

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 3 DEL D. F.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ACTINOMICOSIS ABDOMINAL
PRESENTACION DE 3 CASOS

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

DR. MARCO ANTONIO CALZADA RAMOS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR. ADOLFO OLVERA REYNADA



IMSS

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Marco A. Calzada Ramos

FECHA:

27/09/04

FIRMA:

caza

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: 3 Unidad de adscripción: Hosp. especialidades CMN siglo XXI

Autor:
Apellido: .
Paterno: Calzada Materno: Ramos Nombre: Marco Antonio

Matrícula: 99380946 Especialidad: Cirugía General Fecha Grad. 28 / 02 / 2005

Título de la tesis: "Actinomycosis abdominal: presentación de 3 casos"

Resumen:

~~Se presentan 3 casos de actinomycosis abdominal, uno que se presenta como tumor abdominal, y 2 más que se intervienen de urgencia por cuadro de abdomen agudo con diagnóstico de apendicitis aguda complicada. Los 3 son pacientes femeninos, la primera de 36 años con una masa abdominal en fosa iliaca izquierda que depende de colon observada en la tomografía axial computarizada de abdomen. Es sometida a cirugía en donde se realiza resección del tumor. La segunda y la tercera son pacientes de 37 y 39 años respectivamente que acuden a urgencias por presentar dolor abdominal agudo, con leucocitosis, sometidas a laparotomía exploradora encontrando en la segunda paciente absceso ovárico bilateral y perforación uterina por lo que se realiza histerectomía total abdominal y salpingo- ooforectomía bilateral; en la tercera paciente el hallazgo es un tumor sigmoideo y absceso tubocavárico bilateral, por lo que se resecan estos órganos. Las piezas se enviaron al análisis patológico. El análisis microscópico de los especímenes enviados reveló la presencia de gránulos de sulfuro, diagnosticando así la actinomycosis. La actinomycosis abdominal es una enfermedad rara y en contadas ocasiones se diagnóstica en forma preoperatoria. Se requiere continuar la antibioterapia en forma prolongada para asegurar la erradicación de la enfermedad.~~

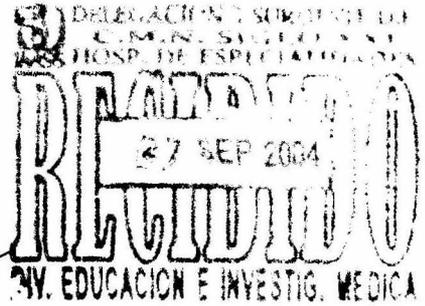
Palabras Clave:

- 1) Actinomycosis 2) Abdomen agudo 3) Masa abdominal
- 4) Gránulos de sulfuro 5) _____ Pags. 9 Ilus. 4

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada)

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: C1
Tipo de Diseño: C11
Tipo de Estudio: TE3c



DR ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA
GENERAL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. ADOLFO OLVERA REYNADA
ASESOR DE TESIS
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 30, IZTACALCO

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Romeo y Evangelina, por alentarme a la superación, por ser un ejemplo de vida, por su apoyo incondicional y por el amor que siempre me han brindado.

A mis hermanos Karla y Carlos que han sido mis compañeros y amigos y son parte esencial de mi vida.

A todos mis primos, tíos y abuelos, que siempre han creído en mí y me han apoyado bajo cualquier circunstancia.

A todos mis compañeros y amigos con los cuales pasé momentos inolvidables durante la especialidad.

A todos mis maestros de Centro Médico siglo XXI y del HGZ Iztacalco, especialmente a los doctores Roberto Blanco Benavides, Pedro de Jesús Cervantes Miramontes, Francisco Aguila Salazar, Daniel Murillo Estrada y Jose Luis Martinez Ordaz.

A mi asesor, maestro y amigo Dr. Adolfo Olvera Reynada, sin el cual no hubiera sido posible realizar este trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	3
INTRODUCCION.....	4
REPORTE DE CASOS.....	5
DISCUSION.....	7
CONCLUSIONES.....	8
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	9
CARTA DE ACEPTACION.....	10

RESUMEN

Se presentan 3 casos de actinomicosis abdominal, uno que se presenta como tumor abdominal y 2 más que se intervienen de urgencia por cuadro de abdomen agudo con diagnóstico de apendicitis aguda complicada.

