

Actinomicosis hepática. Reporte de dos casos

Hiram Jaramillo-Ramírez,* María-Elena Marín,** Tupac Pérez,** Jorge González-Altamirano,***
Antonio de la Peña-Celaya***

RESUMEN

La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, crónica, poco común, causada por una bacteria anaerobia grampositiva que puede encontrarse colonizando la boca, el colon y la vía genital. El único reservorio conocido es el ser humano. En ocasiones simula otras enfermedades, como los tumores, por eso se le llama "la gran simuladora". Se reportan dos casos clínicos de mujeres con actinomicosis. **Palabras clave:** actinomicosis, absceso hepático, dispositivo intrauterino, actinomicosis pericárdica.

ABSTRACT

Actinomycosis is a rare, chronic disease caused by a group of anaerobic Gram-positive bacteria that normally colonize the mouth, colon, and urogenital tract. Due to its propensity to mimic many other diseases and its wide variety of symptoms, clinicians should be aware of its multiple presentations and its ability to be a 'great pretender'. We describe herein two cases. **Key words:** Actinomycosis, liver abscess, intrauterine contraceptive device, pericardial actinomycosis;

CASO 1

Paciente femenina de 22 años de edad, con tabaquismo de cinco años a razón de 20 cigarros al día, drogas inhaladas durante tres años, pero que dejó cinco años antes. Apendicectomizada un año previo. Dos parejas sexuales, un embarazo y un parto, dispositivo intrauterino como método anticonceptivo.

Ingresó al hospital con un cuadro de un mes de evolución, con dolor faríngeo, fiebre, con tratamiento antibiótico sin conocimiento de la dosis y otros medicamentos tomados durante siete días, con remisión parcial de

los síntomas. Veinticuatro horas previas a su ingreso tuvo dolor precordial opresivo, disnea, palpitations y dolor abdominal epigástrico intenso que le ocasionó síncope. En otro hospital fue tratada con analgésicos, de donde fue dada de alta con disminución de los síntomas pero exacerbación posterior, que fue la causa que la condujo a nuestro hospital.

A su ingreso se la encontró con tensión arterial de 93/54 mmHg, temperatura de 36.4°C, pálida y diaforética. Tórax con estertores basales izquierdos. Abdomen con dolor generalizado, intenso, sin datos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal tuvo dolor a la movilización del cuello uterino, sin descarga vaginal. Tacto rectal sin alteraciones.

El reporte de laboratorio fue: 37,860 leucocitos, neutrófilos 65%, linfocitos 11.9%, hemoglobina 5.9, VGM: 72.5, MCHC: 28.7, plaquetas: 600,000. TP: 25/11, TTp: 42/23, Na: 135, K: 6.1, Cl: 107; glucosa: 70; TGO: 20; TGP: 375; albúmina 1.5, amilasa: 56; bilirrubina total: 0.8; calcio: 7.7; CPK: 14, fosfatasa alcalina: 141, GGT: 53, DHL: 344; fósforo: 8.4; Cr: 1.6; BUN: 27, urea: 57.

El ultrasonido de abdomen mostró ascitis moderada y leve hepatomegalia.

El tratamiento se inició con antibióticos betalactámicos, imidazoles y soluciones cristaloides. Se le hemotransfundieron tres concentrados eritrocitarios y plasmas frescos

* Médico del servicio de Medicina Interna.

** Médico patólogo adscrito al servicio de Patología.

*** Médico residente de Medicina Interna.
Hospital General de Mexicali, BC. México.

Correspondencia: Dr. Hiram Javier Jaramillo Ramírez. Hospital General de Mexicali. Calle del Hospital sin número. Centro cívico. Mexicali 21000, BC. México. Correo electrónico: hiramjaramillo@yahoo.com.mx
Recibido: 11 de julio 2011. Aceptado: octubre 2011.

Este artículo debe citarse como: Jaramillo-Ramírez H, Marín ME, Pérez T, González-Altamirano J, De la Peña-Celaya A. Actinomicosis hepática. Reporte de dos casos. Med Int Mex 2012;28(2):202-204.

congelados. Tuvo deterioro hemodinámico, a pesar de las aminas vasoactivas. Falleció 12 horas después de su ingreso.

La autopsia demostró que en el tórax había líquido seroso, sobre todo en el lado izquierdo, con material seropurulento en el mediastino anterior, con adherencias firmes en el pulmón izquierdo, la pared costal, la pleura y el pericardio, con engrosamiento de estos. En la cavidad abdominal se encontraron 300 mL de líquido cetrino.

