

Actinomicosis hepática primaria

C.J. Castellón Pavón^a, A.M. Foruria Franco^a, M.A. González Núñez^b, S. Morales Artero^a, A. Martínez Sapiña^c y E. del Amo Olea^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

^cServicio de Microbiología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

RESUMEN

La actinomicosis hepática primaria es una infección infrecuente que clínicamente puede confundirse con abscesos piógenos hepáticos o procesos neoproliferativos. Presentamos el caso de un varón de 71 años, con el antecedente de una gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico, que tras 4 años de evolución favorable presentó una lesión ocupante de espacio en el lóbulo hepático derecho. Las pruebas diagnósticas fueron inespecíficas y el diagnóstico se confirmó por el estudio histológico de una biopsia de la lesión obtenida a través de una laparotomía. La respuesta ha sido completa al tratamiento antibiótico prolongado. Se revisan además la etiopatogenia y las opciones diagnósticas y terapéuticas de la actinomicosis hepática.

PRIMARY HEPATIC ACTINOMYCOSIS

Primary hepatic actinomycosis is a rare infection that can clinically be confused with hepatic pyogenous abscesses or neoproliferative processes. We present the case of a 71-year-old man who had previously undergone total gastrectomy for gastric adenocarcinoma. After 4 years of favorable clinical course he presented a space-occupying lesion in the right hepatic lobe. Diagnostic tests were nonspecific and the diagnosis was confirmed by histological study of a biopsy of the lesion obtained through laparotomy. Prolonged antibiotic treatment produced a complete response. The etiopathogenesis and diagnostic-therapeutic options of hepatic actinomycosis are reviewed.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una rara enfermedad supurativa, crónica y progresiva causada por bacilos anaerobios o

microfilos grampositivos del género *Actinomyces*, que se encuentran como saprofitos en la boca, el tubo digestivo y el aparato genital femenino¹. La infección hepática es infrecuente y supone un reto diagnóstico, ya que es difícil de diferenciar de abscesos piógenos y algunos tumores hepáticos. Presentamos un caso de actinomicosis hepática primaria en el que el antecedente de malignidad y los resultados no concluyentes de las pruebas diagnósticas realizadas obligaron a practicar una intervención para alcanzar el diagnóstico definitivo. Revisamos los principales aspectos de su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 71 años hipertenso y diabético no insulino dependiente, intervenido en 1997 por adenocarcinoma de cuerpo gástrico y coleditiásis. Se le practicaron una gastrectomía total con esofagoyeyunostomía en Y de Roux y una colecistectomía. El postoperatorio cursó con una fístula de bajo débito del muñón yeyunal que se resolvió con tratamiento conservador. En este período se realizaron cultivos del exudado de la fístula que fueron positivos para *Escherichia coli* y *Serratia marcescens*. Durante 4 años de seguimiento el paciente estuvo asintomático y afebril, con controles radiológicos y analíticos (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y marcadores tumorales) dentro de la normalidad. En una ecografía abdominal realizada por molestias en el hipocondrio derecho se apreció un área heterogénea y mal delimitada en el lóbulo hepático derecho. El hemograma, la bioquímica y los marcadores tumorales eran normales. En la tomografía computarizada (TC) se confirmó la presencia de una lesión ocupante de espacio de 9 × 7 × 8 cm con captación no homogénea en los segmentos V, VI y VII (fig. 1). Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión y se obtuvieron áreas de fibrosis e inflamación crónica sin infiltrados tumorales. Con la sospecha de malignidad, se decidió intervenir quirúrgicamente para la toma de biopsias y actuación según resultados. Se realizaron inicialmente 2 biopsias percutáneas bajo control laparoscópico, que evidenciaron tejido inflamatorio con fibrosis. Ante la persistencia de la duda diagnóstica se decidió reconversión a través de una laparotomía subcostal derecha. En la ecografía intraoperatoria se apreció que la tumoración producía un desplazamiento de la vena hepática media. Se desestimó la realización de una resección hepática ante la falta de confirmación histológica y se practicó una amplia biopsia en cuña de la lesión.

El estudio histológico mostró una lesión fibroinflamatoria con múltiples microabscesos en relación con la acumulación de microorganismos filamentosos (fig. 2) positivos para Gram y Grocott concordantes con *Actinomyces* y negativos para Zhiel-Neelsen. No se encontraron signos de malignidad.