Los tres son pacientes femeninos, la primera de 36 años con una masa abdominal en fosa iliaca izquierda que depende de colon observada en la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen. Es sometida a cirugía en donde se realiza resección del tumor. La segunda y la tercera son pacientes de 37 y 39 años respectivamente que acuden a urgencias por presentar dolor abdominal agudo, con leucocitosis, sometidas a laparotomía exploradora (LAPE) encontrando en la segunda paciente absceso ovárico bilateral y perforación uterina por lo que se realiza histerectomía total abdominal (HTA) y salpingooforectomía bilateral (SOB); en la tercera paciente el hallazgo es de un tumor sigmoideo y absceso tuboovárico bilateral, por lo que se resecan estos órganos. Las piezas se enviaron al análisis patológico.

El análisis microscópico de los especímenes enviados reveló la presencia de gránulos de sulfuro, diagnosticando así la actinomicosis.

La actinomicosis abdominal es una enfermedad rara y en contadas ocasiones se diagnostica en forma preoperatoria. Se requiere continuar la antibioticoterapia en forma prolongada para asegurar la erradicación de la enfermedad.

DISCUSION

La actinomycosis cervicofacial es la forma mas común (60%) seguida de la torácica. La forma abdominal (hasta 20%) se manifiesta por lo general con dolor en cuadrante inferior derecho, fiebre, escalofríos, astenia, adinamia pérdida de peso y formación de masas abdominales irregulares(2,5). Dado el mecanismo postulado para el crecimiento patológico de esta bacteria (ruptura de la barrera mucosa) el apéndice es el órgano más frecuentemente involucrado, causando síntomas en el cuadrante inferior derecho. Una vez fuera del intestino, la actinomycosis se disemina por continuidad, y solo en forma rara por vía hematógena o linfática. La respuesta localizada se manifiesta por la formación de abscesos, en ocasiones como una masa pequeña o una fístula (1).

Debido a lo poco común de la enfermedad rara vez es diagnosticada preoperatoriamente y frecuentemente se confunde con enfermedades neoplásicas por lo general de colon lo que lleva al tratamiento quirúrgico en ocasiones radical el cual ha sido descrito en otras revisiones.(2,6,8,9,14). Otras formas reportadas se relacionan con una enfermedad inflamatoria pélvica secundaria al uso de DIU (3,6,7,8,10) la cual involucra al abdomen en forma secundaria. Se ha señalado que la probabilidad de presentar colonización del DIU aumenta exponencialmente a partir de los 4 años de portarlo y en promedio la infección se presenta en mujeres con 8 años portándolo (3,5,6.); se asegura que la invasión pélvica por *Actinomyces* es exclusiva de mujeres portadoras de DIU (7). En el caso de nuestras pacientes las tres eran portadoras de DIU, y además una de ellas tenía el antecedente de apendicectomía recientemente.

Consideramos que es importante que las pacientes que han usado DIU durante largo tiempo sean cuidadosamente valoradas por su ginecólogo para determinar la necesidad de continuar el uso del mismo o cambiar de método anticonceptivo, como en el caso 3 en donde la paciente es gesta 5, se podría haber utilizado un método definitivo.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta es el tratamiento; se ha postulado que este debe ser prolongado para poder erradicar con efectividad la enfermedad. La penicilina es considerada el antibiótico de elección y la terapia a largo plazo resulta un promedio de curación mayor del 95%; se ha demostrado que si los antibióticos no son administrados en forma apropiada la enfermedad tiende a recurrir (14). Nuestras pacientes se han mantenido sin datos de recurrencia con este tratamiento, una de ellas aún continua con el mismo.

II. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

2.1 Diseño del estudio:

Estudio retrospectivo, en el cual se reportan 3 casos de actinomicosis abdominal a los cuales se les realizó laparotomía exploradora, diagnosticados después de el análisis histopatológico de las piezas quirúrgicas, se les dio antibioticoterapia prolongada en el postoperatorio con adecuada evolución.

2.2 Universo de trabajo:

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona Número 30 de Iztacalco, las pacientes fueron manejadas por el servicio de Cirugía General.

