

Actinomicosis abdominal simulando enfermedad de Crohn

F. Sevilla Chica^a, F. Villalba Ferrer^b, C. Domingo del Pozo^b, J. Laforga Canales^a y E. de la Morena Valenzuela^b

^aServicio de Anatomía Patológica. ^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

RESUMEN

La actinomicosis es una rara enfermedad infecciosa crónica que suele desarrollar abscesos y fistulas y que puede simular otras entidades como el cáncer, la enfermedad inflamatoria intestinal o la diverticulitis.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años con una rara forma de actinomicosis. Clínicamente simulaba una enfermedad inflamatoria intestinal y tras realizar tomografía axial computarizada, tránsito intestinal y colonoscopia el diagnóstico de sospecha continuó siendo enfermedad inflamatoria intestinal. El diagnóstico definitivo se realizó tras el estudio anatopatológico de la pieza de resección.

Resaltamos la dificultad diagnóstica de esta rara entidad y la importancia del tratamiento antibiótico prolongado.

ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS SIMULATING CROHN'S DISEASE

Actinomycosis is a rare chronic infectious disease that usually develops abscesses and fistulas. It can also mimic other diseases such as cancer, inflammatory bowel diseases or diverticulitis. We present the case of a 67-year-old woman with an unusual form of actinomycosis. Clinically, the disease simulated an inflammatory bowel disease. Computerized axial tomography, intestinal transit and colonoscopy were performed and the suspected diagnosis continued to be inflammatory bowel disease. The definitive diagnosis was made after histopathological study of the surgical specimen. We highlight the diagnostic difficulty of this rare disease and the importance of prolonged antibiotic treatment.

(Gastroenterol Hepatol 2001; 24: 300-302)

Correspondencia: Dr. F. Sevilla Chica.
Barranco del Moño, 44. Las Rotas. 03700 Denia. Alicante.

Recibido el 11-12-2001; aceptado para su publicación el 20-02-2001.

La actinomicosis es una enfermedad crónica, supurativa y granulomatosa, que se caracteriza por la formación de abscesos y fistulas que drenan los típicos gránulos de azufre. Hay diferentes especies de *Actinomyces* capaces de causar enfermedad en humanos, siendo *Actinomyces israelii* el más frecuente^{1,2}. En la rara presentación abdominal es habitual la formación de masas abdominales que plantean el diagnóstico diferencial con otros procesos tumorales e inflamatorios.

Describimos el caso de una paciente con sospecha clínica de enfermedad de Crohn y cuyo diagnóstico definitivo de actinomicosis ileocecal fue postoperatorio. Comentamos los aspectos más relevantes de esta rara entidad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 67 años, apendicectomizada 15 años atrás, tratada en otro centro hospitalario por cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha y despeños diarreicos acompañados de moco de un año de evolución catalogados de enfermedad de Crohn y tratada con mesazalina (5-ASA).

Ingresó en nuestro hospital al presentar síndrome constitucional y febrícula de 3 meses de evolución persistiendo las diarreas y el dolor en fosa ilíaca derecha a la palpación abdominal. Se realizaron las siguientes exploraciones: una colonoscopia, en la que se detectó una colitis inespecífica; un tránsito intestinal, en el que se encontró una estenosis de ileón distal con trayectos fistulosos que llegaban a músculo transverso abdominal y al psoas ilíaco, y una TAC abdominal que permitió detectar una pequeña colección de 3 cm en la fosa ilíaca izquierda que podía ser residual de la enfermedad de Crohn.

La paciente recibió tratamiento conservador con corticoides intravenosos y nutrición parenteral, presentando mejoría clínica.

