CASO CLÍNICO ACTINOMICOSIS

Caso clínico

Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad celíaca desde juventud con buen control, diagnosticada en abril de 2023 de linfoma B difuso de células grandes con masa bulky dependiente de yeyuno, en tratamiento quimioterápico con esquema R-CHOP.

La paciente acudió a Urgencias 10 días después de recibir el primer ciclo de quimioterapia por cuadro de varios días de evolución de dolor abdominal, distensión abdominal y estreñimiento, objetivándose en la TC abdominal neumoperitoneo por perforación intestinal, por lo que fue intervenida de urgencia realizándose una resección segmentaria de yeyuno, enviándose la pieza quirúrgica a Anatomía Patológica. La paciente presentó una evolución inicial favorable, sin embargo, 8 días después de la intervención, comenzó a presentar deposiciones melénicas y una anemización de 3 puntos de hemoglobina, por lo que requirió la transfusión de 2 concentrados de hematíes. En vista de la sospecha de hemorragia digestiva alta, se realizó una gastroscopia con resultados anodinos y se le solicitó una nueva TC abdominal, objetivándose un absceso en raíz de mesenterio secundario a dehiscencia parcial de sutura de pared abdominal, por lo que fue necesaria una reintervención quirúrgica de urgencia.

Tras la segunda intervención, se dio aviso desde Anatomía patológica por el hallazgo en la primera pieza quirúrgica de reacción xantogranulomatosa y necrotizante focal y panmural con presencia de abundantes colonias de Actinomices, la cual fistulizaba y perforaba la pared del intestino con peritonitis aguda. En vista de los hallazgos previamente descritos, se inició tratamiento con bencilpenicilina. 6 días después de la segunda intervención, se objetivó salida de líquido intestinal por el drenaje percutáneo de laparotomía, por lo que se indicó reintervención urgente, hallando una pequeña perforación intestinal a unos 10 cm del ángulo de Treitz.

Tras esta última intervención, la paciente experimentó una lenta pero favorable evolución clínica. Tras completar dos semanas de antibioterapia intravenosa se decidió sustituir la bencilpenicilina por amoxicilina oral. Finalmente, la paciente fue trasladada a nuestro hospital de referencia para convalecencia y rehabilitación en vista del importante desacondicionamiento físico que sufrió durante el ingreso, donde experimentó numerosas complicaciones como colitis pseudomembranosa, agitación psicomotriz de difícil control, infección del tracto urinario por E. coli y descompensación de insuficiencia cardíaca con empeoramiento progresivo hasta el fallecimiento de la paciente

Introducción

La actinomicosis supone una patología poco habitual, con una incidencia estimada entre 1 caso cada 119000 - 400000 habitantes en nuestro entorno.

Se trata de una infección causada por bacterias gram positivas anaerobias, filamentosas, siendo la especie Actinomyces israelii la más habitual hallada en seres humanos. Estas bacterias forman parte de la microbiota orofaríngea, colónica y vaginal.

Se trata de una enfermedad granulomatosa supurativa, de curso subaguda o crónica, con extensión por contigüidad, con tendencia a la fistulización y formación de fibrosis densa.

El diagnóstico se realiza mediante examen histopatológico de biopsias o pus, en los que se aprecian granulomas con posible necrosis y, en ocasiones, un manguito eosinofílico alrededor de los gránulos; cultivos bacteriológicos en anaerobiosis, MALDI-TOF y pruebas de amplificación de ácidos nucleicos.

EL tratamiento de elección de la actinomicosis es la penicilina G sódica (12-24 MU/día) o la cefriraxona 1g / 12-24h durante 2 – 6 semanas, seguidos de antibioterapia orial durante 6-12 meses con amoxicilina (de elección), macrólidos, clindamicina minociclina o doxiciclina.

La actinomicosis abdominal supone el 20 % del total de casos y resulta una enfermedad de difícil diagnóstico, debido a su clínica inespecífica, la cual tiende a imitar a patologías más habituales, como diversas neoplasias, la tuberculosis intestinal o la enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que en la mayoría de casos el diagnóstico se realiza por exclusión o de forma accidental mediante biopsias digestivas.

