

Absceso tuboovárico actinomicótico que simula una lesión tumoral

María Gabriela Gil Romero,* María de los Ángeles Martínez Ramírez,** Sandra Yadira Reyes Gómez,** Zayra Pamela Said Gayosso,** Marco Tulio Reynoso Marengo***

RESUMEN

La actinomicosis es una infección bacteriana crónica lentamente progresiva, cuyo agente etiológico más común en el ser humano es *Actinomyces israelii*, el cual es parte de la flora normal de la cavidad oral, el tubo digestivo y el tubo genital femenino. Los sitios de afección en orden de frecuencia son: cervicofacial, torácico, abdominopélvico y sistema nervioso central. La utilización del dispositivo intrauterino (DIU) por tiempo prolongado favorece la aparición de actinomicosis en el aparato genital femenino, lo que condiciona la formación de abscesos que clínicamente pueden confundirse con un tumor por los síntomas inespecíficos que producen, lo que hace difícil el diagnóstico y retrasa el tratamiento. Se comunica el caso de una paciente de 39 años con dolor tipo cólico en el hipogastrio y la fosa iliaca izquierda, con pérdida de peso de 8 kg en un mes y fiebre de predominio vespertino y con antecedente ginecoobstétrico de uso de DIU (T de cobre) por tiempo prolongado. Se inició el protocolo de estudio por síndrome de desgaste y probable proceso neoplásico en el ovario. La TAC reportó tumor que dependía del ovario izquierdo y que infiltraba el techo de la vejiga. Se programó para intervención quirúrgica por laparotomía exploradora y se reportó salpingooforitis aguda abscedada mediante estudio histopatológico transoperatorio.

Palabras clave: absceso, *Actinomyces*, DIU.

ABSTRACT

Actinomycosis is a chronic, slowly progressive bacterial infection whose most common etiologic agent in humans is *Actinomyces israelii* which is part of the normal flora of the oral cavity, gastrointestinal tract and female genital tract. The sites of affectation in order of frequency are cervicofacial, thoracic, abdominopelvic and central nervous system. Using the IUDs for a long period favors the development of actinomycosis in the female genital tract, which conditions the formation of abscesses that can be clinically confused with a tumor of non-specific symptoms, making diagnosis difficult and delaying treatment. It is reported the case of a 39-year-old female patient with crampy pain in left iliac fossa and hypogastrium, with weight loss of 8 kg in one month and dominated the evening fever, with a gynecologic history of IUDs use (T copper) for long time. Protocol was to study burnout syndrome and probable ovarian neoplastic process. Computed tomography reported dependent ovarian tumor infiltrating the left roof of the bladder. Patient was submitted to surgery by exploratory laparotomy and the transoperative pathology study reported salpingoophoritis acute abscess.

Key words: abscess, *Actinomyces*, IUDs.

* Médica adscrita al servicio de Anatomía Patológica.

** Médica residente de tercer año del servicio de Anatomía Patológica.

*** Jefe del servicio de Medicina Interna.
Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dra. María Gabriela Gil Romero. Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Av. Revolución 1182, colonia San José Insurgentes, CP 03900, México, DF.

Correo electrónico: gabrielagilromero@yahoo.com.mx

Recibido: agosto, 2011. Aceptado: septiembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: Gil-Romero MG, Martínez-Ramírez MA, Reyes-Gómez SY, Said-Gayosso ZP, Reynoso-Marengo MT. Absceso tuboovárico actinomicótico que simula una lesión tumoral. Patología Rev Latinoam 2011;49(4):270-275.

