

Presentación tumoral de actinomicosis pélvica

Tumor Presentation of Pelvic Actinomycosis

Caridad Chao Pereira, Snayder Perez Goelkel, Andrés Agreda Pantoja,
Karen Valdés Álvarez

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La actinomicosis es una enfermedad crónica granulomatosa poco común causada por bacterias gram positivas, anaeróbicas, microaerófilas principalmente del género *Actinomices*. Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad, con cuadro clínico de aproximadamente 4 meses de evolución dado por estreñimiento, asociado a tenesmo rectal durante la defecación y pérdida de peso, portadora de dispositivo intrauterino desde hace 7 años. En el examen físico se encontró la presencia de una masa, de bordes mal definidos, en flanco y fosa iliaca derechos, y en hipogastrio, no dolorosa a la palpación. El ultrasonido abdominal reportó una masa en lóbulo caudado hepático y una estructura de contornos mal definidos en íntimo contacto con techo vesical y fundus uterino. La biopsia de lesión reveló actinomicosis. Se confirma la actinomicosis en una paciente con masa palpable en hipogastrio y dispositivo intrauterino colocado.

Palabras clave: actinomicosis; *Actinomices*; masa tumoral.

ABSTRACT

Actinomycosis is an uncommon granulomatous chronic disease caused by gram-positive, anaerobic, microaerophilic bacteria, mainly of the genus *Actinomices*. We present the case of a 49-year-old woman with a clinical condition of approximately 4 months of evolution due to constipation, associated with rectal tenesmus during defecation and weight loss, carrier of an intrauterine device for 7 years. In the physical examination, the presence of a mass was found, with poorly defined edges, flank and iliac fossa right, and hypogastrium, not painful on palpation.

Abdominal ultrasonography reported a mass in the hepatic caudate lobe and a structure of ill-defined contours in intimate contact with the bladder roof and uterine fundus. The lesion biopsy revealed actinomycosis. It was confirmed in a patient with palpable mass in hypogastrium and intrauterine device placed.

Keywords: actinomycosis; *Actinomyces*; tumor mass.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una infección subaguda o crónica infrecuente causada por bacterias gram positivas, anaeróbicas, microaerófilas principalmente del género *Actinomices*¹ que provoca una inflamación supurativa y granulomatosa. *Actinomices israelii* es el principal agente causal de actinomicosis humana.² Estos microorganismos forman parte de la flora endógena de las mucosas de cavidad oral, tubo digestivo inferior, bronquios y aparato genital femenino.³ Esta enfermedad se caracteriza por tumefacción localizada con supuración, formación de abscesos, fibrosis tisular y fístulas por las que se expulsan unos "gránulos de azufre" característicos, pero no patognomónicos.⁴

La infección cervicofacial es la manifestación más frecuente de la actinomicosis. El abdomen es el tercer sitio en orden de frecuencia en ser comprometido; dentro de él, la región iliocecal suele ser la más afectada. Específicamente en dicha localización puede presentarse como una lesión con aspecto de masa que obliga a hacer diagnóstico diferencial con una neoplasia maligna.⁴ El uso de dispositivo intrauterino, intervenciones quirúrgicas recientes como la apendicectomía, traumatismos y diverticulitis favorecen la génesis del proceso infeccioso.³⁻⁵ La diseminación hepática, renal o esplénica es una complicación infrecuente. El compromiso hepático ocurre en 15 %, representando el 5 % de todos los casos de actinomicosis.⁶⁻⁹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años de edad, raza mestiza, profesión economista, natural y residente en La Habana, con cuadro clínico de aproximadamente 4 meses de evolución dado por estreñimiento, asociado a tenesmo rectal durante la defecación, que se precedía de pujos. Además refería astenia, hiporexia, pérdida ponderal de más menos 10 kilogramos y sudoraciones abundantes durante la noche y madrugada.

Entre sus antecedentes personales refería ser portadora de dispositivo intrauterino colocado en hace 7 años.

En el examen físico se encontró la presencia de una masa, independiente del hígado, de bordes mal definidos, firme; que comprometía flanco derecho, fosa iliaca ipsilateral e hipogastrio, diámetro aproximado de 6 cm, no dolorosa con la movilización.

