



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

329/113 - ASTENIA Y ANEMIA, UN CASO DE ACTINOMICOSIS COLÓNICA

A. Asturias Saiz¹, A. Aldama Martín², A. Casal Calvo³, A. González San Emeterio⁴, G. Rijo Nadal¹; R. Taipe Sánchez⁵.

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Cantabria.

²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

⁴Médico Adjunto H, Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años que acude a su médico de Atención Primaria por astenia de un mes de evolución, sobre todo en relación con los esfuerzos físicos. Antecedentes personales: HTA, DL, DM tipo 2, osteopenia, depresión, discopatía L4-L5. Se realiza ECG que resulta normal y se solicita analítica de control, con hallazgo de anemia microcítica e hipocrómica, con VSG de 64mm (cifras previas dentro de la normalidad). La paciente niega consumo de AINEs u otros fármacos gastroerosivos. No náuseas ni vómitos. Niega cambios en el ritmo intestinal, no deposiciones melénicas ni hematoquecia. No datos de sangrado ginecológico ni clínica urinaria. Niega pérdida de peso o anorexia. Se decide remitir a la paciente a consultas de Digestivo para descartar sangrado del tubo digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: EF: Buen estado general, ligera palidez mucocutánea, normoperfundida y normohidratada. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni organomegalias, RHA normales, Blumberg negativo. EEII: no edemas ni signos de TVP. Analítica: Hb 10,9 g/dl, Hto 32,7%, VCM 79,3fL, leucocitos 5.400 μ /l (fórmula normal), urea 37 mg/dl, Cr 0,64 mg/dl, FG 86 ml/min, iones normales, PCR 0,4 mg/dl. Test SOH: positivo. Colonoscopia: Divertículos en sigma. Angiodisplasias colónicas. En ángulo hepático, lesión elevada de aspecto submucoso de 15 mm con centro erosionado y orificio central por el que sale contenido purulento. Gastroscopia: esófago y cardias normales. Fundus, cuerpo e incisura sin patología. En antro en cara anterior y cerca de píloro se visualiza pólipo de 3 mm. Bulbo y segunda porción duodenal sin alteraciones. Anatomía Patológica: mucosa colónica con cambios inflamatorios, tejido de granulación y colonias de actinomicos. TAC abdominopélvico: Engrosamiento de la pared del colon en el ángulo hepático adyacente a la vesícula biliar. Por su proximidad y la presencia de una mínima cuantía de gas intravesicular y en el colédoco, no se descarta la posibilidad de una pequeña fistulización entre vesícula y ángulo hepático del colon.

Juicio clínico: Actinomicosis colónica.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de Crohn. Tuberculosis

abdominal. Neoplasia colon.

Comentario final: La actinomicosis es una entidad crónica poco frecuente, supurativa y granulomatosa, producida por Actinomyces, familia de bacilos grampositivos, anaerobios facultativos o estrictos. La clínica es muy variable y poco específica, imita infecciones subagudas o tumores malignos, cursando como cuadro de dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre intermitente o anemia. Como complicaciones puede ocasionar abscesos o fístulas externas. El diagnóstico es difícil de establecer, ya que las pruebas de laboratorio son inespecíficas (anemia moderada, aumento de VSG y leucocitosis), al igual que las pruebas de imagen que inducen a pensar en un proceso tumoral. Así, el diagnóstico definitivo se basa en la demostración de gránulos de azufre actinomicóticos. El tratamiento se basa en el drenaje o resección quirúrgica junto con antibioterapia prolongada, siendo como en nuestro caso de elección la penicilina G sódica intravenosa durante 6 semanas seguida de penicilina oral durante 12 meses.

Bibliografía

-B García-Zúñiga, MT Jiménez-Pastrana. Abdomen agudo por actinomicosis con afección colónica: reporte de un caso. Cirugía y Cirujanos, 2016; 84(3):240-44.

-M Pujol Molinara, Ll Masferrer Sala, J Piñol Suñé y cols. Actinomicosis abdominal: diagnóstico diferencial de una masa colónica. Cir Esp 2000;68:173-4.