

Cirugía y Cirujanos

Volumen 73
Volume 73

Número 1
Number 1

Enero-Febrero 2005
January-February 2005

Artículo:

Actinomicosis abdominal. Presentación de tres casos

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Actinomicosis abdominal. Presentación de tres casos

Dr. Adolfo Olvera-Reynada,* Dr. Marco Antonio Calzada-Ramos,** Dr. Xavier Espinoza-Guerrero,**
Dr. Cuauhtémoc Molotla-Xolalpa,** Dr. Pedro de Jesús Cervantes-Miramontes***

Resumen

Objetivo: informar tres casos de actinomicosis abdominal, uno que se presenta como tumor abdominal y dos que se intervienen de urgencia por abdomen agudo con diagnóstico de apendicitis aguda complicada.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 36 años con masa abdominal en fosa iliaca izquierda dependiente de colon, observada en la tomografía axial computarizada de abdomen. Se llevó a cabo resección del tumor. Casos 2 y 3. Mujeres de 37 y 39 años, respectivamente, que acudieron a urgencias por dolor abdominal agudo, con leucocitosis; fueron sometidas a laparotomía exploradora. En la segunda paciente se encontró absceso ovárico bilateral y perforación uterina, por lo que se efectuó histerectomía total abdominal y salpingo-forectomía bilateral. En la tercera, el hallazgo es un tumor sigmoideo y absceso tuboovárico bilateral, por lo que se resecan estos órganos. Las piezas se enviaron para análisis patológico.

Resultados: el análisis microscópico de los especímenes reveló gránulos de sulfuro, por lo que se diagnosticó actinomicosis.

Conclusiones: la actinomicosis abdominal es una enfermedad rara y en contadas ocasiones es diagnosticada en forma preoperatoria. Se requiere continuar la antibioticoterapia en forma prolongada para asegurar la erradicación de la enfermedad.

Palabras clave: actinomicosis abdominal, abdomen agudo, masa abdominal, gránulos de sulfuro.

Summary

We present three cases of abdominal actinomycosis in females, one presenting with an abdominal mass and two others underwent emergency surgery because of acute abdomen with a diagnosis of complicated acute appendicitis. The first patient (age 36 years) presented with an abdominal mass in the left lower quadrant arising from the colon as observed by abdominal computed tomography (CT). The patient was brought to the operating room and tumoral resection was done. The second and third patients (37 years and 39 years, respectively) were brought to the emergency room because of acute abdominal pain with leucocytosis. Exploratory laparotomy was performed, finding in the second patient a bilateral ovarian abscess and uterine perforation. Hysterectomy and salpingo-oophorectomy were done. In the third patient, the findings were a sigmoid mass and a bilateral tubo-ovarian abscess and these organs were resected. Samples were sent for pathologic analysis. Microscopic analysis of the specimens sent revealed the presence of "sulfur granules", and a diagnosis of actinomycosis was made. Abdominal actinomycosis is a rare disease and preoperative diagnosis is uncommon. It is necessary to complete the full course of antibiotic therapy in order to completely eradicate the disease.

Key words: abdominal actinomycosis, acute abdomen, abdominal mass, sulfur granules.

Introducción

La actinomicosis es una infección rara causada por *Actinomyces israeli*, bacteria filamentosa ramificada grampositiva, anaerobia estricta o microaerófila, que antes era considerada un hongo.¹⁻⁵ *Actinomyces israeli* es un comensal normal del organismo, principalmente de la boca, tracto gastrointestinal inferior y tracto genital femenino, que puede tornarse patógeno después de un traumatismo, infección local o cirugía que altere las barreras mucosas naturales del organismo, invadiendo los tejidos adyacentes.²

En 1846, Bradshaw fue el primero en observar la enfermedad abdominal como una masa en el cuadrante inferior derecho. En 1887, Bollinger encontró micelas de la bacteria en tejidos infectados de animales y las describió como un proce-

* Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zona 30.

** Residente de Cirugía General, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

*** Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zona 30.

Solicitud de sobreiros:

Dr. Marco Antonio Calzada-Ramos,
Zempoala 282, interior 4, Col. Narvarte, 03020 México, D. F.
Tel.: 5698 7306.

E-mail: marco_calzada@hotmail.com

Recibido para publicación: 26-04-2004.

Aceptado para publicación: 18-07-2004.

so patológico; en ese año, Israel también encontró micelas en tejidos humanos y posteriormente hizo el diagnóstico en humanos vivos. Fue así como Israel fue recordado por estos logros en 1940, nombrando a dicho patógeno como *Actinomyces israelii*, distinguiéndolo del patógeno animal *Actinomyces boris*.^{1,6}

A continuación se describen tres casos tratados en nuestro hospital entre 1997 y 2004.