2.3 Descripción de las variables:

Se presentan 3 pacientes del sexo femenino, portadoras de dispositivo intrauterino, con cuadro de tumor abdominal una de ellas y las dos restantes con dolor abdominal agudo, a las cuales se les realiza laparotomía exploradora con diagnóstico definitivo de actinomicosis abdominal en el reporte histopatológico de las piezas reseca

INTRODUCCION

La actinomicosis es una infección rara causada por el patógeno *Actinomyces israelii*, una bacteria filamentosas ramificada Gram positiva, anaerobia estricta o microaerófila, la cual antes era considerada como un hongo (1,2,4,5,10). Esta es un comensal normal del organismo, principalmente de la boca, tracto gastrointestinal inferior y tracto genital femenino, se torna patógena después de un traumatismo, infección local o cirugía que altere las barreras mucosas normales del organismo invadiendo los tejidos adyacentes y extendiéndose sin respetar las barreras naturales (2).

Bradshaw en 1846 fue el primero en observar la enfermedad abdominal como una masa en el cuadrante inferior derecho. En 1887 Bollinger encontró micelas de la bacteria en tejidos infectados de animales y la describió como un proceso patológico; en ese año Israel también encuentra esas micelas en tejidos humanos y posteriormente hizo el diagnóstico en humanos vivos. Fue así como Israel fue recordado por estos logros en 1940 nombrando a este patógeno *Actinomyces israelii* distinguiéndolo del patógeno animal *Actinomyces Boris* (1,12).

A continuación se describen 3 casos presentados en nuestro hospital durante el periodo de 1997 al 2004.

REPORTE DE TRES CASOS

CASO 1

El primer caso se presenta en Diciembre de 1997, paciente femenino de 36 años, con antecedente de apendicectomía 9 meses antes con reporte de patología de periapendicitis secundaria a algún órgano vecino. G:1, P:1, uso de dispositivo intrauterino (DIU) desde hace 10 años; su padecimiento lo inicia 4 semanas antes de su ingreso con dolor en fosa iliaca izquierda (FII), náusea y vómito intermitentes, adinamia y pérdida de peso de 7 kilogramos; se detecta tumor de 8 cm., pétreo y desplazable, mientras que al tacto vaginal se encuentra tumor en anexo izquierdo de aproximadamente 18cm. En la radiografía de abdomen se observa la presencia de DIU; el ultrasonido (US) abdominal demuestra un tumor sólido en FII. Se realiza también colon por enema que demuestra la presencia de proceso infiltrativo a nivel de colon sigmoides (figura 1) y TAC en donde se observa una lesión ocupativa irregular de bordes mal definidos en el mismo sitio(figura 2). Por estos motivos se realiza LAPE encontrando un tumor dependiente de sigmoides de 12x10x4cm., con infiltración a vejiga, peritoneo parietal, útero y anexo izquierdo, por lo que se realiza sigmoidectomía y colo-colo anastomosis. El reporte histopatológico fue de actinomicosis intestinal al encontrar "gránulos de sulfuro" en la pieza enviada. La paciente evolucionó favorablemente, se le retiró el DIU y en el posoperatorio fue tratada con penicilina IV 12 millones al día y después 500mg de penicilina oral cada 6 horas por 8 meses más.

CASO 2

Se presenta en Marzo del 2000, femenino de 37 años, G: III, P: III, con DIU desde hace 10 años, que ingresa al hospital por presentar dolor abdominal de 48 horas de evolución, localizado en hipogastrio, acompañado de náusea, vómito, astenia y adinamia; a la exploración física se encuentra fiebre, datos de abdomen agudo y leucorrea fétida abundante. Se encuentra además leucocitosis de 27000, neutrofilia y bandemia, mientras que la placa simple de abdomen (PSA) muestra imagen en vidrio despulido en pelvis, niveles hidroaereos y la presencia de DIU (figura 3). Se realiza LAPE en donde se encuentra pelviperitonitis con 300 cc de pus, absceso ovárico bilateral y perforación fúndica uterina, por lo que se realiza histerectomía y salpingooforectomía bilateral. El reporte de patología fué de granulomas actinomicóticos en la pieza quirúrgica. La paciente tiene una evolución favorable, siendo tratada con penicilina durante 9 meses en el posoperatorio.

