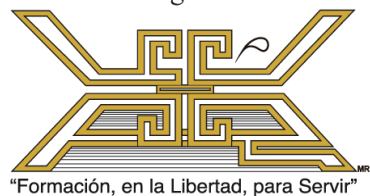


Universidad Regional del Sureste



"Formación, en la Libertad, para Servir"

Actinomicosis abdominal de válvula ileocecal. Reporte de caso y revisión de la literatura.

Elena Enselminí García- Pedro, Rolando Rómulo García-Matus.

Servicio de Patología Quirúrgica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca del IMSS Bienestar, Oaxaca, México.

email: elenaens_gp@hotmail.com

Resumen

El *Actinomyces israelii* es una bacteria grampositiva, anaerobia, filamentosa, que presenta cierta ubicuidad en el organismo al estar presente como comensal en boca, tractos gastrointestinal y genital femenino. Se conoce en la literatura la asociación entre el dispositivo intrauterino y la colonización de la *Actinomyces*, la forma más frecuente actinomicosis abdominal se presenta como masa dolorosa en fosa iliaca izquierda, acompañada de náuseas, vómitos, irritación peritoneal, así como síndrome febril.

Si bien la actinomicosis es una entidad poco frecuente, debe ser siempre incluida en el diagnóstico diferencial de enfermedad abdominal con tumoraciones de características inflamatorias, y debe sospecharse especialmente con la aparición de imágenes en la tomografía de tumores sólidos con áreas focales de atenuación no homogéneas, y que tienden a invadir tejidos y estructuras adyacentes. Se sabe que la mayoría de estos casos están asociados a inmunosupresión, sin embargo, en nuestro caso no cumple con este criterio, quedando

establecido que no siempre es necesaria esta condición para su presentación.

Palabras Clave: Actinomicosis abdominal, abdomen agudo, actinomicosis válvula ileocecal, obstrucción intestinal; *Actinomyces*; reporte de caso.

Abstract

Actinomyces israelii is a Gram-positive, anaerobic, filamentous bacterium that shows a certain ubiquity within the human body, as it is present as a commensal organism in the oral cavity, gastrointestinal tract, and female genital tract. The association between intrauterine devices and *Actinomyces* colonization is well documented in the literature. The most frequent form of abdominal actinomycosis presents as a painful mass in the left iliac fossa, accompanied by nausea, vomiting, peritoneal irritation, as well as febrile syndrome.

Although actinomycosis is an uncommon condition, it should always be included in the differential diagnosis of abdominal disease presenting with

inflammatory-type masses. It should be particularly suspected when computed tomography reveals solid tumors with focal areas of non-homogeneous attenuation that tend to invade adjacent tissues and structures. While most reported cases are known to be associated with immunosuppression, our case does not meet this criterion, establishing that this condition is not always required for its presentation.

Keywords: Abdominal actinomicosis, Acute abdomen, Ileocecal valve actinomicosis, Intestinal obstruction, *Actinomyces*, Case report.

Introducción

La actinomicosis abdominal es una enfermedad crónica, granulomatosa producida por *Actinomyces*, fundamentalmente *Actinomyces israelii*, una bacteria filamentosa, grampositiva, anaeróbica, comensal de la cavidad oral y tracto gastrointestinal alto.

Se llega a un diagnóstico preoperatorio de actinomicosis en menos del

10% de los casos. La mayor parte de las veces, el diagnóstico se realiza en el postoperatorio, con la llegada del informe histológico, después de una intervención quirúrgica indicada ante la sospecha de distintos procesos: neoplasias o procesos inflamatorios.

Se presenta un caso de actinomicosis que se inició como una oclusión intestinal que requirió intervención quirúrgica con el diagnóstico de presunción de tumoración ileón.

