

## Casos Clínicos

# Actinomicosis pelviana: caso clínico

Paulina Daniels S.<sup>1</sup>, Eduardo Correa A.<sup>2</sup>, Cecilia Goity F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, <sup>2</sup> Médico cirujano. Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### RESUMEN

La actinomicosis pelviana es una enfermedad granulomatosa crónica muy infrecuente, causada por un bacilo Gram positivo, y que clínicamente suele confundirse con neoplasias pelvianas. Se presenta un caso clínico en que sospeché la infección en forma temprana, logrando resultados exitosos con tratamiento médico.

**PALABRAS CLAVE:** *Actinomyces, enfermedad granulomatosa, neoplasias pelvianas*

### SUMMARY

Pelvic actinomycosis is a chronic granulomatous disease quite uncommon; it is caused by positive Gram bacilli, and clinically it may appear as a pelvic neoplasia. We present a case report in which the infection was pursued actively, achieving excellent results with medical treatment.

**KEY WORDS:** *Actinomyces, granulomatous disease, pelvic neoplasias*

### INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica causada por las bacterias del género *actinomyces*, bacilos Gram positivos anaeróbicos no esporulados, no ácido-alcohol resistentes que forman parte de la flora comensal de la boca, de la faringe y, según algunos autores, de la vagina (1,2). Existen al menos 6 especies que pueden afectar al ser humano, siendo el *actinomyces israelii* el más común (3).

Las infecciones por *actinomyces* tienden a formar abscesos granulomatosos supurativos de tamaño variable, llegando los más extensos a simular neoplasias. Estos abscesos son polimicrobianos, con al menos 2 a 4 tipos de organismos anaerobios distintos que característicamente se asocian a la presencia de "gránulos de azufre", aunque éstos no son específicos del *actinomyces* (3).

La actinomicosis se presenta de variadas formas, principalmente cérvico-facial (60%) y tóraco-abdominal (35%), correspondiendo sólo el 5% a otras ubicaciones (2,4). La actinomicosis pelviana es una enfermedad rara cuya prevalencia es difícil de estimar. Esto, por ser un patógeno comensal cuya co-infección es frecuente de encontrar en distintos estados inflamatorios, además de ser difícil de identificar y existir escasa evidencia reportada sobre su incidencia (2).

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de actinomicosis pelviana diagnosticado y tratado por el equipo de Ginecología del Hospital Parroquial de San Bernardo, Chile.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años, menopáusica hace 4 años, sin terapia de reemplazo hormonal y portadora de

un dispositivo intrauterino (DIU) tipo Lippes hace 27 años. Fue derivada al policlínico de ginecología del Centro de Salud de la Universidad de los Andes, en San Bernardo, por el hallazgo de un proceso infiltrativo pelviano en una pielografía reciente, realizado a raíz de un episodio de pielonefritis aguda. Dentro de la anamnesis dirigida, destacaba una baja de peso de 10 kg los últimos meses. Al examen físico destacaba palidez de piel y mucosas, y un abdomen blando con masa palpable de aproximadamente 10 cm, que ocupaba la fosa iliaca y flanco derecho, de consistencia dura, poco móvil y no sensible. En la especuloscopia se observó un cuello uterino sano, con ambas guías del DIU visibles. Al tacto vaginal destacaba induración parametrial bilateral mayor a derecha; la región anaxial derecha estaba ocupada por una masa dura, fija poco sensible, y que alcanzaba el nivel infraumbilical; anexo izquierdo no palpable.

Con los hallazgos anteriores se hospitalizó en el servicio de Ginecología con los diagnósticos presuntivos de actinomicosis pelviana vs neoplasia de colon u ovario. En los exámenes de ingreso destacaba la presencia de anemia (hemoglobina 7,2 g/dL), leucocitosis (glóbulos blancos de 28.800/mm<sup>3</sup>), PCR 257 (rango normal 0-10 mg/dL), creatinina 0,6 mg/dL, nitrógeno ureico 21 mg/dL y albúmina 2,5 g/dL.

La ecografía transvaginal mostró un útero en posición indiferente de 63 x 42 x 53 mm, endometrio ocupado por DIU tipo Lippes ubicado a 12 mm del fondo uterino, ovario izquierdo de 19 x 18 mm de aspecto conservado. En la región anaxial derecha se observó una imagen heterogénea de bordes poco nítidos, de predominio sólido con algunas áreas quísticas de 97 x 75 mm, con vascularización aumentada al doppler.

Se realizó un TAC de abdomen y pelvis que informó un aumento difuso de la densidad de los planos anatómicos con características de proceso inflamatorio, con pequeñas calcificaciones, ubicado a nivel del fondo de saco rectovaginal derecho compatible con un proceso inflamatorio pelviano por actinomyces, y la presencia de hidroureteronefrosis derecha (Figura 1).

La paciente se manejó con penicilina endovenosa en altas dosis por 15 días, con posterior retiro del dispositivo. Se colocó un pigtail ureteral derecho y se anticoaguló debido a trombosis de arteria femoral y de venas gemelares de la pierna derecha. Dada de alta a los 27 días en buenas condiciones generales, con franca disminución del tamaño de la masa pelviana y con amoxicilina vía oral además de tratamiento anticoagulante oral con seguimiento ambulatorio hasta la resolución de su patología.

## DISCUSIÓN

La incidencia de la actinomicosis pelviana no está bien definida, dada la poca frecuencia con que



Figura 1. TAC de abdomen y pelvis donde se observa proceso infiltrativo anaxial derecho e hidroureteronefrosis derecha.

se presenta. Un estudio cubano realizado entre 1996 y 2002 mostró que el diagnóstico anatómopatológico de actinomicosis pelviana correspondió al 0,7% de las biopsias de útero y al 5,6% de las biopsias de anexos uterinos (4).

En condiciones normales el actinomyces no atraviesa las mucosas, pero cuando existe un daño mecánico y una baja tensión de oxígeno tisular, la infección puede ocurrir (5). Debido a que comúnmente el actinomyces coloniza el ciego y apéndice, se ha postulado que la actinomicosis pelviana deriva de ellos, por ejemplo posterior a una apendicetomía o perforación intestinal. Sin embargo, en 1895 se reportó un caso de actinomicosis pelviana en una paciente con un cuerpo extraño metálico encontrado en el útero, siendo el primer antecedente que sugiere un posible origen ascendente de la infección y además asociada a un cuerpo extraño, como ocurre en infecciones por actinomicosis en otras ubicaciones (3,5). Desde entonces se han publicado reportes de actinomicosis pelvianas en mujeres usuarias de DIU, variando clínicamente desde endometritis hasta procesos inflamatorios pelvianos y abscesos abdominales (3,5). Un estudio publicado en 1999 identificó la presencia de actinomyces en el 7,5% de mujeres usuarias de DIU (6), sin que esto se asociara a enfermedad, mientras que en una investigación que incluyó 33 casos de actinomicosis pelviana se observó que el 70% de las mujeres afectadas eran usuarias de DIU (7). Se ha

establecido que existe cuatro veces más riesgo de padecer un proceso inflamatorio pelviano en mujeres usuarias de DIU, especialmente con más de 2 años de uso del dispositivo (4). Esto coincide con el caso clínico presentado, en que la paciente era usuaria de larga data de DIU tipo Lippes.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad son dolor abdominal (63-85%), baja de peso (44%) y descarga vaginal de mal olor (22-24%) (5,7). El examen físico es inespecífico, siendo habitual la presencia de dolor abdominal a la palpación y descarga vaginal, encontrándose frecuentemente una masa pelviana (85%) o drenaje cutáneo por formación de un trayecto fistuloso (5,7).

El estándar dorado para la identificación del actinomyces es el cultivo, pero no se practica de rutina (3). Sólo en el 17% de los casos el diagnóstico es preoperatorio. En general, éste se realiza en el examen histológico de la aspiración del absceso o en la biopsia (8). La citología también permite la identificación de la bacteria, aunque la sensibilidad del PAP es muy baja, dado que sólo la mitad de las mujeres estudiadas con abscesos actinomicóticos tenían PAP positivo para actinomyces. Además, existen falsos positivos en presencia de *Cándida*, *Aspergillus* y *Nocardia*, entre otros agentes (3). En nuestro caso se logró identificar la presencia de gránulos de azufre en el frotis del DIU de la paciente, aunque no se realizó cultivo.

En lo que a tratamiento médico respecta, un estudio de sensibilidad antibiótica realizado en 2005 concluyó que el actinomyces es susceptible a una amplia gama de betalactámicos, siendo todas las cepas sensibles a penicilina y amoxicilina (9). El tratamiento antibiótico convencional consiste en penicilina endovenosa en altas dosis (20 millones UI de Penicilina G al día por 4 a 6 semanas), seguido por 4 gramos de Penicilina V vía oral al día por un total de 6 a 12 meses. Sin embargo, se han publicado casos de resolución exitosa con tratamiento antibiótico por 6 semanas (8,10).

Dada la buena respuesta a la penicilina, un trabajo publicado en 1996 recomienda como tratamiento primario el uso de este antibiótico en altas dosis, como se indicó anteriormente, limitando la cirugía para la resolución de obstrucciones y drenaje de grandes abscesos (5). Nuestra paciente, en concordancia con lo expuesto, tuvo excelente respuesta al tratamiento antibiótico prolongado.

Actualmente se postula que el actinomyces sería parte de la flora que coloniza la vagina y que bajo ciertas condiciones atravesaría la mucosa (2,5). Esto cobra sentido al observar que si bien la prevalencia de PAP positivo para la bacteria es de un 7% en promedio, la formación de abscesos actinomicóticos es mucho menor, por lo que éste presenta un elevado número de falsos positivos y, por lo tanto, un bajo valor predictivo positivo (3). Asimismo, la evidencia sugiere que la detección de

actinomyces en el tracto genital inferior mediante cualquier método de laboratorio, no es diagnóstico de enfermedad, ni conlleva mayor riesgo de desarrollarla, incluso en usuarias de DIU. Por lo tanto, un cultivo positivo en una paciente usuaria de DIU no requeriría necesariamente el retiro de éste y, en ausencia de infección, los antibióticos no estarían indicados (2).

## CONCLUSIÓN

A pesar de ser una enfermedad infrecuente, es recomendable tener presente la existencia de la actinomicosis pelviana como diagnóstico diferencial de procesos infiltrativos sugerentes de neoplasias pelvianas, ya que de ser efectiva cambia el manejo inicial y mejora el pronóstico, dada la buena respuesta del actinomyces al tratamiento antibiótico. El caso reportado muestra una sospecha adecuada, lo que permitió evitar la cirugía e iniciar un tratamiento médico adecuado precozmente con buenos resultados.

## REFERENCIAS

1. Kalaichelvan V, Maw AA, Singh K. Actinomyces in cervical smears of women using the intrauterine device in Singapore. *Contraception* 2006;73:352-5
2. Lippes J. Pelvic actinomyces: a review and preliminary look at prevalence. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:265-9.
3. Westhoff C. IUDs and colonization or infection with Actinomyces. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S48-50.
4. Suárez M, Estrada E, Espada E. Prevalencia de actinomicosis uterina y anexos en el período 1996-2002, provincia de Ciego de Ávila, Cuba. *Boletín Micológico* 2004;19:19-21.
5. Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and actinomyces detection on cervical smear. *Obstet Gynecol* 1996;87:142-9.
6. Locutura J, Lorenzo J, Miján A. Abdominopelvic actinomyces in an intrauterine device carrier: treatment with ceftriaxone. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:46-7.
7. Marella VK, Hakimian O, Wise GJ, Silver DA. Pelvic actinomyces: urologic perspective. *Int Braz J Urol* 2004;30:367-76.
8. Trutnovsky G, Tamussino K, Reich O. Short-term antibiotic treatment of pelvic actinomyces. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101:203-4.
9. Smith AJ, Hall V, Thakker B, Gemmell CG. Antimicrobial susceptibility testing of Actinomyces species with 12 antimicrobial agents. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:407-9.
10. Nasu K, Matsumoto H, Yoshimatsu J, Miyakawa I. Ureteral and sigmoid obstruction caused by pelvic actinomyces in an intrauterine contraceptive device user. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54:228-31.