

Actinomicosis abdominal: revisión de tres casos

Francisco Gil Piedra^a, Carmen Revuelta Tallado^b, María de la Plaza Galindo^c, Dieter Morales-García^c, Francisco J. Sánchez Manuel^c, Juan L. Seco Gi^d y José L. Santamaría-García^c

^aHospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ^bAtención Primaria Cantabria.

^cHospital Universitario "Marqués de Valdecilla" de Santander. Cantabria. ^dHospital "General Yagüe". Burgos.

Resumen

La actinomicosis es una enfermedad crónica, supurativa y granulomatosa, producida por el *Actinomyces israelii*, germen saprofita de la orofaringe, tubo digestivo y aparato genital femenino. Aprovechando una puerta de entrada en la mucosa (apendicitis, diverticulitis, cuerpo extraño) se extiende por contigüidad formando fistulas, abscesos y fibrosis. La forma abdominal (22%) se inicia generalmente en la cecoperitoneal (65%), con una clínica insidiosa atípica o en forma de masa abdominal sin filiar. Su diagnóstico, siempre difícil (< 10%), se realiza generalmente por laparotomía y anatomía patológica, y menos frecuentemente por PAAF y TC. El tratamiento es, además de la cirugía, penicilina G a dosis millonarias seguido de penicilina oral durante varios meses. Se consideran factores predisponentes demostrados: una mala higiene bucal y el uso del DIU. Presentamos tres casos de actinomicosis abdominal ocurridos en nuestro servicio en los últimos 10 años, recordando así la existencia de una enfermedad, que aunque rara, debe tenerse en cuenta en cuadros de masa abdominal sin filiar.

Palabras clave: Actinomicosis. *Actinomyces*. Masa abdominal.

ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS. REVIEW OF THREE CASES

Actinomycosis is a chronic, suppurative, granulomatous disease caused by *Actinomyces israelii*, a saprophytic bacterium found in the oropharynx, digestive tube and female genitals. From a portal of entry in the mucosa (appendicitis, diverticulitis, foreign body), the infection spreads to contiguous tissue forming fistulas, abscesses and fibrosis. The abdominal form (22%), usually begins in the cecum and appendix (65%) with atypical slowly-progressive symptoms or in the form of an abdominal mass of unknown cause. Diagnosis is difficult (< 10%) and is usually performed by laparotomy and pathological examination and less frequently by fine-needle aspiration puncture and computed axial tomography. In addition to surgery, treatment consists of high doses of penicillin G followed by oral penicillin for several months. Demonstrated predisposing factors are poor oral hygiene and intrauterine devices. We present three cases of abdominal actinomycosis that occurred in our department in the last 10 years. Although rare, this disease should be taken into account in patients with symptoms of abdominal mass of unknown cause.

Key words: Actinomycosis. *Actinomyces*. *Actinomyces*. Abdominal tumours

Introducción

La actinomicosis, enfermedad crónica, supurativa y granulomatosa, es causada por un bacilo anaerobio o microaerófilo, grampositivo, del género *Actinomyces*, orden *Actinomycetales*¹⁻³. Seis especies del género pueden

causar enfermedad en los humanos, y la más frecuente es *A. israelii*¹, comensal habitual de la orofaringe, el tubo digestivo y el aparato genital femenino^{1,3,4}. Las mucosas sanas actúan como barrera contra la invasión, siendo necesaria una puerta de entrada, seguida de una disminución del potencial de óxido-reducción que favorece la multiplicación del germen¹⁻³. El ser humano es el reservorio único de *Actinomyces*^{1-3,5}. No existe transmisión persona-persona ni animal-persona del agente. Existen 4 formas clásicas de enfermedad: cervicofacial (56%), abdominal (22%), torácica (15%) y cerebral¹⁻⁴, y otras mucho menos frecuentes, como la pélvica y ginecológica,

Correspondencia: Dr. F. Gil Piedra.
Avda. del Cid, 116. 09006 Burgos.