El paciente recibió tratamiento antibiótico con penicilina G sódica a dosis elevadas (10 × 10⁶ UI/24 h) por vía intravenosa durante 7 días, seguido de amoxicilina-ácido clavulánico (875/125 mg) cada 8 h durante

Correspondencia: Dr. C.J. Castellón Pavón.
Bíoy Casares, 1, esc. 1, 2.º D. 10005 Cáceres. España.
Correo electrónico: ccastellonp@teleline.es

Recibido el 27-4-2004; aceptado para su publicación el 2-6-2004.

12 meses. Tras 24 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático sin alteraciones analíticas y con desaparición de la lesión en la TC de control (fig. 3).

DISCUSIÓN

Actinomyces se considera un germen oportunista y la especie *A. israelii* es la más patógena para el ser humano¹⁻³. Existen 4 formas clásicas de actinomicosis: cervicofacial, torácica, abdominal y pélvica¹. La actinomicosis abdominal supone el 15-25% de los casos y el hígado se ve afectado en el 10-15% de los pacientes con infección abdominal, con un predominio 3:1 para el sexo masculino^{1,2,4,5}. Sin embargo, la actinomicosis hepática aislada es muy rara^{1,2,5-7}. La infección hepática suele suceder por diseminación portal tras un antecedente de disrupción de la mucosa oral o intestinal y, menos frecuentemente, a través de la arteria hepática en las infecciones diseminadas^{1,2}. Con frecuencia no se logra identificar ningún factor predisponente aparente relacionado con el desarrollo de la infección^{1,2,5-7}. Aunque en ocasiones el foco infeccioso es conocido (cirugía gastrointestinal, apendicitis, diverticulitis, perforación de víscera hueca o presencia de cuerpo extraño), es raro considerar la posibilidad de una actinomicosis en el diagnóstico diferencial de una masa hepática dudosa para poder establecer una asociación etiopatogénica.

En una revisión de la bibliografía Miyamoto y Fang⁵ obtuvieron una mortalidad del 11%, con frecuencia debido a un retraso en el diagnóstico o por un tratamiento inadecuado. Aunque se ha descrito algún caso asociado a sepsis y con una evolución fatal muy rápida², la actinomicosis suele ser un proceso crónico e insidioso, con una presentación clínica inespecífica (fiebre, dolor abdominal y anorexia) y ausencia de manifestaciones más características de los abscesos piógenos hepáticos, lo que hace sospechar una lesión neoplásica, especialmente tras un antecedente de malignidad como sucedió en nuestro caso o, menos frecuentemente, un seudotumor inflamatorio^{1,2,6}. Analíticamente puede existir leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de reactantes de fase aguda y elevación de las enzimas hepáticas de colestasis (fosfatasa alcalina y gammaglutamiltranspeptidasa)^{2,5,6}.

Las técnicas de imagen y especialmente la PAAF son de gran ayuda diagnóstica. En la TC la actinomicosis hepática suele manifestarse como lesiones únicas o múltiples, hipointensas, irregulares y típicamente multiloculadas con tabiques fibrosos con aspecto de panal de abejas^{8,9}. La resonancia magnética suele mostrar lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, con un refuerzo periférico tras la administración de gadolinio¹⁰. Sin embargo, los resultados obtenidos con la TC y resonancia magnética son poco específicos, por lo que con frecuencia el paciente es intervenido sin un diagnóstico preoperatorio claro y con la sospecha de absceso piógeno o de malignidad⁵⁻⁷. En nuestro caso las técnicas diagnósticas pre e intraoperatorias fueron inespecíficas. La necesidad de una resección hepática mayor por la afectación ecográfica de la vena hepática media y la falta de

Fig. 1. Tomografía computarizada con contraste, donde se aprecia una masa hepática de captación heterogénea en los segmentos VI y VII.

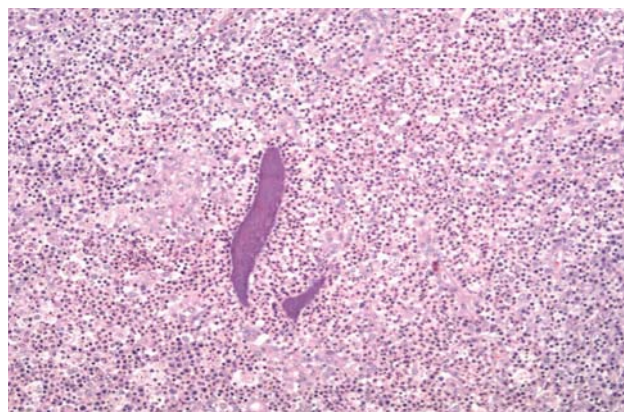


Fig. 2. Actinomicosis hepática. Masa densa de microorganismos en el centro del absceso. (Hematoxilina-eosina, 100).



