Localizador web
Artículo 193.556

Actinomicosis primaria de la pared abdominal

Ana Paulos, Francisco Javier González Rodríguez, Rosa Álvarez Seoane y Joaquín Potel Lesquereaux
Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

La actinomicosis primaria de la pared abdominal es una entidad clínica infrecuente, sólo hay 64 casos publicados en la literatura inglesa. Es una infección crónica, granulomatosa, supurativa y fistulizante producida por una bacteria grampositiva *(Actinomyces israeli).* La actinomicosis afecta con mayor frecuencia a las regiones cervicofacial (50%), abdominopelviana (20%) y torácica (15%)[1-4]; con una presentación clínica variable que simula una neoplasia o una tuberculosis, por lo que su diagnóstico es difícil y muchas veces sólo se obtiene tras la intervención quirúrgica.

Presentamos el caso clínico de un varón de 70 años de edad, diabético, con el antecedente de cirugía gástrica por perforación 8 años antes, que presenta dolor abdominal de 6 meses de evolución localizado a nivel suprapúbico acompañado de disuria, pero sin alteración del hábito intestinal. En la exploración física el paciente presenta una masa infraumbilical, de aproximadamente 10 cm de diámetro, que alcanza el pubis, de consistencia dura, dolorosa a la palpación y sin datos de inflamación. En la analítica de sangre al ingreso no hay alteraciones, la ecografía abdominal muestra en hemiabdomen inferior, encima de la vejiga, una formación hipoecoica irregular de 8 cm. En el enema opaco destaca la afección sigmoidea con signos de posible afección desmoplástica; la cistoscopia descarta la existencia de una masa de origen vesical o adherida a ella, y en la tomografía computarizada se puede ver una masa que afecta a la cara posterior de los músculos rectos anteriores del abdomen y que se extiende hasta la vejiga con engrosamiento significativo de la cúpula en su cara anterior (figs. 1 y 2).

El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante una laparotomía media en la que se objetiva una masa de aspecto tumoral de 10 cm de diámetro que afecta a la pared anterior del abdomen y la cúpula vesical, por lo que se procede a extirparla con márgenes libres y cierre primario de la pared abdominal.

El examen anatomopatológico demuestra una tumoración ovalada, quística, de coloración blanco-grisácea con áreas hemorrágicas, cuyos hallazgos se corresponden con actinomicosis de la pared abdominal. En el postoperatorio el paciente recibe tratamiento antibiótico con penicilina y su evolución fue favorable.

Fig. 1. Tomografía computarizada abdominopelviana, infiltración de la cara posterior de los músculos rectos anteriores del abdomen.

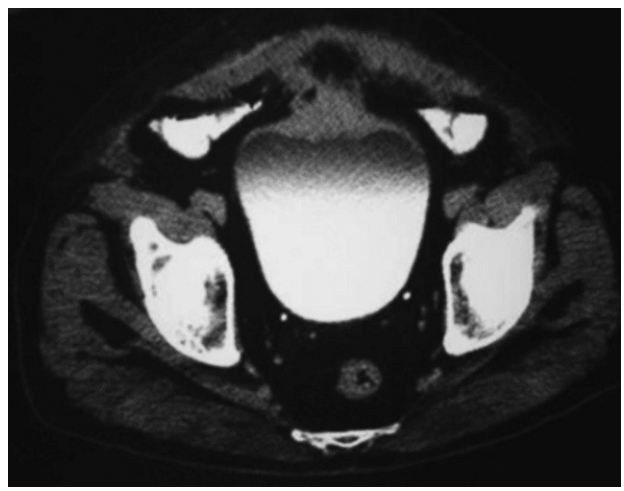

Fig. 2. Tomografía computarizada abdominopelviana, infiltración tumoral de la cúpula vesical.

Correspondencia: Dr. F.J. González Rodríguez.
Arzúa, 8. 15704 Santiago de Compostela. A Coruña. España.
Correo electrónico: fran.padroso@gmail.com

Manuscrito recibido el 7-2-2007 y aceptado el 5-3-2007.