Los estudios complementarios mostraron: hemograma con leucocitosis en $14,1 \times 10^9$ g por L (g/L) con predominio de neutrófilos $9,69 \times 10^9$ g/L, anemia (hemoglobina: 77 g/L) tipo normocítica, trombocitosis en 611×10^9 g/L. La hemoquímica se encontraron proteínas totales en 78,6 g/L, la albúmina en 39 g/L, fosfatasa alcalina 119 unidades por L (U/L), alanin aminotransferasa (ALAT): 21 U/L, aspartato aminotransferasa (ASAT): 17 U/L, gamma glutamiltransferasa, GGTP): 53 U/L; todos estos dentro de límites normales; eritrosedimentación acelerada en 121 mm por hora, creatinina en 82 $\mu\text{mol/L}$, marcador tumoral CA-125 dentro de parámetros de normalidad. Los 3 hemocultivos tomados fueron negativos.

En estudios imagenológicos básicos: radiografía de tórax fue normal, ultrasonografía abdominal con rastreo ganglionar informó la existencia de hígado con masa de bordes mal definidos la cual ocupaba todo el lóbulo caudado, que medía aproximadamente 66x59 mm asociado a adenopatías de características malignas que englobaban parcialmente a los vasos mesentéricos y la existencia de estructura de contornos mal definidos en íntimo contacto con techo vesical y fundus del uterino. Por ser más accesible se realizó biopsia hepática mediante guía ecográfica cuyo análisis por servicio de patología indicó como diagnóstico definitivo actinomicosis hepática y de vías biliares. La actinomicosis se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por una corona radiada rodeada por polimorfonucleares y fibrosis y proyecciones superficiales en forma de clavos que son las hifas (*fig*), en la cual las estructuras bacterianas están rodeadas de material eosinófilo fibrinoide de disposición radiada, correspondiente a una reacción entre antígeno y anticuerpo.

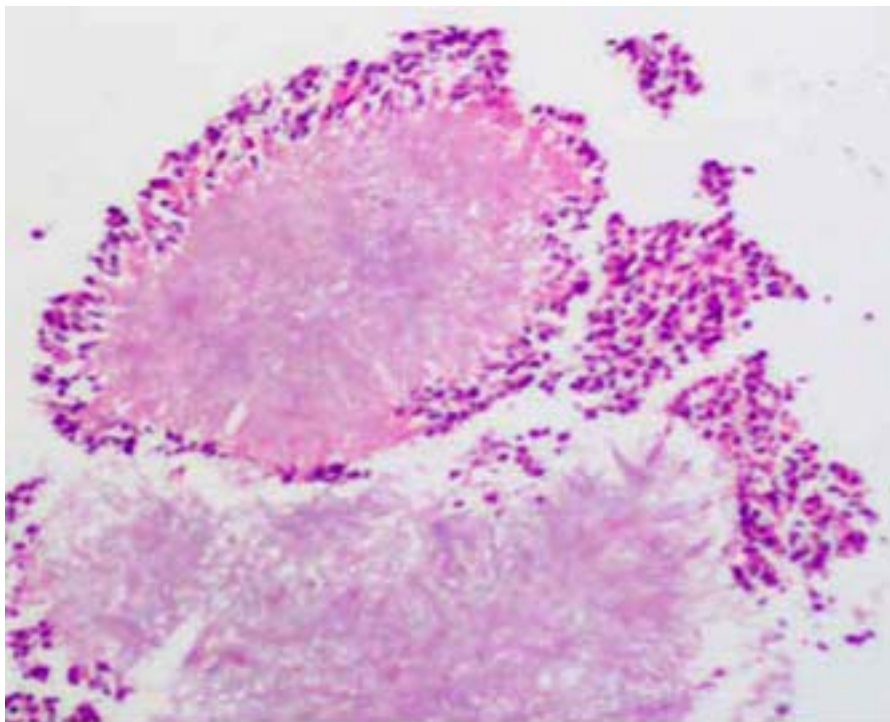


Fig. Biopsia hígado con fenómeno de Splendore Hoeppli.