Tras el alta hospitalaria, reingresó a los 15 días con un nuevo cuadro febril (38°C) acompañado de dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, diarrea y astenia. En la exploración se detectó una masa abdominal dolorosa en la fosa ilíaca derecha. Los análisis de laboratorio demostraron una anemia normocítica-normocrómica (hemoglobina 10,1 g/dl; hematocrito 31,5%) y neutrofilia (leucocitos 9,80 10³/μl; neutrófilos 82,2%). Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: una TAC en la que se observó una imagen de 6 cm de diámetro en la fosa ilíaca derecha, heterogénea, en contacto con el ileón terminal y el ciego (fig. 1) y un tránsito intestinal que puso de manifiesto una lesión estenótica ileocecal con trayecto fistuloso entre la masa abdominal y el músculo psoas derecho (fig. 2).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, encontrando una masa abscesificada en la fosa ilíaca derecha que englobaba el ileón terminal y el ciego, con un límite posterior formado por el músculo psoas ilíaco. Se realizó una hemicolecotomía derecha, desbridamiento y drenaje del absceso retroperitoneal, así como de los trayectos fistulosos. En el postoperatorio inmediato la paciente recibió empíricamente tratamiento antibiótico con metronidazol y gentamicina.

Fig. 1. Imagen dishomogénea con absceso retroperitoneal.

Fig. 2. Tránsito intestinal con zonas de fistulación e imagen estenótica ileocecal por compresión extrínseca.

A los 15 días, y ante la persistencia del cuadro febril, se practicó una TAC de control, en la que se detectó una nueva colección retroperitoneal. La paciente fue reintervenida realizando drenaje de la colección. El estudio anatomo-patológico de la primera intervención reveló la existencia de una masa abscesificada mesentérica próxima a la unión ileocecal, estenosis del ileón terminal, úlceras y fistulas en el ileón y el ciego. Microscópicamente se observaron úlceras mucosas y fisuras transmurales con afectación de toda la pared intestinal y numerosas colonias de *Actinomyces* (fig. 3).

Fig. 3. Imagen microscópica con fisura transmural e intensa inflamación debida a colonias de *Actinomyces* (HE, $\times 100$).

Tras el estudio anatomo-patológico y en el postoperatorio inmediato de la reintervención se instauró tratamiento sistémico con penicilina G sódica durante 7 días y se continuó tratamiento domiciliario oral durante 6 meses, sin que se produjera recidiva de la enfermedad al año de la intervención.

DISCUSIÓN

La actinomicosis está producida por una bacteria baciliforme, grampositiva, no esporulada, anaerobia y microaerófila³. El género *Actinomyces* incluye a 12 especies de las que la más patógena para el hombre es el *Actinomyces israelii*. *Actinomyces* son saprófitos en la cavidad oral, las criptas amigdalinas, los pulmones y el tracto gastrointestinal³⁻⁵ y actúan en las mucosas como barrera contra la invasión del microorganismo.

Hay tres formas clínicas de infección por *Actinomyces*: la cervicofacial (65%), la torácica (22%) y la abdominal (20%)^{4,6,7}. Existen otros tipos más infrecuentes como la actinomicosis pélvica y la ginecológica, esta última en relación con los dispositivos intrauterinos.

En la actinomicosis abdominal, la invasión de las vísceras digestivas se ve favorecida por traumatismos de la mucosa intestinal, cirugía previa, neoplasias, diabetes e infecciones como apendicitis y diverticulitis^{3,8} y se acepta que es necesaria la lesión de la mucosa intestinal para que se produzca la multiplicación y diseminación del germe^{1,4,9,10}, dando lugar a la formación de masas de tejido fibroso y consistencia leñosa. Si se continúa el desarrollo del proceso se produce un licuefacción de algunas zonas de la tumoración, formándose abscesos que pueden fistulizarse al exterior o abrirse a vísceras huecas.

Las diseminaciones hematogena y linfática son menos comunes pero han sido descritas^{4,11,12}. En nuestra paciente no existe un factor predisponente claro que pudiera ser la causa del proceso infeccioso, y el único antecedente quirúrgico data de hace 15 años.

En la actinomicosis abdominal las lesiones se desarrollan fundamentalmente en la región ileocecal^{4,13,14}, como también ocurrió en nuestro caso, aunque existen casos publicados de localización en el mesenterio¹⁵, el divertículo de Meckel¹⁶, el hígado¹⁷, el páncreas¹⁸, el ano¹⁹, el ángulo hepático del colon²⁰ y la pared abdominal²¹.

