

Actinomicosis abdomino-pélvica asociada al dispositivo intrauterino. A propósito de un nuevo caso.

Abdomino-pelvic actinomycosis associated with the intrauterine device. A case presentation

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez; Dr. Alexis López Rivero; Dr. Fernando Fernández Marichal

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se describe un caso de actinomicosis abdomino-pélvica con comprobación histológica asociada a un DIU. Se comenta la incidencia, vía de penetración y propagación, así como métodos diagnósticos diferenciales, concluyendo con una revisión somera de la terapéutica actual.

DeCS: ACTINOMICOSIS; DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

ABSTRACT

Authors describe a case of abdominopelvic actinomycosis with histologic testing associated with an intrauterine device. The incidence, way of penetration and propagation, diagnostic methods, differential diagnosis are commented. Concluding, a review of the current therapeutical approach is performed.

DeCS: ACTINOMYCOSIS; INTRAUTERINE DEVICES.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una enfermedad que consiste en un granuloma crónico supurativo, causado por el *Actinomyces israeli*.¹ El agente causal de la enfermedad es un microorganismo filamentosos más relacionado con las bacterias que con los hongos, donde aún es frecuentemente clasificado,² anaerobio, gram positivo, ácido alcohol resistente, comensal, normal de las caries dentales, criptas amigdalares y colon.³ Aunque la afección ha sido clásicamente descrita en tres formas: cérvico-facial, abdominal y torácica⁴ no están exentas otras localizaciones^{5,6} y entre ellas, la pélvica.⁷ Sin embargo, no fue descrito hasta 1993 el primer caso de actinomicosis-pélvica asociada a la nueva generación de dispositivos intrauterinos (DIU) que en su gran variedad venían usándose en escala creciente desde 1960.⁸ Debido a la posibilidad de haber diagnosticado y tratado un caso de actinomicosis-pélvica asociada al DIU y la proliferación actual de estos contraceptivos, nos ha motivado la presentación de este caso.

PRESENTACION DEL CASO

R.M.T, múltipara de 30 años de edad, que es ingresada por fiebre, metrorragias y tumoración en fosa ilíaca derecha (FID).

En junio de 1998 comienza a tener dismenorrea y ciclos menstruales que se alargaban, no consultó a su ginecólogo imputando los síntomas al DIU que le fue colocado en julio de 1997. En septiembre ya empieza a notar molestias generales: astenia, anorexia, cefaleas y distensión en hipogastrio, junto a la dismenorrea referida anteriormente, síntomas que la llevaron a consultar su ginecólogo, quien diagnosticó y trató por infección vaginal. Tres meses después la dismenorrea se hace más intensa, con mareos, escalofríos, fiebre de 39°C, metrorragias, dolor en hipogastrio y FID.

Se le retira el DIU y comienza tratamiento con antibióticos (Penicilina Cristalina y Ampicilina).

Examen Físico: toma del estado general, fiebre 38.9°C, piel y mucosas pálidas. Respiratorio y cardiovascular sin alteraciones, abdomen: A nivel infraumbilical, muy próximo al ombligo, se palpa una tumoración de 6, 8 cm de movilidad limitada, hipogastrio doloroso y FID; genitales normales.

Estudio analítico: Hb 10g/100ml, Hto. 33%, leucocitos: 15 000 x 10⁹/l con diferencial normal, VSG 105 mm/hora; glucosa, creatinina, NA, K, bilirrubina total, S.G.P.T, SOGT, fosfatasa alcalina: normal. Proteínas totales, albumina y globulinas

normales. Urocultivos: negativos, aglutinaciones tíficas, serología lenta para brucelas, antiestreptolisina, mantoux, citología cervical: negativas, ECG: normal. Radiografía de tórax, abdomen, ecografía abdominal: normales; colon por enema: rigidez en la pared del colon transversal en su porción media. Urograma excretor: imagen compresiva sobre la vejiga que demuestra útero grande y anormal. Como resultado de este estudio y el cuadro agudo de la paciente, en ausencia de un diagnóstico etiológico, es sometida a una intervención quirúrgica.

