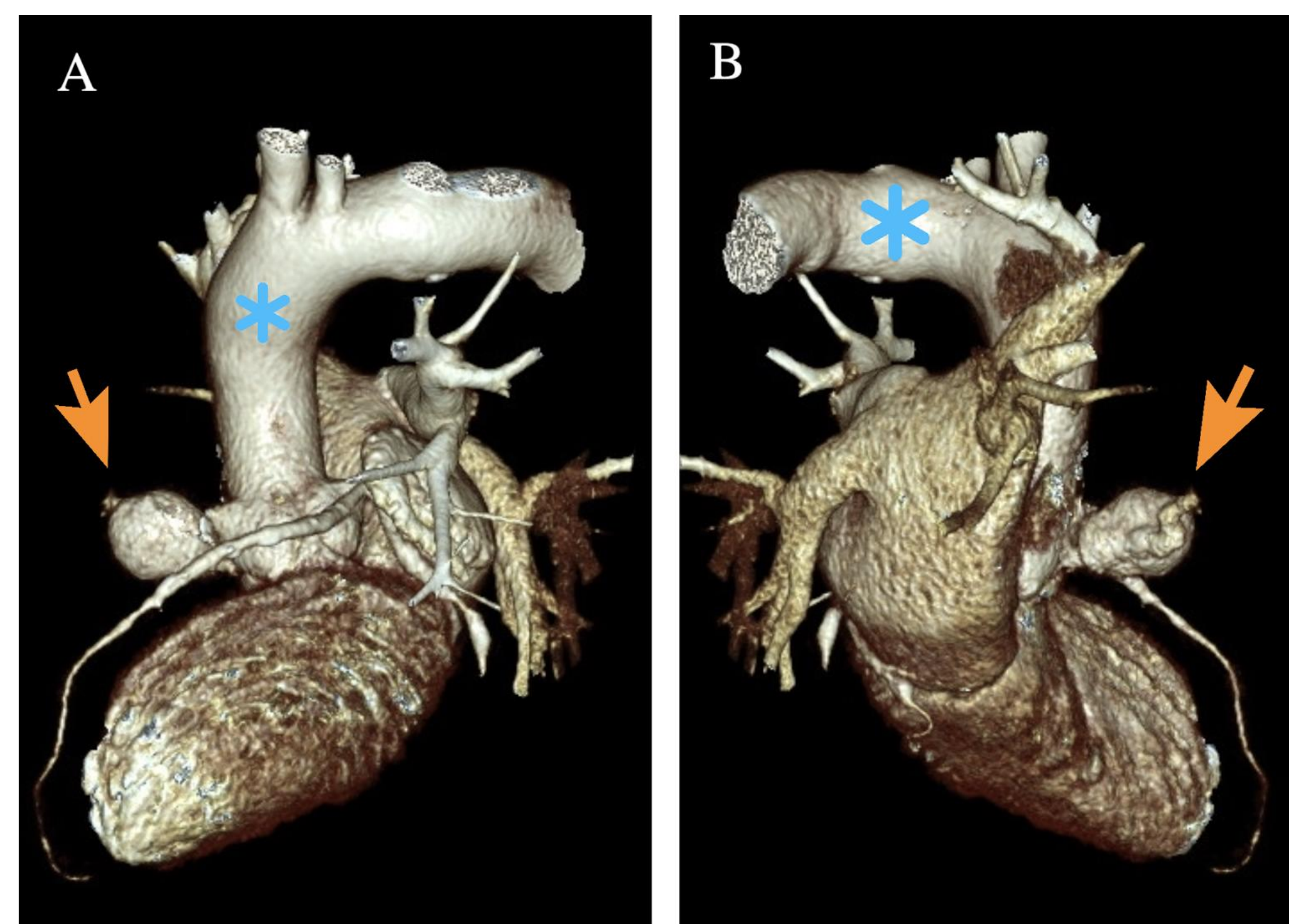
- Asintomático
- Estudios control urológico TC, de forma casual se diagnostica pseudoaneurisma en raíz de aorta ascendente.

