CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):615

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-447 - ACTINOMICOSIS ABDOMINAL, UN RETO DIAGNÓSTICO

Velasco López, Rosalía; Rodríguez López, Mario; Bailón Cuadrado, Martín; Plúa Muñiz, Katherine; Tejero Pintor, Francisco Javier; Choolani Bhojwani, Ekta; Pérez Saborido, Baltasar; Sánchez González, Javier

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La actinomicosis es una rara infección crónica, granulomatosa, causada por la bacteria anaerobia gram positiva *Actinomyces israelii*, comensal del organismo humano a nivel de la boca, el tracto gastrointestinal y los genitales femeninos, que se vuelve patógeno tras un traumatismo, cirugía o infección local, causando, por ejemplo, la colonización del dispositivo intrauterino. La cervicofacial es la localización más frecuente (50%), pero también puede asentar a nivel torácico (15-20%) o abdominal (20%), donde el apéndice el órgano más frecuentemente involucrado. Se disemina por contigüidad, formando abscesos, masas o fístulas, o más raramente, vía hematógena o linfática. Los síntomas que causa son inespecíficos y afectan principalmente a varones de edad media.

Caso clínico: Mujer, 79 años, con antecedentes de apendicectomía, dislipemia y cardiopatía hipertensiva, con episodios de taquicardia supraventricular. Ingresa en Medicina Interna por tumoración epigástrica dolorosa, de 3 semanas de evolución, la cual apareció tras una clase de yoga. Fue puncionada en urgencias obteniendo material hemático oscuro, y se realizó ecografía, siendo compatible con hematoma de los rectos del abdomen. La paciente ha ido empeorando progresivamente con aparición de fiebre y aumento del dolor. En la analítica sanguínea presenta leucocitosis de 14.500 y PCR de 260. Se decide realizar TAC abdominal, observándose una colección intraabdominal líquida, compatible con absceso, en región epigástrica, con afectación de pared abdominal anterior, antro y bulbo duodenal, sugestivo de infarto omental sobreinfectado versus ulcus péptico con perforación anterior, aunque sin visualizar fugas del contraste oral, neumoperitoneo, ni líquido libre intraperitoneal. Dada la cínica y los hallazgos radiológicos, se decide drenaje quirúrgico, mediante laparotomía media, evidenciándose una cavidad epiploica abscesificada, de paredes muy gruesas y exteriorizada a la piel, con salida de pus muy espeso; procediéndose a la resección de ese segmento de epiplón, desbridamiento y drenaje. Se exploró el resto de la cavidad abdominal sin encontrar otros hallazgos. El postoperatorio fue favorable desde el punto de vista quirúrgico, pero desarrolló episodios de taquicardia supraventricular repetidos, que precisaron ablación por radiofrecuencia de haz de reentrada. El cultivo microbiológico resultó negativo y la anatomía patológica detectó acúmulo de actinomices, iniciándose tratamiento antibiótico con amoxicilina. En el TAC de control 6 meses después, se objetiva desaparición completa de la colección intrabdominal y eventración residual de línea media, la cual se encuentra pendiente de corrección quirúrgica.

Discusión: El diagnóstico de actinomicosis abdominal requiere una alta sospecha y rara vez se confirma de forma preoperatoria, ya que simula neoplasias, tuberculosis o enfermedad de Crohn. A nivel histológico, son característicos los gránulos de sulfuro, que representan colonias de actinomices. Su tratamiento se basa en antibioterapia con penicilina durante 6-12 meses y en la mayoría de las casos (90%), es suficiente para lograr la curación y desaparición de colecciones intrabdominales. En nuestro caso fue preciso un drenaje quirúrgico, debido tanto a las dimensiones del absceso, como a la duda diagnóstica. Otras indicaciones quirúrgicas incluirían la presencia de fístulas, la sospecha de neoplasia o la recurrencia/complicación tras el tratamiento conservador.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados