

Actinomicosis primaria de pared abdominal con peritonitis secundaria

J. Perea García, F. Turégano Fuentes*, M.D. Pérez Díaz, J. Medina, M. Rodríguez Martín y M. Sanz

Departamento de Urgencias. Sección de Cirugía. *Jefe de Sección de Cirugía de Urgencias.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

La actinomicosis es una entidad causada por el *Actinomyces israelii* que se presenta sobre todo en la zona cervicofacial, abdominal y torácica. En la región abdominal se transmite a partir de zonas de lesión tisular, siendo lo más frecuente la aparición de clínica en el hemiabdomen derecho, a pesar de existir una relativa tendencia en la actualidad hacia la diversificación de localizaciones. Sin embargo, la aparición de un cuadro de actinomicosis primaria de pared abdominal es una entidad poco habitual, motivo por el cual presentamos nuestro caso. El tratamiento de la actinomicosis abdominal consiste en la combinación de una adecuada antibioterapia con el correspondiente desbridamiento quirúrgico.

Palabras clave: Actinomicosis. Pared abdominal. Infección abdominal.

(Cir Esp 2001; 70: 207-208)

PRIMARY ABDOMINAL WALL ACTINOMYCOSIS WITH SECONDARY PERITONITIS

Actinomycosis is caused by *Actinomyces israelii* and commonly affects the cervicofacial area, abdomen and thorax. The abdominal form of the disease is transmitted from areas of tissue lesion. Although lesions may appear elsewhere, they usually appear in the right half of the abdomen. However, because the development of clinical signs and symptoms of primary abdominal wall actinomycosis is rare, we present a case of this disease. Treatment of abdominal actinomycosis consists of the combination of appropriate antibiotic therapy and surgical debridement.

Key words: Actinomycosis. Abdominal wall. Abdominal infection.

Introducción

La actinomicosis es una entidad que suele estar causada por *Actinomyces israelii*, una bacteria grampositiva filamentosá saprofitá anaerobia estricta, que durante mucho tiempo fue clasificada erróneamente como un hongo, y que se halla de manera endógena en la cavidad oral y en el tracto gastrointestinal alto. Las presentaciones clínicas más habituales son la cervicofacial, abdominal y torácica, en orden de mayor a menor frecuencia^{1,2}, produciendo infecciones crónicas granulomatosas. La localización abdominal se asocia con cuadros situados en el lado derecho del abdomen, como la apendicitis aguda² y, más esporádicamente, afecciones en la pelvis. Sin embargo, la actinomicosis primaria de pared abdominal es en extremo infrecuente³.

Presentamos el caso de una actinomicosis de dicho origen, secundariamente extendida a la cavidad peritoneal, señalando el papel que desempeña la cirugía en el tratamiento de esta rara entidad.

Correspondencia: Dr. J. Perea García.
Meléndez Valdés, 54, 4.º C. 28015 Madrid.

Aceptado para su publicación en junio de 2001.

Caso clínico

Mujer de 95 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de 4-5 días de evolución y ausencia de deposición. Entre los antecedentes personales destacan neoplasia de mama diagnosticada hace 7 años en tratamiento hormonal, y cirugía de histerectomía y doble anexectomía 20 años atrás. A la exploración la paciente se encuentra taquicárdica y febril. El abdomen es doloroso en hemiabdomen inferior, con signos locales de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos. Se aprecia cicatriz de laparatomía infraumbilical con eventración incarcerada. Presenta leucocitosis de 18.000/μl con un 94% de granulocitos. La radiografía de abdomen evidencia dilatación de asa de intestino delgado con gas distal. En la ecografía abdominal se visualiza en el mesohipogastrio una imagen de asas de intestino delgado con pared engrosada y hallazgos (peritoneo fijo) sugestivos de hernia incarcerada y/o torsión de epiplón en dicha zona, así como moderada cantidad de líquido libre. En la tomografía axial computarizada (TAC) se visualiza líquido libre intraabdominal, y en el mesohipogastrio una colección fluida con pared hipercaptante y elementos hipodensos en su interior, sin apreciar asas de intestino depen-

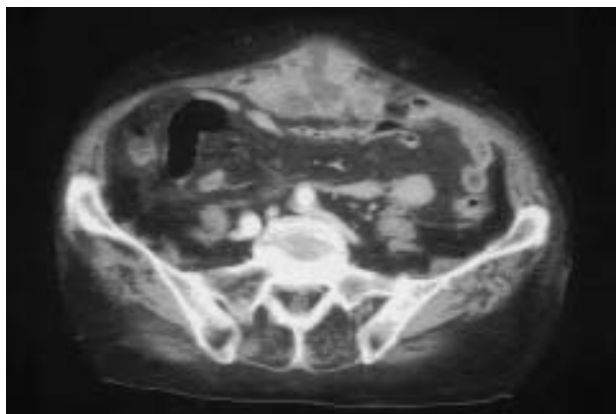


Fig. 1. TAC abdominal. Visualización de colección fluida con elementos hipodensos en su interior, compatible con torsión de epiploon.

dientes de la colección, compatible con torsión de epiploon (fig. 1). La paciente es intervenida, hallándose absceso de pared abdominal con epiploon necrótico en su interior secundario a eventración de laparotomía media infraumbilical y peritonitis con líquido libre intraabdominal. Se realiza tinción de Gram del líquido, positiva para bacilos grampositivos ramificados, pudiendo corresponder a *Actinomyces* o a *Nocardia*. Se efectúa drenaje de la cavidad abdominal y abscesual, lavado y resección del epiploon afectado, y se pauta tratamiento antibiótico (imipenem), siendo el cultivo del líquido positivo para *Actinomyces* sp. La anatomía patológica es notificada como peritonitis subaguda abscesificada. La paciente es dada de alta al día 14 postoperatorio, encontrándose en la actualidad asintomática.