Casos clínicos

Caso 1

En diciembre de 1997 se presentó mujer de 36 años, con antecedente de apendicectomía y nueve meses antes con reporte de patología de perianapéndicitis secundaria a algún órgano vecino; gesta 1, para 1, uso de dispositivo intrauterino desde 10 años atrás. Su padecimiento lo inició cuatro semanas antes de su ingreso con dolor en fosa iliaca izquierda, náusea y vómito intermitentes, adinamia y pérdida de peso de 7 kg. Se



Figura 1. Colon por enema que muestra masa infiltrativa en colon sigmoides que produce disminución de la luz.



Figura 2. Tomografía axial computarizada que evidencia masa irregular en sigmoides extendida hacia la pared abdominal anterior.

identificó tumor de 8 cm, pétreo y desplazable, mientras que al tacto vaginal se halló tumor en anexo izquierdo de aproximadamente 18 cm. En la radiografía de abdomen se observó el dispositivo intrauterino, y el ultrasonido abdominal evidenció tumor sólido en fosa iliaca izquierda. Se realizó colon por enema que indicó proceso infiltrativo en colon sigmoides (figura 1). La tomografía axial computarizada mostró lesión ocupativa irregular de bordes mal definidos en el mismo sitio (figura 2). Por estos motivos se realizó laparotomía exploradora con la que se encontró tumor dependiente de sigmoides de $12 \times 10 \times 4$ cm, con infiltración a vejiga, peritoneo parietal, útero y anexo izquierdo. Se realizó sigmoidectomía y colocolo-anastomosis. El reporte histopatológico fue de actinomicosis intestinal al encontrar gránulos de sulfuro en la pieza quirúrgica. La paciente evolucionó favorablemente, se le retiró el dispositivo intrauterino y en el postoperatorio fue tratada con penicilina intravenosa, 12 millones de unidades al día, y después 500 mg de penicilina oral cada 6 horas por 8 meses más.

Caso 2

En marzo del 2000, mujer de 37 años, gesta III, para III, con dispositivo intrauterino desde 10 años antes, ingresó al hospital por dolor abdominal de 48 horas de evolución localizado en hipogastrio, acompañado de náusea, vómito, astenia y adinamia. A la exploración física se encontró fiebre, datos de abdomen agudo y leucorrea fétida abundante. En los exámenes de laboratorio: leucocitosis de 27 mil, neutrofilia y bandemia; la placa simple de abdomen mostró imagen en vidrio despolido en pelvis, niveles hidroaéreos y el dispositivo intrauterino (figura 3). Se realizó laparotomía exploradora con la que se halló pelviperitonitis con 300 mm de pus, absceso ovárico



Figura 3. Placa simple de abdomen donde se observa dispositivo intrauterino, niveles hidroaéreos e imagen en vidrio despulido.

bilateral y perforación fúnica uterina. Se realizó histerectomía y salpingoofrectomía bilateral. El reporte de patología fue de granulomas actinomicóticos en la pieza quirúrgica. La paciente tuvo una evolución favorable y fue tratada con penicilina durante nueve meses en el postoperatorio.

Caso 3

Enero del 2004. Mujer de 39 años de edad, gesta V, para V, con uso de dispositivo intrauterino durante cuatro años. Su padecimiento lo inició dos semanas antes de su hospitalización con dolor lumbar izquierdo tratado como cólico renoureteral, que se agudizó e irradió hacia el cuadrante inferior izquierdo, acompañado de náusea y vómito; a la exploración física se encontraron datos de abdomen agudo. Los exámenes de laboratorio indicaron leucocitosis de 23 mil, neutrofilia y bandemia; la placa simple de abdomen mostró el dispositivo intrauterino. La paciente se había realizado ultrasonido pélvico una semana antes; el reporte fue miomatosis uterina de grandes elementos. Se efectuó laparotomía exploradora con la que se identificó tumor sigmoideo de 6 cm de diámetro (figura 4),

absceso tuboovárico derecho y absceso ovárico izquierdo, por lo cual se llevó a cabo sigmoidectomía con colostomía y cierre distal, así como salpingoofrectomía bilateral. El reporte de patología indicó granulomas actinomicóticos con gránulos de sulfuro, tanto en sigmoides como en ovarios y cistadenoma mucinoso de ovario izquierdo. En el postoperatorio se le administraron 12 millones de unidades de penicilina intravenosa diariamente; hasta el momento de este informe estaba bajo tratamiento con el mismo antibiótico, pero vía oral. También se le retiró el dispositivo intrauterino.