Una vez consultados los resultados de esta paciente, la cual posee como antecedente prominente ser portadora de dispositivo intrauterino y considerando este el factor favorecedor de la infección (además haber involucrado órganos ginecológicos internos se ha extendido a hígado) se trasladaron los resultados al

servicio de ginecología para manejo integral con tratamiento antibiótico por largo periodo.

DISCUSIÓN

La *Actinomyces* forma parte de la flora endógena inherente a las mucosas de cavidad oral, tubo digestivo inferior, bronquios y aparato genital femenino. No se ha demostrado que haya un reservorio ambiental externo, ni tampoco transmisión de persona a persona de especies patógenas de *Actinomyces*. Aunque la infección puede darse en todos los grupos etáreos, rara vez se encuentra en niños y en pacientes mayores de 65 años de edad. En la mayor parte de los casos se ha verificado en personas en las décadas medias de la vida. En muchas series se ha descrito un cociente hombre-mujer de 3:1.^{1,2}

Dentro de las formas intrabdominales, incluyendo pelvis, se encuentran la tuberculosis intestinal, ameboma, enfermedad Crohn, cáncer colorrectal y la enfermedad pélvica inflamatoria crónica.^{5,7} En el diagnóstico son esenciales estudios microbiológicos en medios especiales y anatomopatológicos apropiados.^{2,6,9} La presencia en el pus o en muestras de biopsia, de microorganismos gram positivos no ácido-alcohol resistentes con ramificaciones filamentosas es indicativa del diagnóstico. En cortes de tejido teñidos con hematoxilina-eosina los gránulos de azufre son masas basófilas redondas u ovals con una disposición radiada de las "mazas" eosinofílicas terminales.^{1,2}

El tratamiento no farmacológico incluye incisión y drenaje de abscesos. El tratamiento antibiótico incluye en primera línea, como opción terapéutica, ampicilina 50 mg/kg/día dividido en 3-4 dosis por 4-6 semanas, luego pen VK 2-4 g/día vía oral por 4-6 semanas; en lugar de ampicilina puede usarse penicilina 3-4 millones unidades IV cada 4 h por 4-6 semanas, si el paciente es alérgico a la penicilina puede usarse eritromicina (500-1 000 mg IV cada 6 h), tetraciclina o doxiciclina (100 mg IV cada 12 h) y clindamicina (900 mg IV cada 8 h) son alternativas razonables.¹⁻⁷

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wong JJ, Kinney TB, Miller FJ, Rivera SG. Hepatic actinomycotic abscesses: diagnosis and management. *Am J Roentgenol.* 2006; 186: 174-6.
2. Valour F, Sénechal A, Dupieux C. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist.* 2014; 7: 183-7.
3. Sakaguchi Y, Isowa N, Nakazaki H, Takeda K, Tokuyasu H, Saitoh Y, et al. Acute cardiac tamponade caused by extension of multiple hepatic actinomycotic abscesses. *Intern Med.* 2012; 51: 305-9.

4. Ávila F, Santos V, Massinha P, Perira JR, Quintanilah R, Figueredo A, et al. Clinical case. Hepatic Actinomycosis. GE Port J Gastroenterol. 2015;22(1):19-23.
5. Lall T, Shehab TM, Valenstein P. Isolated Hepatic actinomycosis: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2010;4:45.
6. Montori G, Allegri A, Meringo G, Fabrizio P, Poiasina E, Coccolini F, et al. Intra-abdominal actinomycosis, the great mime: case report and literature review. Hebert Open Access Journal. 2015;3:2.
7. Pusiol T, Morichetti D, Pedrazzani C, Ricci F. Abdominal-Pelvic Actinomycosis Mimicking Malignant Neoplasm: case report. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2011;4. doi: 10.1155/2011/747059.
8. Min KW, Paik SS, Han HH, Jang KS. Hepatobiliary and pancreatic: hepatic actinomycosis. J Gastroenterol Hepatol. 2012;27:844.
9. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Tiniakos D, Koskinas J, Archimandritis AJ. Primary hepatic actinomycosis mimicking metastatic liver tumour. J Clin Gastroenterol. 2010;44:458-9.

Recibido: 26 de mayo de 2017.

Aprobado: 30 de junio de 2017.

Caridad Chao Pereira. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Correo electrónico: caridad.chao@infomed.sld.cu