A *ctinomyces israelii* es el agente patógeno más común en el humano, es un microorganismo grampositivo, filamentosos, ramificado no esporulado y ácido-resistente, es un bacilo anaerobio o facultativo miembro de la flora de las membranas mucosas de la cavidad oral, el tubo gastrointestinal y el aparato genital femenino, no se transmite de persona a persona, es de baja patogenicidad y necesita la destrucción de la mucosa para causar enfermedad. La actinomicosis tiene una distribución mundial y generalmente ocurre en personas inmunocompetentes pero también en personas inmunodeprimidas. Las formas de presentación en orden de frecuencia son: cervicofacial (50%), torácica (30%), abdominopélvica (20%) y cerebral.¹⁻⁴

El absceso tuboovárico (ATO) secundario a infección por *Actinomyces* es extremadamente infrecuente y se relaciona con el uso del DIU por tiempo prolongado; en la bibliografía se informan 8 hasta 21 años de uso. Los síntomas son inespecíficos y los estudios de gabinete (TAC, USG, etc.) pueden orientar falsamente hacia procesos neoplásicos de ovario y colon. Debido a su comportamiento biológico agresivo y a la aparente “invasión” hacia estructuras anatómicas adyacentes, se hace necesaria la intervención quirúrgica diagnóstica por laparotomía exploradora.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 39 años de edad, la cual ingresó al servicio de Urgencias porque padecía dolor tipo cólico –en el hipogastrio y la fosa iliaca izquierda–, distensión abdominal, disuria y nicturia; fue tratada por un médico familiar por infección de vías urinarias, pero no hubo disminución de los síntomas. Pérdida de peso de 8 kg en un mes, así como hiporexia, astenia, adinamia, náuseas, vómitos esporádicos de contenido gastroalimentario y fiebre no cuantificada de predominio vespertino. A la exploración física, TA: 110/60, FC: 66/min, FR: 19/min, temperatura: 36.2°C. Abdomen en bata, blando, depresible, doloroso a la palpación en el hipogastrio y la fosa iliaca izquierda, punto ureteral izquierdo positivo, Giordano negativo, sin datos de irritación peritoneal y peristalsis normal. Adenopatías inguinales bilaterales con ganglio pétreo de 1.5 cm en la región inguinal izquierda. Al tacto vaginal, vagina: elástica y eutérmica, el cuello uterino posterior: largo, puntiforme y no doloroso a la movilización. Útero lateralizado a la derecha aproximadamente 8 X 4 cm y no se palparon anexos. Fue valorada en el servicio de Ginecología, donde descartaron proceso ginecológico. Ingresó al servicio de Medicina Interna para protocolo de estudio por síndrome de desgaste y probable proceso neoplásico. Datos de laboratorio: Hb: 10.0 g/dL, Hto: 30.7%, leucocitos: 18.4. La química sanguínea, el examen general de orina, los tiempos de coagulación y el perfil ginecológico estaban en parámetros normales; el panel viral, la prueba de ELISA para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana y los marcadores tumorales fueron negativos.

Durante su estancia hospitalaria se reportó curva de temperatura de 72 horas de predominio vespertino con picos febriles de 38°C. Se realizó TAC abdominopélvica,

que reveló tumor –que dependía del ovario izquierdo y que infiltraba el techo de la vejiga– e hidronefrosis izquierda por compresión del uréter (Figuras 1 y 2). Fue valorada por Urología, Oncología y Medicina Interna y fue programada para laparotomía exploradora y salpingooforectomía bilateral. Resultados transoperatorios: esplenomegalia, hepatomegalia, riñón izquierdo aumentado de tamaño, líquido de ascitis, tumor ovárico izquierdo de 8 X 6 cm, quiste roto en el ovario derecho, cuadro inflamatorio importante con afección de colon. Reporte de Patología:



Figura 1. TAC del abdomen que muestra una lesión tumoral dependiente del anexo izquierdo, así como desplazamiento del útero hacia la derecha.