CASO 3

Ocurre en Enero del 2004, se trata de femenino de 39 años de edad, G:V, P:V, con uso de DIU durante 4 años, cuyo padecimiento lo inicia 2 semanas antes de su hospitalización con la presencia de dolor lumbar izquierdo tratado como cólico renoureteral, dolor que se agudiza y se irradia hacia el cuadrante inferior izquierdo, acompañado de náusea y vómito; a la exploración física se encuentran datos de abdomen agudo. El laboratorio reporta leucocitosis de 23000, neutrofilia y bandemia, PSA con presencia de DIU. La paciente se había realizado US pélvico una semana antes que reportaba la presencia de miomatosis uterina de grandes elementos. Se realiza LAPE en donde se encuentra un tumor sigmoideo de 6 cm de diámetro (figura 4), absceso tuboovárico derecho y absceso ovárico izquierdo, por lo cual se realiza sigmoidectomía con colostomía y cierre distal, así como salpingooforectomía bilateral. El reporte de patología menciona la presencia de granulomas actinomicóticos con "gránulos de sulfuro" tanto en sigmoides como en ovarios y cistadenoma mucinoso de ovario izquierdo. En el posoperatorio se le administraron 12 millones de penicilina IV diarios y actualmente se encuentra en tratamiento con el mismo antibiótico vía oral. También se le retiró DIU.

CONCLUSIONES

Se han descrito 3 casos de actinomicosis abdominal, en todos se encuentra el antecedente de uso prolongado de DIU y en uno de ellos la apendicectomía como factores predisponentes. Debido a su rareza es difícil diagnosticar la enfermedad en forma preoperatoria, sin embargo esta patología se debe tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de masas abdominales y abdomen agudo especialmente en pacientes con antecedentes que predisponen al crecimiento patológico de *Actinomyces israeli*.

BIBLIOGRAFIA

1. Meyer P.; Nwariaks O; McClelland R; Gibbons D; Leach F; Sagalowsky A; et. al. Rare Presentation of Actinomycosis as an Abdominal Mass: Report of a Case. *Diseases of the Colon & Rectum*. Vol 43(6) June 2000, p 872.
2. Batoyiannis S; Gloustianov G; Batsis S; Kappas M. "Pelvic actinomycosis mimicking frozen pelvis: Report of an unusual case". *Journal of Obstetrics and Gynecology*. Sep 2000, Vol.20, Iss 5, Pg 548.
3. Yeguez Jose; Martinez Sergio; Sands Laurence; Hellenger G. "Pelvic Actinomycosis presenting as malignant large bowel obstructions; A case report and a review of the literature". *The American Surgeon*. Jan 2000, Vol 66, Iss 1, pg 85, 6 pgs.
4. Klaus P. Scheal; Hee-Joo Lee. "Actinomycete infections in humans – a review". *Gene*. Vol 115, Issue 1-2,15, June 1992, Pg 201-211.
5. Anthony J. Fiorino. "Intrauterine Contraceptive device associated Actinomycosis abscess and Actinomyces detection on cervical smear". *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 87, Issue 1, Jan 1996, Pag. 112-119.
6. Antonelli D; kustrops J; "Large Bowel obstruction due to intrauterine device: associated pelvic inflammatory disease". *The American Surgeon*. Dec 99, Vol 65, Iss 12, pg 1165, 2pgs.
7. Arenal S; Van Dissel J. "Actinomyces and Intrauterine Device". *Archives of Internal Medicine*. Jan 8, 1998, Vol. 158, pg 1270.
8. Koren R; Dekel Y; Ramadan E; Veltman V; Dveznik Z. "Periappendiceal Actinomyces mimicking malignancy: Report of a case". *Pathology, Research and Practice*. Jan 2002, Vol. 198, Iss 6, Pg 441, 3pgs.
9. Iwasuki M; Nishikawa A; Akutangawa V; Fujimoto T. "A case of ovarian Actinomycosis". *Infection Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2003, Vol 11, Iss 3, 3pgs 171.
10. Perez L; Salamanco E; Barranco E; Picazos V; Clavero R. "Frecuencia de colonización de Actinomyces en portadores asintomático de DIU". *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. Vol 19, 5, Sept-Oct 2002, pg 387.
11. Gorodner O; Schalover E; Vadillo C; Galarza F; Bonomo A; Aragues D; et. al. "Lesión Seudotumoral como forma de presentación de actinomycosis". *Serv. De Patología y Citodiagnóstico, Serv. De Endoscopia Digestiva*. Hosp. José R. Vidal Necochea Argentina.
12. Vorapong P; Tonasak S; Kanthorn P, Surasak T. "Uterine Perforation with Lippes Loop intrauterine device associated actinomycosis: a case reported and review of the literature". *Contraception*. Vol 61, iss 5, May 2000, pg 347-350.
13. Putnam HC, Dockerty MB, Waugh JM. Abdominal actinomycosis: an analysis of 122 cases. *Surgery* 1950; 28: 781-800. Citado en Meyer P.; Nwariaks O; McClelland R; Gibbons D; Leach F; Sagalowsky A; Simmang C. Rare Presentation of Actinomycosis as an Abdominal Mass: Report of a Case. *Diseases of the Colon & Rectum*. Vol 43(6) June 2000, p 872.
14. Nugteren S; Owendik T; Junkman J; Straub M; Dees A. "Colitis and Lower Abdominal Mass by Actinomyces Israelii in a Patient with an IUD". *The Netherlands Journal of Medicine* Vol. 49, Issue 2, Aug 1996 Pag 73-76.



