



P-406 - ACTINOMICOSIS ILEOCECAL COMO CAUSA DE MASA ABDOMINAL EN PACIENTE ADULTO

Ubiña Martínez, Juan Alfredo¹; Villar del Moral, Jesús²; Díez Vigil, José Luis³; Lendínez Romero, Inmaculada¹; Gómez Sánchez, Javier¹

¹Hospital Universitario de San Cecilio, Granada; ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ³Hospital General Básico Princesa de España, Jaén.

Resumen

Introducción: La actinomicosis es una enfermedad crónica, supurativa y granulomatosa, producida por bacterias filamentosas, grampositivas y anaerobias. *Actinomyces israelii* es un germen saprofita de la orofaringe, tubo digestivo y aparato genital femenino, que, aprovechando una puerta de entrada en la mucosa (apendicitis, diverticulitis, cuerpo extraño) se extiende por contigüidad formando fístulas, abscesos y fibrosis.

Caso clínico: Paciente de 30 años con antecedentes de anorexia nerviosa que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hipogastrio y fiebre de un día de evolución. A la exploración clínica, presenta un abdomen no distendido, con sensación de masa en hipogastrio-FID y claros signos de irritación peritoneal. Parámetros analíticos con importante elevación de reactantes de fase aguda y alteración de la coagulación ya conocida. Se solicita ecografía abdominal que es informada como masa de densidad heterogénea, de dimensiones globales aproximadas de 4 cm T × 3,1 cm AP, que engloba apéndice vermiforme y ovario derecho, con signos ecográficos sugerentes de cambios inflamatorios flemonosos; todo ello sugerente de apendicitis aguda complicada con plastrón de las características descritas. Se interviene de urgencia mediante laparotomía media infraumbilical, hallando peritonitis generalizada por plastrón inflamatorio que engloba apéndice ileocecal, ciego, íleon terminal y ovario derecho, adherido a parietocólico derecho, asociando absceso en fondo de saco de Douglas. Se tomó muestra para cultivo y se consiguió realizar apendicectomía reglada tras liberación de dicho plastrón. Durante el postoperatorio, la paciente evolucionó favorablemente, persistiendo picos febriles aislados a pesar de antibioterapia de amplio espectro con meropenem y, posteriormente, piperacilina-tazobactam. Tras 5 días, los cultivos intraoperatorios informaron de presencia de *Actinomyces israelii* y *Fusobacterium nucleatum*, sin posibilidad de obtener antibiograma. Como se ha mencionado, la paciente recibió antibioterapia de amplio espectro y fue valorada durante su ingreso en varias ocasiones por el Servicio de Enfermedades Infecciosas. Durante el curso postoperatorio, la paciente mantuvo en todo momento un buen estado general. Se realizaron dos ecografías de control para descartar complicaciones postquirúrgicas debido a la persistencia de la fiebre. Al alta, concluyó la terapia antibiótica de amplio espectro y se pautó según recomendaciones de Infecciosas amoxicilina durante un año, con respectivas revisiones por su parte. A los 45 días tras la cirugía, la paciente fue revisada en consulta, encontrándose asintomática y sin signos de complicaciones tardías. Se informó del resultado de anatomía patológica, que describía

intensa reacción granulomatosa de células gigantes frente a cuerpo extraño (probable apendicolito), realizándose técnicas histoquímicas (Ziehl-Nielsen, PAS...), que descartaban la participación de otros microorganismos.

Discusión: La actinomicosis abdominal afecta fundamentalmente al área cecoapendicular, ya que el germen prefiere las áreas de estancamiento, representando el 65% de los casos. Aunque es una etiología poco frecuente, deberá sin embargo tenerse en cuenta en procesos abdominales insidiosos, con o sin masa abdominal, sobre todo si existen factores de riesgo (mala higiene dental, DIU, proceso abdominal previo, etc.).