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

en relación con el uso del dispositivo intrauterino (DIU)^{3,4}, hemorragia digestiva secundaria a actinomicosis ileocecal⁶, fibrosis retroperitoneal⁴ y afección perianal o urológica⁴. Su distribución es mundial, predominando en áreas con baja higiene dental^{3,7}, con una incidencia de entre 1/119.000 y 1/400.000 por año, siendo tres o 4 veces más frecuente en varones^{3,6}.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 34 años, que presentó una expulsión de un DIU 5 días antes del ingreso. Se apreciaba una masa en fossa ilíaca derecha (FID) dolorosa y en aumento, de 8 cm, adherida a planos profundos. En cuanto a la analítica practicada, la hemoglobina era de 8,3 g/dl, el hematocrito del 28% y la VSG de 70 mm. La ecografía evidenció engrosamiento de la pared abdominal derecha y masa de 6,6 x 4,5 cm de origen intestinal o mesentérico, con atrapamiento de asa; líquido libre escaso y engrosamiento de la pared vesical. La tomografía axial computarizada (TAC) puso de manifiesto ectasia pielocalcial bilateral, adenopatías retroperitoneales y masa en FID y pelvis que estenosaba el íleon; engrosamiento de la pared abdominal y tejido celular subcutáneo. El enema opaco detectó desplazamiento del ciego. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) fue negativa. En la laparotomía se apreció gran masa de aspecto tumoral en el ciego e íleon terminal que infiltraba la pared abdominal anterior. Las biopsias intraoperatorias pusieron de manifiesto tejido inflamatorio. Se practicó hemicolectomía derecha. El estudio anatopatológico demostró la existencia de actinomicosis abdominal. Existía afección transmural del apéndice ileocecal con ulceración focal. Se instauró tratamiento con penicilina G sódica (24 millones de UI/día), seguida de ceftriaxona i.v. a dosis de 2 g/día durante tres semanas. La TAC realizada 5 meses después de la cirugía evidenciaba desaparición completa de los fenómenos inflamatorios.

Caso 2

Mujer de 62 años, con antecedentes de sarcoidosis e hipertiroidismo. Presentaba abdominalgía en el hipogastrio de varios meses de evolución, así como anorexia y pérdida de peso. El abdomen era blando y doloroso en FID e hipogastrio, con masa de 10 cm, dura, dolorosa y fija a la pared abdominal. La analítica fue normal. La radiografía de abdomen objetivó dilatación del colon ascendente, y en la ecografía se apreció una masa sólida en el hipogastrio derecho, de límites poco definidos, que parecía depender de la pared abdominal. La TAC puso de manifiesto engrosamiento del recto abdominal anterior derecho, con masa que englobaba parte del epiplón mayor. En la laparotomía se apreció engrosamiento musculoaponeurótico del recto anterior. Tumoralización del colon transverso y epiplón mayor adherida al peritoneo parietal anterior e íleon terminal. La biopsia intraoperatoria fue negativa. Se llevó a cabo resección segmentaria del colon transverso. El estudio anatopatológico informó de la existencia de actinomicosis abdominal. En cultivo crecieron *Bacteroides urealyticus*. Se instauró tratamiento con pantomicina (1 g/12 h) i.v. durante un mes y posteriormente oral durante 6 meses. En la ecografía realizada tres meses después no se objetivaron hallazgos.

Caso 3

Varón de 41 años, con antecedentes de brucelosis y herpes zoster. Presentaba abdominalgía de 4 días de evolución, astenia y anorexia. El abdomen era doloroso en FID, con masa fija y dura. Defensa y Blumberg positivo. Entre los datos de la analítica cabe destacar leucocitosis de 15.600 con un 77% de granulocitos. La radiografía de abdomen evidenció línea de psosas derecha borradilla. En la laparotomía se apreció masa de 6 x 5 cm adherida a la cara posterior del mesoileón terminal y ciego con apéndice cecal perforada y apendicitis; íleon terminal y ciego con paredes engrosadas. Se practicó apendicectomía y resección de masa.

En el cultivo del líquido peritoneal se detectó *Gemella morbillum*, *Pepostreptococcus* y *Streptococcus*. El estudio anatopatológico informó de la existencia de actinomicosis; apéndice con numerosos focos fistulosos a través de toda la pared, esclerosis y abscesos centrales. Se prescribió tratamiento con metronidazol (500 mg/8 h) i.v. y cefazolina (1 g/8 h) i.v. durante 5 días, y 2 g/2 h de ceftriaxona durante tres semanas. La TAC efectuada a los 6 meses no objetivaba patología visible.

