



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-492 - ACTINOMICOSIS ABDOMINAL: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y CONSIDERACIONES MICROBIOLÓGICAS EN EL MANEJO CLÍNICO

Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Mozo Ruiz, Marta; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhong; García Frigal, Jaime; Fra López, Maria; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La actinomicosis abdominal es una infección bacteriana crónica y poco frecuente, causada principalmente por *Actinomyces israelii*. Se caracteriza por su progresión lenta y la formación de masas inflamatorias que pueden simular tumores malignos. Predomina en hombres de 20 a 60 años, con una proporción hombre:mujer de 3:1. Entre los principales factores predisponentes se encuentran las cirugías abdominales previas, el uso prolongado de dispositivos intrauterinos (DIU), traumatismos gastrointestinales y daño en la mucosa intestinal. Su diagnóstico es complejo debido a la inespecificidad de los síntomas.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 17 años, con antecedentes de enfermedad celíaca e hipotiroidismo autoinmune, que ingresa desde urgencias por plastrón apendicular. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro con piperacilina/tazobactam y se realiza drenaje percutáneo de un absceso de 45 × 11 mm, enviando material purulento para cultivo. Ante una evolución clínica tórpida al tercer día, se solicitan nuevos hemocultivos, radiografía de tórax, análisis de orina y TAC abdominal, que evidencian múltiples colecciones en gotiera izquierda y pelvis, además de aumento del líquido libre abdominal. Se realiza laparotomía urgente, apendicectomía y lavado de la cavidad abdominal, con toma de nuevas muestras para cultivo. Al séptimo día posoperatorio (7DPO), persiste la fiebre y la elevación de PCR, por lo que se solicita un nuevo TAC que revela una colección subhepática de 48 × 55 mm, tratada mediante drenaje percutáneo. Los cultivos de las muestras quirúrgicas y de drenajes muestran crecimiento de *Streptococcus constellatus* y *Actinomyces odontolyticus*, ambos multisensibles. Evoluciona favorablemente, se retira el catéter y se da el alta al 15DPO con clindamicina oral durante 10 días. Sin embargo, dos días tras completar el tratamiento en casa, el paciente reingresa por fiebre. La radiografía de tórax evidencia un derrame pleural izquierdo y el TAC abdominal muestra una pequeña colección subhepática residual de 20 × 15 mm, no susceptible de drenaje. Se realiza toracocentesis diagnóstica, obteniéndose un exudado pleural que requiere evacuación con resolución del derrame. Los cultivos son negativos. Tras completar un nuevo ciclo antibiótico de amplio espectro y presentar mejoría clínica y analítica se decide alta. Dada la recurrencia de la fiebre con un ciclo corto de antibiótico y la ausencia de nuevos aislamientos microbiológicos, se sospecha de actinomicosis abdominal y se inicia tratamiento prolongado con amoxicilina oral a dosis altas (1 g cada 8 horas) durante seis meses. Finalizado este período, estando el paciente asintomático, un TAC confirma la resolución completa sin evidencia de colecciones. La anatomía patológica no mostró datos característicos de actinomicosis, como granos de azufre.

Discusión: La cronicidad de las infecciones por *Actinomyces* se debe a su lento crecimiento, su capacidad para formar colonias densas que dificultan la acción del sistema inmune y de los antibióticos, y su tendencia

a desarrollar abscesos y fibrosis. Estos factores, sumados a la inespecificidad clínica, retrasan y dificultan el diagnóstico, haciendo necesario un tratamiento prolongado para lograr la curación completa.