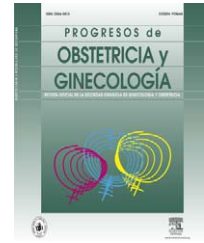


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Actinomicosis pélvica en una paciente sin relaciones sexuales previas

Eva María Vicedo Madrazo ^{a,*}, Maria Luisa Monje Beltrán ^a, Montserrat Llobet Roma ^b, Anabel Martín-Urda Diez-Canseco ^c y José Manuel Marqueta Sánchez ^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Palamós, Palamós, Girona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Palamós, Palamós, Girona, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital de Palamós, Palamós, Girona, España

Recibido el 6 de agosto de 2008; aceptado el 30 de octubre de 2008

Accesible en línea el 22 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Actinomicosis pélvica;
Dolor abdominal o
pélvico;
Masa abdominal o
pélvica

KEYWORDS

Pelvic actinomycosis;
Abdominal or pelvic
pain;
Abdominal or pelvic
mass

Resumen La presencia de una masa abdominal puede ser motivo de consulta de una paciente o un hallazgo casual durante la exploración física de la misma. Ante dicho diagnóstico se deben practicar pruebas complementarias que nos permitan realizar el diagnóstico diferencial de la masa estableciendo si el origen es o no ginecológico y si es una patología aguda o crónica, benigna o maligna.

La actinomicosis pélvica es una rara causa de este cuadro y habitualmente se asocia al uso de dispositivo intrauterino (DIU).

Presentamos un caso de dolor abdominal crónico con lesiones quísticas en ovario en una paciente de 20 años sin relaciones sexuales previas.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pelvic actinomycosis in a patient with no previous sexual relationships

Abstract The presence of an abdominal mass may be symptomatic or it could be found in a routine physical examination. Before this is diagnosed some further tests should be done for the differential diagnosis of the mass, whether it is of gynaecological origin and if the pathology is benign or malignant. The mass may be accompanied by acute or chronic pain. Pelvic actinomycosis is a rare cause of such signs and it is usually associated with the use of an intrauterine device. Here we present a case of chronic abdominal pain with cyst of ovary in a 20-year-old patient without previous sexual activity.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emvicedo@hosppal.es (E.M. Vicedo Madrazo).

Caso clínico

Paciente de 20 años remitida para valoración de dolor abdominal e imágenes ecográficas intraabdominales quísticas sugestivas de patología ginecológica.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. 3 episodios de neumonía en la infancia.

Angioma con pequeña fosa lumbar: espina bífida incipiente, diagnosticado a los 2 años. Ortodoncia a los 17 años. No intervenciones.

Menarquía 13 años. Fórmula menstrual: 4/28-30. No relaciones sexuales.

Cuadro de dolor abdominal a nivel de hemiabdomen izquierdo de 2 años de evolución aproximadamente acompañado de febrícula. Visitada en urgencias en 2 ocasiones por dicha sintomatología sin encontrar causa aparente. Ante la persistencia de la sintomatología y fiebre es valorada por el médico de cabecera que la remite para ecografía abdominal. Desde radiología es derivada a nuestro servicio ante los hallazgos ecográficos encontrados.

Exploración: buenas condiciones generales. Abdomen blando, depresible, algo distendido, dolor difuso en hemiabdomen inferior. Masa a nivel de hipogastrio lateralizada a la izquierda. Tacto vaginal no valorable, tacto rectal normal.

Ecografía ginecológica: útero de tamaño y morfología normal, ovario derecho de 39×31 mm de aspecto multiquístico. Gran tumoración que llega hasta ombligo de $159 \times 91 \times 80$ mm multitabicada con tabiques de grosor variable, alguna área más densa sin papilas ni excrecencias ni aumento de vascularización. No líquido libre.

Análítica: hemoglobina 10,7, hematocrito 32,10%, 16900 leucocitos (83,4% neutrófilos), 380000 plaquetas. CEA: 0,88 ng/ml, CA 19,9: 6,9 U/ml, CA 125: 32,9 U/ml. HCG negativa. Tasa de protombina 101%.

Se programa para intervención quirúrgica con la sospecha diagnóstica de quiste de ovario complejo.

Descripción quirúrgica: se realiza laparotomía exploradora identificándose pelvis congelada con dificultad para identificar estructuras. Formación quística de aproximadamente 18 cm sólido-quística de origen anexial izquierdo adherida a cara posterior de útero, recto-sigma y epiploon. Salida de material aspecto purulento que se envía para cultivo. Se realiza liberación de adherencias, anexectomía izquierda y salpinguectomía derecha.

Posoperatorio con febrícula leve inicial y anemia severa, siendo dada de alta al 6° día sin particularidades.

Al 10° día posoperatorio acude a urgencias por fiebre y dolor en fosa iliaca derecha. Exploración física y ginecológica normal, analítica con discreta leucocitosis, ecografía ginecológica normal. Es dada de alta recibiendo tratamiento con clindamicina vía oral.

Al 12° día posoperatorio ingresa por persistencia del dolor abdominal y fiebre. Se dispone de resultado de anatomía patológica: ovario izquierdo con marcada reacción xantogranulomatosa y reacción gigante celular de tipo cuerpo extraño con áreas de abscesificación y marcado infiltrado inflamatorio agudo y crónico y abundantes células plasmáticas. Trompa izquierda con inflamación severa aguda y crónica con áreas de abscesificación, reacción xantogranulomatosa, marcada atipia epitelial de posible origen reactivo y presencia de colonias de gérmenes filamentosos en la luz, sugestivas de

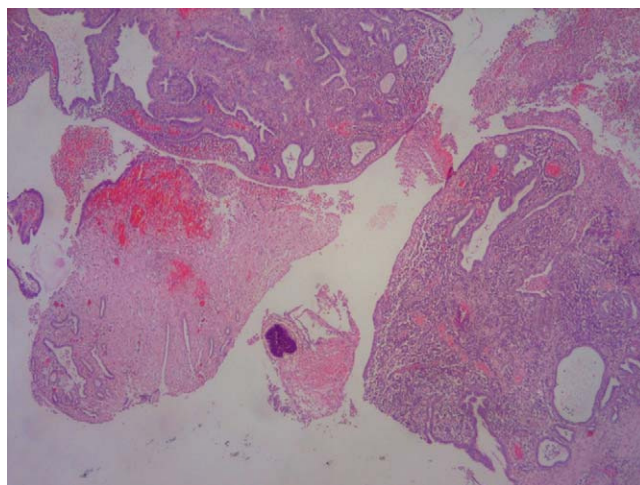


Figura 1 Se identifica parte de la mucosa de la trompa con marcados cambios reactivos. Presencia a nivel de la luz de colonias de gérmenes tipo actinomices (preparación con hematoxilina-eosina).

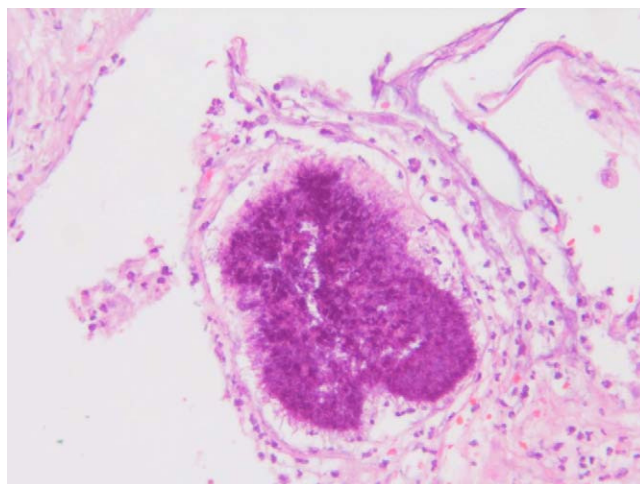


Figura 2 Colonias de gérmenes (preparación con hematoxilina-eosina).

colonias de actinomices. Cultivo del quiste positivo para *E. Coli* (figs. 1 y 2).

Al ingreso exploración ginecológica dentro de la normalidad y ecografía con imagen de quiste hemorrágico a nivel de ovario derecho. Tomografía axial computerizada (TAC): colección parauterina derecha de 6×5 cm que en el contexto de un posoperatorio sugiere pueda tratarse de un seroma o absceso (control posterior 4×5 cm).

Se ingresa con el diagnóstico de actinomices pélvica recibiendo tratamiento antibiótico de penicilina G sódica 2.000.000/4 h endovenosa y gentamicina 240 mg/24 h (5 días). Se realiza estudio complementario para descartar proceso granulomatoso (TBC) que resulta negativo. Ortopan-tomografía sin evidencia de foco de periodontitis.

Durante su estancia hospitalaria presenta buena evolución clínica y analítica siendo dada de alta con antibiótico de forma domiciliaria, después de 20 días de hospitalización, hasta completar 6 semanas de tratamiento. Reingresa

posteriormente con cuadro de cistitis hemorrágica probablemente secundaria a reacción de hipersensibilidad a la penicilina G sódica. Se cambia el tratamiento a doxiciclina 100 mg/24 h y es dada de alta con buena evolución clínica y analítica. Se mantiene el tratamiento antibiótico durante 3 meses hasta objetivar en TAC y ecografía ginecológica de control la ausencia de patología.

Discusión

La actinomicosis es una infección bacteriana crónica, generalmente localizada, que muestra notable tendencia a formar abscesos con fistulas cutáneas por las que mana pus con gránulos amarillentos. En general evoluciona lentamente y se extiende sin respetar las barreras anatómicas.

Los agentes causales son bacterias gram positivas, inmóviles, anaerobias o microaerófilas, de crecimiento lento y no esporuladas. El patógeno más común es *A. Israelii* que habitualmente se encuentra formando parte de la flora de la boca, garganta y tracto intestinal. Desde aquí puede invadir tejidos contiguos cuando por traumatismo o por enfermedad subyacente se rompe la continuidad de la mucosa. La falta de higiene dentaria, la existencia de periodontitis o de factores que disminuyan el potencial de oxidorreducción tisular, como la isquemia y la infección polimicrobiana simultánea, favorecen la infección.

Con frecuencia la infección actinomicótica es polimicrobiana (a nivel abdominal son frecuentes las infecciones concomitantes con enterobacterias y bacteroides spp).

La lesión histológica está constituida por varios abscesos comunicados entre sí por fistulas y rodeados de tejido de granulación y abundante fibrosis. En la infección crónica el germen segrega un polisacárido a modo de "cemento" que une los filamentos microbianos y forma gránulos amarillos de 1-2 mm de diámetro denominados "gránulos de azufre"¹.

Según la vía de invasión cabe considerar varias formas clínicas de actinomicosis: cervicofacial (60%), abdominal (25%), torácica (15%) y porcentajes menores: pelvis, cerebro, hígado y riñón^{1,2}. La actinomicosis pélvica puede ocurrir como consecuencia de una patología intraabdominal a nivel apendicular o rectal. Es infrecuente y habitualmente se produce como consecuencia de infección ascendente a través

del útero, en general asociada a uso de dispositivo intrauterino (incluso tras la retirada del mismo) y en menor medida a prolapso uterino o aborto séptico²⁻⁵.

La presentación es larvada, con fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, sangrado genital o leucorrea. El síntoma más temprano en los casos en que se asocia al uso de DIU puede ser una endometritis. Se trata de una rara causa de dolor pélvico crónico que puede manifestarse como tumorción abdominal, tumor ovárico, absceso, obstrucción intestinal, etc^{4,6}.

El diagnóstico preoperatorio es difícil y desafortunadamente se retrasa con frecuencia manifestándose entonces como "pelvis congelada". La actinomicosis pélvica puede afectar uréter y vejiga con riesgo de hidroureter e hidronefrosis. También es habitual la afectación rectal. Ocasionalmente los ovarios y trompas de Falopio están libres de enfermedad, quedando solo afectados los órganos contiguos. Si el paciente presenta síntomas de infección, el diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo con antibióticos puede prevenir futuras complicaciones^{5,7}.

Bibliografía

1. Farreras Rozman. Medicina Interna, 13ª ed. Madrid: Elsevier. 2004; p. 2355.
2. Colón-Candelaria MM, Duharte-Vidaurre L, Sanchez-Sergentón G, Gonzalez Claudio G, Saavedra S. An unusual presentation of actinomycosis in a young woman, after surgery. *Bol Asoc Med P R*. 2005;97:209-13.
3. Urbina S, Ruiz H, Parejas S. Pelvic actinomycosis infection: report of two cases occurred in the Hospital of San José. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006;69020.
4. Mnif H, Krichen Makni S, Khabir A, Samet Fakhfakh I, Trabelsi K, Charfi S, et al. Pelvic actinomycosis: two cases. *Rev Med Interne*. 2006;27:946-9.
5. Dunn TS, Cothren C, Klein L, Krammer T. Pelvic actinomycosis: a case report. *J Reprod Med*. 2006;51:435-7.
6. Sehouli J, Stupin JH, Schlieper U, Kuemmel S, Henrich W, Denkert C, et al. Actinomycotic inflammatory disease and misdiagnosis of ovarian cancer. A case report. *Anticancer Res*. 2006;26:1727-31.
7. Mandell, Bennett and Dolin. Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. Elsevier, 2005.