Discusión:

Si bien es cierto que no se trata de una infección exclusiva de pacientes inmunodeprimidos, se ha demostrado que en estos presenta una mayor gravedad, desarrollando formas más invasivas y necrotizantes, especialmente en pacientes con lesiones digestivas que predispongan lesiones en la mucosa y que favorezcan su aparición.

Como se aprecia en el caso, aunque el pronóstico de la actinomicosis es generalmente bueno, es posible que curse con complicaciones derivadas de la infección y de su tratamiento tan prolongado.

Conclusiones:

- La actinomicosis supone una enfermedad poco habitual con un diagnóstico difícil si no existe una elevada sospecha clínica.
- Se trata de una infección potencialmente grave si no se realiza un diagnóstico y tratamiento tempranos.
- El tratamiento antibiótico se debe mantener durante un periodo prolongado de tiempo.
- Siempre se debe considerar la actinomicosis al realizar un diagnóstico diferencial en un paciente con dolor abdominal, especialmente si se encuentra inmunodeprimido o de si cuenta con alguna lesión gástrica o intestinal predisponente.

CAUSAS POCO HABITUALES DE DOLOR ABDOMINAL

Ángel Jesús Castillejo Domínguez, María del Pilar Rodríguez Bruna, Elena Soliva Gisbert, Ignacio Vallés Tormo, Ignacio Lasierra Lavilla, Celina Balint Ilie

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 78 años
- Hipertensión arterial
- Enfermedad celíaca
- Diagnosticada en abril de 2023 de linfoma B difuso de células grandes con masa bulky dependiente de yeyuno → inicio de esquema R-CHOP

Urgencias

- 10 días después del 1er ciclo de QT
- Varios días: dolor abdominal, distensión abdominal y estreñimiento
- Exploración: abdomen doloroso de forma difusa con peristaltismo presente
- Pruebas complementarias:
  - Elevación de reactantes de fase aguda, neutropenia leve
  - TC abdominal:

R
W: 270
L: 60
Zoom: 1.98
Se: 2 / 6
Im: 99 / 344 (98 / 137)

Laparotomía de urgencia

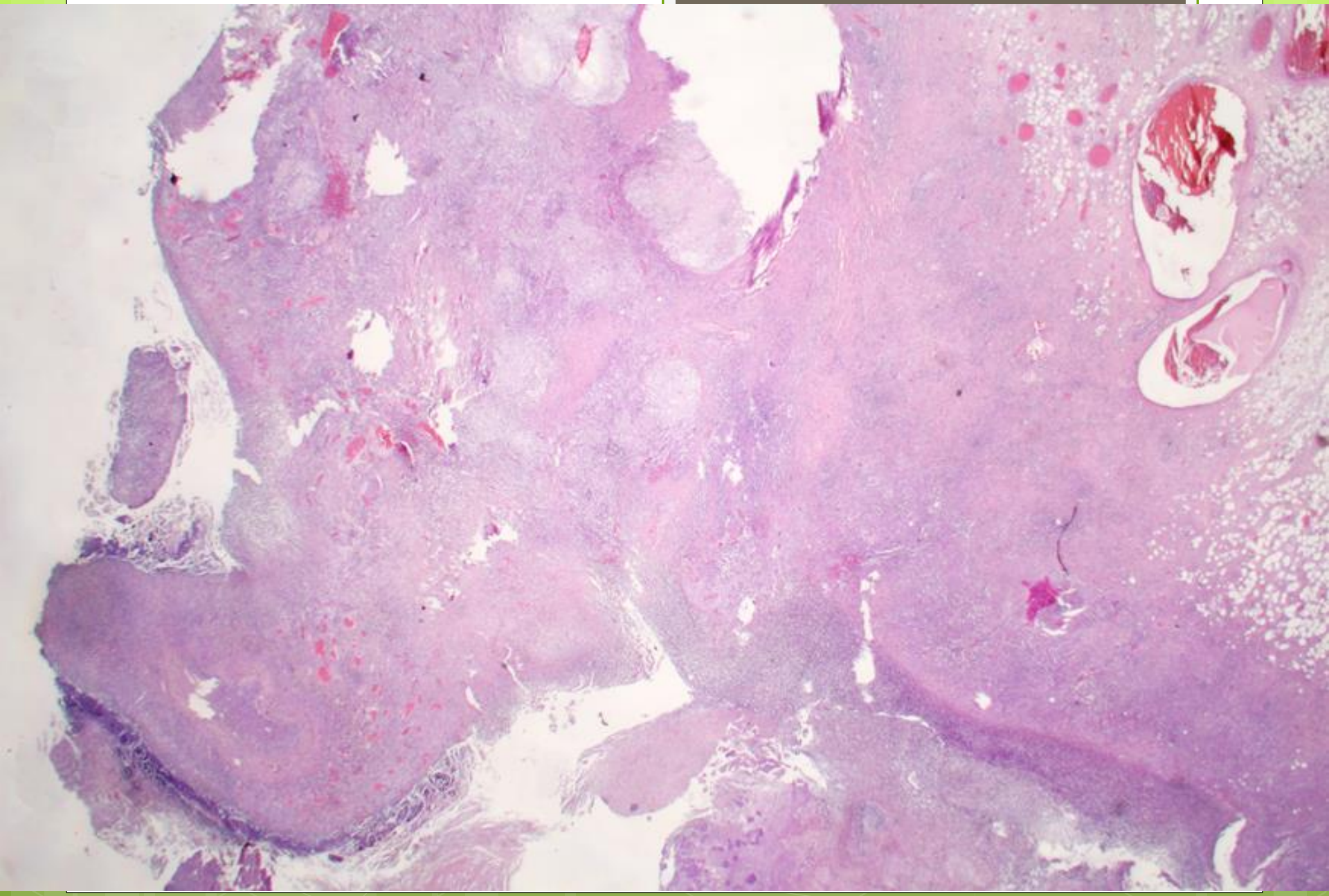
- Perforación de intestino delgado a 7 cm del ángulo de Treitz
- Resección intestinal segmentaria
- Anastomosis termino-terminal
- Se envió pieza quirúrgica a Anatomía Patológica

