

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ACTINOMICOSIS INTESTINAL. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dra. Leonila Noralys Portal Benítez¹, Dr. Joaquín Zurbano Fernández¹ y Dr. Yuri Medrano Plana²

1. Especialista de I Grado en Cirugía General.
2. Residente de primer año de Cirugía General

Descriptor DeCS:
ACTINOMICOSIS

Subject headings:
ACTINOMYCOSIS

El descubrimiento de la actinomicosis se le atribuye a Von Dangebec en 1845 y a Bolinger, quien la advierte en el ganado vacuno. Su caracterización clínica y anatomopatológica en el hombre le corresponde al alemán Jame Adolf Israel, quien en compañía de Wolf, durante 1891, realiza cultivos del microorganismo en un medio anaerobio. Su origen endógeno fue descrito por Lord, quien lo aísla en caries dentales y criptas de amígdalas en personas asintomáticas, y su localización ginecológica corresponde al australiano Zemman en 1883, mientras que el húngaro Songor publica sus primeros casos en 1930; su aparición en el mundo se generaliza a partir de esa fecha.

Entre las especies patógenas para el hombre se encuentra el *Actinomyces israelii*, bacteria integrante de la flora faríngea normal y del tracto gastrointestinal, causa habitual de la actinomicosis en los seres humanos. Sin embargo, existen otras cepas de *Actinomyces*, como el *A. naeslundii*, el *A. dericksoni*, el *A. viscosus* y el *A. odontolyticus*, responsables también de esta infección. Estas bacterias se caracterizan por ser microorganismos filamentosos, bacilares o ramificados grampositivos, propios de un medio anaerobio¹.

Clínicamente esta enfermedad puede presentarse de forma cervicofacial, torácica, abdominal o generalizada; se detecta con mayor frecuencia la forma cervicofacial^{2,4}.

La lesión característica consiste en una zona indurada con múltiples abscesos comunicantes, rodeados de tejido de granulación, que por su aspecto puede semejar un carcinoma de colon. Por no tener un cuadro clínico específico, su diagnóstico resulta complicado, por lo que sólo un 10 % de los casos tiene un criterio preoperatorio correcto^{1,4}.

A continuación presentamos una paciente atendida en el servicio de Cirugía de nuestro hospital, con el propósito de alertar al médico a tener en cuenta esta afección, ante un cuadro de tumor abdominal palpable, doloroso; y sin un diagnóstico prequirúrgico concluyente.

Presentación del paciente:

Se trata de una paciente de 21 años de edad, femenina, de raza blanca, con antecedentes de salud hasta hace meses, cuando presentó amenorreas. Un mes más tarde comienza a notar un pequeño tumor, ligeramente doloroso a nivel del hipogastrio, que se desplaza lateralmente y fue aumentando su tamaño, así como la intensidad del dolor, el cual se presentó en forma de

cólicos, y se aliviaba con la expulsión de gases por el recto. Refiere que siete días antes de acudir a consulta tuvo constipación que alternaba con deposiciones líquidas. Acude a cuerpo de guardia luego de dos días de paulatina intensificación del dolor.

En el examen físico realizado al ingreso se comprobó ligera toma de estado general, palidez cutáneo-mucosa, temperatura: 37°C, FC: 96 x minuto, abdomen que sigue los movimientos respiratorios, suave, depresible, con defensa muscular voluntaria en el hipogastro y fosa ilíaca izquierda. Se palpó un tumor a este nivel de aproximadamente 8 cm de diámetro, doloroso, no adherido a planos superficiales ni profundos.

Se realizan tacto vaginal y rectal, exámenes complementarios de urgencia y ultrasonido, con los siguientes resultados:

Tacto vaginal: cuello uterino no doloroso a la movilización, útero de consistencia y tamaño normal, anejo izquierdo impresiona aumentado de tamaño y doloroso. No se encuentra sangramiento en este examen.

Tacto rectal: sin alteraciones.