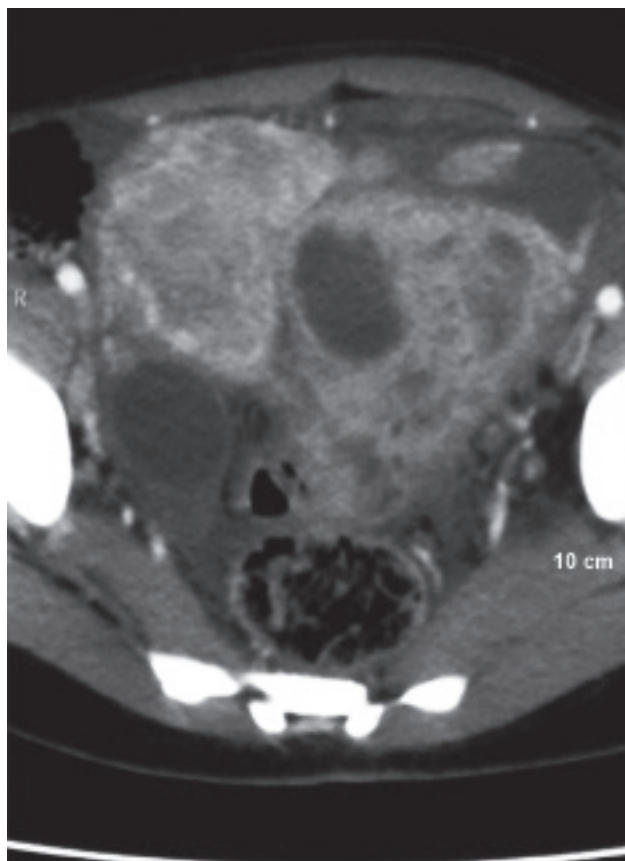


Figura 2. TAC del abdomen, en corte transversal, donde se identifican un tumor anexial izquierdo y una lesión quística contralateral en el ovario.

para el estudio transoperatorio se recibieron el ovario y la salpinge izquierdos. El ovario –previamente abierto– midió 6 X 5 X 3.5 cm, con solución de continuidad de 3 cm, con superficie despulida y con áreas hemorrágicas; al corte había formaciones quísticas; la mayor era de 2.5 X 2 cm y tenía contenido purulento, con volumen de 5 cm³. La salpinge midió 6 X 1.5 cm y tenía salida de material purulento. Se identificó quiste paratubario de 0.6 cm (Figuras 3 y 4). El estudio transoperatorio reportó salpingooforitis aguda abscedada, con gránulos de azufre compatibles con *Actinomyces*. Posteriormente, se recibieron el ovario y la salpinge contralateral y se identificaron un cistoadenoma seroso hemorrágico, la salpinge sin alteraciones y líquido de ascitis (volumen de 20 cm³) en el que se observaron escasos polimorfonucleares y células mesoteliales reactivas (Figura 5). En los cortes definitivos se corroboraron múltiples colonias bacterianas actinomicóticas, que se



Figura 3. Ovario izquierdo con absceso actinomicótico. Las figuras de este artículo aparecen a color en el anexo 5 de este número.

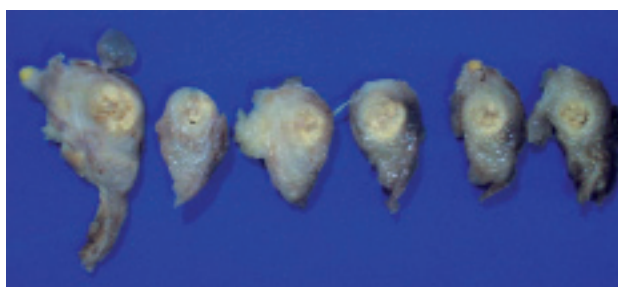


Figura 4. Salpinge izquierda con fibrosis y material purulento intraluminal.

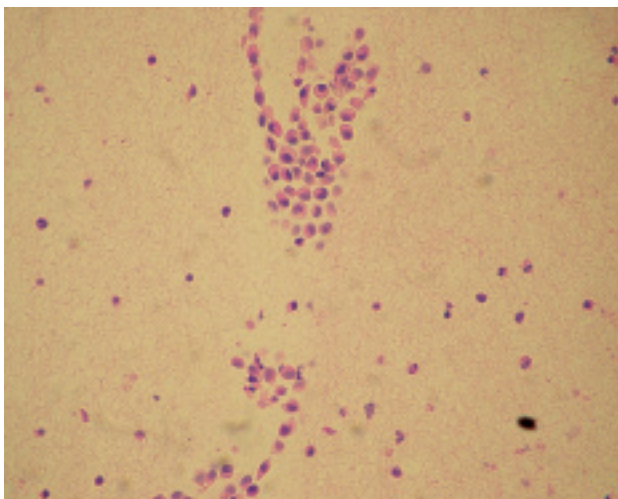


Figura 5. Líquido de ascitis con células mesoteliales reactivas.

