

D-005

PSEUDOANEURISMA AÓRTICO MICOTICO Y AFECTACIÓN PLEURO: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL EN LA ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA

De Miguel D, Casado F, Alonso I, Escalante F, Santos AB, Toledo MC, Murga MJ.

Servicio de Hematología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: La aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una entidad frecuente en pacientes inmunosuprimidos. El hongo tiene tendencia a invadir los vasos pulmonares. La extensión desde una lesión en el parénquima pulmonar a los grandes vasos del mediastino es excepcional. Presentamos un caso donde la API se extiende a la aorta descendente formando un pseudoaneurisma.

Caso clínico: Mujer de 41 años con antecedentes de *Linfoma de Hodgkin-EN IIA* (2005). Recibió QT tipo ABVD (x 4) y BEACOPP escalado+RT mediastínica. Las evaluaciones posteriores eran de RCi. Un año más tarde se diagnostica de *LAM M5-FAB t(8; 16)*. Recibió QT (PETHEMA LAM 99). Alcanzando RC con el primer ciclo. Complicaciones tras QT de inducción: Infección fúngica invasiva, con afectación pleuro/pulmonar. Se cambió Itraconazol por Caspofungina y se hizo LBA sin resultados. Se hizo CT pulmonar, con empeoramiento. Se asoció voriconazol sin respuesta a pesar de recuperación de la neutropenia. La clínica pulmonar se deterioró con expectoración purulenta y dolor torácico. Se realizó otra broncoscopia con LBA (negativo) y BTB donde se demostraba afectación compatible con *Aspergillus* (los cultivos fueron negativos para *Aspergillus* y se aisló *Candida Albicans*). Se sustituyó el tratamiento antifúngico por Ambisome. La respuesta clínica fue buena. En nov. 06 recibe QT consolidación (4+3). Ante la persistencia de las lesiones pleuro-pulmonares, se realiza PAAF pleural con resultados de AP y microbiológicos negativos. Recibe profilaxis 2ª con anfotericina liposomal (dosis acumulada >10g). La evaluación de la lesión muestra en el **TC TORACICO**: afectación difusa del LSI, infiltrado en vidrio deslustrado con consolidación alveolar parcheada. Engrosamiento de la pleura mediastínica y costal que envuelve al LSI. Derrame pleural izqdo y atelectasia LII. Con contraste se evidencia la invasión de la aorta descendente con aumento del tejido intraluminal aórtico y probable ulceración. Se realiza una reconstrucción en 3D con el TC, y se descarta la posibilidad de una fístula aorto-bronquial. Se desestima cirugía torácica hasta no resolver el problema vascular, por lo que se decide colocar una endoprótesis en aorta torácica, pero la paciente sufre una hemoptisis masiva y fallece.

Conclusiones: 1.-La presentación clínica de la API está basada en la capacidad angioinvasiva del hongo. La hemoptisis procede de la afectación de las ramas de la arteria pulmonar en el parénquima pulmonar. 2.-La afectación de la aorta descendente es excepcional. Habitualmente ocurre por afectación primaria del vaso, por una cirugía previa o una aortitis. La afectación primaria del pulmón, rara vez conduce a una lesión de la aorta como fuente de sangrado. 3.-Siempre hay que descartar la existencia de una fístula aorto-bronquial. Existen alternativas a la cirugía como la embolización en caso de pequeños vasos afectados o la colocación de un stent para "saltar" la lesión.