Bibliografía

1. Hefny AF, Joshi S, Saadeldin YA, Fadlalla H, Abu-Zidan FM. Primary anterior abdominal wall actinomycosis. Singapore Med J. 2006;47:419-21.
2. Tedeschi A, Di Mezza G, D'Amico O, Ermann A, Montone L, Siciliano M, et al. A case of pelvic actinomycosis presenting as cutaneous fistula. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;108:103-5.
3. Filipovic B, Milinic N, Nikolic G, Ranthelovic T. Primary actinomycosis of the anterior abdominal wall: case report and review of the literature [revisión]. J Gastroenterol Hepatol. 2005;20:517-20.
4. Lunca S, Bouras G, Romedea NS, Pertea M. Abdominal wall actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterine device: a case report and review of the literature [revisión]. Int Surg. 2005;90: 236-40.

Localizador web
Artículo 195.731

Cirugía urgente en paciente con infarto agudo de miocardio de 72 horas de evolución: ¿cómo actuar?

Vanessa Rodríguez y Luciano Aguilera
Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Según las Guías de la Sociedad Española de Cardiología[1], la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardiópata en cirugía no cardíaca en los 3 meses posteriores a un infarto agudo de miocardio (IAM) determina un riesgo de reinfarto o muerte de un 30%; del 6% si se realiza entre los 3 y 6 meses, y del 2% cuando se esperan 6 meses. Es por ello que la cirugía de un enfermo con IAM debe realizarse preferentemente a los 6 meses tras el infarto. Sin embargo, la actuación en la cirugía urgente no está recogida en estas guías, en las que únicamente se recomienda extremar la monitorización intraoperatoria sin demorar la cirugía.

Presentamos el caso de un varón de 55 años con antecedentes de ingesta enólica importante e hipertensión arterial sin control médico. Tres días antes de la cirugía urgente sufre un cuadro de síncope con caída y clínica vegetativa; se diagnostica IAM inferior, y se le coloca un *stent* farmacoactivo. En el tratamiento al alta se pauta clopidogrel 75 mg/día y ácido acetilsalicílico (AAS) 150 mg/día, entre otros fármacos. A las 72 h de instaurado el tratamiento acude de nuevo a urgencias por cuadro de mareo con hipotensión y sudoración profusa. En la tomografía computarizada (TC) abdominal urgente se objetiva un hematoma subcapsular esplénico de 15 × 8 cm de diámetro en relación con hemoperitoneo importante, sin signos de sangrado activo. Se diagnostica de rotura esplénica con hemorragia en dos tiempos: el primero en el episodio del IAM, donde la caída pudo causar la rotura esplénica, y el segundo después del IAM, donde la administración de 2 antiagregantes pudo favorecer el sangrado esplénico. Fue intervenido de urgencia realizándose una esplenectomía reglada. Permaneció estable hemodinámicamente y no se objetivaron alteraciones electrocardiográficas durante la intervención, donde se observó un hemoperitoneo de aproximadamente 3 l y se transfundieron 2 concentrados de hematíes, plasma fresco congelado y plaquetas.

Ingresó en la unidad de reanimación para control postoperatorio. A pesar de que no presentó en ningún momento clínica de angina ni alteraciones electrocardiográficas de nueva aparición, se objetivó una elevación de enzimas cardíacas con troponinas T hasta 2,69 ng/dl (0-0,04) indicativas de un nuevo IAM perioperatorio. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta de la unidad de reanimación al tercer día de estancia.

El riesgo quirúrgico del paciente cardiópata en cirugía no cardíaca depende de dos circunstancias: el tipo de cardiopatía y la agresividad del procedimiento quirúrgico[2]. El riesgo de complicaciones cardíacas graves es mayor en aquellos cuyo IAM aconteció en las 6 semanas previas a la operación (período de cicatrización del IAM). Además, los enfermos con *stents* farmacoactivos tienen un riesgo de trombosis mayor que los portadores de *stents* no recubiertos[3]. La cirugía urgente debe realizarse sin dilación, pero ¿qué hacer ante la antiagregación con la que se trata a estos pacientes?, ¿cómo actuar para minimizar el riesgo de una nueva trombosis coronaria?

Tanto el AAS como el clopidogrel poseen una farmacodinamia similar en lo que se refiere a su capacidad para producir una inhibición plaquetaria acumulativa tras la

Correspondencia: Dra. V. Rodríguez Fernández.
Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao. Vizcaya. España.
Correo electrónico: vanessa.rodriguezfernandez@osakidetza.net.

Manuscrito recibido el 15-2-2007 y aceptado el 21-2-2007.