

ACTINOMICOSIS ABDOMINAL

Dra. Vanesa Muñoz Mendoza / Dra. Isabel Moreno Lucente / Dra. M^a Mar Villanueva Gimeno / Dra. Ana Garzarán Teijeiro
Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco de Teruel

RESUMEN

La actinomicosis es una enfermedad crónica granulomatosa poco común, causada por una bacteria Gram positiva anaerobia y filamentosa. Actinomices es un habitante comensal en la mucosa oral y el tracto intestinal pero puede adquirir patogenicidad mediante la invasión de tejidos alterados o necróticos.

Presentamos un caso de bacteriemia por Actinomices secundario a un absceso prostático postquirúrgico.

PALABRAS CLAVE

Actinomicosis, comensal, tejidos necróticos.

ABSTRACT

Actinomycosis is an uncommon, granulomatous disease caused by a filamentous, gram-positive, anaerobic bacteria. Actinomices are commensal inhabitants of the oral cavity and intestinal tract but acquire pathogenicity through invasion of breached or necrotic tissues.

We report a case of bacteriemia secondary to a postoperative prostatic abscess.

KEY WORDS

Actinomycosis, commensal, necrotic tissues.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis¹ es una infección poco frecuente, está causada habitualmente por *Actinomyces israelii*, que es el patógeno que más frecuente afecta a humanos. Suele afectar a individuos de mediana edad y es de dos a cuatro veces más frecuente en hombres.

La infección que afecta al área cervicofacial es la más frecuente (50%), seguida por la abdominal (20%) y la afectación torácica (15-20%). En la actinomicosis abdominal suelen estar afectadas el área ileocecal y/o el apéndice, aunque también se pueden ver afectados otros órganos abdominales como: estómago, hígado, vesícula, páncreas, intestino delgado, región anorrectal, pelvis, pared abdominal y tracto urinario.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 71 años

de edad con antecedentes personales de neoplasia de colon que fue intervenida mediante hemicolectomía derecha en 2005, actualmente sin datos de enfermedad. Intervención quirúrgica de neoplasia de próstata hace 5 días, realizándose prostatectomía radical laparoscópica y manteniendo sondaje vesical hasta revisión en Urología. El paciente consulta en Urgencias por cuadro febril asociado a tos y expectoración blanquecina, donde es diagnosticado de una infección de vías respiratorias altas y enviado a domicilio con tratamiento conservador.

El paciente consulta de nuevo a los 4 días por persistencia de la fiebre de hasta 38°C, en esta ocasión asociada a síndrome miccional (disuria y tenesmo urinario) y dolor en región hipogástrica y perineal. Se extraen cultivos de sangre y orina y es valorado por Urología. En la exploración física no presenta hallazgos de interés salvo ligera molestia a nivel hipogástrico y en ambos testículos, y se le diagnostica de infección del tracto urinario, realizando recambio de la sonda vesical y pautándole

tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico 1 gramo cada 8 horas durante 10 días. Se le remite para revisión a consultas de Urología.

Tras 3 días de tratamiento antibiótico en domicilio el paciente se mantiene febril (38°C), y también persiste el dolor a nivel hipogástrico, perineal y testicular. En analítica destaca una leucocitosis 13500 con Proteína C reactiva (PCR) 95g/dl. No se extraen nuevos cultivos por estar pendientes los previos. Se avisa al urólogo de nuevo que decide solicitar una Tomografía Computerizada (TC) abdomino-pélvica (Fig. 1) donde se observa en el lecho quirúrgico de la prostatectomía una lesión de 50x32mm, de baja densidad con burbujas de aire en su interior, compatible con una colección postquirúrgica. Se decide ingreso en planta e inicio de tratamiento antibiótico con Piperacilina/Tazobactam. A los 3 días del ingreso el paciente continúa con febrícula y dolor intenso en zona perineal con edema de ambos testículos. Se avisa desde Microbiología del aislamiento en ambos hemocultivos de *Actinomyces* spp con sensibilidad extendida y sólo resistencia a Cotrimoxazol.