Presentación de Caso

Se trata de paciente masculino de 71 años de edad originario de la Mixteca, Oaxaca, sin antecedentes patológicos de importancia, quien inicia meses previos, con dificultad para evacuar, distensión abdominal progresiva, así como dificultad para expulsar gases, dichos síntomas se exacerbaban 72 horas antes previo a su internamiento, así mismo se acompaña de pérdida ponderal de 6 kilos aproximadamente en los últimos 6 meses que no recibe tratamiento

médico, por lo que acude al servicio de urgencias de nuestra unidad, donde realizan una radiografía de abdomen, donde se muestra un colon dilatado, con engrosamiento de ileón distal, así como elevación de hemidiafragma izquierdo (**Figura 1**). A la exploración física se observa paciente pálido, caquéctico, con abdomen distendido y a la auscultación con hiperistaltismo intestinal. La biometría hemática realizada muestra Hemoglobina de 10 g/dL y Hematocrito de 32%, acompañado de ligera Leucocitosis. Por lo que es intervenido quirúrgicamente con diagnóstico presuntivo de Neoplasia intestinal. En la intervención quirúrgica se observa un colon dilatado, con válvula ileocecal prominente, con presencia de induración de ileón terminal (**Figura 2**), el estudio histopatológico muestra un proceso ulcerativo profundo a nivel ileal, recubierto por restos celulares, células inflamatorias, fibrina y material hematoxilínico agrupados en gránulos de apariencia fibrilar, que al teñirse con técnica histológica de PAS dichos gránulos están constituidos por estructuras

filamentosas densamente empacadas inmersas en un fondo necrótico, así como rodeados por un proceso inflamatorio intensamente reactivo. **(Figura 3)**. El postoperatorio cursa sin complicaciones, tratándose con ceftriaxona 1 gramo vía intravenosa cada 12 horas, 2 dosis para 24 horas, dándose de alta a los 4 días después de la cirugía, indicándose como tratamiento de

salida Cefalexina tabletas 500mg, 1 tableta cada 8 hora vía oral por 7 días, Ketorolaco tabletas 10 mg, una tableta vía oral cada 8 hora por 7 días y Omeprazol grageas 20 mg, una cada 24 hora vía oral por 7 días.

Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones generales y en control, sin evidencias de enfermedad.

Figura 1.

Radiografía abdomen. Distensión de asas intestinales con niveles hidroaéreos.



Figura 2.

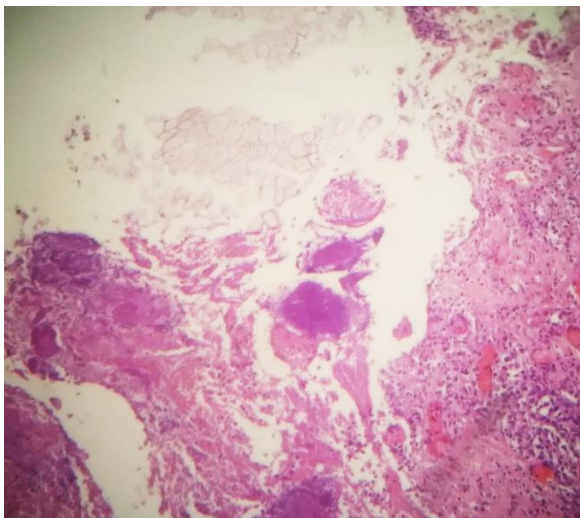
Producto de hemicolectomía derecha donde se identifica tumoración de la válvula ileocecal.



Nota: Foto tomada por Dra. Elena Enselminí García Pedro. Departamento patología HRAEO del IMSS
Bienestar.

Figura 3.

Componente inflamatorio agudo y abundantes colonias filamentosas de aspecto fibrilar y de contornos basófilicos (H y E 40X).



Nota: Foto tomada por Dra. Elena Enselminí García Pedro. Departamento patología HRAEO del IMSS
Bienestar.

