

CASUÍSTICA

ACTINOMICOSIS TUBO-OVÁRICA PSEUDO-TUMORAL

Dres. Natalia Vispo, Guillermo Cassanello, Pablo Capellino, María Noel Gargiulo

RESUMEN

Objetivos: Reportar un caso clínico de actinomicosis pelviana pseudotumoral de localización tubo-ovárica.

Material y métodos: Reporte de un caso clínico en una paciente de 41 años premenopáusica usuaria de DIU durante ocho años que presentó dolor abdominal bajo inespecífico de tres meses de evolución, pérdida de peso, masa anexial diagnosticada por tomografía axial computada de pelvis sin contraste, nivel de Ca125: 59 mU/ml y citología exfoliativa de cérvix con tinción de Papanicolaou negativa para actinomicosis.

Resultados: El diagnóstico fue posible a través del estudio anatomopatológico luego de la ooforectomía y salpingectomía derecha laparoscópica que informó infiltrado inflamatorio agudo y crónico y presencia de colonias bacterianas vinculables a actinomicosis en los cortes de parénquima ovárico, actualmente se encuentra en tratamiento con amoxicilina 1,5mg /día durante seis meses para luego completar el tratamiento con una anexohisterectomía total laparoscópica programada.

Conclusión: Actualmente es bien conocido el uso de DIU como un factor de riesgo de actinomicosis pelviana, ésta causa una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa severa que se expresa frecuentemente como un absceso tubo ovárico con múltiples adherencias firmes a los tejidos adyacentes que requiere tratamiento quirúrgico que puede llevarse a cabo por laparoscopia, el uso de antibióticos previo a la cirugía reduce significativamente posibles complicaciones intraoperatorias.

INTRODUCCION

La actinomicosis urogenital es una infección rara del tracto genital inferior (TGI) y de la pelvis.

La especie más común en el humano es el *Actinomyces israelii*¹ es un bacilo gram positivo ramificado no esporulado anaerobio facultativo o estricto considerado primariamente un patógeno oportu-

ta, que puede constituir parte de la flora residente normal de la mucosa del TGI².

Causa una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa supurativa con focos purulentos rodeados de fibrosis densa con extensión a estructuras continuas que aparecen como un tumor único o múltiple que suele confundirse con neoplasias³, es de curso lento y progresivo, en etapas avanzadas se forman fistulas hacia la piel, órganos o huesos adyacentes, la diseminación hematógena es rara, afecta diversos órganos, siendo las localizaciones más frecuentes cervicofacial, broncopulmonar y torácica⁴. Presenta deterioro del estado general, cansancio, pérdida del apetito con significativa pérdida de peso, dolor abdominal o pélvico inespecífico, en algunos casos fiebre y leucocitosis. La incidencia de actinomicosis pélvica no es exactamente conocida⁵ aunque en los últimos veinte años ha aumentado la colonización durante la vida fértil debido al uso de DIU⁶ hallándose en un 30% de las citologías exfoliativas de cérvix con tinción de Papanicolaou en pacientes asintomáticas portadoras de DIU⁷ siendo éste una causa necesaria pero no suficiente para desarrollar enfermedad pélvica invasiva ya que el actinomicosis no es por si mismo un microorganismo invasivo, sino que necesita de un medio que le facilite el acceso, como ser el trauma, cuerpos extraños (DIU, pesarios) o la vaginosis bacteriana que favorece un ambiente anaerobio propicio para el crecimiento. Actualmente se considera una infección polimicrobiana⁸.

Es posible que la colonización no sea seguida de infección invasiva y esta forma sólo ocurra en mujeres susceptibles.

La primer forma de actinomicosis asociada a DIU es la endometriosis. Una masa pélvica o absceso tubo ovárico uni o bilateral representa la siguiente etapa del curso de la enfermedad, por lo que el diagnóstico suele ser tardío⁹.

CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años premenopáusica que consultó por dolor abdominal bajo en hipogastrio inespecífico de tres meses de evolución y pérdida de peso de aproximadamente 8 kg. Como antecedentes presentaba ciclos menstruales regulares y uso de DIU du-

¹Servicio de Tocoginecología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.
E-mail:

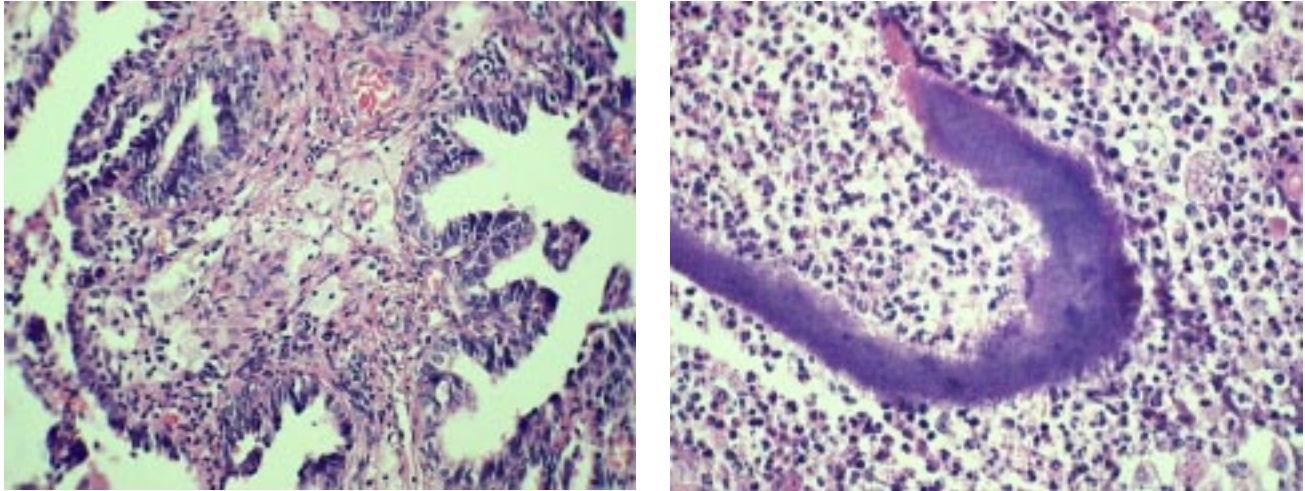


Figura 1. Muestra histológica: Visión panorámica. Colonias de actinomices y exudado inflamatorio.

rante 8 años. Al examen ginecológico se palpó tumoración anexial derecha móvil de 5x5cm aproximadamente, definida y de consistencia duroelástica. La TAC de pelvis sin contraste informó imagen redondeada heterogénea sólida con áreas periféricas quísticas de 5 cm de diámetro, CA 125: 59 mU, citología de Papanicolaou negativa para actinomices, exudado vaginal positivo para trichomonas vaginalis. Se realizó laparoscopia diagnóstica; como hallazgo intraoperatorio se observó en zona anexial derecha una formación polilobulada con adherencias firmes a útero, colon y Douglas con escaso líquido libre.

Se realizó lavado peritoneal y posteriormente anexectomía derecha laparoscópica por no reconocerse tejido ovárico sano.

RESULTADOS

El diagnóstico fue posible a través del estudio anatomopatológico luego de la ooforectomía y salpingectomía derecha laparoscópica que informó infiltrado inflamatorio agudo y crónico y presencia de colonias bacterianas vinculables a actinomices en los cortes de parénquima ovárico. Actualmente se encuentra en tratamiento con amoxicilina 1,5mg /día durante seis meses para luego completar el tratamiento con una anexohisterectomía total laparoscópica programada.

DISCUSIÓN

La actinomicosis pelviana representa un desafío diagnóstico.

Exceptuando la actinomicosis cervicofacial, el resto de las distribuciones anatómicas son confundidas con tumores¹⁰.

Si bien es frecuente el hallazgo de actinomices en la citología de Papanicolaou en pacientes portadoras

de DIU, aumentando la colonización en forma exponencial al tiempo de uso y siendo la enfermedad invasiva casi exclusiva de estas pacientes¹¹, aún así no se ha demostrado que éste y otros estudios como la inmunofluorescencia, el cultivo de muestras de endocervix y endometrio sean efectivos para el diagnóstico y prevención de la actinomicosis pélvica, ya que no son lo suficientemente sensibles ni específicos¹².

A nivel del TGI el ovario sería el órgano más afectado produciendo síntomas indistinguibles de trastornos inflamatorios o neoplásicos¹³ haciéndose imprescindible el estudio microbiológico y anatomopatológico para lograr un diagnóstico definitivo.

El manejo no ha variado en los últimos años y se basa en tratamiento antibiótico prolongado debido a la naturaleza anaerobia, avascular y necrótica de la infección, el actinomices es sensible a la mayoría de los antibióticos. La penicilina en altas dosis, la droga de elección, se comienza con 2 a 20 millones por día

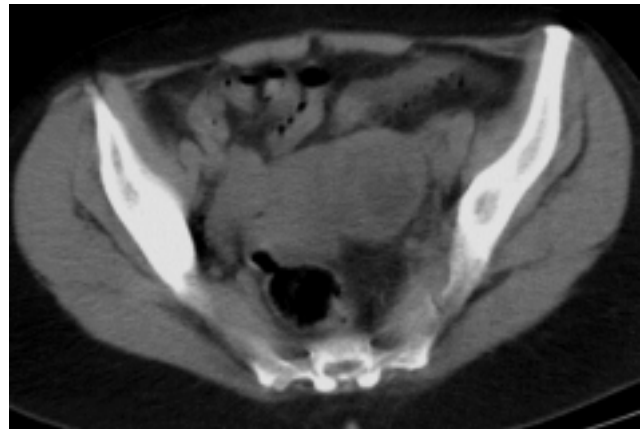


Figura 2. Tomografía computada muestra tumoración de densidad sólida que hace cuerpo con el útero.