distingúan por centros basófilos y prolongaciones radiales periféricas eosinófilas que formaban los llamados “gránulos de azufre”, inflamación granulomatosa con reacción gigante celular a cuerpo extraño, fibrosis y formación de abscesos (Figuras 6, 7 y 8).

DISCUSIÓN

En la década de 1920 el estándar en los cuidados iniciales de pacientes con absceso tuboovárico fue “postergar la operación el mayor tiempo posible”, lo que elevó la mor-

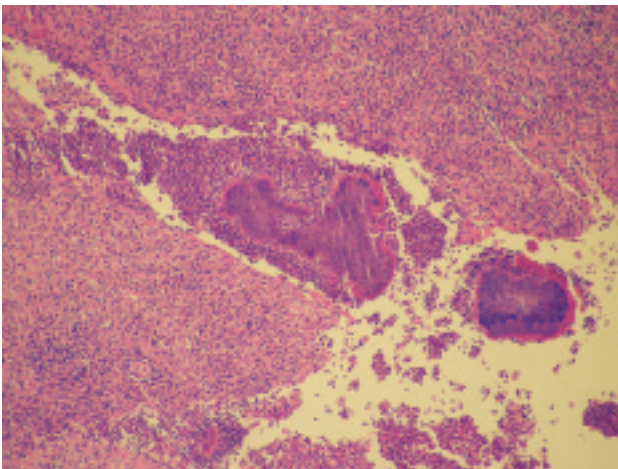


Figura 6. Ovario izquierdo con colonias bacterianas actinomicóticas.

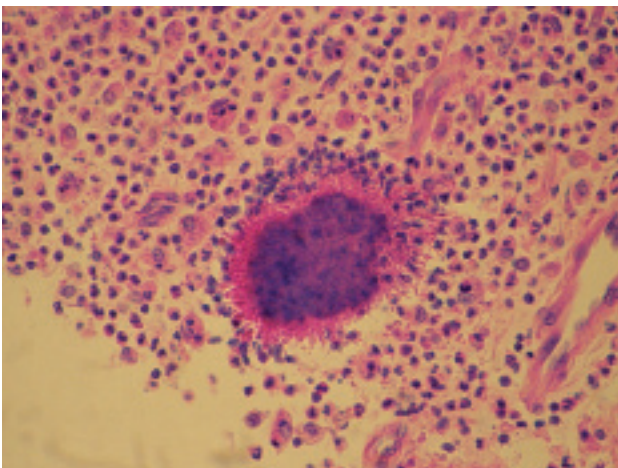


Figura 7. Gránulo de azufre actinomicótico con centro basófilo y prolongaciones radiales periféricas eosinófilas.

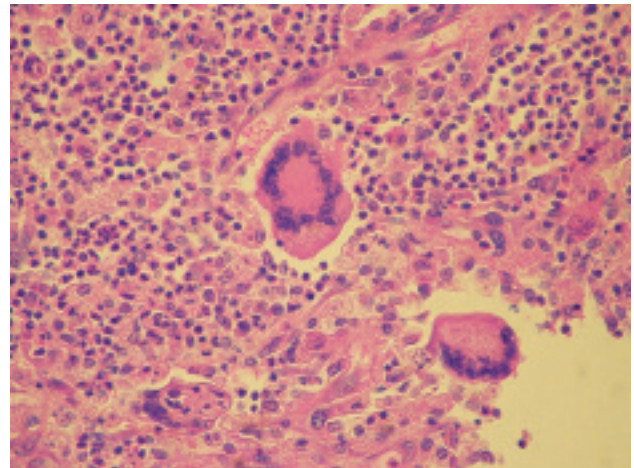


Figura 8. Ovario izquierdo con inflamación granulomatosa crónica y células gigantes multinucleadas.

talidad en 90% de los casos. Posteriormente, a principios de la década de 1980 la laparotomía exploradora para el drenaje del absceso y la resección del tejido infectado redujeron la mortalidad a sólo 10%.