Clínicamente puede imitar otras entidades sin dar lugar a síntomas patognomónicos que nos hagan sospechar esta entidad. Con frecuencia cursa de forma crónica con síntomas como dolor abdominal, fiebre, vómitos, alteración del ritmo deposicional, caquexia y masa abdominal palpable, lo que plantea problemas de diagnóstico diferencial con neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis intestinal, absceso apendicular o diverticulitis. En nuestro caso, el diagnóstico preoperatorio fue de enfermedad de Crohn, recibiendo tratamiento conservador durante un año y sin que se llegara al diagnóstico hasta la intervención de la paciente. Si el proceso es de muy larga evolución puede llegar a fistulizar al exterior, con lo que se obtienen los típicos gránulos de azufre. Los datos de laboratorio son inespecíficos y, en general, existe una anemia moderada, elevación de la VSG y leucocitosis¹⁰. En nuestra paciente aparecía esta anemia moderada, no se determinó la VSG, y no existía leucocitosis, aunque sí neutrofilia.

En el diagnóstico es importante la ecografía y la TAC para la punción de las cavidades abscesificadas y la investigación del germen^{22,23}. Hay pocos casos descritos en los que se haya efectuado el diagnóstico mediante citología por punción aspiración con aguja fina²⁴ y, generalmente, el estudio histopatológico de la pieza de resección quirúrgica es el que aporta el diagnóstico definitivo. El diagnóstico preoperatorio es infrecuente y tan sólo se consigue en el 10% de los casos^{24,25}.

En el caso descrito no se realizó punción preoperatoria al considerar la colección como una complicación de la enfermedad de Crohn ya tratada.

En algunos casos se llega al diagnóstico tras sucesivas intervenciones por recidiva. La falta de antibioterapia específica motivada por la ausencia diagnóstica hacen frecuentes las recidivas tras la cirugía, como también ocurrió en la nuestra.

El tratamiento más adecuado es la combinación de cirugía con exéresis de la tumoración y drenaje de los abscessos y fistulas asociado a tratamiento antibiótico^{6,26}, aunque se han descrito casos con buena evolución al recibir tratamiento antibiótico sin asociar la cirugía²⁷.