Se ajusta el tratamiento antibiótico al germen aislado, iniciándose Ampicilina 1 gramo cada 6 horas y Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas. Tras la instauración del nuevo tratamiento desaparición de la fiebre y mejoría de las molestias perineales. Tras 1 semana se extraen nuevos cultivos y se realiza TC abdomino-pélvica de control (Fig. 2) donde en esta ocasión se objetiva

reducción de la colección observada en el lecho quirúrgico, actualmente de 36x18 mm. Los nuevos hemocultivos resultan estériles.

DISCUSIÓN

La actinomicosis abdominal es una patología poco frecuente que se suele relacionar con cirugía previas a nivel abdominal. Habitualmente es una infección supurada, de evolución subaguda o crónica. La infección tiene tendencia a extenderse por contigüidad sin respetar los planos tisulares y tiende a la fistulización si no se instaura tratamiento efectivo.

Los factores que predisponen a esta infección son: una cirugía abdominal reciente, un traumatismo, neoplasias o una perforación de vísceras. Se han descrito algunos casos asociados al uso de dispositivos intrauterinos.

Habitualmente es una patología difícil de diagnosticar², ya que cursa con síntomas inespecíficos. Tiene un curso clínico indolente con síntomas como astenia, fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal. En la exploración física se puede encontrar una masa abdominal palpable³ en algunas ocasiones, pero no siempre. Los hallazgos de laboratorio también son inespecíficos: leucocitosis y en algunos casos anemia.

Puede ser fácilmente confundida con la enfermedad de Crohn, la tuberculosis o las neopla-



Fig. 1. TC abdomino-pélvica inicial.



Fig. 2. TC abdomino-pélvica tras 1 semana de tratamiento antibiótico.

sias y se suele diagnosticar en el curso de una laparotomía.

Los hallazgos radiológicos también son poco específicos, la prueba más útil es el TC ya que determina la extensión y localización de la enfermedad y permite realizar aspiración guiada por TC para obtención de muestras microbiológicas.

El diagnóstico definitivo⁴ se consigue con la identificación histológica de los gránulos de azufre (son altamente sugestivos de actinomicosis, pero no son patognomónicos) o el aislamiento en cultivos de *Actinomyces*.

El tratamiento inicial de la actinomicosis debe ser médico, mediante antibioterapia con penicilina, que es la opción favorita. En la fase inicial el tratamiento debe ser intravenoso con Penicilina G de cuatro a seis semanas, seguido de penicilina oral (Amoxicilina) de seis a doce meses. En alérgicos a penicilina se usa clindamicina, eritromicina o tetraciclinas.

La cirugía se reserva para pacientes con lesiones extensas, necrosis severa, abscesos y fístulas persistentes o enfermedad recurrente. Estos pacientes también deben ser tratados con altas dosis de antibióticos.

El pronóstico es favorable en el 90% de los casos bajo tratamiento médico y/o quirúrgico. La mortalidad es baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. *BMJ* 2011; 343: d6099.
2. Mbarki C, Ben Abdelaziz A, Sahnoun R, El Kadhi Y, Douik F, Hsayaoui N, Mezghenni S, Oueslati H. Actinomycose pelvienne: aspects diagnostiques et thérapeutiques. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2016 Mar, 44(3): 168-174.
3. Dhillon AK, Fairlie N, Finch G. Pelvic *Actinomyces israelii* abscess: a differential diagnosis of a pelvic mass. *BMJ Case Rep*. 2015 Nov 25, doi:10.1136/bcr-2015-211595.
4. Vyas JM, Kasmar A, Chang HR, Holden J, Hohmann E. Abdominal abscesses due to actinomycosis after laparoscopic cholecystectomy: case reports and review. *Clin Infect Dis* 2007 Jan 15, 44 (2): e1-4.