

ACTINOMICOSIS PÉLVICA

Dres: Angel L. Pierini MAAC*; Pablo Nepote MAAC**; Leonardo Gianinetti.***; Guillermo.***; Luciano Wenger*****.

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y MIXTA
DEL HOSPITAL J. B. ITURRASPE, SANTA FE, ARGENTINA

La Actinomicosis² es una infección supurativa causada por la bacteria anaerobia gran positiva, no esporulada ácido-resistente, llamada *Actinomyces israelii*, que se puede localizar en todos los tejidos del organismo.

Existen diferentes especies de *Actinomyces* (A)¹ que pueden afectar al ser humano, entre ellos se encuentran *A. socranski*, *A. bovis*, *A. naeslundii* y *Arachnia propionica*, que generan afecciones en el ser humano en el sistema nervioso central, aparato digestivo y aparato urogenital. Se identificaron actinomicos en muestras cervicovaginales de mujeres que utilizaban Dispositivo Intra Uterino (DIU). La prevalencia de colonización es de un 1.6 a 36%.

En pacientes con DIU³, la inflamación y posterior disrupción del endometrio permite que la colonización asintomática progrese a enfermedad pélvica.

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 44 años de edad, que consultó por cuadro de 20 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal hipogástrico de intensidad moderada, continuo, acompañado de vómitos gástricos y fiebre de 38°C. Refería además anorexia selectiva a sólidos con pérdida de peso de 10 kg. en los últimos 3 meses. Este cuadro no cedía con analgésicos habituales.

Como antecedente de jerarquía relataba extracción de DIU en días previos a su internación.

Al examen físico se constataba mal estado general, letargía y el abdomen era blando, deprimible, doloroso en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, sin signos de peritonismo. Presentaba además, marcados signos de deshidratación acompañados de oliguria. El tacto vaginal revelaba cuello doloroso, fijo, compatible con pelvis conge-

lada. En este estado se decidió su ingreso a UTI.

El laboratorio de ingreso destacaba leucocitosis (15800 GB/mm³), aumento de la eritrosedimentación (132 mm en la 1° hora) anemia con hemoglobina de 7.7 gr/dl, alteración de la función renal (urea de 0.67gr/lto. y creatinemia de 3.18mg/dl) con leve alteración del hepatograma.

La ecografía abdominal informa hidronefrosis pielo-ureteral bilateral moderada del lado derecho y leve del izquierdo, y a nivel pelviano área hipoecoica, mal definida ocupando parcialmente el fondo de saco de Douglas de 55 x 44 x 45 mm. de diámetro.

Se completó el estudio por vía transvaginal visualizándose ambos ovarios de forma y tamaño normal destacándose en proyección al parametrio derecho área hipoecoica de similares características al estudio transabdominal.

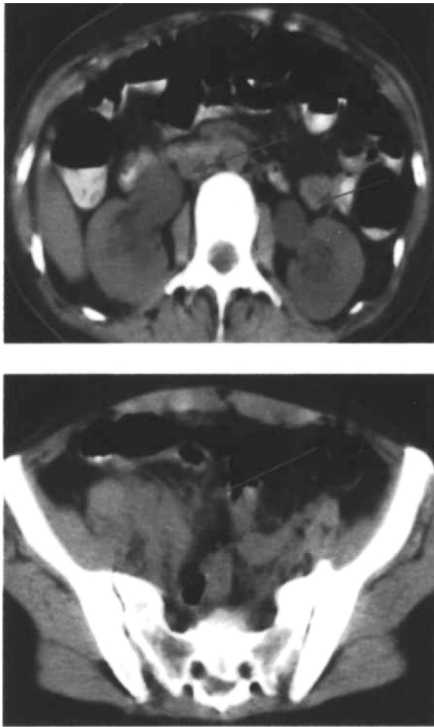
La TAC (Figuras 1 y 2) informó derrame pericárdico escaso, ureterohidronefrosis bilateral y MOE pelviana de 60 x 70 mm que infiltra toda la hemipelvis derecha, compatible con conglomerado adenopático, sin lograr distinguir planos grasos de separación.

Se tomaron muestras de hemo y uro cultivo con la sospecha de cuadro infeccioso por lo que posterior a ello se inició tratamiento médico a fin de estabilizar a la paciente y ATB (Ciprofloxacina EV). Durante este tiempo se completaron estudios específicos de laboratorio (anticuerpos FAN y Anti DNA negativos con leve disminución del complemento).

La valoración ginecológica completa arrojó un PAP y especuloscopia sin particularidades.

Se efectuó una cistoscopia que no reveló datos de significación y Video Endoscopia Digestiva Baja (VEDB) que informó disminución de la luz del colon sigmoideos por posible compresión extrínseca.

