

## ACTINOMICOSIS ABDOMINO - PÉLVICA

### ABDOMINO - PELVIC ACTINOMYCOSIS

Dra. Alison Katherine Larrea Alvarado<sup>1</sup>, Dr. Hugo Antezana<sup>2</sup>, Dra. Dania Alejandra Prado<sup>3</sup>, Dr. Ariel Lutino Rivera<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ginecóloga – Obstetra, Diplomado PPGESS; <sup>2</sup>Cirujano Pediatra CNS, Hospital Materno Infantil; <sup>3</sup>MR III Ginecología Obstetricia C.N.S. Hospital Materno Infantil; <sup>4</sup>MR III Cirugía Pediátrica C.N.S. Hospital Materno Infantil

#### CENTRO HOSPITALARIO:

Caja Nacional de Salud, Hospital Materno Infantil, Servicios de Ginecología y Cirugía Pediátrica

#### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

alison.larrea@hotmail.co.uk

### RESUMEN

**Objetivo:** Informar caso de actinomicosis peri-ovárica, que se interviene de urgencia como abdomen agudo quirúrgico.

**Caso clínico:** Reporte de caso clínico de adolescente de 16 años de edad con dolor abdominal intenso, datos de irritación peritoneal, además de la presencia de masa abdominal palpable en fosa iliaca izquierda, sometida a laparotomía exploratoria.

**Resultado de estudio histopatológico:** Actinomicosis peri ovárica.

**Conclusiones:** La actinomicosis abdomino – pélvica constituye una entidad de difícil diagnóstico, con una presentación clínica no habitual en las enfermedades pélvicas, sino que se presenta en forma de masas abcesificadas abdomino pélvicas pseudo tumorales, causando afectación grave del área intestinal más próxima, con resultado habitual de resección y exéresis.

**Palabras Clave:** Actinomicosis, Abdomen agudo, Laparotomía.

### ABSTRACT

**Objective:** To report the case of peri - ovarian actinomycosis , which involved emergency and surgical acute abdomen.

**Case :** Report clinical case of 16-year -old with severe abdominal pain, peritoneal irritation , besides the presence of palpable abdominal mass in the left iliac fossa , subjected to exploratory laparotomy with resection of the same .

**Result:** Histopathological report concludes peri ovarian actinomycosis.

**Conclusions:** Abdominal actinomycosis - is an entity pelvic disease is difficult to diagnose , with an unusual clinical presentation in pelvic inflammatory disease, but in the form of abdominal and pelvic masses abcesificadas pseudotumoral , causing severe intestinal involvement nearest area with usual result of resection and excision .

**Keywords:** Actynomicosis, acute abdominal pain, laparotomy

## INTRODUCCIÓN:

La actinomicosis es una infección crónica causada por *Actinomyces israeli*, que es una bacteria filamentosa ramificada gram positiva, anaerobia estricta o microaerófila. <sup>1, 2, 3</sup>

Dentro los aspectos más generales de la *Actinomyces israeli* tenemos que es un comensal normal del organismo, principalmente de la boca, tracto gastrointestinal inferior y tracto genital femenino, que puede tornarse patógeno después de un traumatismo, infección local o cirugía que altere las barreras mucosas naturales del organismo, invadiendo los tejidos adyacentes. <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

Históricamente los reportes sobre esta enfermedad no son claramente descritos hasta 1846, Bradshaw fue el primero en observar la enfermedad abdominal como una masa en el cuadrante inferior derecho. En 1887 Israel encontró micelas en tejidos humanos y posteriormente hizo el diagnóstico en humanos vivos; Fue así como Israel fue recordado por estos logros en 1940, nombrando a dicho patógeno como *Actinomyces israeli*. <sup>1, 2, 3, 4</sup>

Ginecológicamente es menos claro las descripciones históricas en los libros, sin embargo, el primer reporte de actinomicosis ovárica fue publicado en 1909 por Taylor y Fisher. <sup>1</sup>

La Actinomicosis causa una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa supurativa con focos purulentos rodeados de fibrosis densa con extensión a estructuras continuas que aparecen como un tumor único o múltiple que suele confundirse con neoplasias, es de curso lento y progresivo, en etapas avanzadas se forman fistulas hacia la piel, órganos o huesos adyacentes, la diseminación hematógena es rara, afecta diversos órganos, siendo las localizaciones más frecuentes cervicofacial, broncopulmonar y torácica. <sup>1, 6, 7, 8, 9</sup>

Se manifiesta clínicamente con deterioro del estado general, cansancio, pérdida del apetito con significativa pérdida de peso, dolor abdominal o pélvico inespecífico, en algunos casos fiebre y leucocitosis. <sup>1, 6, 7, 8, 9, 10, 11</sup>