Exámenes complementarios de urgencia:

Hemoglobina: 96 g/L

Tiempo de coagulación: 8 minutos

Tiempo de sangramiento: 1 minuto

Leucocitos: 12 x 10⁹/L (Neutrófilos: 0,80; Linfocitos: 0,15; Eosinófilos: 0,03; Monocitos: 0,02)

En el ultrasonido realizado se describe una imagen compleja con predominio ecogénico en fosa ilíaca izquierda.

No se realiza laparoscopia, pues la operación se efectúa en horas de la madrugada y este servicio no se practica en el hospital en ese horario.

Se decide realizar tratamiento quirúrgico de urgencia con el diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico no complicado. Se efectúa laparotomía exploratoria mediante la cual se encontró tumor abdominal de aproximadamente 10 cm, que impresionaba provenir del mesocolon (sigmoides) con aspecto macroscópico de un linfoma. Se hace resección del tumor, se practica colostomía proximal y se envía la pieza para su estudio anatomopatológico.

Se decide administrar penicilina cristalina: 16 millones de unidades/día por vía endovenosa durante cuatro días, seguida de penicilina rapilenta: 1 millón de unidades/día hasta completar 21 días, y metronidazol: 15 ml/kg/día, por vía endovenosa durante 15 días.

En el informe de anatomía patológica se realiza la descripción macroscópica de la pieza quirúrgica, que corresponde a un segmento de colon de 18 x 5,5 cm, serosas con áreas marcadamente congestivas y otras pálidas, en la cual se distinguen pequeñas elevaciones puntiformes de 0,2-0,3 cm. La pared, marcadamente engrosada, llegó a medir 2,5 cm en algunas zonas; a 11 cm de uno de los extremos quirúrgicos de la pieza se encuentra una discreta disminución del calibre de la luz. A los cortes de la pared, ésta se observa engrosada y con aspecto fibrótico.

En la descripción microscópica se informa: Proceso inflamatorio crónico que toma la pared intestinal, con abundantes eosinófilos y zonas de microabscesos, con colonias bacterianas semejantes a las del actinomicosis y polimorfos nucleares neutrófilos que la rodean radialmente. Se observan también gránulos de azufre.

En el estudio bacteriológico se encontraron colonias grampositivas que crecían en medio anaerobio, lo que confirma una actinomicosis intestinal. Se sugiere la valoración de un posible proceso inflamatorio en órganos cercanos.

La paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento indicado en consulta de cirugía; ingresó nuevamente a los tres meses para restablecer el tránsito intestinal. Se realizó una nueva laparotomía, donde no se encontraron alteraciones en el resto de los órganos de la cavidad abdominal. Luego de seguimiento médico, se consideró completamente restablecida al año de ser intervenida quirúrgicamente.

Comentario

La actinomicosis abdominal es una entidad de difícil diagnóstico preoperatorio. El actinomicetes, microorganismo grampositivo, anaerobio, habitante común de la cavidad bucal y del tracto gastrointestinal, rara vez causa enfermedades, y sólo en algunos casos son informados como patógenos; esto se manifiesta con mayor frecuencia en varones adultos^{1,2,4}.

Esta enfermedad es producida en el hombre por el *Actinomyces israelii*; sin embargo, existen otros microorganismos, ya relacionados, que producen infección. Se describen varias formas de presentación de esta enfermedad; entre ellas:

- La cervicofacial, que suele iniciarse como una tumefacción pequeña, dura y plana, con dolor o sin él, bajo la mucosa bucal o la piel del cuello; también puede aparecer como una tumefacción subperióstica de la mandíbula. Posteriormente aparecen unas zonas más blandas que forman senos y fístulas, y eliminan los característicos “granos de azufre” (redondeados o esféricos, por lo general amarillos, de aproximadamente 1 mm de diámetro). Afecta las mejillas, lengua, faringe, glándulas salivales, huesos craneales, meninges o cerebro, habitualmente por extensión directa^{1,2,5}.
- En la forma torácica se afectan los pulmones, de manera similar a como ocurre con la tuberculosis, lo que puede producir dolor, fiebre y tos productiva. La pared torácica puede perforarse con senos crónicos de drenaje^{3,6}.
- La forma generalizada se presenta con disminución hematógena hacia la piel, cuerpos vertebrales, cerebro, hígado, riñón, uretra, y en las mujeres hacia los órganos pélvicos. Esta enfermedad puede aparecer como una complicación local de los dispositivos intrauterinos⁷.
- La forma abdominal afecta al intestino (ciego y apéndice) y al peritoneo. De forma característica hay dolor, fiebre, vómitos, diarreas o constipación; puede aparecer una masa abdominal, con signos de obstrucción intestinal parcial y formarse senos o fístulas de drenaje en la pared abdominal^{4,8,9}.