El uso de DIU modernos causa poco o ningún riesgo de padecer enfermedad inflamatoria pélvica y cuando ésta se produce, está limitada a las primeras tres semanas posteriores a la inserción; sin embargo, la aparición de un absceso tuboovárico puede ocurrir como una complicación de la misma.^{5,6}

En 1973 Henderson describió que los DIU y la actinomycosis pélvica se relacionaban en pacientes que utilizaron los DIU durante más de tres años.⁷ En este caso que se expone la paciente había usado el DIU durante 12 años, con un solo cambio ocho años antes.

La incidencia de actinomycosis pélvica no se conoce con exactitud; sin embargo, en los últimos 20 años ha aumentado la colonización durante la edad reproductiva debido al uso del DIU, porque con la tinción de Papanicolaou la actinomycosis pélvica se halló en 30% de las citologías exfoliativas de cuello uterino de pacientes asintomáticas que usaban el DIU.⁸

La prevalencia de actinomycosis pélvica en países en vías de desarrollo de América Latina es de 18.3% por cada 120 usuarias de DIU y puede incrementarse hasta en 57.1% si el DIU se usa por tiempo prolongado.⁹

La primera forma de actinomycosis asociada con DIU es la endometritis. Una masa pélvica o absceso tuboovárico uni o bilateral es la siguiente etapa de la enfermedad.⁸ En

el caso presentado sólo se realizó una salpingooforectomía bilateral, pero se dejó en el cuerpo uterino un foco primario de infección; por tanto, el abordaje quirúrgico fue incompleto.

Los síntomas habituales, aunque inespecíficos, son fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal. La evolución es lenta y progresiva y puede dar lugar a la formación de una masa de tejido fibroso con infiltrado inflamatorio reactivo que afecte estructuras adyacentes; en algunos casos da la falsa impresión de una neoplasia, como ocurrió en este caso.^{10,11}

Los hallazgos en los estudios de imagen no son específicos. La TAC es la más utilizada y suele mostrar una masa pélvica o peritoneal infiltrada en las estructuras adyacentes, engrosamiento de las paredes del intestino que están próximas a la lesión y que se confunden con un proceso neoplásico.¹²⁻¹⁴ La TAC de esta paciente reveló un tumor, que dependía del ovario izquierdo y que infiltraba el techo de la vejiga, y una hidronefrosis izquierda por compresión del uréter; estos hallazgos frecuentemente se han reportado en la bibliografía.

El estudio microbiológico y el patológico son esenciales para establecer un diagnóstico apropiado. En los cortes de tejido teñidos con hematoxilina-eosina (H y E) se observan masas de gránulos sulfurosos basófilos, redondos u ovales, con proyecciones radiales eosinófilas denominadas “clubes”. Aunque existen otras tinciones que pueden facilitar su visualización, como metenamina y nitrato de plata de Gomori y MacCallen-Goodpasture, si se realiza un muestreo completo de la pieza quirúrgica no son indispensables para el diagnóstico. Ahora bien, el diagnóstico certero puede establecerse por medio de inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales anti-*Actinomyces*.⁹

El manejo de la actinomicosis generalmente consiste en retirar el DIU, administrar tratamiento antibiótico y realizar –solamente si es necesaria– la extracción quirúrgica del tejido afectado; sin embargo, cuando éste se confunde con una neoplasia, se hace necesaria la laparotomía exploradora diagnóstica. El régimen antibiótico más administrado es penicilina G por vía intravenosa a dosis de 10 a 20 millones de unidades al día durante cuatro a seis semanas, seguido de penicilina V por vía oral a 4 g al día durante un lapso de 6 a 12 meses, aunque es importante destacar que la duración total del tratamiento no está estandarizada. La clindamicina y las tetraciclinas constituyen una buena alternativa en casos de alergia a la penicilina.^{9,14,15} Debido al poco conocimiento sobre el tratamiento de esta afección,

se indican antibióticos poco específicos, como sucedió en esta paciente, lo que condiciona un mayor riesgo de recidivas, por falta de erradicación del agente causal y por persistencia del foco infeccioso primario.