Se realizaron improntas del líquido de ascitis, pericárdico y de derrame pleural, y se encontraron “gránulos de azufre” de *Actinomyces*. El corazón pesó de 360 g, con el pericardio engrosado en forma irregular de hasta 1 cm, de aspecto fibrinopurulento y adherido a la superficie del corazón, sin afectación del músculo. Al abrir por cavidades, las válvulas estaban conservadas. Las paredes ventriculares y el tabique tenían el espesor esperado.

Los cortes histológicos mostraron que los pulmones tenían una bronconeumonía severa, asociada con *Actinomyces*, además de pleuritis y pericarditis fibrinopurulenta. El músculo cardíaco y las otras estructuras estaban conservados.

El hígado se encontró aumentado de peso (2 100 g), con lesión blanquecina irregular de 8 cm, con cavidad de 4 cm, que afectaba el lóbulo izquierdo (Figura 1). Los cortes histológicos mostraron un absceso hepático por *Actinomyces*. El bazo tenía múltiples infartos sépticos. El útero se encontró con la morfología habitual, de 11x6x4 cm, con endometrio de 0.5 cm de espesor, de color marrón claro, con un dispositivo intrauterino en la cavidad endometrial. Las trompas uterinas derecha e izquierda tenían luz de 0.5 cm, con discreto material blanquecino. El ovario derecho e izquierdo midieron 3.5x2.5x1.3 cm. Al corte, con cuerpos blancos y quistes de 0.5 cm.

Los cortes histológicos del endometrio, la salpinge y el ovario mostraron inflamación aguda y crónica asociada con *Actinomyces*.

CASO 2

Paciente femenina de 28 años de edad, con antecedentes de cérvico-vaginitis recurrente y un aborto hacía un año. Dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. Ingresó a nuestro hospital con un cuadro de tres semanas de evolución, con disnea y tos con expectoración purulenta. A su ingreso a Urgencias estaba en estado de choque, con

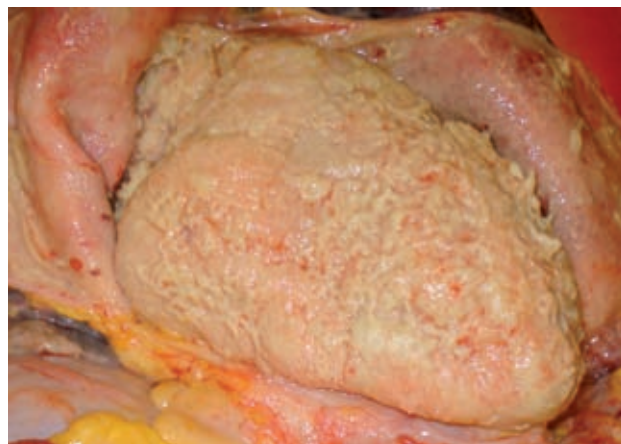


Figura 1. Pericardio y corazón expuestos, con fibrina y material purulento.

alteraciones del estado de alerta que requirió intubación endotraqueal, ventilación mecánica y aminas vasoactivas.

Leucocitosis de 20,100, Hb de 5.1, hematócrito 16.1; 183,000 plaquetas. Bilirrubina total: 1.69, AST 35, ALT 12. Proteínas totales 8.13. Albúmina 0.92. Creatinina: 1.75. BUN 40.05, tiempos de coagulación prolongados. EGO con leucocitos numerosos. Prueba de embarazo negativa. Seroamiba negativa. La tomografía toracoabdominal mostró derrame pleural bilateral. En el hígado se observó una lesión hipodensa (15x11cm), con irrupción hacia la cavidad pleural. Se realizó laparoscopia diagnóstica en la que se observaron múltiples adherencias hepato-diafragmáticas y abundante líquido de ascitis. En el hígado se observó una lesión de 15 cm y aspecto caseoso.

La paciente recibió tratamiento con imipenem, vancomicina y anfotericina B. La evolución fue tórpida y finalmente falleció.

La autopsia reveló hepatomegalia con un absceso de 8 cm en el lóbulo derecho, con evidencia de gránulos de azufre. Los pulmones con bronconeumonía bilateral, extensa, asociada con actinomicosis e infartos sépticos múltiples, bilaterales y periféricos. Infartos sépticos en el bazo. Endometritis, cervicitis, salpingitis bilateral y ovarios con inflamación crónica por actinomicosis y datos anatómicos de choque séptico.