FIGURA 1 y 2



TAC; Hidronefrosis bilateral.
MOE pelviana de 60x70 mm.

La evolución clínica fue favorable, sin evidenciarse mejora de la función renal con persistencia de hidronefrosis bilateral a predominio derecho, por lo que con diagnóstico de nefropatía obstructiva se decidió la realización de una nefrostomía percutánea derecha al 4° día de internación, permitiendo este último acto la normalización de la función renal.

Al 10° día de internación, pasa al piso tolerando dieta.

Persiste estable, con buena evolución por lo que se decide completar estudio abdominal con RMN (Figura 3) la que informa una formación expansiva sólida pelviana paramediana derecha en íntimo contacto con el músculo Psoas, de 50 mm de diámetro polilobulada, compatible con un conglomerado de adenopatías, el cual engloba y comprime el uréter. El riñón derecho muestra una mínima dilatación del sistema colector píelo uréteral con nefrostomía funcionante y leve edema interfibrilar en el músculo psoas ilíaco traduciendo fenómenos de aspecto miosíticos.

Al 17° día, se constata desaparición de hidronefrosis y normalización del laboratorio por lo que se decide la extracción de la nefrostomía.

Con el fin de confirmar diagnóstico y resolver su patología pelviana se realizó una VLP explora-

dora constatándose un importante proceso inflamatorio que afectaba la trompa derecha, por lo que se efectuó la salpinguectomía derecha con lavado y drenaje de cavidad.

Presentó muy buena evolución postoperatoria. La biopsia informó cambios inflamatorios compatibles con actinomicosis abdominal (Figura 4).

Obtuvo el alta a los 20 días de su internación

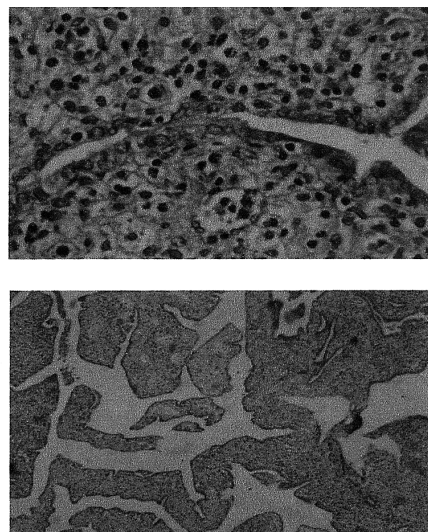
FIGURA 3



RMI; formación sólida pelviana paramediana derecha

y completó tratamiento ATB (minociclina) por el término de 6 meses. Debido a una persistencia de la ureterohidronefrosis derecha por posible fibrosis retroperitoneal, se colocó catéter doble J a los 3 meses de su externación el que permaneció durante un período prolongado, permitiendo la corrección definitiva de su patología renal.

FIGURA 4



Microscópica; importante infiltrado linfoplasmocitario con marcada congestión de la trompa

Actualmente la paciente se encuentra totalmente asintomática a los 2 años de control.

CONCLUSIÓN

La Actinomicosis es una enfermedad infecciosa poco frecuente, la forma pélvica es rara y de difícil diagnóstico.

Su aparición en la pelvis podría estar relacionada con el uso de DIU. Generalmente no es detectada en forma temprana, el tiempo entre la inserción del DIU y el desarrollo de la infección varía, pero raramente ocurre antes de dos años de colocado el DIU.

La presentación clínica es típicamente insidiosa por lo cual el diagnóstico frecuentemente se retarda, puede llegarse a la situación de "pelvis congelada" que remeda un tumor maligno avanzado o una endometriosis.

Las complicaciones no son raras, en este caso debe indicarse tratamiento médico y además quirúrgico. La cirugía está indicada para la mayoría de los pacientes con masa pélvica; sin embar-

go, es importante tener en cuenta que la cirugía por sí sola no es curativa por lo cual siempre se requiere el uso prolongado de antibióticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bowden GHW (1996). *Actinomycosis in: Baron's Medical Microbiology* (Baron S et al, eds.) (4th ed. edición).
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *The Intrauterine devices. Washington: The College;1992. Technical Bulletin 164.*
3. Fulmer, JS. *Discussion ofl UDs and actinomycosis.* Am J Obstet Gynecol 1981;140:883-4.
4. Bessenay F, Bonnier P, Cohen D, et al. *Pelvic tumoral actinomycosis: A difficult diagnosis. Two case reports.* Contracept Fertil Sex 1999;27(1):56-60.
5. Hamid D, Baldauf JJ, Cuenin C, Ritter J: *Treatment strategy for pelvic actinomycosis: case report. and review of the literature.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 89(2): 197-200.
6. LippesJ. *Pelvic actinomycosis: A review and preliminary look at prevalence.* Am J Obstet Gynecol 1999;180:265-9.