



IMÁGENES

Actinomicosis primaria de la pared abdominal

Juan Alonso Gómez, Isabel Rodríguez Buyo* y Martín Debén Sánchez



Centro de Salud de Culleredo, Acea de Ama, Culleredo, A Coruña, España

Un varón de 49 años acudió a consulta de atención primaria por molestia continua en el cuadrante superior izquierdo abdominal de un mes de evolución. Como antecedente de interés destaca el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con buen control metabólico mediante tratamiento con metformina. No tenía antecedentes de cirugía oral o abdominal previas ni tratamiento con corticoides. No relataba sintomatología general acompañante.

En la exploración abdominal se palpaba una masa de 5 cm de diámetro aproximado, de consistencia dura y bordes mal definidos, localizada sobre el cuadrante superior izquierdo de la pared abdominal anterior, molesta a la palpación sin defensa ni otros hallazgos relevantes en el resto de la exploración física.

La analítica general solicitada no ofreció datos a destacar. Se practicó una ecografía abdominal que demostró una masa mal delimitada localizada en la pared abdominal anterior, con una ecogenidad marcadamente heterogénea sin apenas señal Doppler color en su interior. Tras esto se decidió realizar una TAC abdominal (fig. 1) que evidenció un extenso proceso inflamatorio abscesificado en el seno del músculo recto abdominal y del oblicuo interno.

El material obtenido mediante una punción-aspiración con aguja fina no permitió el diagnóstico anatomopatológico, por lo que se decidió proceder a la intervención quirúrgica.

El diagnóstico se estableció tras la realización de una biopsia del material obtenido en la intervención quirúrgica,

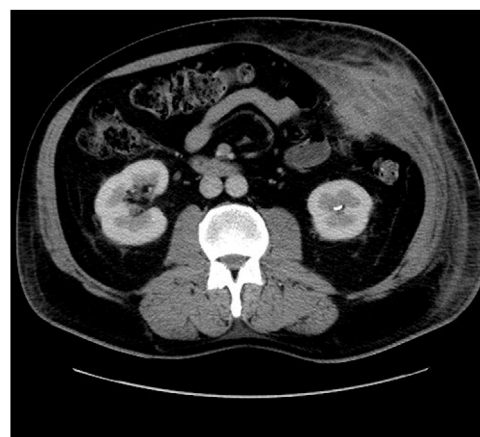


Figura 1 TAC abdominal.

que mostraba estructuras compatibles con Actinomicosis (fig. 2).

Tras procedimiento quirúrgico sin incidencias, se inició tratamiento intravenoso con amoxicilina clavulánico continuando con amoxicilina oral durante 6 meses tras el alta domiciliaria, dada la buena evolución del paciente. El paciente permanecía asintomático y sin evidencia de recidiva del proceso un año después del diagnóstico.

La actinomicosis es una infrecuente enfermedad infecciosa granulomatosa de curso subagudo o crónico. El diagnóstico es difícil y a menudo tardío debido a que el índice de sospecha suele ser bajo¹.

El agente etiológico principal es *Actinomyces israelii*, un bacilo grampositivo no esporulado y ácido-resistente perteneciente a la familia de los Actinomicetes, todos ellos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabel.rodriguez.buyo@sergas.es (I. Rodríguez Buyo).

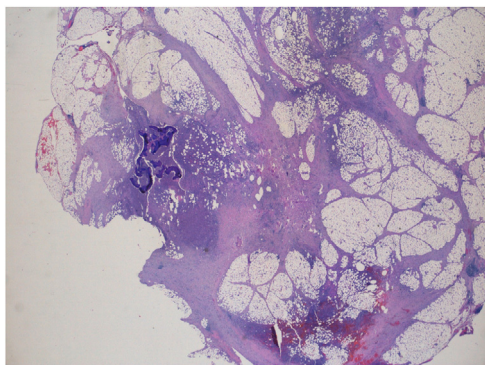


Figura 2 Histopatología Actynomices.

posibles causantes de actinomicosis. Los Actynomices pueden colonizar el tracto respiratorio superior, gastrointestinal y genitourinario en humanos¹.

La localización cervico-facial es la más frecuente (50%), seguidas de la abdominopélvica y la torácica. La abdominopélvica constituye un 20% del total de casos. El Actynomices puede afectar a todas las estructuras del abdomen. Los factores predisponentes son los traumatismos penetrantes, necrosis intestinal, intervenciones quirúrgicas previas, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus o tratamiento con corticoides. La localización pélvica suele ser más frecuente en mujeres en edad fértil portadoras de dispositivo intrauterino durante períodos de tiempo prolongados. La localización primaria en la pared abdominal es muy poco común²⁻⁶.

El diagnóstico preoperatorio es posible en menos del 10% de los casos, dado que la clínica, el laboratorio y la radiología ofrecen datos poco específicos. El estudio serológico

no es útil para el diagnóstico y el cultivo microbiológico es negativo en un amplio porcentaje de casos²⁻⁶.

El diagnóstico se establece habitualmente mediante el estudio histopatológico de la lesión, con la visualización del actinomiceto o la demostración de los clásicos «gránulos de azufre» PAS positivos en el tejido estudiado²⁻⁶.

El diagnóstico diferencial de la actinomicosis abdominal incluye patología neoplásica, amebomas, enfermedad inflamatoria intestinal y patología muscular^{3,6}.

Los pilares del tratamiento son la cirugía y la antibioterapia. El tratamiento antibiótico mediante penicilina G durante las primeras semanas, seguido de penicilina V o amoxicilina oral durante períodos de tiempo prolongados (de 6 a 12 meses) es habitualmente satisfactorio²⁻⁶.

Bibliografía

1. Könönen E, Wade WG. Actinomyces and related organisms in human infections. *Clin Microbiol Rev.* 2015;28:419-42.
2. Karaca B, Tarakci H, Tumer E, Calik S, Sen N, Sivrikoz ON. Primary abdominal wall actinomycosis. *Hernia.* 2015;19:1015-8.
3. Karateke F, Özyazici S, Menekse E, Das K, Özdoğan M. Unusual presentations of actinomycosis: anterior abdominal wall and appendix. Report of three cases. *Balkan Med J.* 2013;30:315-7.
4. Pitot D, de Moor V, Demetter P, Place S, Gelin M, El Nakadi I. Actinomycotic abscess of the anterior abdominal wall: a case report and literature review. *Acta Chir Belg.* 2008;108:471-3.
5. Hefny AF, Joshi S, Saadeldine YA, Fadlalla H, Abu-Zidan FM. Primary anterior abdominal wall actinomycosis. *Singapore Med J.* 2006;47:419-21.
6. Filipovic B, Milinic N, Nikolic G, Randelovic T. Primary actinomycosis of the anterior abdominal wall: case report and review of the literature. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20:517-20.