### ESTUDIOS

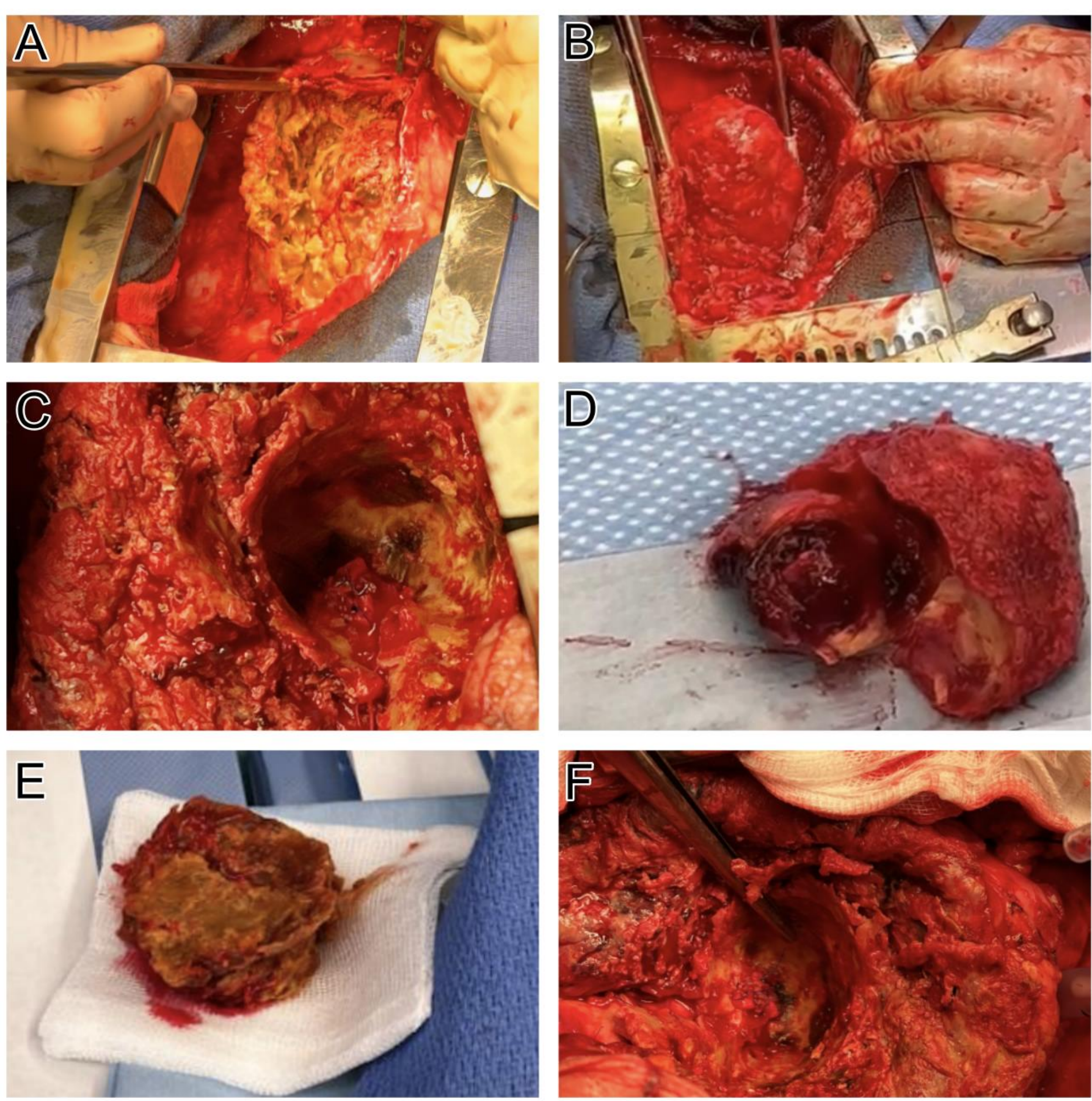
- TAC Torácico: pseudoaneurisma parcialmente trombosado de seno no coronario que provoca compresión de cavidades cardíacas derechas con disfunción biventricular. (Imagen Nº 1)
- RMN, Cateterismo cardíaco y Ecocardiografía transtorácica: corroboran el diagnóstico.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ✓ Dada la situación clínica del paciente, se decide realizar cirugía programada. Cierre de Pseudoaneurisma en raíz de aorta ascendente bajo CEC
- ✓ Hallazgos intraoperatorios: masa gigante intrapericárdica, sugestiva de trombosis crónica de un aneurisma, que emergía del seno coronario derecho, con una puerta de entrada de 1x1,5mm. Cuya apertura dio salida a un contenido pastoso blanco. (imagen nº2)
- ✓ Se traslada a UCI para seguimiento



