



P-367 - OBSTRUCCIÓN DE COLON POR ACTINOMICOSIS ABDOMINOPÉLVICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cabañó Muñoz, Daniel; Gámez Córdoba, Esther; Carrasco Campos, Joaquín; González Poveda, Iván; Ruiz López, Manuel; Toval Mata, José; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La actinomicosis es una infección infrecuente de curso subagudo-crónico. Su localización más frecuente es oral o cervicofacial. Suele manifestarse como tumefacción con formación de abscesos, fibrosis hística y fístulas con expulsión de “gránulos de azufre” característicos.

Caso clínico: Mujer de 41 años exportadora de DIU (dispositivo intrauterino) durante 5 años. Ingresa por dolor abdominal, disuria, estreñimiento y fiebre, con historia de alternancia diarrea-estreñimiento durante 3 meses. En colonoscopia se encuentra obstrucción en sigma con mucosa normal. Se decide exploración quirúrgica hallando una pelvis ocupada por una gran masa de aspecto tumoral que engloba epiplón, sigma, anejos y cara posterior uterina. Se toman biopsias y se realiza colostomía en asa. El estudio histopatológico reveló presencia de actinomicos. Tras instauración de penicilina sódica se observa una mejoría paulatina de las algias abdominales. Actualmente se encuentra asintomática, en seguimiento y pendiente de reconstrucción del tránsito intestinal.

Discusión: La actinomicosis abdominal-pélvica puede estar relacionada con una pérdida de integridad del tubo digestivo, situaciones de inmunodepresión y con el empleo prolongado de DIU. La infección suele extenderse lentamente implicando órganos vecinos. Puede confundirse con enfermedad de Crohn o tuberculosis, y especialmente con procesos neoplásicos. En tomografía computarizada se visualiza una masa infiltrativa heterogénea que provoca compresión extrínseca, inflamación, o fistulización hacia otros órganos. Se manifiesta con clínica inespecífica. Hasta el 95% de casos requiere cirugía diagnóstica o terapéutica. La resección permite retirar el tejido necrótico, tratar las fístulas y acortar la duración del tratamiento antimicrobiano. El diagnóstico es microbiológico y anatomopatológico, para lo que es necesario proveer material de las fístulas supurativas. El tratamiento antibiótico (penicilina G de elección) de larga duración permite unas tasas de curación elevadas, siendo infrecuentes las secuelas y la mortalidad. En caso de tratamiento médico exclusivo debe realizarse una reevaluación periódica apoyada con pruebas de imagen.