



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-468 - INFECCIÓN POR *ACTINOMYCES*. NUESTRA EXPERIENCIA

Blanco Terés, Lara; Correa Bonito, Alba; Mora Guzmán, Ismael; Marín Campos, Cristina; Gancedo Quintana, Álvaro; García Sanz, Íñigo; Gómez de Frutos, Sara; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar las infecciones abdominales y de partes blandas por *Actinomyces*, y determinar especie, localización y factores de riesgo más frecuentes; así como, evaluar el tratamiento recibido.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con infección por *Actinomyces* entre 2011 y 2017. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con infección intrabdominal, de pared abdominal, perianal o partes blandas. Se excluyeron infecciones del tracto urogenital, cervicofaciales, torácicas y bacteriemias. Las variables incluidas en el estudio fueron: demográficas, principales factores de riesgo para adquirir la infección (diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, corticoterapia y neoplasia), antecedente de cirugía o manipulación previa, localización de la infección, especie de *Actinomyces* aislada y tratamiento antibiótico recibido. El análisis estadístico de los datos fue realizado con SPSS v. 19.

Resultados: Se localizaron 204 pacientes con infección por *Actinomyces* entre 2011 y 2017, de los cuales se incluyeron en el estudio 59 pacientes. La edad media fue de $61,5 \pm 18,2$ años, con un 54% de mujeres. En cuanto a los factores de riesgo: 22% (n = 13) eran diabéticos, 22% (n = 13) presentaban alguna neoplasia, el 12% (n = 7) estaban en tratamiento con corticoides y el 2% (n = 1) enfermedad renal crónica. La infección de partes blandas fue la localización más frecuente (54%) entre los que destacó la infección perianal (19%) y la mamaria (9%), siendo otras entidades menos frecuentes (onfalitis 3%). La infección intrabdominal se observó en el 46%, destacando los casos de perforación intestinal (12%) y colecistitis (10%). El 17% (n = 10) presentaba manipulación o cirugía previa en el sitio de infección, siendo la más frecuente la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (7%). El *A. odonolyticus* fue la especie más frecuente en nuestra serie (37%), seguida del *A. naeslundii* (10%), *A. neuii* (8%) y *A. meyerii* (5%). Con respecto al tratamiento, la mayoría de los pacientes recibieron amoxicilina-ac. clavulánico (33%). Un 23% recibieron un tratamiento combinado con diferentes antibióticos o antibioterapia de amplio espectro como piperacilina/tazobactám (16%) o ertapenem (12%) en relación al crecimiento de otros microorganismos en las muestras. La duración media del tratamiento fue de 26,4 días. En el 64% de los casos, los pacientes fueron dados de alta tras una buena evolución, antes del aislamiento de la bacteria. Comparando las tasas globales de recidiva entre los pacientes con aislamiento posterior al alta (ciclo corto) y los que recibieron tratamientos prolongados, no encontramos diferencias (18% vs 5%; $p > 0,05$).

Conclusiones: La aparición de nuevos métodos de detección de microorganismos como la espectrometría de masas mediante la técnica MALDI-TOF, ha supuesto un aumento en el número de aislamientos de *Actinomyces*, probablemente identificados previamente como otros géneros. En nuestra serie los ciclos cortos de antibioterapia no suponen un factor de riesgo para recidiva. Destacan varios casos en la mama y vesícula biliar (n = 5 y n = 6 respectivamente), localizaciones muy infrecuentes con pocos casos publicados. Estudios a largo plazo corroborarán el impacto de este aumento en el número de aislamientos y determinarán qué pacientes pueden beneficiarse del tratamiento convencional utilizado hasta ahora y cuáles no, sin suponer mayor riesgo de recidiva.