Discusión

Fue en 1846 cuando Bradshaw describió por primera vez un paciente con actinomicosis abdominal. El patógeno más frecuente de esta enfermedad es *A. israelii*. se han encontrado como factores predisponentes a la enfermedad el antecedente de intervenciones quirúrgicas previas, cirugía urgente de la vesícula y colon, apendicitis aguda, perforación de víscera hueca, uso de dispositivo intrauterino y estados de inmunodeficiencia. Una vez que *Actinomyces* ha penetrado la mucosa se propaga principalmente por continuidad.

Inicialmente se creía que era un hongo, pero la ausencia de pared celular y membrana nuclear, la reproducción por fisión, la inhibición del crecimiento con penicilina y la insensibilidad a anfotericina los clasifica como bacterias y no como hongos, con menor frecuencia se aíslan otras especies de *Actinomyces* como *A. naeslundii*, *viscosus*, *odontolyticus*, *propionica* y *meyeri*.

A. israelii se encuentra como comensal en la cavidad oral y en el tubo digestivo. Puede invadir los tejidos contiguos cuando un traumatismo o una enfermedad subyacente rompe la continuidad de la mucosa, o el pulmón, cuando se aspira suficiente cantidad de material orofaríngeo contaminado.

La lesión histológica está constituida por varios abscesos comunicados entre sí por fístulas y rodeados de tejido de granulación y abundante fibrosis. Los abscesos se propagan lentamente por el tejido conjuntivo hasta alcanzar la superficie cutánea o de una mucosa, hacia donde se abren formando fístulas que drenan de forma prolongada. En la infección crónica, el germen puede secretar un polisacárido que une los filamentos microbianos y forma gránulos amarillos de 1-2 mm de diámetro denominados gránulos de azufre.

Dependiendo de su localización, la enfermedad puede ser cervicofacial, torácica

o abdominal, en la forma abdominal, las localizaciones más frecuentes son ileocecal (65%) y rectosigmoide.

La clínica es silente e inespecífica. La presencia de dolor, fiebre, pérdida de peso, anemia y leucocitosis son datos clínicos y analíticos comunes en la presentación abdominal. El signo clínico más frecuente es la palpación de una masa abdominal y la visualización de una fístula (presente en el 30% de los abscesos actinomicóticos).

Encontramos gránulos de azufre en el 50% de los casos. Su presencia no es patognomónica de la enfermedad; otros organismos, como *Nocardia streptonomices* y estafilococos, pueden agregarse y simular los gránulos de sulfuro encontrados en la infección actinomicótica.

El diagnóstico preoperatorio correcto se realiza en menos del 10% de los casos, en la forma abdominal, la clínica de los pacientes, la exploración física y las pruebas complementarias pueden orientar hacia el

diagnóstico de carcinoma, sarcoma, absceso diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal o tuberculosis. La forma de presentación de nuestro paciente, como oclusión intestinal, es poco frecuente y está en relación con un estadio avanzado de la enfermedad.

La TAC (Tomografía axial computarizada) es el estudio radiológico de más utilidad. La enfermedad aparece como una masa de patrón sólido o quístico con una pared engrosada que capta contraste, generalmente se trata de una masa de carácter infiltrativo, extra o intraluminal, acompañada de una llamativa reacción desmoplástica que dificulta el diagnóstico diferencial con un proceso maligno. La punción percutánea dirigida por TAC puede tener fines diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, en algunos casos la radiografía simple de abdomen suele ser eficaz.

El diagnóstico definitivo se obtiene mediante cultivo en condiciones anaerobias y

en medios especiales. La bacteria se aísla en el 55% de los cultivos. En el estudio histológico se puede observar *Actinomyces* y, a veces, gránulos azurófilos.

El porcentaje de éxito con tratamiento médico y/o quirúrgico es superior al 90%, la cirugía es requerida por las dificultades de diagnóstico, antes ya mencionadas, y como terapéutica adyuvante para desbridar tejido necrótico y exéresis de fístulas y cavidades persistentes.