Discusión

La actinomicosis cervicofacial es la forma más común (60%) seguida de la torácica. La forma abdominal (hasta 20%) se manifiesta por lo general con dolor en cuadrante inferior derecho, fiebre, escalofrío, astenia, adinamia, pérdida de peso y formación de masas abdominales irregulares.^{2,4} Dado el mecanismo postulado para el crecimiento patológico de esta bacteria (ruptura de la barrera mucosa), el apéndice es el órgano más frecuentemente involucrado, causando síntomas en el cuadrante inferior derecho. Una vez fuera del intestino, la actinomicosis se disemina por continuidad, y sólo en raras ocasiones por vía hematogena o linfática. La respuesta localizada se manifiesta por la formación de abscesos, en ocasiones como una masa pequeña o una fistula.¹

Debido a lo inusitado de la enfermedad, rara vez es diagnosticada en forma preoperatoria y con frecuencia se confunde con enfermedades neoplásicas, por lo general de colon, lo que ha llevado a tratamiento quirúrgico radical.²⁻¹⁰



Figura 4. Espécimen macroscópico de patología de 8 x 4 x 4 cm, donde se observa colon sigmoideo con su luz estenosada por el proceso infiltrativo.

Otras formas reportadas se relacionan con enfermedad inflamatoria pélvica secundaria al uso de dispositivo intrauterino,^{5,7,8,11,12} la cual involucra abdomen en forma secundaria. Se ha señalado que la probabilidad de colonización del dispositivo intrauterino aumenta exponencialmente a partir de los cuatro años de portarlo; en promedio la infección se observa en mujeres con ocho años de colocación del dispositivo.^{4,7,11} Se asegura que la invasión pélvica por *Actinomyces* es exclusiva de mujeres portadoras de dispositivo intrauterino.¹² Las pacientes informadas eran portadoras de dispositivo y, además, una tenía antecedente de appendicectomía reciente.

Consideramos importante que las pacientes con dispositivo intrauterino durante largo tiempo sean valoradas por su ginecólogo para determinar la necesidad de continuar con ese método anticonceptivo o cambiarlo por otro. En el caso 3 la paciente tenía ya cinco gestas y bien se hubiera podido utilizar un método definitivo.

Otro aspecto por considerar es el tratamiento. Se ha postulado que debe ser prolongado para erradicar la enfermedad. La penicilina es el antibiótico de elección y la terapia a largo plazo tiene un promedio de curación superior a 95%. La enfermedad tiende a recurrir si los antibióticos no son administrados en forma apropiada.¹⁰ Nuestras pacientes se han mantenido sin recurrencia con el tratamiento, incluso una de ellas todavía continúa con el mismo.

Conclusiones

En los tres casos con actinomicosis abdominal hubo antecedente de uso prolongado de dispositivo intrauterino y en uno, de appendicectomía reciente.

Debido a su infrecuencia, es difícil diagnosticar la enfermedad en forma preoperatoria, sin embargo, la patología se debe considerar en el diagnóstico diferencial de masas abdominales y

abdomen agudo, especialmente en pacientes con antecedentes que predisponen al crecimiento patológico de *Actinomyces israelii*.

Referencias

- Meyer P, Nwariaks O, McClelland R, Gibbons D, Leach F, Sagalowsky A, et al. Rare presentation of actinomycosis as an abdominal mass: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000;43:872.
- Batoyiannis S, Gloustianov G, Batsis S, Kappas M. Pelvic actinomycosis mimicking frozen pelvis: report of an unusual case. *J Obstet Gynecol* 2000;20:548.
- Scheal KP, Lee H-J. Actinomycete infections in humans-a review. *Gene* 1992;115:201-211.
- Fiorino AJ. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and *Actinomyces* detection on cervical smear. *Obstet Gynecol* 1996;87:112-119.
- Perez-Salamanco E, Barranco E, Picazos V, Clavero R. Frecuencia de colonización de *Actinomyces* en portadores asintomáticos de DIU. *Rev Iberoam Fertil* 2002;19:387.
- Phupong V, Sueblinvong T, Pruksananonda K, Taneepanichskul S, Triratanachat S. Uterine perforation with Lippes loop intrauterine device-associated actinomycosis: a case report and review of the literature. *Contraception* 2000;61:347-350.
- Antonelli D, Kstrup J. Large bowel obstruction due to intrauterine device associated with pelvic inflammatory disease. *Am Surg* 1999;65:1165.
- Koren R, Dekel Y, Ramadan E, Veltman V, Dveznik Z. Periappendiceal actinomycetes mimicking malignancy: report of a case. *Pathol Res Pract* 2002;1998:441.
- Iwasaki M, Nishikawa A, Akutangawa V, Fujimoto T. A case of ovarian actinomycosis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2003;11:171.
- Nugteren S, Owwendik T, Junkman J, Straub M, Dees A. Colitis and lower abdominal mass by *Actinomyces israelii* in a patient with an IUD. *Neth J Med* 1996;49:73-76.
- Yeguez J, Martinez S, Sands L, Hellenger G. Pelvic actinomycosis presenting as malignant large bowel obstructions. A case report and a review of the literature. *Am Surg* 2000;66:85-86.
- Arend SM, Oosterhof H, van Dissel JT. *Actinomyces* and the intrauterine device. *Arch Int Med* 1998;158:1270