DESCRIPCION DE LA INTERVENCIÓN:

Laparotomía media infraumbilical

Al abrir peritoneo se encuentra éste muy engrosado y adherido a la tumoración palpada, despegándolo de ella con disección roma. La tumoración era pálida, ulcerada en su centro y que dependía del borde anterior mesentérico de colon transversal y de epiplón mayor. De la ulceración sale pus grisáceo, del que se tomó muestra para cultivo. Existía un asa de intestino delgado a unos 40 cm de la válvula ileocecal que se fija al fondo del saco de Douglas con el sigmoides; ovario y trompa derecha a expensas de otro granuloma de unos tres cm de diámetro lo separamos de sigmoides reseca la trompa y ovario derechos y el segmento ileal afecto en unos 6 cm que se anastomosa término-terminal.

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:

Granuloma tuberculoso o actinomicosis de íleon, anejos y ovario.

El pus enviado dio cultivo y tinción de Ziehl-Neelsen negativos

Al conocer el diagnóstico y salvar el postoperatorio se le practicó a la paciente un microgrado -biopsia para dilucidar la posible vía de entrada del *Actinomyces* con un estudio específico del germen resultando totalmente negativo. El estudio anatomopatológico fue de Actinomicosis de intestino delgado y trompa uterina y ovario Posteriormente se aplicó tratamiento con Penicilina Cristalina, 2 millones EV c/ 6 horas durante tres meses. La paciente, al cabo de este tiempo se encuentra totalmente asintomática.

DISCUSIÓN

El uso del DIU no está exento de complicaciones (⁹) y entre ellas la actinomicosis. La asociación de actinomicosis con DIU está ampliamente descrita en la literatura.

⁷⁻¹⁰ La exacta incidencia de esta asociación no está aún aclarada. Parece ser cierto que el uso del DIU aumenta el riesgo de contraer lo que los anglosajones llaman Pelvicinflammatory Disease ^{3, 9, 10}, y que engloba una serie de gérmenes entre los cuales está el *Actinomyces israelii*. Este microorganismo se encuentra con mayor frecuencia en los frotis cérvico - vaginales de las portadoras de DIU que en las no portadoras ¹¹ pero en esta asociación *Actinomyces*-DIU hay muchos factores a tener en cuenta: Tiempo de colocación, tipo de dispositivo, ^{3, 12} lo que dificulta la correlación. Ningún estudio prueba que la patología del DIU, no sólo con respecto a la actinomicosis, sea más amplia que las patologías a que pueden conllevar los contraceptivos orales. ¹³

Con respecto a la vía de penetración en nuestro caso, la teoría ascendente del *Actinomyces* por el canal genital, parece lo más convincente, sobre todo al asociarse al uso del DIU. La teoría se ha querido explicar ¹⁴ al comprobar que el DIU actúa como un cuerpo extraño causando una endometritis crónica que favorecería el terreno para la infección oportunista del *Actinomyces*, como ocurre con otras membranas mucosas. ² Seguidamente, se extenderían y desarrollarían los abscesos pélvicos. Sin embargo, su diseminación por vía vascular o linfática a anejos y estructuras pélvicas, tampoco puede ser excluida. ¹⁴

La vía abdominal parece incierta como vía de entrada para los abscesos pélvicos, pues necesitaría de alguna lesión del tracto gastrointestinal con perforación de la mucosa, algo que no está siempre presente, como en este caso. Es controversial si el *Actinomyces* es un *Saprophyte* vaginal ^{11, 12, 14} y se especula que su puerta de entrada puede ser urogenital o anogenital, incluso ambas; ¹⁵ aunque la diseminación hombre-hombre o animal -hombre no ha sido probada, y la evidencia de propagación teniendo como medio de transmisión hierba, granos y silos para ganado, es escasa e insuficiente. ¹ El diagnóstico se corrobora definitivamente con el estudio microbiológico y la identificación histológica. ¹⁶ Generalmente el segundo es el más usado por dos razones fundamentales: 1ª - El germen es difícil de cultivar. 2ª No se suele pensar en él, siendo la mayoría de la veces un hallazgo anatomopatológico. También se realizan para el diagnóstico tinciones especiales y técnicas de anticuerpos fluorescentes. ¹⁷

