

## Actinomicosis como causa de recidiva tardía de absceso retroperitoneal

### Late recurrence of a retroperitoneal abscess due to actinomycosis

Los abscesos en el espacio retroperitoneal son entidades vistas en la clínica con relativamente poca frecuencia y pueden presentar una clínica larvada. Por las características propias del tejido retroperitoneal, las colecciones residuales aparecen con frecuencia a los días o incluso semanas. Presentamos un caso en que la recidiva ocurrió años después del primer episodio.

Varón de 78 años de edad que acude a urgencias por cuadro febril de 1 semana de evolución acompañado de decaimiento. Refiere que se le había realizado una hemicolectomía derecha sin saber precisar la causa y posteriormente drenaje de un absceso retroperitoneal en otro centro hacía 7 años. En la analítica destaca leucocitopenia en el sedimento de orina, por lo que se realiza ecografía y después tomografía computarizada (TC) abdominal urgente, que pone de manifiesto una gran colección retroperitoneal con burbuja en su interior que ocupa toda la celda renal derecha y se extiende hacia la pelvis, con probable extravasación de contraste oral (fig. 1). Se realiza punción drenaje de dicha colección guiada por TC, que evidencia salida de material entérico, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se procede a drenar la colección mediante lumbotomía derecha y dejando un sistema de lavado para luego, en el mismo acto quirúrgico, realizar una laparotomía, en la que se evidencia un bloque de asas de intestino delgado ocupando el espacio prerrenal derecho, que se resecta restableciendo el tránsito mediante anastomosis. La evolución del paciente fue favorable, con TC de control sin colecciones residuales. La anatomía patológica de la pieza se informa como asa yeyunal con inflamación aguda y estructuras basófilas compatibles con *Actinomyces*. Se

dio el alta hospitalaria al paciente con tratamiento antibiótico prolongado, y permanece asintomático.

El origen de los abscesos retroperitoneales suele estar en relación con enfermedades perforativas y/o inflamatorias intestinales o tienen un origen renal<sup>1</sup>. Una vez tratada la causa y limpiado el lecho del absceso, la recidiva tardía es muy infrecuente. En nuestro caso postulamos como causa de dicha recidiva, 7 años después del primer episodio, al actinomicosis, ya que no se evidenció en la histología de la pieza de resección neoplasia ni enfermedad inflamatoria crónica que justificase la perforación del asa. Tampoco se demostró en el acto quirúrgico la existencia de un cuerpo extraño.

*Actinomyces israelii*, bacteria grampositiva anaerobia estricta, es flora saprofita de la boca y el tracto gastrointestinal alto<sup>2</sup>. Se considera que la actinomicosis es una enfermedad supurativa crónica, y su localización más frecuente es la cervicofacial (el 50% de los casos); la región cecal y la apendicular son los tramos que con más frecuencia se ven afectados en el intestino<sup>3,4</sup>.

Clínicamente pueden presentarse de forma muy diversa, con formación de fístulas intestinales, engrosamiento mural del asa o incluso formando tumores inflamatorios que obligan a realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn, la tuberculosis o algunas neoplasias<sup>2,5</sup>. Para su diagnóstico se precisa la identificación de la bacteria mediante estudio microbiológico o histológico. Cuando la infección es crónica, se producen unos gránulos de color amarillento (gránulos de azufre) que ayudan a su identificación<sup>3</sup>, como sucedió en nuestro caso.

Dado que son infecciones crónicas, precisan de un tratamiento antimicrobiano complementario de larga duración. Se

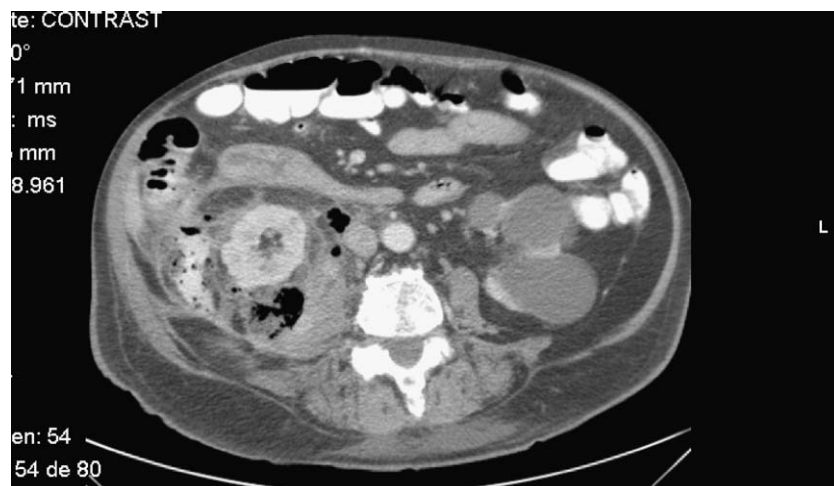


Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal que muestra la colección retroperitoneal con el contraste oral fuera de la luz intestinal.

recomienda la utilización de penicilinas durante al menos 6 meses; son alternativas válidas las tetraciclinas y los macrólidos<sup>4,6</sup>.

