



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-537 - ACTINOMICOSIS INTESTINAL EN CONTEXTO DE PLASTRÓN OMENTAL SOBRE CIEGO. CASO CLÍNICO

Guijarro Moreno, Carlos; Gómez López, Juan Ramón; Concejo Cútolí, Pilar; Martínez Moreno, Clara María; Martín Esteban, María Luz; Shirai, Konstantin; Durán Álvarez, Marcela; Martín Del Olmo, Juan Carlos

Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 52 años con diagnóstico de plastrón omental causado por actinomicosis intestinal. Varón de 52 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de aproximadamente 1 mes de evolución, haciéndose más intenso de modo progresivo hasta el momento de consultar. El paciente refiere ausencia de otros síntomas como fiebre, vómitos o diarrea. En la exploración física destaca un efecto masa muy doloroso en FID, con defensa y signos peritoníticos positivos. Se realiza analítica de sangre, destacando mínima neutrofilia con recuento leucocitario total normal, y una leve elevación de PCR (8,32 mg/dL). Ante dichos hallazgos se decide realización de ecografía, siendo completado estudio con TC. En dichas pruebas se objetiva una apendicitis aguda pélvica sin signos de complicación, y una lesión hipercaptante en borde antimesentérico del colon derecho, compatible con apendagitis aguda. Dados los hallazgos se decide intervención quirúrgica: Se realiza laparoscopia exploradora en la que se objetiva apendicitis aguda a nivel pélvico, con cuadro de peritonitis plástica moderada localizada a dicho nivel, con asas intestinales adheridas a apéndice cecal y peritoneo parietal; y plastrón dependiente de omento mayor, con signos de infarto omental, sobre el ciego. Se decide reconversión a laparotomía realizándose apendicectomía y despegamiento muy dificultoso de plastrón sobre ciego, requiriendo abandono de pequeña pastilla omental sobre zona íntimamente adherida. El tejido reseca tenía presencia de cambios inflamatorios e isquémicos, con presencia de exudado purulento. La evolución posoperatoria del paciente se complicó con un cuadro de íleo paralítico autolimitado, siendo dado de alta al duodécimo día posoperatorio. El resultado anatomopatológico fue de: apendicitis aguda flemonosa con peritonitis y periapendicitis aguda; y de plastrón fibroinflamatorio con múltiples abscesos, algunos de ellos conteniendo colonias de *Actinomyces*. El apéndice cecal no presentaba datos compatibles con infección por *Actinomyces*. Ante los resultados anatomopatológicos, se contactó con servicio de Medicina Interna del centro previo al alta del paciente, decidiéndose tratamiento con amoxicilina durante los seis meses posteriores al alta. En el seguimiento posterior no se ha evidenciado nueva aparición de síntomas o hallazgos de recidiva o recurrencia del cuadro.



Discusión: La actinomicosis es un cuadro crónico infrecuente causado por bacterias de la familia *Actinomyces spp*, bacilos anaerobios gram +. Dichos bacilos son comensales que suelen habitar en la cavidad oral y el tracto gastrointestinal, y desarrollan comportamientos patógenos ante lesiones necróticas o presencia de soluciones de continuidad en los tejidos. El germen identificado más frecuente es *Actinomyces israelii*. La actinomicosis abdominal es la segunda infección más frecuente provocada por este microorganismo, tras la actinomicosis cervicofacial. La afectación abdominal suele ser en el apéndice o el íleon distal. El cuadro clínico suele desarrollarse con síntomas inespecíficos, como dolor abdominal inespecífico y la presencia de una masa. Esto hace que se confunda con procesos como la enfermedad de Crohn o cuadros neoplásicos. El diagnóstico definitivo suele ser histopatológico. El tratamiento es médico, con el uso de betalactámicos durante largos períodos de tiempo (hasta 12 meses).