El antibiótico de elección es la penicilina G sódica por vía intravenosa a dosis altas, seguida de penicilina oral durante un mínimo de 6 meses^{4,28}. El tratamiento debe ser prolongado para evitar la recidiva de la lesión, ya que estas bacterias son de crecimiento lento y pueden quedar acantonadas en los tejidos²⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berardi RS. Abdominal actinomycosis. Collective reviews. Surg Gynecol Obstet 1979; 149: 257-265.
2. Marty HU, Wust J. Disseminated actinomycosis caused by *Actinomyces*. Infection 1989; 17: 154-155.
3. Bellón Caneiro JM, Llaudes Orozco R, García Parreño J, Cortes Martínez J, Cuevas Santos J, Hernando Alonso J. Actinomicosis ileocecal. A propósito de un caso. Cir Esp 1984; 38: 594-597.
4. Lerner PI. *Actinomyces* and *Aracnia* species. En: Wandell, Douglas, Bennet editores. Principles and practice of infectious diseases. (3.^a ed.). Edimburgo: Churchill Livingstone, 1990; 1932-1942.
5. Brown JR. Human actinomycosis, a study of 181 subjects. Hum Pathol 1973; 4: 319.
6. Harris LF, Kakani PR, Selah CE. Actinomycosis. Surgical aspects. Am Surg 1985; 51: 262-264.
7. Davis M, Keddie NC. Abdominal actinomycosis. Br J Surg 1973; 60: 18-22.
8. Rodríguez García JF, San Emeterio González E, Ereño Zárate E, Calvo Ros MA, Iturburu Belmonte IM, Méndez Martín JJ. Actinomicosis cecal: a propósito de un caso. Rev Esp Enferm Ap Digest 1989; 76: 169-172.
9. Mousseau PA, Mousseau-Brodu MC. L'actinomycose abdominale. J Chir 1973; 106: 565-571.
10. Bernhoff DF. Actinomycosis: diagnostic and therapeutic considerations and review of 32 cases. Laryngoscope 1984; 94: 1198-1217.
11. Lomax CW, Harbert GM, Thornton WN. Actinomycosis of the female genital tract. Obstet Gynecol 1976; 48: 341-346.
12. Udagawa SM, Portin BA, Bernhoff WH. Actinomycosis of the colon and rectum: report of two cases. Dis Colon Rectum 1974; 17: 687-695.
13. García Izquierdo F, Fernández Balaguer P, Larrauri Martín J, Suárez Miguélez J, Asensio Prianes L, García Sancho Martín L. Hemorragia digestiva secundaria a actinomicosis ileocecal. Rev Esp Enferm Ap Digest 1992; 82: 347-349.
14. De la Cruz J, Piñol M, Alastrué A, Julián JF, Mira X, Fernández Llamazares J et al. Actinomicosis abdominal. A propósito de un caso. Cir Esp 1996; 60: 512-514.
15. Chang YL, Cheng CS. Mesenteric actinomycosis. Abdom Imaging 1993; 18: 286-287.
16. Lukas L, Kiss T, Gobel G, Fazecas Z, Csanaky G. Abdominalis manifesztációjú actinomycosis. Orv Hetil 1992; 133: 1309-1311.
17. Guglielmi A, Veraldi GF, Negri A, Battocchia A. Actinomicosis epática primitiva: presentazione di un caso clinico e revisione della letteratura. Ann Ital Chir 1991; 62: 185-190.
18. Molina M, Ortega G, De Paco M, García Muñoz P. Fiebre prolongada y tumoración abdominal. Enferm Infect Microbiol Clin 1991; 9: 57-58.
19. Mast P, Vereecken L, Van-Loon C, Hermans M. Actinomycosis of the anorectum: a rare infectious disease mimicking carcinomatosis. Acta Chir Belg 1991; 91: 150-154.
20. Carranza Berral F, Jiménez Bernadó A, Ortego Fernández de Retana J, Castilla Muruzábal T, Cuesta Muñoz J, González González M. Actinomicosis colónica. A propósito de un caso clínico. Cir Esp 1996; 59: 260-262.
21. González FJ, Cosme A, Garmendia G, Villar JM, Horcajada JP, Arenas JI. Actinomicosis secundaria de pared abdominal simulando una neoplasia. Rev Esp Enferm Ap Digest 1993; 83: 293-294.
22. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal Actinomycosis. Dis Colon Rectum 1996; 39: 105-108.
23. Demeter H, Mádi Szabó L, Konyar E, Bama Z. A recovered case of actinomycosis in the small intestines diagnosed with ultrasonography. Orv Hetil 2000; 141: 793-795.
24. Longchamp E, Vessières A, Fabre M. How fine needle aspiration biopsy make it possible to avoid extensive surgery. A case of abdominopelvic actinomycosis. Ann Pathol 2000; 20: 145-149.
25. Ferrari TC, Couto CA, Murta C, Silva RG. Actinomycosis of the colon: a rare form of presentation. Scand J Gastroenterol 2000; 35: 108-109.
26. Dayan K, Neufeld D, Zissin R, Bernheim J, Paran H, Schwartz Y et al. Actinomycosis of the large bowel: unusual presentations and their surgical treatment. Eur J Surg 1996; 162: 657-660.
27. Nugteren SK, Ouwendijk RJ, Jonkman JG, Straub M, Dees A. Colitis and lower abdominal mass by *Actinomyces israelii* in a patient with an IUD. Neth J Med 1996; 49: 73-76.
28. Prioleau PG, Brochu FL. Penicillin and epluchage treatment of hepatic actinomycosis. Arch Surg 1974; 109: 426-429.
29. 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.