El diagnóstico diferencial anatomopatológico hay que hacerlo con las Botriomicosis debidas a *Stafilococcus*, *Pseudomonas* y *Proteus*, por medio de la Tinción de Ziehl Neelsen, teniendo en cuenta que la Nocardiosis suele ser cutánea y no visceral ⁴ y con otra serie de gérmenes en los frotis cérvico-vaginales por medio de técnicas más depuradas. ^{14, 16}

El tratamiento de la actinomicosis desde 1945 ha sido la penicilina a grandes dosis y durante largo período. ² Actualmente se ha introducido, además el uso de otros antibióticos, entre ellos la tetraciclina y la eritromicina. ¹³

Excisión del absceso o abscesos y retirada del DIU en el caso que se sospeche su relación. ⁷ Posteriormente a los casos de actinomicosis relacionados con el DIU se les debe practicar un seguimiento con frotis cérvico-vaginales periódicos durante un largo período. ¹⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarruk Sandoval R. Actinomicosis de los anejos asociados al dispositivo intrauterino. Arch. Fac. Med. Madrid, 1985.P. 5,269-75.
2. Harvey J, Cantrel J, Fisher A.. Actinomycosis: Its recognition and treatment .Ann Intern Med, 1995; 146: 1868-85.
3. Hager W, Douglas B, Madjmudar B, Naiz, Williams O, Ramsey C, et al. Pelvic Colonization with Actinomyces in women using intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol, 1996; 234: 1990-1684.
4. Robboy S, Vickery A: Tinctorial and morphological properties distinguishing Actinomycosis and Nocardiosis. New Eng J Med 1990; 292:589-96.
5. Yu H, Yim C, Leong C. Primary Actinomycosis of Kidney presenting with Reno-Colic Fistula. Br J Urol 1996; 140-44.
6. Louie J, Kussme J, Rush J, Pribram H. Actinomicotic subdural empiema. J Neurosurg 1995; 101: 1852-56.
7. Shiffer M, Elguezabal A, Sultana M, Allen C. Actinomycosis infection associated with intrauterine devices. Obstet Gynecol 1992; 85: 467-72.
8. Richert G, Pratt J, Nicols D. Actinomycosis of the female genital organ. Minn. Med 1972; 55: 1003-06.
9. Dawood M, Bienbaum S. Unilateral ubo-ovarian abscess and intrauterine contraceptive device . Obstet Gynecol 1995; 96:929-32.
10. Witwer M, Farmer M, Wand J, Salomon L. Extensive Actinomycosis with and intrauterine contraceptive device. Am J Obstet Gynecol 1994, 298: 1933-35.
11. Jones M, Buschmann B, Dowling E, Pollock E. The prevalence of Actinomycocetes-like organism found in cervico-vaginal smears of 300 I.U.D weares. Acta Cytol 1995; 123:1282-86.
12. Eschenbach D, Harnish J, Holmes K. Pathogenesis of acute pelvic inflammatory disease: Role of contraception and other risk factors. Am J Obstet Gynecol 1996; 228: 2838-50.

13. Editorial. IUD and Actinomyces-like organisms. Lancet 1991; 1:321-23.
14. Luff R, Gupta P, Spence M, Frost J. Pelvic Actinomyces- and the intrauterine contraceptive device. A Cytohistomorphologic Study. Am J Clin Pathol 1996; 169: 1581-86.
15. Mc Cormick J, Scorgie R. Unilateral tubo-ovarian actinomycosis in the presence of intrauterine device. Am J Clin Pathol 1995; 168: 1429-32.
16. Gupta P, Luff R, Spence M, Frost J. Actinomyces infection with IUD usage. Acta Cytol 1996; 50: 2582-84.
17. Spence M, Gupta P, Frost J, King T. Cytologic detection and clinical significance of Actinomycosis Israelii in women using intrauterine devices. Am J Obstet Gynecol 1995; 231: 2295-98.

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular de Medicina Interna. ISCM-C. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.