Existen diferentes tendencias en cuanto a la forma clínica más común; algunos autores optan por la cervicofacial como la más frecuente, aunque otros refieren la abdominal como la más reiterada⁴. Se plantea también que en un gran porcentaje de los casos de actinomicosis abdominal los pacientes habían sido sometidos a una intervención quirúrgica previa. Otros procesos que predisponen a esta enfermedad son: el divertículo de colon perforado, la úlcera duodenal, la colecistectomía, traumatismos intestinales y cuerpos extraños punzantes como espinas de pescado.

El diagnóstico de esta afección depende de la sospecha clínica, la obtención de una muestra adecuada para el cultivo anaerobio y el examen microscópico, pero se considera difícil por lo infrecuente de esta enfermedad y porque puede simular otras entidades¹⁰.

La enfermedad es lentamente progresiva; se considera más benigna en su forma cervicofacial y peor en sus demás presentaciones. Una gran mayoría de los pacientes responde a tratamiento médico, pero la respuesta normalmente es lenta y la terapia debe continuarse por lo menos durante ocho semanas y, ocasionalmente, más de un año; en casos de un cuadro clínico agudo requiere intervenciones quirúrgicas extensas y repetidas^{2,9}.

Cuando aparecen abscesos pequeños se indica la aspiración y en los mayores, el drenaje. El tratamiento médico más común consiste por lo menos en 12 millones de penicilina G en un período de dos semanas, lo que se sustituye más tarde por un gramo de penicilina cuatro veces al día por vía oral. En su lugar también pueden utilizarse 500 mg de tetraciclina cada seis horas por vía oral. El tratamiento debe continuarse durante varias semanas después de la curación clínica aparente^{2,3,7}.

Referencias bibliográficas

1. Martínez AM. Actinomicetos. En: Llop A, Valdés-Dapena MM, Zuzano JL. Microbiología y Parasitología Médicas. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 355-8

2. Aguirrebengoa K, Romana M, López L, Martín J, Montejo M, González De Zárate P. Actinomycosis oral y cérvico-facial. Presentación de 5 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20(2):53-6.
3. Shinagawa N, Yamaguchi E, Takahashi T, Nishimura M. Pulmonary actinomycosis followed by pericarditis and intractable pleuritis. *Intern Med* 2002;41(4):319-22.
4. Postal A, Detry O, Louis E, Hardy N, Belaiche J, Jacquet N. Ileo-caecal actinomycosis: report of a case simulating complicated inflammatory bowel disease. *Acta Gastroenterol Belg* 2001; 64(4):318-20.
5. Rahnema M, Tomaszewski T. Cervicofacial actinomycosis: an issue still present. *Ann Univ Mariae Curie Skłodowska* 2001;56:447-9.
6. Ishibashi Y, Fuke S, Shinagawa N, Shinano H. A case of pulmonary actinomycosis with recurrent hemoptysis diagnosed after right upper lobectomy. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 2001;39(9):689-93.
7. Ord J, Mishra V, Hudd C, Reginald P, Charig M. Ureteric obstruction caused by pelvic actinomycosis. *Scand J Urol Nephrol* 2002;36(1):87-8.
8. Solecki R, Czupryna A. A case of acute appendicitis with abdominal actinomycosis. *Przegl Lek* 2001;58(5):466-7.
9. Vialle R, Bernier M, L'helgouarch JL, Huerre M, Attal E, Frileux P. Colonic actinomycosis. Clinical, endoscopic and histological aspects in one patient. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25 (10):908-11.
10. Permin H, Hoiby N. Diagnosis of infectious disease. Actinomycosis. *Ugeskr Laeger* 2002;164 (9):1195-6.