

## CASOS CLÍNICOS

## Actinomicosis abdominopélvica en paciente portadora de DIU. Presentación de un caso

J.M. Cumbraos, C. Fernández-Fernández, A. Pinedo, A. Lamoca, F. Garrido  
Y J.L. Hernández-Rodríguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León. España.

### SUMMARY

We report a case of abdomino-pelvic actinomycosis in a intrauterine device user. The clinical picture is that of an atypical case of pelvic inflammatory disease, mimicking pseudotumoral adnexal or abdominal masses.

Its related to the prolonged use of intrauterine devices.

### INTRODUCCIÓN

*Actinomyces* son bacterias anaerobias grampositivas saprofitas de la cavidad oral y del tracto gastrointestinal, y suelen colonizar la vagina de mujeres sanas. Se presentan de tres formas según su localización, siendo la forma abdominal la menos frecuente<sup>1</sup>.

El más común de *Actinomyces* es *israelii*<sup>2,3</sup> y la forma de presentación más habitual en ginecología es la cervicitis en pacientes portadoras de dispositivos intrauterinos (DIU)<sup>1</sup>. El tratamiento y la actitud clínica ante estas cervicitis siguen siendo, en la actualidad, objeto de controversia<sup>2,4</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, portadora, desde hacía más de 11 años, de DIU, que había sido retirado por su ginecólogo dos días atrás, con antecedentes obstétricos de dos partos normales y alergia al ácido acetilsalicílico y a la amoxicilina-ácido clavulánico. Acudió a urgencias por dolor abdominal de un mes de evolución, que había aumentado en las últimas 48 h, y febrícula.

Aceptado para su publicación el 14 de marzo de 2003.

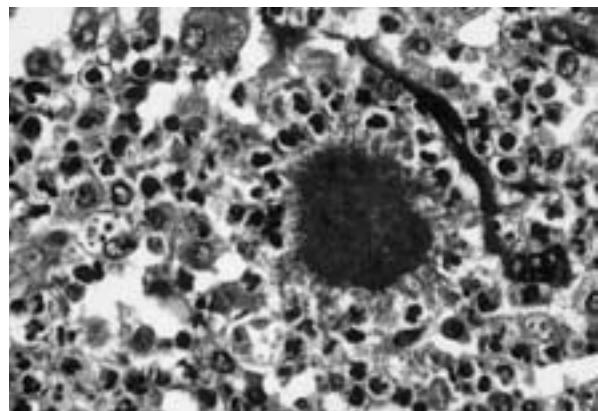


Fig. 1. Colonias de *Actinomyces* con estructuras filamentosas radiales características (hematoxilina-eosina,  $\times 40$ ).



Fig. 2. Colonias de *Actinomyces* entre abundantes células inflamatorias (hematoxilina-eosina,  $\times 10$ ).

En la exploración ginecológica se detectó abdomen doloroso en pelvis sin signos de irritación peritoneal, así como una masa que ocupaba todo el Douglas, dolorosa a la palpación.

La ecografía vaginal informó de tumoración heterogénea con tabiques y contenido hipoeocoico de 79 × 50 × 65 mm, que ocupaba todo el Douglas, compatible con absceso tuboovárico. El útero era normal.

La analítica objetivó leucocitosis con desviación a la izquierda, sin signos de anemia y velocidad de sedimentación globular elevada; test de embarazo negativo.

Ante el empeoramiento progresivo del estado general de la paciente, con aumento de la fiebre y de la cifra de leucocitos, se decidió realizar una laparotomía exploradora. Se apreció «pelvis congelada» con adherencias de sigma e intestino delgado a la cara posterior del útero y englobamiento de ambos anejos. Se realizó un despegamiento digital de toda la superficie adherida y se apreció la salida de material purulento del anejo derecho. Se procedió a practicar una anexectomía derecha, y en el estudio microscópico se constató la presencia de material abscesificado con colonias de *Actinomyces* (figs. 1 y 2). La paciente fue dada de alta por mejoría a los 10 días de la intervención.

