

ACTINOMYCOSIS VESICAL PRIMARIA

L.M. MARCO PÉREZ, M.A. LÓPEZ COSTEA, E. TRILLA HERRERA,
E. CONDOM MUNDO*, E. FRANCO MIRANDA, N. SERRALLACH MILÁ

*Servicio de Urología. *Servicio de Anatomía Patológica. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.*

PALABRAS CLAVE:

Actinomicosis. Vejiga urinaria. Cistectomía.

KEY WORDS:

Actinomycosis. Bladder. Cystectomy.

Actas Urol Esp. 24 (7): 573-575, 2000

RESUMEN

La actinomicosis vesical primaria constituye una rara forma de presentación de esta enfermedad. Su principal problema radica en la realización del diagnóstico diferencial con procesos tumorales vesicales, con la consiguiente repercusión terapéutica.

Presentamos el caso clínico de un paciente afecto de actinomicosis vesical, comentando los datos más relevantes en su diagnóstico (incluyendo el mencionado diagnóstico diferencial) y tratamiento.

ABSTRACT

Primary actinomycosis of the bladder is an infrequent presentation of this condition. The main concern is obtaining a differential diagnosis from tumours of the bladder and the subsequent impact this has on the therapeutic choices.

Contribution of one case report of a male patient with actinomycosis of the bladder, with remarks on relevant diagnostic (including differential diagnosis) and therapeutic data.

La actinomicosis vesical primaria es una forma de presentación extremadamente rara de esta enfermedad, habiéndose descrito hasta el momento en la literatura mundial doce casos^{1,2,3}. Su principal problema, en todas las formas de presentación, se encuentra en la realización del diagnóstico diferencial con procesos tumorales, precisando en la gran mayoría de los casos de un tratamiento quirúrgico radical y del diagnóstico definitivo tras el análisis anatomopatológico, ya que las exploraciones radiológicas complementarias no suelen aportarnos datos orientativos (únicamente evidencian la presencia de procesos expansivos de aspecto tumoral o pseudotumoral).

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 55 años de edad, con antecedentes de hemigastrectomía y Billroth II por úlcus duodenal hace unos 6 años, que es diagnosticado a raíz de cuadro de molestias lumbares y en flanco derecho, y mediante ecografía, de tumoración vesical en pared lateral derecha e hidronefrosis derecha.

Se realiza uretrocistoscopia que evidencia efecto de masa a nivel de la pared lateral derecha con mucosa vesical conservada (interpretado como efecto de compresión extrínseca). Posteriormente se completa el estudio realizándose colonoscopia (no aporta datos por imposibilidad de progresar a

sigma debido a fijación del mismo) y Tomografía Axial Computerizada (que informa de importante engrosamiento de la pared vesical posterior e hidronefrosis derecha hasta nivel yuxtavesical). (Figs. 1, 2 y 3).

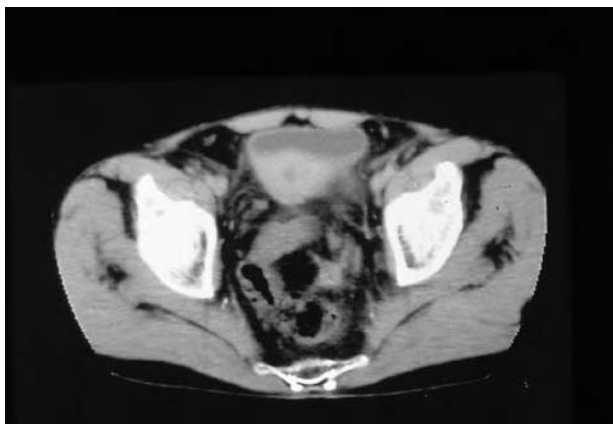


FIGURA 1. TAC abdominal: engrosamiento de la pared vesical posterior.

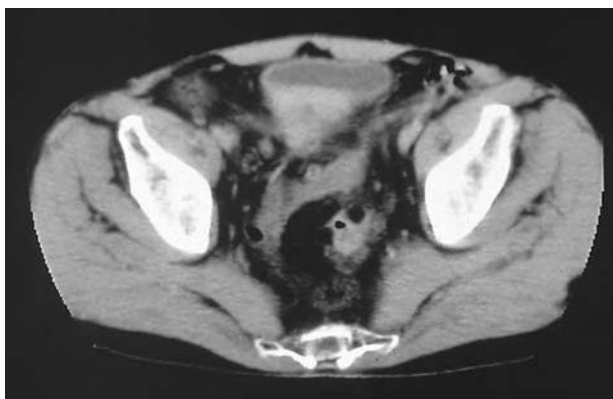


FIGURA 2. TAC abdominal: engrosamiento de la pared vesical posterior.



FIGURA 3.. TAC abdominal: hidronefrosis derecha.

Con la sospecha de Tumor vesical infiltrante vs tumoración maligna retrovesical, se decide realizar cirugía radical exenterativa.

Se practica laparotomía exploradora que evidencia masa de aspecto infiltrante entre vejiga y sacro, con infiltración de toda la pared vesical posterior y englobando ambos uréteres. Se realizan biopsias peroperatorias de dicha masa, siendo todas ellas negativas para proceso tumoral. Ante estos hallazgos, y dada la afectación vesicoureteral, se opta por la realización de cistoprostatectomía radical con posterior derivación urinaria mediante ureteroileostomía transileal cutánea.

INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA: las secciones de la pared vesical posterior muestran un proceso inflamatorio crónico, con fibrosis y agregados linfoides, en alguna zona esta abscesificado y parece prolongarse en un trayecto fistuloso a la pared muscular; en algunas secciones se observan acúmulos de gérmenes de tipo *Actinomyces*, envueltos por un exudado purulento; en ninguna de las secciones practicadas se observa neoplasia. (Fig. 4).

Posteriormente, y tras conocer este resultado, el paciente ha realizado tratamiento médico anti-biótico mediante Penicilina G sódica vía endovenosa (dosis de tres millones de unidades cada cuatro horas) durante cuatro semanas.

COMENTARIO

La actinomicosis humana está causada fundamentalmente por el *Actinomyces israelii*, bacilo gram positivo esporulado, inmóvil, anaerobio y

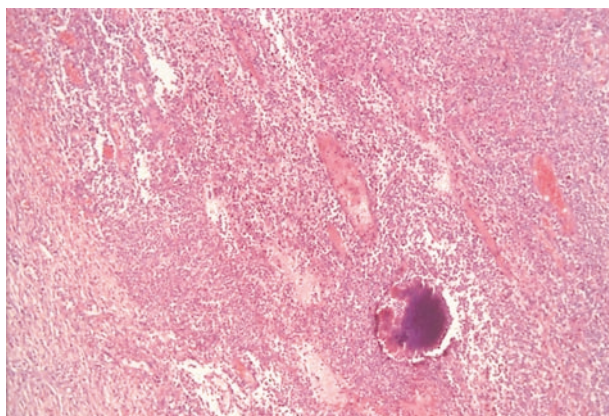


FIGURA 4. Detalle de Anatomía patológica.

que forma agrupaciones filamentosas (letras chinas), y que fue descrito por primera vez en 1891 (Wolf e Israel).

Forma parte habitual de la flora comensal de la cavidad oral, creando infecciones oportunistas ante lesiones de las barreras tisulares.

De forma característica, forma los denominados Granos de Azufre (las colonias secretan una sustancia polisacárido-proteica, que se une a los filamentos formándose una partícula homogénea, macroscópica y de coloración amarillenta).

Las formas clínicas de la enfermedad pueden dividirse en: cervicofacial, torácica, gastrointestinal y formas menos frecuentes (entre ellas se encontraría la afectación vesical). Para algunos autores, la afectación vesical sería una forma de afectación secundaria a la actinomicosis gastrointestinal, por diseminación del actinomyces desde este foco al espacio retroperitoneal¹.

En los últimos años, y asociado al uso en mujeres de dispositivos intrauterinos (DIU), se ha experimentado un incremento en la prevalencia de esta infección en el área pélvica (ovarios, trompas, útero, parametrios, y vejiga)^{4,5}.

Provocan una afectación crónica, indurada, con lesiones granulomatosas, caracterizada por la existencia de supuración, formación de abscesos y fistulización.

La clínica de la actinomicosis vesical suele ser inespecífica (discretas molestias miccionales). Las exploraciones complementarias de imagen no suelen aportar datos que ayuden en el diagnóstico etiológico, ya que nos muestran procesos expansivos de aspecto tumoral o pseudotumoral sin mayor información sobre su naturaleza. Si que son exploraciones indicadas para la correcta valoración de la extensión de la enfermedad.

El diagnóstico diferencial de esta entidad con procesos tumorales es ciertamente difícil, siendo únicamente posible en la mayoría de casos de

forma postoperatoria tras el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica¹⁻⁵, (en raras ocasiones se obtiene el diagnóstico mediante punciones o biopsias). El diagnóstico de certeza se obtiene con la demostración microscópica de la presencia del germen. Tras producirse esta confirmación, el tratamiento se suele completar con dosis endovenosas de Penicilina (en caso de alergia puede administrarse tetraciclinas o clindamicina)^{1,4,6}.

En nuestro caso, la imposibilidad del diagnóstico diferencial con la neoplasia vesical infiltrante, así como el atrapamiento de ambos uréteres con la consecuente uropatía obstructiva bilateral, condicionaron la realización de un tratamiento quirúrgico radical.

REFERENCIAS

1. DUCA S; BALA O; HOTAIT M.; C.BARBONTA; A. BAN: Primary Actinomycosis of the Urinary Bladder: Case Report and Review of the literature. *Acta Chir Belg* 1996; **96**: 295-297.
2. GUERMAZI A, DE KERVILER E, WELKER Y, ZAGDANSKI AM; DESGRANDCHAMPS F; FRIJA J: Pseudotumoral vesical actinomycosis. *J Urol* 1996; **156**:6, 2002-3, Dec.
3. KAWAHARA M; KAWAHARA K; GOTO T; YAMAMOTO S; FUCHINOUE S; MATSUMOTO T: Abdominal actinomycosis misdiagnosed as a secondary bladder tumor: a case report. *Int J Urol* 1998; **5** (5): 498-500, Sep.
4. KING DT; LAM A: Actinomycosis of the urinary bladder and association with UID. *JAMA* 1978; **240**: 1512-1516.
5. OZYURT C; YURTSEVEN O; KOÇAK I; KANDILOGLU G; ELMAS N: Actinomycosis simulating bladder tumour. *Brit J Urol* 1995; **76**:263-264.
6. MAKAR AP; MICHELSEN JP; BOECKX GJ; VAN MARCK EA: Primary Actinomycosis of the Urinary Bladder. *Brit J Urol* 1992; **70**(2): 205-206.

Dr. L.M. Marco Pérez

Avda. Josep Tarradellas i Joan, 219, ático 3ª
08901-L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

(Trabajo recibido el 17 de Septiembre 1999)