Discusión

La actinomicosis abdominal afecta fundamentalmente al área cecoapendicular, ya que el germe prefiere las áreas de estancamiento, representando el 65% de los casos^{1,3,6}. El apéndice y la válvula ileocecal son las puertas de entrada más frecuentes, al igual que en nuestros casos, donde el apéndice fue el lugar de origen en dos de los tres casos. La afección anorrectal, en forma de estenosis rectal, absceso perirectal o isquierorrectal, o fistulas recurrentes, se inicia en una cripta anal y menos frecuentemente tras un proceso intraabdominal¹. La actinomicosis pélvica suele ser secundaria a endometriosis¹ tras uso de un DIU. En nuestro primer caso, aunque la paciente expulsó el DIU poco antes de la clínica, la puerta de entrada fue apendicular, como demuestra la anatomía patológica. Los procesos predisponentes más frecuentes son: apendicitis, diverticulitis, perforación intestinal, cirugía abdominal previa, cuerpo extraño intestinal y neoplasia intestinal, propagándose el germe por contigüidad desde la puerta de entrada. Se forman a continuación trayectos fistulosos, abscesos y fibrosis de los tejidos^{3,4}. El cuadro clínico, atípico, es generalmente de inicio insidioso y evolución lenta y prolongada, en forma de síndrome constitucional, al igual que en nuestro segundo caso. Puede comenzar en forma de masa palpable, fiebre y leucocitosis como en los casos 1 y 3^{2,3,5}. El diagnóstico preoperatorio es positivo en menos del 10%, interviniéndose la mayoría de los pacientes por sospecha de neoplasia (casos 1 y 2) o apendicitis (caso 3)^{2,3,6}. Los estudios radiológicos no son muy útiles, salvo la TAC asociada a PAAF, que puede ser diagnóstica y terapéutica¹⁻³. Es fundamental la confirmación bacteriológica, que precisa incubación en medios anaerobios durante largo tiempo, encontrándose con frecuencia otros gérmenes, como en nuestros dos últimos casos². Hecho el diagnóstico, el éxito terapéutico llega al 90%. La cirugía, necesaria para el diagnóstico y la eliminación de tejidos necróticos, se complementa con penicilina G a dosis de 10-20 millones UI/día, durante 4 a 6 semanas, seguida de penicilina oral a dosis de 30 mg/kg/día, durante 6 a 12 meses^{1-3,8}. Las tetraciclinas y la eritromicina son las alternativas. Deberá hacerse un seguimiento exhaustivo del paciente ante la posibilidad de recidivas, dado lo insidioso del proceso. No existen medidas específicas de preventión, aunque una buena higiene dental puede reducir la densidad de la colonización por *Actinomyces*, con un especial cuidado en portadoras de DIU¹.

Conclusión

La actinomicosis abdominal, proceso poco frecuente, deberá sin embargo tenerse en cuenta en procesos abdominales insidiosos, con o sin masa abdominal, sobre

todo si existen algunos de los factores de riesgo mencionados (mala higiene dental, DIU, proceso abdominal previo, etc.).

Bibliografía

1. Raymond A, Smego JR, Foglia G. Actinomycosis. Clin Infect Dis 1998;26:1255-63.
2. De la Cruz J, Piñol M, Alastrué A, Julián JF, Mira X, Fernández-Llamazares J, et al. Actinomicosis abdominal. A propósito de un caso. Cir Esp 1996;60:512-4.
3. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. Report of two cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1996;39:105-8.
4. Koutani A, Ibnatty A, Baroudi C, Elmamoun M, Elkhadir K, Gamra L, et al. Une cause rare de fibrose rétropéritonéales: l'actinomycose. Ann Urol 1996;30:89-93.
5. Platel JP, Terrier JP, Farthouat P, Thouard H, Flandrin P. Pseudo-tumeurs appendiculaires: diagnostics inhabituels. Ann Chir 1998;52:326-30.
6. García Izquierdo F, Fernández Balaguer P, Larrauri Martín J, Suárez Míguiles J, Asensio Prianes L, García-Sancho Martín L. Hemorragia digestiva secundaria a actinomicosis ileocecal. Rev Esp Enf Digest 1992;82:347-9.
7. Cope Z. Visceral actinomycosis. BMJ 1949;2:1311-6.
8. González FJ, Cosme A, Garmendia G, Villar JM, Horcajada JP, Arenas JL. Actinomicosis secundaria de pared abdominal simulando una neoplasia. Rev Esp Enf Digest 1993;83:293-4.