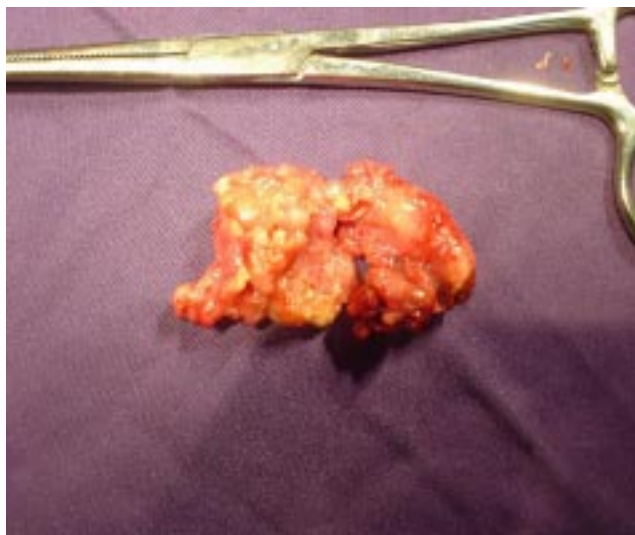


Figura 3. Pieza quirúrgica. Anexectomía derecha.

durante cuatro semanas, luego 2 a 4 gr. por día durante 12 a 18 meses, la duración total del tratamiento no está estandarizada¹⁴. El drenaje quirúrgico de los abscesos o excéresis de órganos afectados estaría indicado. Se ha registrado una alta tasa de recurrencia luego del tratamiento antibiótico sin resección quirúrgica de las áreas afectadas, la asociación de estos logra tasas de curación del 90%.

La mortalidad de la actinomicosis abdominal es muy baja¹⁵.

La tomografía es la técnica de elección para el estudio de los abscesos abdominales y pélvicos.

La remoción del DIU estaría indicada siempre, pudiendo recolocarse luego de cuatro semanas de tratamiento antibiótico y con citología de Papanicolaou negativo¹⁶.

La actinomicosis pélvica invasiva es una enfermedad severa que puede requerir abordaje quirúrgico extensivo¹⁷. El uso de antibióticos prequirúrgico por tiempo prolongado disminuiría los riesgos de complicaciones intraoperatorias debida a la fibrosis extensiva¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merki-Feld G, Lebeda E, cols. The incidence of actinomyces-like organisms in Papanicolaou-stained smears of copper-and levonogestrel-releasing intrauterine devices. *Contraception* 2000; 61: 365-8.
2. Burlando S, Paz L, Defeo L, cols. Absceso ovarico por actinomyces sp. en ausencia de un dispositivo intrauterino. *Medicina* 2001; 61: 577-80.
3. Martin D, Gelder M. Infecciones postoperatorias en ginecología. *Copeland* 1998;28:547-52.

4. Mtaallah M, Hassouna J, Bouzit T, cols. Actinomycose pelvienne pseudotumorale avec atteinte multiradiculaire. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2005; 5: 24-7.
5. Lippes J. Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 180: 265-269.
6. Cobellis L, Messalli E, Pierno G. Pelvic actinomycosis in menopause: a case report. *Maturitas*, 2001; 39: 79-81.
7. Noomene F, Zoveri K, Kallel W. Actinomycose abdominale. *Presse Med* 2003; 32: 698-700.
8. Soria Aledo V, Flores Pastos B, Carrasco M. Abdominopelvic actinomycosis: a serious complication in intrauterine device users. *Acta obstet gynecol scand* 2004; 83: 863-5.
9. Bessenay F, Bonnier P, Cohen D. Pelvic tumoral actinomycosis: a difficult diagnosis. Two case reports. *Contracept fertile sex* 1999; 27: 56-60.
10. Alegria J, Paz Gonzalez M, Galleguillos M, cols. Revisión de infección pélvica por actinomyces: presentación de un caso clínico. *Rev Chil Radiol* 2003; 9: 4-8.
11. Wagenlehner F, Mohren B, Naber K, cols. Abdominal actinomycosis. *Clin microbial infect* 2003; 9: 881-5.
12. Yi-Chun L, Min D, Holcomb K, cols. Computed Tomography guided core needle biopsy diagnosis of pelvic actinomycosis. *Gynecologic oncology* 2000; 79: 318-323.
13. Hamid D, Baldauf J, Cuenin C, cols. Treatment strategy for pelvic actinomycosis: case report and review of the literature. *Eur J obstet gynaecol reprod boil* 2000; 89: 197-200.
14. Koneman E, Allen S, Janda W. The anaerobic bacteria. *Diagnostic microbiology* 1997: 709-84.
15. Ko-Kivok P, Charasson A, Halasz A. Pelvic actinomycosis abscess and intrauterine device. *Contracept fertile sex* 1997; 25: 239-41.
16. Suirco N, Ribaldone R, Baj G. A modern diagnostic dilemma: pelvic malignancy versus actinomycosis. *Eur J Gynaecol oncol* 1999; 20: 74.
17. Howman M, Ben Ghorbel I, Ben Achour N. Actinomycose vertébrale avec compression médullaire. *Rev Med Intern*, 2001; 22: 567-70.
18. Robbins Pathologic basis of disease, 6th Ed, 1999 Saunders Company. Philadelphia.