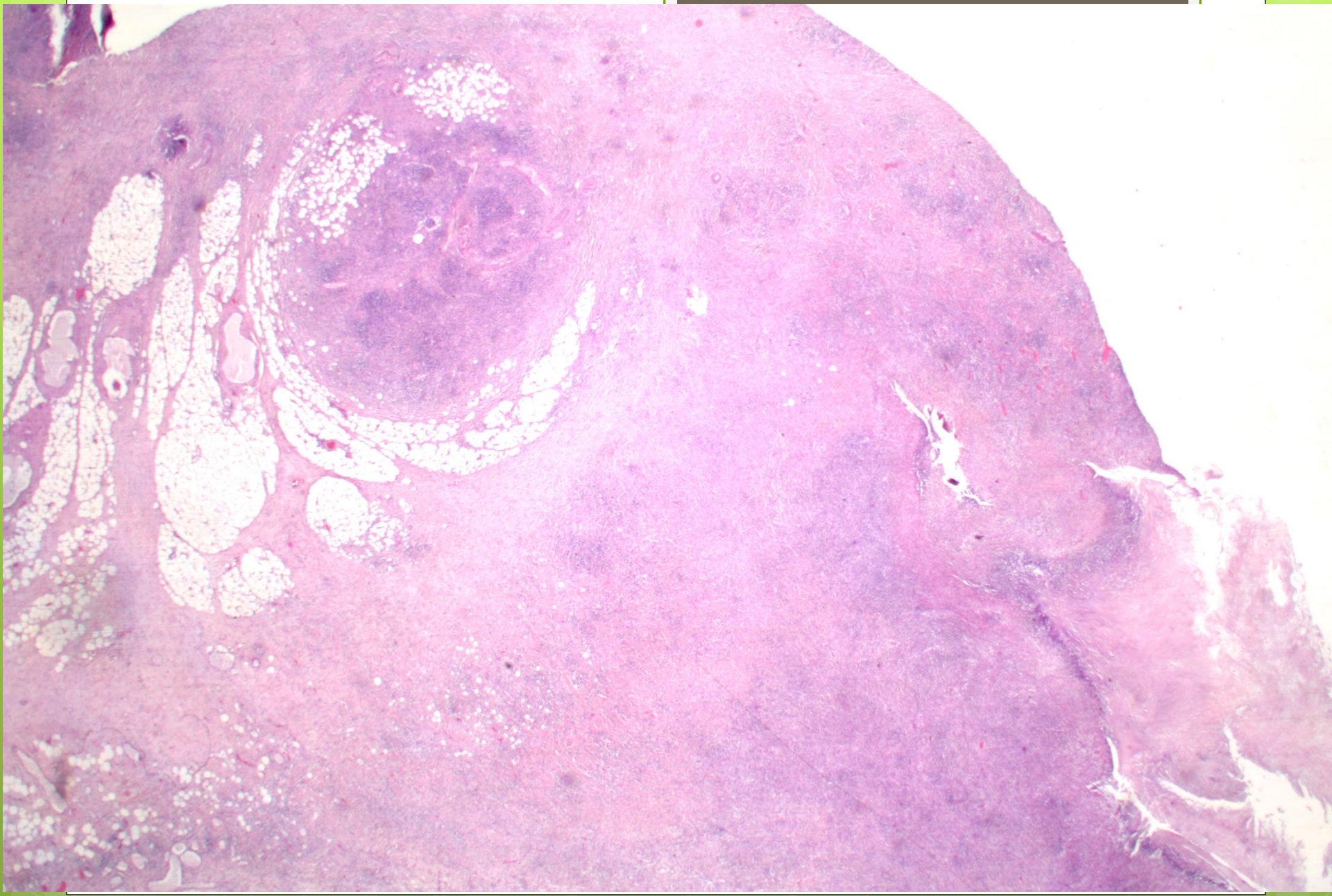
Tras la cirugía

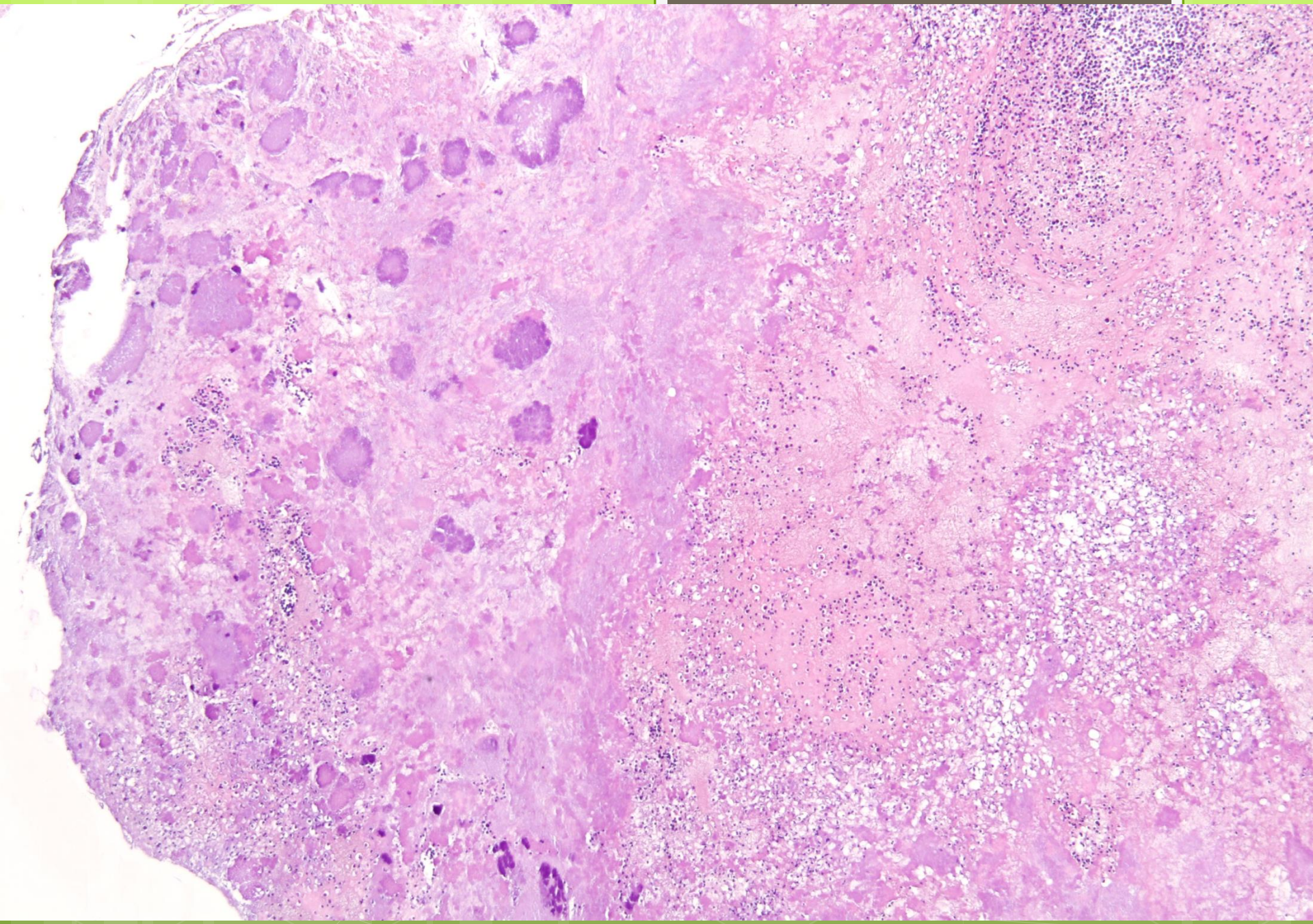
- Evolución inicial favorable
- 8 días después: melenas y anemización 3 puntos de hemoglobina
  - Transfusión 2 concentrados de hematíes
  - Gastroscopia anodina
  - TC abdominal:

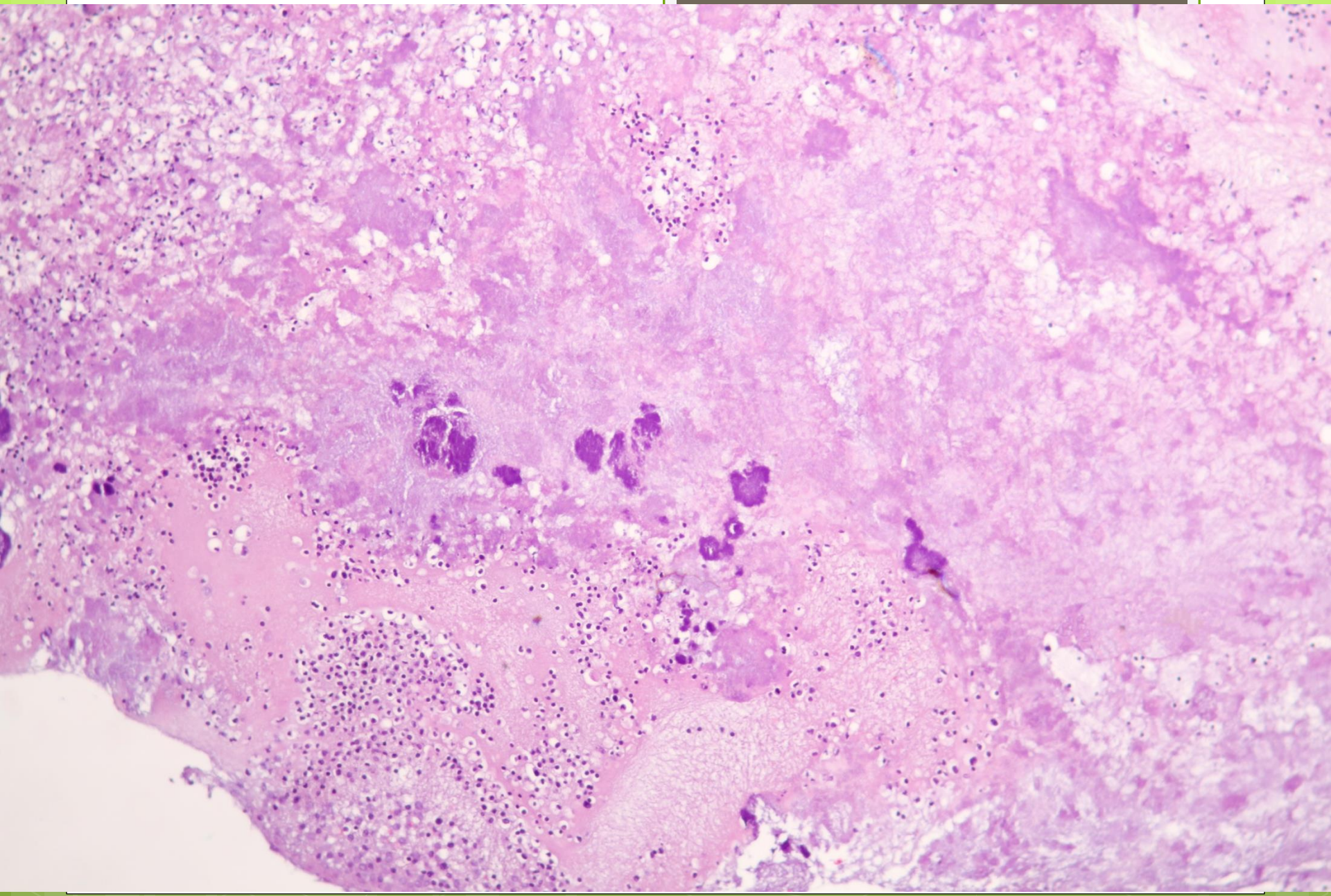
2ª Laparotomía de urgencia

- Resección intestinal segmentaria
- Colocación de drenaje percutáneo









Anatomía patológica

- Reacción xantogranulomatosa y necrotizante focal y panmural con abundantes colonias de actinomyces → perforación y fistulización de la pared abdominal

Tras la segunda Cirugía

- Se instaura tratamiento con Bencilpenicilina
- 6 días después de la 2ª intervención: salida de líquido intestinal por drenaje percutáneo
- Laparotomía exploradora de urgencia: pequeña perforación intestinal a 10 cm del ángulo de Treitz

Tras la 3ª intervención

- Buena evolución inicial
- Completa 2 semanas de penicilina IV → se cambia a amoxicilina oral
- Traslado a hospital de crónicos para convalecencia y rehabilitación
- Múltiples complicaciones: Sd. Confusional, colitis pseudomembranosa, ITU por E. coli BLEE, descompensación de ICC
- Adecuación del esfuerzo terapéutica

Actinomicosis

- Patología poco habitual: 1 caso cada 119.000 – 400.000 habitantes
- Etiología: Bacterias del género Actinomyces (A. israelii el más habitual).
- Bacilo grampositivo, anaerobio o microaerófilo, filamentoso, no esporulado
- Reservorio: microbiota orofaríngea, colónica y vaginal

Actinomicosis

- Enfermedad granulomatosa supurativa
- Subaguda – crónica
- Tendencia a la fistulización y formación de fibrosis
- Diagnóstico:
  - Anatomía patológica
  - Cultivo anaerobio
  - Amplificación de ácidos nucleicos
  - MALDI – TOF
- Tratamiento:
  - Penicilina G 12-24 MU/día o Ceftriaxona IV: 2 - 6 semanas
