



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2949 - Factor de riesgo: DIU

M.J. Labrador Hernández^a, G.A. Sgaramella^b, M. Lara Torres^c, E. Pariente Rodrigo^d, A.B. García Garrido^e, B. Arnaez Corada^c, L. Prieto Lastra^c, J.J. Parra Jordán^f, M. González Ruiz^c y S.F. Pini^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ^bMédico de Familia. Hospitalización a Domicilio; ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Camargo. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Maliaño. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años que acude a consulta en varias ocasiones por dolor abdominal y febrícula. Entre sus antecedentes personales: Fumadora > 30 paquetes/año. Taquicardia sinusal tratada con betabloqueantes. Abscesos mamarios de repetición. EPI. Absceso tubo-ovárico izquierdo, se realizó anexectomía izquierda + extracción de DIU por histeroscopia + ligadura de trompas. Apéndicectomía.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/80, T^a 36 °C, SatO2 99%, FC 72. BEG. ACP rítmicos sin soplos ni extratonos, mvc. Abdomen: cicatriz pélvica. No se palpan masas ni megalias. Molestias a la palpación profunda de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: no edemas. Pulso simétricos. Hemograma: 10.300 leucocitos (69,3 N, 17 L, 8,3 M, 4,3 Eo, 1,1 B), Hgb 12,8, Hcto 38,5%, VCM 84,4, HCM 28,1, CHCM 33,3, plaquetas 400.000, VSG 72 mm. Bioquímica: glucosa 106 mg/dl, urea 39 mg/dl, creatinina 0,44 mg/dl, ALT 13 U/L, AST 15 U/L, gamma-GT 13 U/L, fosfatasa alcalina 70 U/L, bilirrubina total 0,3 mg/dL, LDH 161 U/L, proteínas totales 6,9 g/dL, albúmina 3,7 g/dL, calcio 9,3 mg/dL, sodio 143 mEq/L, potasio 4,5 mEq/L, proteína C reactiva 1,2 mg/dL RMN pelvis: múltiples abscesos tuboováricos. citología cérvix: inflamación leve. Bacterias compatibles con *Actinomyces*.

Juicio clínico: Actinomicosis pélvica.

Diagnóstico diferencial: Tracto reproductivo: masa ovárica, quiste ovárico roto, torsión ovárica. Gastrointestinal: gastroenteritis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, diverticulitis, colecistitis. Tracto urinario: cistitis, pielonefritis, litiasis renal, uretritis.

Comentario final: La actinomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica poco común, causada por bacterias anaerobias, gram-positivas filamentosas. *Actinomyces israelii* es el principal patógeno humano. Es una enfermedad difícil de diagnosticar ya que se presenta con síntomas inespecíficos. Se ha estimado que menos del 10% de los casos se diagnostican antes de la IQ. El TAC es la técnica de imagen más útil, determina la localización y extensión de la enfermedad. El tratamiento médico inicial es razonable en pacientes en los que el diagnóstico se establece antes de la cirugía, con dosis de penicilina G 10 a 20 millones de unidades por día divididas cada cuatro-seis horas durante cuatro-seis semanas, seguido de amoxicilina durante 6-12 meses.

Bibliografía

1. Hamid D, Baldauf JJ, Cuenin C, Ritter J. Treatment strategy for pelvic actinimycosis: case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;89:197-220.

Palabras clave: *Actinomicosis. Dolor abdominal. Enfermedad pélvica inflamatoria.*