La incidencia ha aumentado en los últimos 20

años sobre todo durante la vida fértil, debido al uso de DIU hallándose en un 30% de las citologías exfoliativas de cérvix con tinción de Papanicolau en pacientes asintomáticas portadoras de DIU, siendo éste una causa necesaria pero no suficiente para desarrollar enfermedad pélvica invasiva; ya que el actinomicosis, no es por sí mismo, un microorganismo invasivo, sino que necesita de un medio que le facilite el acceso, como ser el trauma, cuerpos extraños (DIU, pesarios), o la vaginosis bacteriana que favorece un ambiente anaerobio propicio para el crecimiento. <sup>1, 6, 7, 8, 9, 10, 11</sup>

En la mayoría de los casos de actinomicosis, la terapia antimicrobiana es el único tratamiento requerido, aunque la cirugía puede ser necesaria en casos seleccionados. La penicilina G es el fármaco de elección, para el tratamiento de infecciones causadas por actinomicetos. <sup>1, 4, 12, 13, 14</sup>

La Penicilina debe ser administrada en altas dosis durante un período prolongado de tiempo (6 meses a 1 año), esta es la piedra angular del tratamiento de la actinomicosis. El éxito con periodos más cortos de tratamiento (<6 meses), se ha informado, sobre todo en la actinomicosis cervicofacial. (7). En última instancia, la duración del tratamiento debe adaptarse a cada paciente según la respuesta clínica y radiográfica. Los pacientes, deben ser controlados más de cerca, si se consideran las duraciones de tratamiento más cortos. <sup>10, 11, 12, 13, 14</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de edad, de sexo femenino, procedente y residente de la ciudad de Viacha, que consulta transferida de policlínico, por cuadro clínico de 4 meses de evolución aproximadamente, caracterizado por la presencia de masa palpable en fosa iliaca izquierda (FII), acompañado de dolor abdominal intermitente que cede de manera espontánea; una semana antes de su internación, el cuadro clínico abdominal se exacerba con presencia de dolor abdominal generalizado, de severa intensidad, alzas térmicas no cuantificadas, náuseas, y varios episodios de vómitos, acudiendo al servicio de emergencia del Hospital Materno Infantil, siendo evaluada, y decidiendo su internación en el servicio de Pediatría.

### Antecedentes Ginecológicos:

Menarca: 14 años. FUM: 18-10-2015. Ritmo

4/28, Niega inicio de relaciones sexuales. No usa ningún método anticonceptivo.

Al examen físico de ingreso: mal estado general, con piel y mucosas deshidratadas, levemente pálidas, FC 125lpm, FR 32rpm, SAT 83%, PA 90/60mmHg, T° 38,7°C; Abdomen plano, RHA (-), con resistencia muscular generalizada, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior a predominio de FII e hipogastrio, con presencia de masa palpable de 10x8cm aproximadamente de consistencia firme, muy doloroso a la palpación, con datos de irritación peritoneal, Blumberg (+).

Se realizó exámenes complementarios: con hemograma con anemia leve, leucocitosis con desvío a la izquierda. Ecografía de rastreo abdominal concluye: colección avascular heterogénea, que mide 64mm en su diámetro mayor, con volumen aproximado de 100ml, versus quiste complejo torcido; líquido libre denso interasas, asociado a íleo generalizado.

Se realizó valoración por el servicio de ginecología y cirugía pediátrica, llegando a la conclusión de tratarse de un abdomen agudo quirúrgico, peritonitis generalizada y Sepsis; se realiza laparotomía exploratoria. Entre los hallazgos intra operatorios se aprecia líquido libre purulento en cavidad abdominal, presencia de plastrón en Fosa Iliaca Izquierda, abundante tejido necrótico en fondo de saco de Douglas, además se identifica masa anexial en lado izquierdo, de 8cm de diámetro mayor, se realiza exéresis completa del mismo, se envía pieza a anatomía patológica, cultivo y antibiograma de débito purulento. (Figura 1)

Se realizó además, omentectomía, ooforectomía y salpinguectomía izquierda, colostomía por perforación recto sigmoide, lavado y drenaje de cavidad.

## RESULTADOS

Posterior a evaluación del caso y hallazgo intra operatorio, se plantea la posibilidad diagnóstica de un Tumor germinal de ovario, muy frecuente en este grupo etéreo de pacientes, por lo cual se solicita exámenes complementarios, como parte del protocolo del mismo, con resultados negativos de proceso tumoral, sin embargo el diagnóstico

Figura N° 1

Masa localizada en Fosa Iliaca Izquierda

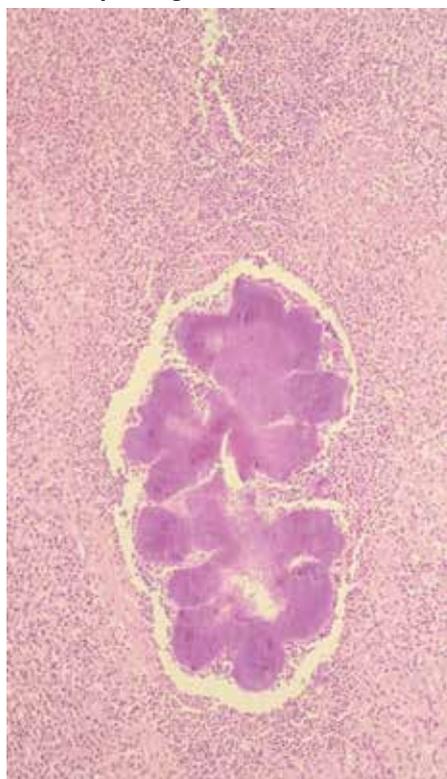


definitivo fue posible a través del estudio histopatológico, concluyente en *Actinomicosis periovárica*. (Figura 2)

Actualmente se encuentra en tratamiento con Amoxicilina más ácido clavulánico, hasta completar seis meses, con buena respuesta.