Discusión

Bradshaw fue el primero en describir en 1846 una actinomicosis abdominal, según refiere Berardi, en forma de masa en el cuadrante inferior derecho⁴. Israel, en 1878, percibió la similitud en autopsia humana de los micelios con la forma bovina de la enfermedad, motivo por el cual en 1940 se le denominó al patógeno humano *Actinomyces israelii* para así distinguirlo de la variedad bovina⁴.

Existen determinadas ocasiones en que el riesgo de adquirir actinomicosis parece ser mayor, aunque no está aceptado por completo, como es el caso de pacientes inmunodeprimidos con leucemia, tumores sólidos, insuficiencia renal o sida. De las tres formas habituales de presentación, cervicofacial, torácica y abdominal, esta última suele darse tras cirugía intraabdominal, o con la rotura de la mucosa en perforaciones intestinales^{2,5}, partiendo de zonas en las que existe una mayor estanqueidad, como son el ciego y el apéndice cecal^{1,6}. Atravesada la mucosa, la diseminación por contigüidad es la forma más habitual de propagación, siendo la linfática y la hematogénica menos comunes⁷.

Últimamente se ha señalado un cambio en la tendencia de presentación abdominal de esta entidad. Así, mientras que la secundaria a apendicitis aguda ha disminuido debido al diagnóstico más temprano, menos cua-

dros de perforación, y la mejora de la antibioterapia, ha aumentado —a pesar de ser aún infrecuente— la afección colónica, en especial secundaria a diverticulitis aguda⁸. Existe también una importante incidencia de enfermedad pélvica asociada a dispositivos intrauterinos en mujeres⁹. En nuestro caso, la localización primaria en la pared abdominal es extraordinaria, y hasta hoy sólo se han referido, según la búsqueda bibliográfica realizada de los últimos 10 años, cuatro casos. De existir dicha afección, suele originarse desde una víscera hueca por medio de los tres mecanismos antes señalados, siendo la de origen primario en la pared abdominal de patogenia desconocida³.

La respuesta local suele ser la de formación de abscesos, que a veces fistulizan⁴. Los síntomas son inespecíficos, lo que hace muy complicado el diagnóstico², que no se suele alcanzar hasta la identificación en el material necrótico del absceso de los característicos “gránulos de azufre”, presentes en el 50% de los casos, y el cultivo definitivo del microorganismo⁵. En relación con esto es necesario destacar la importancia del envío rápido en medios de transporte adecuados al laboratorio de microbiología.

Los pilares del tratamiento son la antibioterapia y el desbridamiento quirúrgico. La penicilina es el fármaco de elección, siendo alto el índice de recidiva si no es utilizada de forma adecuada, ya que su uso ha de ser prolongado en el tiempo. La cirugía se emplea para eliminar el tejido necrótico y drenar el contenido purulento y también en ocasiones con objeto de alcanzar un diagnóstico definitivo^{1,2}. Puede llegarse a la resección colónica debido a la necesidad de descartar malignidad o para la resolución de cuadros obstructivos⁸. Por otro lado, es posible acudir a la TAC asociada a la punción-aspiración con aguja fina, y así obtener no sólo el diagnóstico, sino a veces el tratamiento adecuado¹⁰. El porcentaje global de curación alcanza el 90%^{1,8}.

Nuestro caso ilustra la variabilidad de presentación de la actinomicosis abdominal que, pese a su rareza, ha de tenerse en cuenta en situaciones de patología abdominal con expresión infrecuente.

Bibliografía

1. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal Actinomycosis. Report of two cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1996; 39: 105-108.
2. Meyer P, Nwariaku O, McClelland RN, Gibbons D, Leach F, Sagarowsky AI et al. Rare presentation of Actinomycosis as an abdominal mass. Dis Colon Rectum 2000; 43: 872-875.
3. Soler G, Lueque R, Martin M, Herrera F, Hermoso JC, Ferrer JG et al. Actinomycosis primaria de pared abdominal. Rev Esp Enf Digest 1997; 89: 228-229.
4. Berardi RS. Abdominal actinomycosis. Surg Gynecol Obstet 1979; 149: 257-266.
5. Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, editores. Principles and practice of infectious diseases (2.^a ed.). Nueva York: John Wiley, 1985.
6. Davies M, Keddle NC. Abdominal actinomycosis. Br J Surg 1973; 60: 18-22.
7. Piper MH, Schaberg DR, Ross JM, Shartsis JM, Orzechowski RW. Endoscopic detection and therapy of colonic actinomycosis. Am J Gastroenterol 1992; 87: 1040-1042.
8. Yegüez JF, Martínez SA, Sands LR, Hellinger MD. Pelvic actinomycosis presenting as malignant large bowel obstruction: a case report and a review of the literature. Am Surg 2000; 66: 85-90.
9. Asuncion CM, Cinti DC, Hawkins HB. Abdominal manifestations of actinomycosis in IUD users. J Clin Gastroenterol 1984; 6: 343-348.

10. Goldwag S, Abbitt PL, Watts B. Case report: percutaneous drainage of periappendiceal actinomycosis. Clin Radiol 1991; 44: 422-424.