## DISCUSIÓN

La actinomicosis se suele presentar de tres formas dependiendo de su localización: cervicofacial, torácica o abdominal. El *Actinomyces* más común es el *israelii*, descrito por Israel en 1878<sup>1,2</sup>.

En ginecología la forma más habitual de presentación es la cervicitis en pacientes portadoras de DIU, y el primer elemento a considerar a la hora de evaluar estas actinomicosis es la identificación de estos organismos como patógenos o saprofitos en la vagina y en relación con el empleo del DIU<sup>1</sup>.

El diagnóstico de actinomicosis cervicovaginal se realiza habitualmente mediante los frotis de Papanicolaou, indirectamente, al observar los cuerpos de Gupta, descritos por este autor en 1976<sup>2</sup>. El diagnóstico citológico fue puesto posteriormente en entredicho por autores que, como O'Brien, utilizaron el término ALO (organismos *Actinomyces-like*) para describir el mismo fondo citológico que Gupta en portadoras de DIU, el cual podría corresponder a detritus desprendidos del propio dispositivo<sup>1,2</sup>.

El American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda en uno de sus boletines usar el frotis de Papanicolaou para el manejo y seguimiento de las actinomicosis en pacientes portadoras de DIU<sup>5</sup>.

Actualmente la actitud clínica ante estas cervicitis y su tratamiento son objeto de controversia, aunque las conclusiones de varios estudios apuntan a que el diagnóstico de una actinomicosis vaginal no implica infección ni es predictivo de ella y que, en ausencia

de clínica de infección pélvica, no es necesaria la antibioterapia ni la retirada del DIU<sup>2,4</sup>.

La frecuencia de actinomicosis abdominopélvica se estima en un 20%<sup>3</sup>, y su presencia se halla estrechamente relacionada con la utilización del DIU durante más tiempo del habitualmente estipulado<sup>1,2,6</sup>. Suele comenzar en forma de tumoración pélvica abscesificada, seudotumoral y generalmente con desenlace quirúrgico, y en ocasiones puede llevar a la necesidad de practicar una resección intestinal y/o colostomía<sup>1,7</sup>.

Se han descrito varios casos –todos ellos asociados al uso durante tiempo prolongado de DIU– de actinomicosis pélvica con afectación hepática y de colon transverso<sup>7</sup>. También se ha publicado un caso en el que se sospechó actinomicosis pélvica y se realizó tratamiento antibiótico previo a la intervención, con lo que se consiguió reducir el tamaño de la masa, para realizar posteriormente una cirugía más conservadora<sup>8</sup>.

## RESUMEN

Presentamos un caso de actinomicosis abdominopélvica en una paciente portadora de DIU. El cuadro se presenta con características de enfermedad pélvica atípica y simula una masa anexial seudotumoral.

Destacamos su estrecha asociación con el uso prolongado de dispositivos intrauterinos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo A, Lozano M, Agüera J, Tubau A, Romero M. Actinomicosis abdomino-pélvica y DIU. Toko-Gin Pract 2002; 61:364-8.
2. Lippes J. Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence. Am J Obstet Gynecol 1999;180:265-9.
3. Murray PR. Manual of clinical microbiology. Washington, DC ASM Press, 1999; p. 679-82.
4. Tsanadis G, Kalantaridou S, Kaponis A, Paraskevaidis E, Zikopoulos K, Gesouli E, et al. Bacteriological cultures of removed intrauterine devices and pelvic inflammatory disease. Contraception 2002;65:339-42.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. The intrauterine device. Washington: The College, 1992. Technical Bulletin n.º 164.
6. Hamid D, Baldauf JJ, Cuenin C, Ritter J. Treatment strategy for pelvic actinomycosis: case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;89:197-200.
7. Kacem C, Puisieux F, Kammoun A, Morched Abdesselam M, Zaouche A. Abdominal actinomycosis. Report of three cases and review of the literature. Ann Med Intern 2000;151:243-7.
8. Nawroth F, Foth D, Schmidt T, Römer TH. Differential diagnosis and non-surgical treatment of pelvic actinomycosis. Acta Obst Gynecol Scand 2000;79:1024-5.