En conclusión, la actinomicosis intestinal es una infección infrecuente, con un curso lento y crónico, y rara vez se llega a un diagnóstico en el preoperatorio e incluso en el postoperatorio. Por su curso crónico, sin un tratamiento adecuado es frecuente su recidiva tardía, pero con un tratamiento óptimo, con desbridamiento del foco séptico y antibioterapia dirigida, se consiguen unos resultados favorables en más del 90% de los casos<sup>7</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Zuluaga GA, Jiménez VA. [Retroperitoneal pathology]. *Acta Urol Esp.* 2002;26:445-66.
2. Filippou D, Psimitis I, Zizi D, Rizos S. A rare case of ascending colon actinomycosis mimicking cancer. *BMC Gastroenterol.* 2005;5:1.

3. Burden P. Actinomycosis. *J Infect.* 1989;19:95-9.
4. Kammoun K, Garrigue V, Bouloux C, Chong G, Baldet P, Mourad G. [Actinomycosis after renal transplantation: apropos of 1 case and review of the literature]. *Nephrologie.* 2001;22:21-3.
5. Mueller MC, Ihrler S, Degenhart C, Bogner JR. Abdominal actinomycosis. *Infection.* 2008;36:191.
6. Filippou D, Psimitis I, Zizi D, Rizos S. A rare case of ascending colon actinomycosis mimicking cancer. *BMC Gastroenterol.* 2005;5:1.
7. Cintron JR, Del PA, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. *Dis Colon Rectum.* 1996;39:105-8.

Virgilio Ruiz Luque\*, Antonio Amaya Cortijo, Jorge Díaz Roldán, José Manuel Romero FernándezFrancisco Alba Mesa

Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [virgilio@aecirujanos.es](mailto:virgilio@aecirujanos.es) (V. Ruiz Luque).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.05.003

## Perforación de colon y síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV: colectomía total laparoscópica

### Colon perforation and Ehlers-Danlos syndrome type IV: total laparoscopic colectomy

El síndrome de Ehlers-Danlos (SED) es un ejemplo de enfermedad hereditaria del tejido conjuntivo<sup>1</sup>. Su prevalencia se establece en 1:150.000<sup>2</sup>. La hiperelasticidad de la piel y la hipermovilidad articular son dos características comunes en una afección con una gran variabilidad clínica, lo cual explica los diferentes tipos de SED conocidos y la sutil diferencia que existe entre ellos<sup>1</sup>.

La alteración genética en el procolágeno de tipo III es lo que define al SED tipo IV (acrogérico, equimótico, vascular)<sup>3</sup>. Los criterios diagnósticos clínicos de este tipo se dividen en mayores (contusiones, fragilidad arterial, uterina o gastro-intestinal, piel fina y traslúcida, etc.) y menores (hiperextensibilidad de piel, neumotórax/hemotórax espontáneos, etc.), a lo que se añade además la historia familiar de SED tipo IV y la presencia de factores de riesgo de aterosclerosis<sup>4</sup>.

La actitud terapéutica aplicable a este tipo de afecciones se basa en la mejor prevención posible y el rápido reconocimiento de las complicaciones que pueden surgir y que en ocasiones requieren una práctica quirúrgica agresiva. El SED tipo IV puede afectar al tracto gastrointestinal de varias maneras, y las perforaciones intestinales espontáneas que implican al colon sigmoide son las más frecuentes. En la revisión bibliográfica en relación con los cuadros de perforación colónica intestinal<sup>5-9</sup>, se considera como causa esencial una fragilidad tisular originada por un procolágeno «suicida».

A continuación presentamos un caso clínico de afección intestinal.

Varón de 18 años de edad diagnosticado de SED, valorado con motivo de dolor localizado en la fosa ilíaca izquierda (FII) de 72 h de evolución acompañado de diarrea. El paciente acudió 5 meses antes a nuestro servicio por el mismo motivo; no se había apreciado focalidad patológica tratable quirúrgicamente y el paciente había mostrado buena evolución con tratamiento conservador. En las pruebas complementarias iniciales, además de una leucocitosis con neutrofilia marcada, se pudo ver un importante neumoperitoneo bilateral. Con el fin de filiar el origen, se practicaron una ecografía abdominal completa y una tomografía computarizada (TC) pelviana sin contraste, con hallazgos compatibles con un cuadro de diverticulitis con absceso en la FII. Con estos hallazgos, y dada la estabilidad clínica del paciente, se instauró durante 10 días tratamiento médico con reposo digestivo y antibióticos de amplio espectro, con vistas a realizar una cirugía programada.

Con el diagnóstico preoperatorio de perforación colónica recurrente, se practicó colectomía total por vía laparoscópica, con reconstrucción del tránsito intestinal por medio de anastomosis mecánica terminoterminal ileorrectal. Durante la intervención se apreció un plastrón inflamatorio en la región sigmoidea, sin otros hallazgos significativos. Durante