El tratamiento de elección es la penicilina a altas dosis durante varios meses para evitar la recidiva de la enfermedad. Hemos de tener en cuenta que *Actinomyces* son bacterias de crecimiento lento que pueden quedar acantonados en los tejidos, todo ello favorecido por la gran cantidad de fibrosis reactiva desarrollada por la infección. Las tetraciclinas y la eritromicina son alternativas adecuadas. Cuando las lesiones no responden en 4 semanas se debe investigar la presencia

de sobreinfección por otras bacterias. Generalmente se considera un tratamiento prolongado en caso de resección incompleta lo cual no fue realizado en nuestro caso, sin embargo, a pesar de dicha circunstancia el paciente evoluciona favorablemente sin presentar reincidencia de la patología.

Conclusiones

Durante el abordaje quirúrgico del abdomen agudo las conductas generalmente son resectivas o derivativas. La actinomicosis abdominal, es una enfermedad que suele subdiagnosticarse llegando a simular una amplia variedad de enfermedades dentro las que destacan tumoraciones abdominales, enfermedades pélvico inflamatorias como diverticulitis, apendicitis, abscesos intrabdominales y lesión por contigüidad. El cirujano general debe de tener la sospecha diagnóstica ante historia de inmunocompromiso crónico como lo son antecedentes de diabetes en mal control e historias crónicas de dolor abdominal. En el

caso de nuestra paciente los estudios de imagen y los hallazgos transquirúrgicos normaron una conducta ante un posible cuadro oncológico que no se confirmó en los estudios de patología. Se deben tomar estrategias para en lo subsecuente considerar procesos infecciosos versus procesos oncológicos en todos los pacientes con masa intestinal acompañada de datos de obstrucción, aunque la literatura marca el estudio tomográfico como el estudio de gabinete de mayor utilidad, en ocasiones por la severidad del cuadro clínico y al considerarse una urgencia quirúrgica puede ser no considerado si se cuenta con algún otro estudio de imagen que apoye el diagnóstico de masa tumoral en estudio.

Referencias

- Brown JR. (1973). Human actinomycosis. A study of 181 subjects. *Hum Pathol*, (4), 319-330.
- Carranza F. (1996). Actinomicosis colónica a propósito de un caso. *Cir Esp*, (59), 260-262.
- De la Cruz J. (1996). Actinomicosis abdominal a propósito de un caso. *Cir Esp*, (109), 512-514.
- Han Y. (2020). A case report of pelvic actinomycosis and a literature review. *Am J Case Rep.*, (21), 200-202.
- Lener PI. (1974). Susceptibility of pathogenic Actinomycetes to antimicrobial compounds. *Antimicrob Agents Chemother*, (5), 302-309.
- Martos Plasencia, Carmen. (2016). Úlcera rectal postradioterapia complicada con infección por Actinomyces. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, (108), 580-581.
- Martínez-Vázquez, M. (2010). Actinomicosis hepática; presentación de un caso en un paciente diabético. *Revista de Gastroenterología de México*, (75), 344-347.
- Milhem J, Morais. (2020). Pseudotumor colónico causado por actinomicosis abdominal: reporte de un caso.. *Cirugía y Cirujanos*, (88), 102-105.
- Sandoval, Erick. (2019). Actinomicosis diseminada en un paciente inmunocompetente: Reporte de caso. *Horizonte Médico*, (19).
- Rendón Mejía, Alejandro. (2025). Actinomicosis apendicular simulando una tumoración intraabdominal. Reporte de caso. *Revista Colombiana de Cirugía*, (40).

Roh YH. (2019). Abdominal actinomycosis misconceived as intestinal lymphoma: Report of a case. *Int J Surg Case Rep*, (60), 171-174.

Van Poppel, Hendrik. (2005). Actinomicosis, una causa rara e insospechada de absceso fistuloso anal: informe de tres casos y revisión de la literatura. *Enfermedades de Colon y Recto*, (48), 575-581.

Yeager BH. (1986). Actinomycosis in the acquired immunodeficiency syndrome-related complex. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, (112), 193-1296.