Figura N°2

Cuerpos algodonosos acidófilos



## DISCUSIÓN

La actinomicosis representa un desafío diagnóstico por la baja frecuencia de presentación y las condiciones predisponentes para que se presente el mismo, suele presentarse en portadoras de DIU por periodos mayores a 5 años según diversos estudios; sin embargo este no fue la presentación típica por lo cual realizamos el presente caso.<sup>5, 10, 11, 12, 13, 14</sup>

Se han planteado muchos estudios diagnósticos, de los cuales solo el histopatológico brinda el diagnóstico definitivo, en tanto que otros como la inmunofluorescencia, cultivo de muestra de endocervix no han sido del todo concluyente y esto ha quedado también aclarado en el presente caso clínico<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

El frotis de Papanicolau, es recomendado para manejo y seguimiento de las actinomicosis, en pacientes portadoras de dispositivos intra uterinos (DIU), haciendo referencia a la presencia de colecciones de moco, leucocitos y bacterias, que ayudaban a dar el diagnóstico citológico de actinomicosis.<sup>1, 4, 5, 6, 7, 8</sup>

La presentación clínica, concuerda siempre con un debut de masa pélvica de origen incierto, pseudotumoral, de comportamiento atípico como enfermedad pélvica inflamatoria, a veces con afectación intestinal del área cólica, y con similar desenlace en cuanto a la necesidad de practicar una laparotomía con resección intestinal y/o colostomía en casos de actinomicosis abdomino-pélvica, estos datos se correlacionaron con nuestra paciente, lo cual llevó de inicio al tratamiento quirúrgico exploratorio.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

## CONCLUSIÓN

De todo lo anteriormente expuesto y presentado en consideración en el presente caso clínico, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La actinomicosis abdominal y/o pélvica es una entidad excepcional, en pacientes sin antecedente de ser portadoras de DIU.
- La presentación clínica no es la típica de las enfermedades pélvicas inflamatorias, sino que se presenta en forma de masas abscesificadas abdomino pélvicas pseudotumorales, causando afectación grave del área intestinal más próxima, con resultado habitual de resección y exéresis.

## REFERENCIAS

1. Hall V. *Actinomyces--gathering evidence of human colonization and infection. Anaerobe. 2008 Feb. 14(1):1-7.*
2. Westhoff C. *IUDs and colonization or infection with Actinomyces. Contraception. 2007 Jun. 75(6 Suppl):S48-50.*
3. Sung HY, Lee IS, Kim SI, Jung SE, Kim SW, Kim SY. *Clinical Features of Abdominal Actinomyces: A 15-year Experience of A Single Institute. J Korean Med Sci. 2011 Jul. 26(7):932-7.*
4. Sudhakar SS, Ross JJ. *Short-term treatment of actinomyces: two cases and a review. Clin Infect Dis. 2004 Feb 1. 38(3):444-7.*
5. Arend SM, Oosterhof H, van Dissel JT. *Actinomyces and the intrauterine device. Arch Intern Med. 1998 Jun 8. 158(11):1270.*
6. Belmont MJ, Behar PM, Wax MK. *Atypical presentations of actinomyces. Head Neck. 1999 May. 21(3):264-8.*
7. Brown JR. *Human actinomyces. A study of 181 subjects. Hum Pathol. 1973 Sep. 4(3):319-30*
8. Madrid, S, et al. *Actinomicosis ginecológica. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2007. 68(1), 21-27.*
9. Vispo, N, et al. *Actinomicosis tuboovárica pseudotumoral. Rev Hosp Privado de Comunidad. 2005. 9(1), 24-26.*
10. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. *Abdominal actinomyces. Dis Colon Rectum. 1996 Jan. 39(1):105-8*

11. Kim TS, Han J, Koh WJ, et al. Thoracic Actinomycosis: CT Features with Histopathologic Correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2006 Jan. 186(1):225-31.
12. Macfarlane DJ, Tucker LG, Kemp RJ. Treatment of recalcitrant actinomycosis with ciprofloxacin. *J Infect.* 1993 Sep. 27(2):177-80.
13. Sadner, M. Tratamiento de la Actinomicosis Cervicofacial. *Revista Dermatología Venezolana.* 1968. 1-2.
14. Ferreira Dde F, Amado J, Neves S, Taveira N, Carvalho A, Nogueira R. Treatment of pulmonary actinomycosis with levofloxacin. *J Bras Pneumol.* 2008 Apr. 34(4):245-8.