La actinomicosis pélvica siempre debe considerarse en los diagnósticos diferenciales para cualquier usuaria del DIU con imagen tomográfica sugestiva de lesión tumoral, fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso.¹⁶

CONCLUSIONES

El absceso tuboovárico actinomicótico es infrecuente. Forma masas pélvicas prominentes que miden de 7 a 15 cm en su diámetro mayor, que se extienden a estructuras adyacentes y que simulan en estudios de imagen un proceso neoplásico maligno. Su diagnóstico se dificulta por los síntomas inespecíficos. El tiempo promedio de evolución del cuadro clínico es de tres meses. La laparotomía exploradora sigue siendo el método diagnóstico que se utiliza, aunque no es el de elección. El absceso actinomicótico debe considerarse en los diagnósticos diferenciales de: mujer + DIU + tiempo de uso mayor de siete años + masa abdominopélvica + fiebre y leucocitosis.

REFERENCIAS

1. García-Cano E, Camargo A, Carrera A, Galán NA y col. Detección de *Actinomyces* spp. de muestras cérvico-vaginales de mujeres con y sin dispositivo intrauterino. *Bioquímica* 2002;27(3):60-68.
2. Brook I. Actinomycosis: diagnosis and management. *South Med J* 2008;101(10):1019-1023.
3. Joshi C, Sharma R, Mohsin Z. Pelvic actinomycosis: a rare entity presenting as tubo-ovarian abscess. *Arch Gynecol Obstet* 2010;281(2):305-306.
4. Wong L, Marcon N. Abdominal actinomycosis. Acceso mayo 22, 2008. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
5. Livengood C. Pathogenesis of and risk factors for pelvic inflammatory disease. Acceso enero 8, 2009. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
6. Livengood C. Tuboovarian abscess. Acceso noviembre 24, 2008. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
7. Krishna D, Kunica C, Damyanti S, Daya S, et al. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device. *J Gynecol Surg* 2007;23(4):143-146.
8. Vispo N, Cassanello G, Capellino P. Actinomicosis tuboovárica pseudotumoral. *Rev Hosp Privado de Comunidad* 2005;9(1):24-26.
9. Sánchez J, Mercado N, Chilaca F. Uso del DIU asociado a la infección secundaria por *Actinomyces* en tracto genital femenino. *Rev Esp Patol* 2004;17(4):383-388.

10. Del Agua C, Felipo F, Eguizábal C. Tumoración pélvica agresiva: actinomicosis peritoneal simulando malignidad (VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica). Acceso marzo, 2004. Disponible en: <http://www.conganat.uninet.edu>
11. Cumbras JM, Fernández C, Pinedo A. Actinomicosis abdominopélvica en paciente portadora de DIU. Presentación de un caso. Clin Invest Gin Obst 2003;30(6):201-202.
12. Guerra M, Reyna E, Torres M. Absceso tubo-ovárico actinomicótico. Obstet Ginecol Venez 2005;65(1):33-34.
13. Ramos JM, Torroba A, García Santos JM. Mujer de 41 años con dolor abdominal y fiebre de 24 horas de evolución. An Med Interna (Madrid) 2004;21(10):507-513.
14. Rutger L, Hendrik W. Case 85: pelvic actinomycosis in association an intrauterine device. Radiology 2005;235(2):492-494.
15. Pérez MD, Rodríguez A, Núñez A. Actinomicosis abdominopélvica con afección del aparato urinario secundario a infección ginecológica por dispositivo intrauterino. Acts Urol Esp 2000;24(2):197-201.
16. Toglia M, Schaffer JI. Tubo-ovarian abscess formation in users of intrauterine devices remote from insertion: a report of three cases. Infect Dis Obstet Gynecol 1996;4:85-88.