FUNDADA EN 1933

CIRUGÍA Y CIRUJANOS

Órgano de Difusión Científica de la
Academia Mexicana de Cirugía

México, D. F., a 18 de Julio de 2004.

CUERPO EDITORIAL

EDITOR

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes

EDITORES ASOCIADOS

Acad. Dr. Emilio Serra Prodel
Acad. Dr. Francisco J. Ochoa Galindo
MD- Sharon Morey

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

Acad. Dra. Milda Viegas Castañón

Acad. Dr. Alfredo Ibarra Cervantes
Acad. Dr. Francisco Tenorio González
Acad. Dr. Alfredo Vicocho Tovar
Acad. Dr. José Adrián Rojas Osorio
Acad. Dr. Mauro Jairo Varela
Acad. Dr. Fernando Torres y Juárez
Acad. Dr. Guadalupe Gutiérrez
Acad. Dr. Carlos Sánchez Salazar
Acad. Dr. Humberto Múñoz Andrade
Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez

COMITÉ EDITORIAL

Acad. Dr. Joaquín S. Acosta, E.U.A.
Acad. Dr. Gordon A. Dukes, E.U.A.
Acad. Dr. Carlos Basza Herrera
Acad. Dr. Rainer de la Huesa Sánchez
Acad. Dr. Antonio de la Torre Bravo
Dr. Ray DeMeester, E.U.A.
Dr. Stanley Dundek, E.U.A.
Acad. Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Acad. Dr. Guillermo Pangniban Barrón
Acad. Dr. Ralphe Denson Walker
Acad. Dr. Samuel Gutiérrez Vogel
Acad. Dr. Lucio Zamache
Acad. Dr. Takao Kimura Fukumi
Acad. Dr. Francisco Navarro Serrano
Acad. Dr. José P. Patiño Restrepo (Colombia)
Acad. Dr. Edoar J. Ramírez Barba
Acad. Dr. Raúl Romero Torres (Perú)
Acad. Dr. Luis Mariano Toledo Pereira, E.U.A.
Acad. Dr. Alejandro Treviño Bestera
Acad. Dra. Milda Viegas Castañón
Acad. Dr. Jorge Vico Serra

ASISTENTE EDITORIAL

Galena y Ramírez Riera

CORRECTOR DE ESTILO EN INGLÉS

Maggie Bruner

SECRETARÍA

Fátima Mamboum Azeitean

DR. MARCO ANTONIO CALZADA RAMOS
Presente.

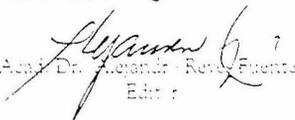
Distinguido Dr. Calzada Ramos:

Me permito dirigir a usted para informarle, que su manuscrito titulado
"ACTINOMICOSIS ABDOMINAL. PRESENTACIÓN DE TRES
CASOS", en donde aparece usted como creador, ha sido aceptado para
su publicación en CIRUGÍA Y CIRUJANOS, como Caso clínico, en el
volumen 73 número 1 (enero-febrero), 2005.

Agradeciendo su valiosa contribución y en espera de nuevas
colaboraciones, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Docta ars chirurgica bene salutis"


Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Editor

Bloque B, Sótano, Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional Siglo XXI
Av. Cuauhtémoc No. 339 Col. Doctores 06725 México, D. F.
Tel. y Fax 5761-2581, 5761-0574, 5588-0458
Commutador IMSS 5627-6900 Exts. 21266, 21267, 21268, 21269
Teléfono Directo 5761-0608
E-mail: [cirugias.cirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirurgias.cirujanos@prodigy.net.mx)
[cirugiascirujanos@servimed.com.mx](mailto:cirurgiascirujanos@servimed.com.mx)
www.amc.org.mx