  - Amoxicilina,penicilina V, macrólidos, clindamicina, minociclina o doxiciclina : 6-12 meses

Discusión

- Patología no exclusiva de inmunodeprimidos, pero en este tipo de pacientes es más habitual, con formas más invasivas y necrotizantes
- Aunque el pronóstico es bueno, es posible que curse con complicaciones derivadas de la infección y de su tratamiento tan prolongado

Conclusiones

- La actinomicosis supone una enfermedad poco habitual con un diagnóstico difícil si no existe una elevada sospecha clínica.
- Se trata de una infección potencialmente grave si no se realiza un diagnóstico y tratamiento tempranos.
- El tratamiento antibiótico se debe mantener durante un periodo prolongado de tiempo.
- Siempre se debe considerar la actinomicosis al realizar un diagnóstico diferencial en un paciente con dolor abdominal, especialmente si se encuentra inmunodeprimido o de si cuenta con alguna lesión gástrica o intestinal predisponente.

MUCHAS GRACIAS

Bibliografía

- *Mensa, J. Soriano, A. López-Suñé, E. Llinares, P. Barberán, J. Poliakova, Y. Actynomices.* 33ª Edición Abril 2023
- Loscalzo J. Fauci A. Kasper D. Hauser S. Longo D. Jameson JL. Actinomicosis. Harrison. Principios de Medicina Interna
- Cruz Choappa R. Vieille Oyarzo P. Diagnóstico histológico de actinomicosis. Asociación Argentina de Microbiología. 2018, 50 (1); 108-100
- Louis-Michel Wong Kee Song, MD, FRCP(C)Norman E Marcon, MD, FRCP(C). *Abdominal actinomycosis. UpToDate. 2023.*
- Itzhak Brook, MD, MSc, Treatment of actinomycosis. UpToDate. 2024