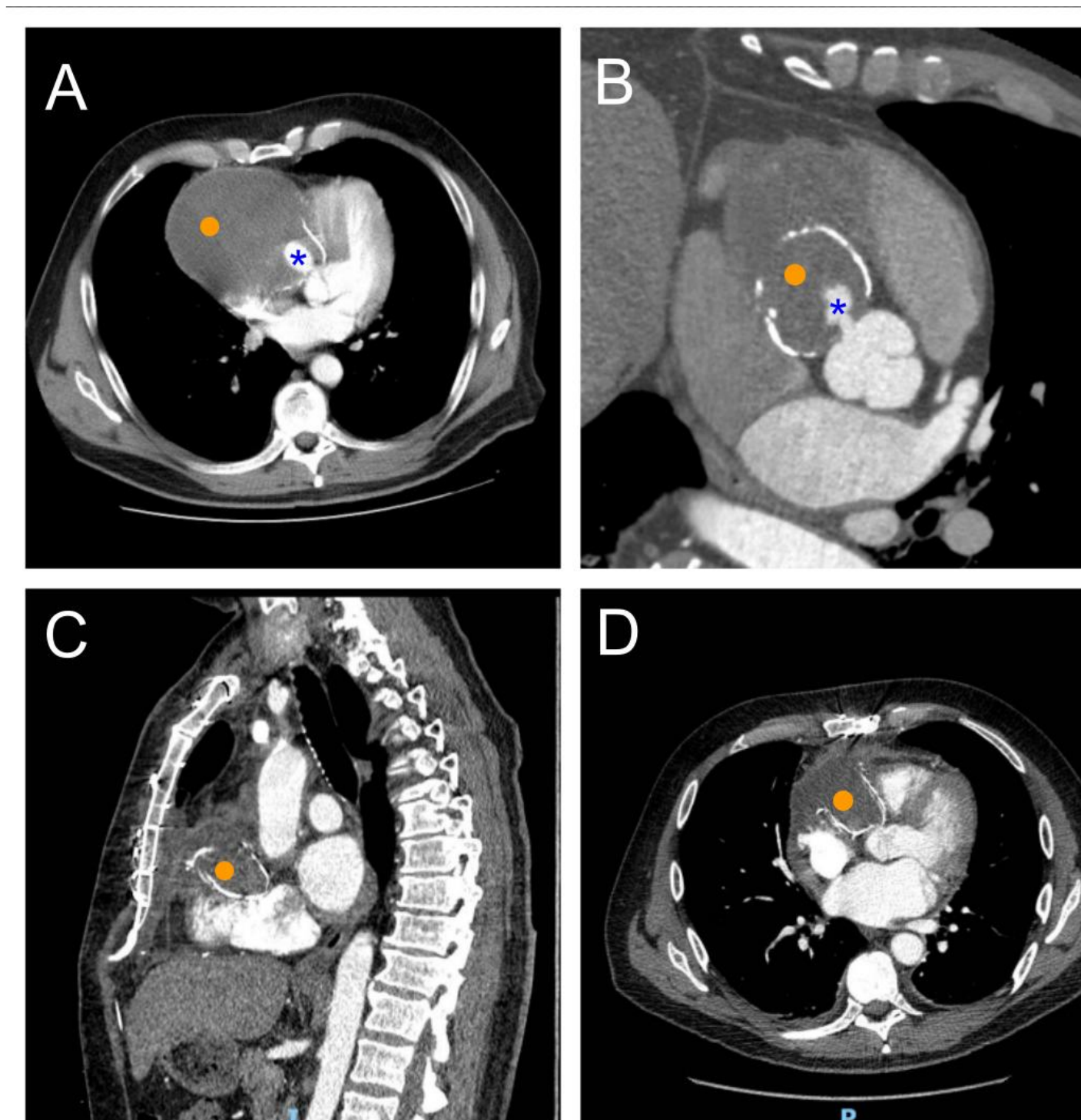
**Imagen Nº 1.**  
TAC preoperatorio  
Reconstrucción 3D  
A. Visión anterior.  
B. Visión posterior.  
  
La flecha naranja identifica al pseudoaneurisma. El asterisco azul corresponde a la aorta.



**Imagen Nº 2.**  
A. Apertura inicial de la coraza del pseudoaneurisma.  
B. Contenido del pseudoaneurisma.  
C. Cavidad residual tras retirada del contenido. Se aprecia el orificio que comunica con la aorta.  
D y E. Contenido del pseudoaneurisma.  
F. Exclusión del pseudoaneurisma.

### EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

Durante su estancia en UCI el paciente presentó febrícula. A la espera de los resultados microbiológicos, se inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam. En planta, el paciente continuó con fiebre de hasta 37.7°C por lo que se asoció antiinflamatorios. Dada la buena evolución y la negatividad de los cultivos (hemocultivos y urocultivos) se decidió alta a los 8 días de la cirugía, sin tratamiento antibiótico y con antiinflamatorios. Se realiza TAC control en el que se objetivó trombosis del saco pseudoaneurismático sin permeabilidad. Imagen Nº 3.



**Imagen Nº3.**  
**A y B,** TAC torácico preoperatorio. Coraza del pseudoaneurisma marcada con un punto naranja. El asterisco azul es el pseudoaneurisma.  
**C y D** TAC torácico postoperatorio. Coraza residual del pseudoaneurisma marcada con punto naranja. No se aprecia salida del contraste. Pseudoaneurisma excluido.

### MICROBIOLOGÍA

- La PCR del material enviado fue positiva para *C. burnetti*.
- En consultas externas de Enfermedades Infecciosas se solicitó serología (IgG fase I 1/3200; IgG fase II (IFI) 1 / 5 12; IgM Fase II (EIA) negativo.

## 3. CONCLUSIONES

Se presenta un raro caso de presentación incidental, apoyado con pruebas microbiológicas de Fiebre Q crónica. Este caso refuerza la idea de incluir el despistaje de infección crónica por *C. burnetti* en el estudio de los aneurismas/pseudoaneurismas de causa no filiada.

## 4. REFERENCIAS

Anderson A., Bijlmer H., Fournier P. E., et al. Diagnosis and management of Q fever—United States, 2013: recommendations from the CDC and the Q fever working group. *MMWR Recommendations and Reports*. 2013;62(RR-03):1–30.