CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):43

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-563 - LA GRAN IMITADORA: ACTINOMICOSIS Y ABSCESO ACTINOMICÓTICO PRIMARIO DE PARED ABDOMINAL: DIFÍCIL DIAGNÓSTICO PERO INDISPENSABLE PARA TRATAMIENTO DEFINITIVO

Robles Quesada, María Teresa; Blanco Elena, Juan Antonio; Plata Rosales, José; Ruiz, Pedro; Granados, José; Leon, Carlos; Ruiz Molina, Inmaculada; Fuentes Molina, Sofia

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: La actinomicosis primaria de la pared abdominal es infrecuente, de hecho algunos autores rebaten la existencia primaria de la misma. La actinomicosis es una infección causada por bacilos grampositivos, anaerobios o microaerófilos, no esporulados, fundamentalmente del género *Actinomyces*. Afecta típicamente a las regiones cervicofacial, torácica y abdominal. Su *diagnóstico* es complicado ya que su manifestación suele confundirse con otras entidades como neoplasias. Se presenta un caso de la gran imitadora, en la que por su rareza e inespecificidad, el proceder diagnóstico y tratamiento es más agresivo.

Caso clínico: Varón de 48 años, con antecedentes de Asma, que presenta tumoración supraumbilical, de 4 cm, dolorosa, irreductible, compatible con hernia supraumbilical complicada por lo que se propone cirugía urgente. En la intervención se observa neoplasia abscesificada de 5-6 cm a nivel supraumbilical y umbilical que afecta a pared abdominal y peritoneo parietal. Se realiza exéresis en bloque de la misma, resección parcial de aponeurosis y tejido muscular de rectos anteriores, con reconstrucción de la pared y drenaje de absceso. Por tanto, se descarta el diagnóstico de hernia, sospechando una neoplasia. Se da de alta al cuarto día postoperatorio. Tras el resultado definitivo de la anatomía patológica de la tumoración extirpada, se cita al paciente en consulta, observando recidiva de la misma en la pared abdominal, con persistencia de supuración por un orificio fistuloso, no siendo de extrañar dado el siguiente resultado: Anatomía patológica: descripción macroscópica: 7 fragmentos de tejido adiposo, el mayor de ellos de 11 cm y el menor de 3 cm. Todos de similiares características y parecen estar revestidas por una capa de gruesa fibrina de coloración blanquecina y subyacente a ella, en alguno de los fragmentos se observa un absceso con contenido purulento. Diagnóstico anatomopatológico: intensa fibrosis celular reparativa e inflamación crónica aguda abscesificante con eosinofilia con presencia de colonias de actinomices en el centro de la lesión (absceso actinomicótico). Se prescribe entonces Penicilina 1.200.000 UI IM 24 horas 3 semanas, con seguimiento por parte de su MAP y cirugía. Tras finalización de la pauta, se añade amoxicilina 500 mg oral 6 meses. La herida se mantiene continente y cerrada, sin aparente recidiva, aunque se solicita TC de control.

Discusión: En la práctica clínica, la actinomicosis es la gran imitadora, ya que es frecuente confundirla con otras patologías verdaderamente quirúrgicas. El tratamiento de elección es la

penicilina G intramuscular o intravenosa 2-6 semanas, con una pauta larga de penicilina o amoxicilina oral. El tratamiento quirúrgico mediante el drenaje de absceso, o retirada de contenido necrótico combinado con el tratamiento antibiótico puede ser una opción muy eficiente, sin embargo, de forma aislada ambos pueden no ser suficientes.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados