

## ● REPORTE DE CASOS

### **Actinomicosis abdominal relacionada a dispositivo intrauterino**

### **Abdominal actinomycosis associated with an intrauterine device**

**Autores:** Juan José Bogado Colmán<sup>1</sup>, Carmen Raquel Montiel<sup>2</sup>, Alfonso Peralta Parra<sup>1</sup>

Artículo recibido: 20 enero 2016

Artículo aceptado: 25 julio 2016

#### **Resumen**

Se presentan dos casos de actinomicosis abdominal relacionada a dispositivo intrauterino de 12 y 13 años de uso, sin seguimiento ginecológico, que se presentaron como abdomen agudo quirúrgico no sospechándose el origen bacteriológico en primera instancia.

**Palabras claves:** Actinomyces, absceso abdominal, dispositivos intrauterinos

#### **Abstract**

These are two cases of abdominal actinomycosis associated to intrauterine devices that were used for 12 and 13 years respectively, without gynecological follow-up. The two cases presented as surgical acute abdomen without suspicion of the bacteriological origin at the beginning.

**Keywords:** Actinomyces, abdominal abscess, intrauterine device

**Introducción:** la actinomicosis es una afección crónica supurativa producida por el género *Actinomyces*, germen oportunista Gram positivo, anaerobio, no esporulado, habitante normal de las mucosas, ocasionando la formación de abscesos, fístulas o masas tumorales. Tiene tres grandes presentaciones clínicas: cervicofacial, torácica y abdominopélvica. Se presentan dos casos de actinomicosis abdominal en pacientes con dispositivo intrauterino (DIU) de larga data<sup>1,2</sup>.

**Caso 1:** mujer de 46 años, portadora de poliomielitis secular desde los 18 meses de vida, portadora de diabetes mellitus tipo 2 desde 2014, litiasis renal coraliforme bilateral, miomatosis uterina, quiste de ovario izquierdo y anemia crónica. Portó DIU por 12 años sin recambio<sup>6</sup>. En seguimiento ambulatorio en contexto de prequirúrgico de cirugía urológica, se detecta infección urinaria a repetición y mal control metabólico.

<sup>1</sup> Residente de Medicina Interna. Primera Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. San Lorenzo, Paraguay

<sup>2</sup> Jefa de Sala. Primera Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. San Lorenzo, Paraguay

#### **Autor correspondiente:**

Dr. Juan José Bogado Colmán

Dirección: Soldado Paraguayo 1229 casi Tte Insaurrealde

Teléfono: +(595) 981 509622

Correo electrónico: jjbc85@gmail.com

Internada en Servicio de Urgencias del 7 al 11/10/15 por cuadro de abdomen agudo quirúrgico, se tiene como hallazgo intraoperatorio la presencia de dos tumoraciones (pared y cavidad abdominal). El estudio bacteriológico de biopsia de pieza operatoria informa presencia de *Actinomyces sp.* Al examen físico se constata salida de secreción purulenta por herida operatoria (fístula), la cual resulta positiva para *E. coli* BLEE en cultivo. Se inicia antibioticoterapia con ampicilina dirigida al *Actinomyces sp.* y meropenem dirigido a *E. coli* BLEE y *S. epidermidis*. Se constata disminución de tamaño tumoral y resolución de trayectos fistulosos y colecciones mediante controles ecográficos seriados realizados durante la internación. Dada de alta con tratamiento ambulatorio con ampicilina en plan de completar 6 meses<sup>3,4</sup>.

**Caso 2:** mujer de 44 años, portadora de DIU hace 13 años<sup>6</sup>, se presentó con cuadro de 48 hs de abdomen agudo quirúrgico. En laparotomía exploradora se constató peritonitis<sup>7,8</sup> con tumor abscedado anexial derecho, practicándose salpingooforectomía, tras lo cual presentó sangrado importante con inestabilidad hemodinámica y posterior paso a Servicio de terapia intensiva. Trasladada luego a sala se sospechó fístula a piel en la herida operatoria y proceso ginecológico por lo que se solicitó informe de biopsia. La misma informa compatible con salpingooforitis aguda con microabscesos y trombos sépticos y presencia de *Actinomyces*. Se inició ampicilina 6 gr/día con buena evolución, se retiró DIU cuyo cultivo retornó negativo y se descartaron colecciones y fístulas por tomografía abdominopélvica contrastada.

**Conclusión:** la actinomicosis abdominal es de diagnóstico clínico difícil y rara vez se realiza antes de la laparotomía. El hallazgo más frecuente es una tumoración abdominal siendo la puerta de entrada más frecuente el ascenso desde el útero relacionada a la presencia de cualquier tipo de DIU sobre todo en los casos que su uso se prolonga por más de 3 años.

### Referencias bibliográficas

1. Karateke F, Ozyazıcı S, Menekşe E, Daş K, Ozdoğan M. Unusual presentations of actinomycosis; anterior abdominal wall and appendix: report of three cases. *Balkan Med J.* 2013; 30(3):315-7.
2. Gil Piedra F, Revuelta Tallado C, Galindo M, Morales-garcía D, Sánchez Manuelc JF, Segó Gi LJ, Santamaría-García LJ. Actinomicosis abdominal: revisión de tres casos. *Cir Esp.* 2002; 71(4):210-2.
3. García García JC, Núñez Fernández MJ, Cerqueiro González JM, García Martín C, Rodríguez García JC, Anibarro L, et al. Actinomicosis primaria de la pared abdominal: descripción de dos casos y revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid).* 2001; 18(2):80-3.
4. García Martínez MT, Morano Amado LE, Carreira Delgado M, Alfonsin Barreiro N. Masa abdominal secundaria a infección por actinomicosis. *Rev Panam Infectol.* 2009; 11(3):42-4.
5. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. *BMJ.* 2011 Oct 11; 343:d6099.
6. Dejanović D, Ahnlide JA, Nilsson C, Berthelsen AK, Loft A. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine contraceptive device demonstrated on F-18 FDG PET/CT. *Diagnostics (Basel).* 2015; 5(3):369-71.
7. García-Zúñiga B, Jiménez-Pastrana MT. Acute abdomen with actinomycosis of the colon: A case report. *Cir Cir.* 2016; 84(3):240-4.
8. Vyas JM, Kasmar A, Chang HR, Holden J, Hohmann E. Abdominal abscesses due to actinomycosis after laparoscopic cholecystectomy: case reports and review. *Clin Infect Dis.* 2007; 44(2):e1-4.