

Antonio Ríos<sup>abc\*</sup>, Luis Felipe Alemón<sup>d</sup>, José Ruiz<sup>abc</sup>  
y Jose Manuel Rodríguez<sup>abc</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía, Ginecología, Obstetricia y Pediatría,  
Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico  
Universitario Virgen de la Arrixaca, Servicio Murciano de Salud,  
El Palmar, Murcia, España

<sup>c</sup>Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la

Arrixaca (IMIB-Arrixaca), Murcia, España

<sup>d</sup>Universidad de Sonora, Sonora, México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arzrios@um.es](mailto:arzrios@um.es) (A. Ríos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.014>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los  
derechos reservados.

## Absceso hepático post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con presencia de *Actinomyces naeslundii*



### Liver abscess after endoscopic retrograde cholangiopancreatography with presence of *Actinomyces naeslundii*

El hígado es la localización más común de los abscesos intraabdominales, representando el 48% del total. Los principales factores predisponentes para su aparición son: diabetes mellitus, inmunodepresión, coledolitiasis, infecciones de vías biliares, pancreatitis aguda o trasplante hepático. La actinomicosis hepática es una rara entidad clínica de difícil diagnóstico y complejo tratamiento<sup>1</sup>. Existen muy pocos casos de abscesos hepáticos producidos por *Actinomyces* spp. descritos en la literatura<sup>1-3</sup>, siendo las localizaciones más habituales el área cervicofacial (50-90%) y la cavidad torácica (15-45%)<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 66 años, diabético, con buen control glucémico y dislipémico en tratamiento, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de una semana de evolución. En la analítica se aprecia bilirrubina total 2,69 mg/dl, gamma-glutamyl-transferasa 1.450 U/l, lactato deshidrogenasa 186 U/l y fosfatasa alcalina 211 U/l. La ecografía abdominal objetiva coledolitiasis sin signos de colecistitis ni dilatación de la vía biliar intrahepática. Ante la imposibilidad de descartar alteraciones en la vía biliar extrahepática por interposición de gas, se realiza ecoendoscopia, donde se aprecian imágenes compatibles con coledocolitiasis, ante lo cual se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con extracción de cálculo de pequeño tamaño. El paciente presenta pancreatitis aguda tras el procedimiento, con buena respuesta a tratamiento médico conservador.

La tomografía computarizada (TC) de control objetiva 2 colecciones peripancreáticas secundarias a pancreatitis post-CPRE. Dos meses después se realiza colangiografía resonancia magnética previa a colecistectomía programada, apreciándose de forma incidental un absceso perivesicular en segmento V hepático de 4,4 × 5 cm que no se apreciaba en la TC previa, con desaparición de colecciones peripancreáticas (fig. 1). Con estos hallazgos se decide ingreso hospitalario, realizándose drenaje

percutáneo de la colección y administración empírica de antibioterapia intravenosa con piperacilina/tazobactam. Los cultivos muestran crecimiento de *Streptococcus anginosus* y *Staphylococcus epidermidis*. Se realiza ecografía de control 3 días después del drenaje percutáneo, observando disminución del tamaño de la colección perivesicular. Se decide alta hospitalaria y tratamiento mediante antibioterapia vo con ciprofloxacino y linezolid durante 7 días en régimen ambulatorio. Posteriormente, tras la obtención del antibiograma completo del cultivo realizado y el hallazgo del crecimiento de *Actinomyces Naeslundii* en este, el paciente es avisado de la necesidad de completar tratamiento antibiótico con ertapenem intravenoso durante 4 semanas más de forma ambulatoria.

El paciente se mantiene asintomático en el transcurso de 4 meses, durante los cuales se le realizan pruebas de imagen que demuestran la resolución del absceso hepático, hasta la realización de colecistectomía laparoscópica, que se lleva a cabo sin incidencias. El examen anatomopatológico muestra una vesícula biliar con áreas xantogranulomatosas, signos de colecistitis crónica e hiperplasia adenomiomatosa. A su vez se envía una muestra del contenido de la vesícula para cultivo, que resulta negativo.

La actinomicosis es una infección crónica y granulomatosa causada por bacterias grampositivas que conforman la flora orofaríngea, digestiva y del aparato genitourinario femenino<sup>1,2</sup>. La infección intraabdominal habitualmente es de naturaleza polimicrobiana, siendo *Actinomyces israelii* la especie más frecuentemente aislada en cultivos procedentes de órganos intraabdominales<sup>3</sup>. Constituye una causa infrecuente de aparición de abscesos hepáticos, y suele ser secundaria a procesos que conllevan disrupción de mucosas del tracto digestivo como apendicitis aguda perforada, tumores gastrointestinales o procedimientos traumáticos (biopsias o cirugías)<sup>1,3,5</sup>. Han sido descritos en torno a una