Fig. 3. Tomografía computarizada con contraste, donde se observa la desaparición radiológica de la masa hepática tras tratamiento antibiótico prolongado.

confirmación histológica nos llevaron a esperar el resultado definitivo del estudio histológico de una biopsia en cuña de la lesión.

El diagnóstico definitivo requiere la visualización microscópica típica de los «gránulos de azufre» (microcolonias de *Actinomyces*) o el crecimiento del microorganismo en medios de cultivo anaerobios del material obtenido por PAAF, biopsia o pieza de exéresis¹. El diagnóstico microbiológico es difícil de realizar debido a su crecimiento lento y a la frecuente asociación con otros microorganismos que pueden interferir en su aislamiento¹.

Ante la confirmación de una infección por *Actinomyces*, su erradicación es difícil debido a la dificultad de acceso del antibiótico por el tejido de granulación que rodea la lesión. Por ello se recomienda la administración de penicilina por vía parenteral a dosis elevadas, seguida de un ciclo prolongado por vía oral para evitar recidivas^{1,4}. Las tetraciclinas y la eritromicina también son opciones válidas^{1,2}. La dosis recomendada de penicilina intravenosa es de 10-20 millones de U/día durante 2-6 semanas^{4,7}. No existe consenso sobre la duración del tratamiento oral, que dependerá fundamentalmente de la intensidad y extensión de la infección, aunque la pauta más aceptada es de 6-12 meses¹. En nuestro caso la respuesta fue favorable con un ciclo por vía intravenosa más corto y una administración prolongada por vía oral. Debe asegurarse el cumplimiento del tratamiento y realizarse un seguimiento estrecho de los pacientes con actinomicosis hepática por el riesgo de recidiva.

Aunque clásicamente el tratamiento de la actinomicosis hepática ha sido la resección hepática, en la actualidad ésta debe reservarse para los pacientes que presentan resistencia al tratamiento médico o un diagnóstico dudoso². En estos últimos casos el estudio histológico de las biopsias obtenidas por vía laparoscópica podría permitir la confirmación diagnóstica y evitar una actuación más agresiva.

En conclusión, la actinomicosis hepática primaria es una infección infrecuente, de difícil diagnóstico preoperatorio

y con una respuesta muy favorable al tratamiento antibiótico. Por ello, y para evitar una hepatectomía innecesaria, debe considerarse inicialmente una laparoscopia o laparotomía (en lesiones localizadas en segmentos hepáticos derechos posteriores) con fines diagnósticos, con toma de biopsias en pacientes con una masa hepática asociada a fiebre, radiológicamente dudosa, de origen incierto y con una PAAF no concluyente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Betriu C, Picazo J. Actinomicosis. Med Clin (Barc) 1999; 113:422-7.
2. Ramírez CP, Vázquez P, Santoyo J, Suárez MA, Pérez FJ, Cabello AJ, et al. Actinomicosis hepática primaria. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Cir Esp 2000;67:396-9.
3. Bhatt BD, Zuckerman MJ, Ho H, Pollo SM. Multiple actinomycotic abscesses of the liver. Am J Gastroenterol 1990;85:309-10.
4. Gil F, Revuelta C, Plaza M, Morales-García D, Sánchez FJ, Seco JL, et al. Actinomicosis abdominal: revisión de tres casos. Cir Esp 2002;71:210-2.
5. Miyamoto MI, Fang FC. Pyogenic liver abscess involving *Actinomyces*: case report and review. Clin Infect Dis 1993;16:303-9.
6. Sugano S, Matuda T, Makino H, Iinuma M, Ishii K, Ohe K, et al. Hepatic actinomicosis: case report and review of the literature in Japan. J Gastroenterol 1997;32:672-6.
7. Kacem C, Puisieux F, Kammoun A, Morched Abdesselam M, Zaouche A. Actinomycose abdominale. Ann Med Interne 2000; 151:243-7.
8. Roesler PJ, Wills JS. Hepatic actinomycosis: CT features. JCAT 1986;10:335-7.
9. Meade TH III. Primary hepatic actinomycosis. Gastroenterology 1980;78:355-9.
10. Nazarian LN, Spencer JA, Mitchell DG. Multiple actinomycotic liver abscesses: MRI appearances with etiology suggested by abdominal radiography. Case report. Clin Imaging 1994; 18:119-22.