DISCUSIÓN

La actinomicosis es una infección granulomatosa poco frecuente causada, principalmente, por *Actinomyces*



Figura 2. Corte macroscópico del hígado que muestra absceso de *Actinomyces*.

israelii, una bacteria anaerobia grampositiva. Aunque comúnmente se encuentra en el ambiente, no es común que de lugar a infecciones.^{1,2}

Estas últimas son más comunes en varones que en mujeres, con una proporción de 2 a 4 veces más.³ Los sitios más comúnmente afectados son: la región cervicofacial, infección abdominal en la región ileocecal y del apéndice. La diseminación hematogena es rara. También se ha asociado con infección en el lecho vesicular años posteriores a una colecistectomía.⁴ El absceso hepático por *Actinomyces* no es común, representa sólo 5% de los casos.^{5,6}

Se ha asociado con la colocación de dispositivos anticonceptivos intrauterinos, que son los que originan la infección abdominal.³ En los pacientes de los dos casos coincidió el dispositivo intrauterino.

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. Los síntomas son variados y dependen de los sitios infectados. Suele tener una evolución subaguda o crónica que se acompaña de pérdida de peso, fiebre y ataque al estado general. Suelen encontrarse fistulas y tumores palpables. Los reportes de laboratorio son inespecíficos e incluyen anemia y leucocitosis. Cuando se trata de un absceso hepático, los diagnósticos clínicos suelen ser de: cáncer hepático, hepatoma o colangiocarcinoma,^{6,7} hasta que se realiza el diagnóstico definitivo, que suele ser por medio de estudio histopatológico, en el que se observan "los gránulos de azufre", o bien por medio de cultivo.

Aunque es un hallazgo excepcional, es curable con tratamiento prolongado con antibióticos.^{8,9,10} El tratamiento suele basarse en altas dosis de penicilina G y resección quirúrgica de la lesión. Aunque se han reportado casos de buena respuesta a las tetraciclinas y a la combinación de tetraciclinas, ampicilina, eritromicina o piperacilina tazobactam.⁶⁻¹⁰

Establecer el diagnóstico tempranamente no es fácil porque suele ser una enfermedad crónica que simula otros padecimientos, lo que ha generado el seudónimo de la "gran simuladora". Por ello no es sino hasta el estudio histopatológico que puede establecerse el diagnóstico.

En ambos casos reportados, la enfermedad estaba en estadios avanzados y a pesar de los antibióticos de amplio espectro no hubo mejoría y el análisis posmortem fue el que dio el diagnóstico. Ambas pacientes tenían un dispositivo intrauterino como método anticonceptivo y la vía de entrada de las bacterias sugiere que fue genital. En un estudio de 67 pacientes con actinomicosis hepática 35% tenían un dispositivo intrauterino.¹¹ Si bien el dispositivo intrauterino es un factor de riesgo para infección de actinomicosis, las posibilidades de que esta infección se disemine y agrave no están claramente estudiadas, pero parecen remotas.

REFERENCIAS

1. Burden P. Actinomycosis. J Infect 1989;19:95.
2. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. Dis Colon Rectum 1996;39(1):105-108.
3. Yeguez JF, Martinez SA, Sands LR, Hellinger MD. Pelvic actinomycosis presenting as malignant large bowel obstruction: A case report and a review of the literature. Am Surg 2000;66(1):85-90.
4. Vyas JM, Kasmar A, Chang HR, et al. Abdominal abscesses due to actinomycosis after laparoscopic cholecystectomy: case reports and review. Clin Infect Dis 2007; 44:e1.
5. Miyamoto MI, Fang FC. Pyogenic liver abscess involving *Actinomyces*: Case report and review. Clin Infect Dis 1993;16:303-309.
6. Sharma M, Briski LE, Khatib R. Hepatic actinomycosis: an overview of salient features and outcome of therapy. Scand J Infect Dis 2002;34:386-391.
7. Hepatic actinomycosis: Case report and review of the literature in Japan. Shigeo Sugano, Tamaki Matuda, Tokuya Suzuki. J Gastroenterol 1997;32:672-676.
8. Alam MK, Khayat FA, Al-Kayali A, Al-Suhaibani YA. Abdominal actinomycosis: Case reports. Saudi J Gastroenterol 2001;7:37-39.
9. Fisher AM, Harvey JC. Actinomycosis: some concepts of therapy and prognosis. Postgrad Med 1956; 19:32.
10. Makaryus AN, Latzman J, Yang R, Rosean D. A rare case of *Actinomyces israelii* presenting as pericarditis in a 75-year-oldman. Cardiol Rev 2005;13:125-127.
11. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Tanouli MI, Tiniakos D, et al. Archimandritis. Primary Hepatic Actinomycosis. Am J Med Sci 2010;339(4):362-365.