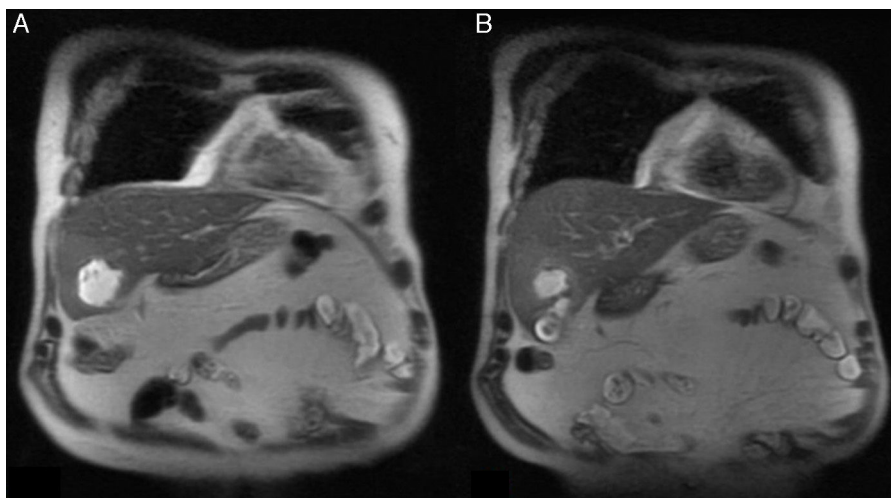


Figura 1 – A y B) Absceso en segmento V hepático de 4,4 × 5 cm.

treintena de casos<sup>2</sup>, siendo el lóbulo hepático derecho la localización más frecuente y más comúnmente lesiones solitarias. El hallazgo de *Actinomyces naeslundii* en abscesos hepáticos es extremadamente raro, habiéndose publicado únicamente un caso previamente<sup>1</sup>.

El diagnóstico clínico de esta entidad es complejo, debido a que presenta síntomas inespecíficos (febrícula, síndrome constitucional, dolor en hipocondrio derecho, etc.), y a su inherente carácter imitador de otros procesos digestivos. Es importante tener en cuenta la posible existencia de quistes hidatídicos, tuberculosis e incluso neoplasias en el diagnóstico diferencial, debido a la tendencia a formar masas e invadir órganos vecinos<sup>3,5-8</sup>. En ocasiones se realizan resecciones hepáticas si no es posible la identificación correcta de la infección<sup>3,8</sup>. Es recomendable un diagnóstico adecuado mediante la realización de una prueba de imagen (TC, resonancia magnética o ecografía), acompañada de drenaje de la colección con obtención de material para examen microbiológico y citológico previo a la cirugía<sup>2,3</sup>.

El tratamiento definitivo pasa por realizar un drenaje correcto del absceso y un ciclo prolongado de antibioterapia con penicilina, amoxicilina, ampicilina o clindamicina durante un período variable de unos 3 a 12 meses, dependiendo de la evolución del paciente<sup>2</sup>. En ocasiones la evolución puede ser tórpida a pesar del tratamiento, siendo necesaria la repetición de drenajes ante una eventual recidiva tras la mejoría inicial, llegando incluso a necesitar una intervención quirúrgica<sup>4</sup>.

En resumen, a pesar de que los abscesos hepáticos se consideran procesos comunes, las infecciones producidas por *Actinomyces* son atípicas. Su diagnóstico suele ser un hallazgo casual debido a su carácter imitador de otros procesos como neoplasias, necesitando un tratamiento específico y la mayoría de las veces prolongado.

## Financiación

Los autores declaran no tener haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jaqua NT, Smith AJ, Shin TT, Jahanmir J. *Actinomyces naeslundii* and *Eikenella corrodens* as rare causes of liver abscesses. *BMJ Case Rep.* 2013;2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-009613>.
2. Yang XX, Lin JM, Xu KJ, Wang SQ, Luo TT, Geng XX, et al. Hepatic actinomycosis: Report of one case and analysis of 32 previously reported cases. *World J Gastroenterol.* 2014;20:16372-6.
3. Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surgery.* 2007;5:441-8.
4. Polo Romero FJ, Gato Díez A. Actinomycosis biliar. A propósito de un caso. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006;98:557-8.
5. Cetinkaya Z, Kocakoc E, Coskun S, Ozercan IH. Primary hepatic actinomycosis. *Med Princ Pract.* 2010;19:196-9.
6. Sugano S, Matuda T, Suzuki T, Makino H, Iinuma M, Ishii K, et al. Hepatic actinomycosis: Case report and review of the literature in Japan. *J Gastroenterol.* 1997;32:672-6.
7. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Tiniakos D, Koskinas J, Archimandritis AJ. Primary hepatic actinomycosis mimicking metastatic liver tumor. *J Clin Gastroenterol.* 2010;44:458-9.
8. Wayne MG, Narang R, Chauhdry A, Steele J. Hepatic actinomycosis mimicking an isolated tumor recurrence. *World J Surg Oncol.* 2011;9:70.

Alba Correa Bonito\*, Ismael Mora-Guzmán, Iñigo García-Sanz, Marcello di Martino y Elena Martín-Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alba.bonito90@gmail.com](mailto:alba.bonito90@gmail.com)  
(A. Correa Bonito).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.013>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.