

Lesión supurativa hepática con extensión a partes blandas

R. Palacios Muñoz, M. Abarca Costalago, C. Arana Romero y J. Santos González
 Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Caso clínico

Mujer de 52 años, previamente sana, portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) hasta 5 meses antes del ingreso. Consulta por cuadro de dolor en hipocondrio y flanco derechos junto con fiebre intermitente de 1 mes de evolución. A su ingreso la paciente tenía buen estado general, su tensión arterial era normal y tenía fiebre de bajo grado. Presentaba dolor a la palpación en hipocondrio derecho con sensación de empastamiento. El resto de la exploración era normal, incluida la exploración ginecológica. En las pruebas complementarias presentaba: hemoglobina, 92 g/l; leucocitos, $10,8 \cdot 10^9/\text{ml}$ con 74% segmentados, 18% linfocitos y 6% monocitos; plaquetas, $403 \cdot 10^9/\text{ml}$; velocidad de sedimentación globular (VSG), 123 mm/1.^a h; transaminasa glutámico-oxalacética (GOT), 46 UI/l; transaminasa glutámico-pirúvica (GPT), 36 UI/l; gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), 57 UI/l; fosfatasa alcalina (FA), 246 UI/l; lactato deshidrogenasa (LDH), 352 UI/l; albúmina, 26 g/l; el resto de parámetros de laboratorio fueron normales. La serología para ameba, hidatidosis, virus hepatotropos y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fueron negativas. Los hemocultivos seriados resultaron negativos. Una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen mostraba un gran engrosamiento de las capas musculares con edema y rarefacción de la grasa a nivel de la pared abdominal lateral derecha y un nódulo hipodenso subcapsular hepático adyacente de 3,5 cm de diámetro, con mínima cantidad de líquido libre perihepático (figs. 1 y 2).

Se realizó una punción-aspiración con aguja fina de la lesión hepática que dio salida a un líquido serohemático en el que creció *Actinomyces israelii* junto con *Capnocytophaga* spp. y *Propionibacterium acnes*. El cultivo en medio de Löwestein fue negativo. Se inició tratamiento con penicilina y metronidazol con resolución completa del cuadro en cuatro semanas. Se mantuvo posteriormente con claritromicina durante un año. Tras dos años la paciente está asintomática, con una TAC de abdomen normal.



Fig. 1. Nódulo subcapsular hepático con afectación de pared abdominal adyacente.



Fig. 2. Gran rarefacción grasa y engrosamiento de capas musculares de pared lateral derecha.

Discusión

La actinomicosis es una infección bacteriana de curso subagudo producida por bacilos grampositivos anaerobios que no forman esporas y que pertenecen al género *Actinomyces*¹. Estos gérmenes forman parte de la flora normal de la mucosa oral y de otras mucosas, son bien conocidos por causar infecciones a nivel facial y cervical, aunque pueden afectar a cualquier órgano, y dada su lenta progresión el diagnóstico puede ser difícil¹⁻³. Otra característica es su propagación a nivel local, saltándose las barreras de los planos normales de los tejidos y formando fístulas¹⁻³. Las infecciones supurativas hepáticas son muy infrecuentes y se consideran una diseminación a través de la vena porta desde un foco de la cavidad abdominal^{4,6}. Se han descrito casos después de una apendicitis y también asociados a patología biliar y pancreática⁷⁻⁹.

La afectación supurativa hepática por *Actinomyces* es una rara infección que afecta a individuos inmunocompetentes y que suele tener un buen pronóstico con tratamiento exclusivamente médico^{5,6,10,11}. Sharma et al¹² aportaron un nuevo caso de actinomicosis hepática e hicieron una revisión de los 56 casos publicados en lengua inglesa entre los años 1966 y 2002. Las características de ellos eran: predominio en varones (70,2%), con un amplio rango de edades (4-86 años), la mayoría de las infecciones eran de origen criptogenético (80,7%) y la fiebre (83,3%), el dolor abdominal (74,5%) y la pérdida de peso (50,9%) eran las características clínicas más frecuentes. En un tercio de los casos hubo extensión a tejidos blandos. Tampoco fue infrecuente la coinfección por otras bacterias (35,2%). En la mayoría de los casos el diagnóstico se realizó por estudio microscópico de la muestra o cultivo tras cirugía o abordaje per-

cutáneo. La mortalidad fue del 8,8%. En esta revisión había 17 mujeres, de las cuales 7 tenían un DIU (41%). El tiempo de duración de tratamiento antibiótico no está establecido, aunque en la actinomicosis cervicofacial se recomienda tratamiento prolongado de 6 a 12 meses.

En resumen, se debe de considerar la actinomicosis en pacientes con procesos inflamatorios de evolución subaguda o crónica que afecten al hígado y que tengan una extensión a tejidos blandos, sobre todo si aparecen después de alguna intervención quirúrgica abdominal, alguna lesión gastrointestinal y en mujeres con infección ginecológica o portadoras de DIU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Russo TA. Agents of actinomycosis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2000. p. 2645-54.
2. Smego AR, Foglia G. Actinomycosis. Clin Infect Dis. 1998;26:1255-63.
3. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36 year period. A diagnostic 'failure' with good prognosis after treatment. Arch Intern Med. 1975;135:1562-8.
4. Putnam HC, Dockerty MB, Waugh JM. Abdominal actinomycosis. Surgery. 1950;28:781-800.
5. Pheils MT, Reid DJ, Ross CF. Abdominal actinomycosis. Br J Surg. 1964;51:345-50.
6. Adar R, Antebi E, David R, Múñez M. Abdominal actinomycosis. Isr J Med Sci. 1972;8:148-53.
7. Brewer JH, Allen MJ. Actinomycosis of the gallbladder with liver abscess. South Med J. 1980;73:1070-2.
8. Harsch LA, Benninger J, Niedobitek G, Schindler HT, Hahn EG, Nusko G. Abdominal actinomycosis: complication of endoscopic stenting in chronic pancreatitis. Endoscopy. 2001;33:1065-9.
9. Sandin RL, Greene JN, Sarzier JS, Himelright I, Ku NN, Toney JF, et al. Pelvicobdominal actinomycosis associated with an intrauterine contraceptive device. Ann Clin Lab Sci. 1993;23:448-55.
10. Miyamoto MI, Fang FC. Pyogenic liver abscess involving actinomyces; case report and review. Clin Infect Dis. 1993;16:303-9.
11. Hisaoka M, Nakamura T, Haratake J, Horie A. Primary actinomycosis in the liver. Sangyo Ika Daigaku Zasshi. 1991;13:29-34.
12. Sharma M, Briski LE, Khatib R. Hepatic actinomycosis: an overview of salient features and outcome of therapy. Scand J Infect Dis. 2002;34:386-91.