

Actinomicosis abdominal

Dres. DANIEL CASSINELLI, GUILLERMO PIACENZA

y Br. SUSANA NUÑEZ *

Dentro de las localizaciones viscerales de la actinomicosis en el hombre, la más frecuente, sin lugar a dudas es la pulmonar. La sigue en orden de frecuencia la actinomicosis abdominal, y dentro de ésta, la víscera más frecuentemente afectada es el colon (ciego o sigmoide) (1).

Esta localización abdominal de la actinomicosis, es sumamente rara, a diferencia de la pulmonar, que se ve con relativa frecuencia. Según Duncan (2) en 640.000 ingresos en 5 hospitales de Seattle, en el período 1956-1965, hubo solo dos casos de actinomicosis abdominal.

La revisión de casos publicados, confirma esta rareza, ya que hemos encontrado muy pocas comunicaciones acerca de esta patología en la literatura mundial. Con respecto a las publicaciones nacionales, no hemos hallado ningún caso.

Traemos esta observación, por su rareza, y por presentar algunas características interesantes a destacar.

HISTORIA

R. A. 54 años. Masculino.

M. de I. Tumoración de flanco izquierdo.

E. A. Hace 2 meses y medio, con motivo de un examen de rutina le constatan una tumoración de flanco izquierdo, que al parecer ha permanecido invariable hasta el momento actual. A posteriori comienza con dolor de aparición brusca, tipo puntada, de mediana intensidad en flanco izquierdo, a nivel de la tumoración, que se exagera con los esfuerzos de defecación, con irradiación hacia la fosa lumbar izquierda y que cede espontáneamente al cabo de unos minutos. No presenta trastornos digestivos altos. No fiebre.

Desde el comienzo del cuadro, nota deposiciones con materias acintadas. No melenas, no rectorragias, no mucus ni pus. Presenta pujos y tenesmos rectales

desde el inicio del cuadro. Materias de consistencia normal. No distensión. Tránsito urinario normal.

Desde hace tres meses a la fecha, adelgazamiento de 15 kgs. astenia y anorexia.

Antecedentes: Diabético conocido desde hace 8 años, compensado con régimen e hipoglucemiantes orales.

Apendicectomizado hace 40 años. No fumador. No etilista.

Examen: Lúcido, bien orientado, apirético, obeso.

Piel y mucosas bien coloreadas.

Abdomen: globuloso. Se palpa a nivel de flanco, fosa iliaca izquierda, hipogastrio y región umbilical, una tumoración intraperitoneal de 12 cms. de diámetro mayor, polilobulada, dura, con zonas más dolorosas, pero difusamente dolorosa, móvil en sentido transversal, no en sentido céfalocaudal. No tiene contacto lumbar.

En el resto del abdomen, no se palpan tumoraciones.

Tacto rectal: s/p.

El resto del examen clínico no reveló nada digno de mención.

El colon por enema resultó normal.

El resto de los exámenes complementarios fue negativo.

Dada la imposibilidad de avanzar más en el diagnóstico, y con el de probable tumoración neoplásica, se indica la laparotomía exploradora.

Intervención: Dr. Cassinelli, Dr. Piacenza, Pte. Núñez.

Anestesia general: Rivas.

Incisión paramediana transrectal izquierda. Se cae sobre una tumoración dura intraperitoneal, englobando la hoja posterior de la vaina. Se entra por dentro de la tumoración, liberando el epiploon y colon transversal izquierdo que están fuertemente adheridos a la tumoración, pero sin lesión aparente. Se reseca el tumor con bisturí eléctrico, pasando por tejido sano, reseca parte de la hoja posterior de la vaina del recto.

Cierre de la pared en dos planos con nylon, sin dificultades, a pesar de la resección de la hoja posterior. Puntos totales.

Al corte, la tumoración impresiona como una epiploitis abscedada.

Evolución postoperatoria. Fue sin incidentes hasta el cuarto día donde instala un flemón de pared, que hizo necesario la apertura de la herida y el drenaje quirúrgico. Luego evolucionó favorablemente, estando en el momento actual, a los tres meses de operado, con la herida cerrada y en excelente estado general.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Adjunto de Clínica Quirúrgica, Practicante Interino M. S. P.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2" Prof. J. Cendán, presentado el 4 de abril de 1973.

El informe anatomopatológico (Dr. Fontán), expresa:

Se recibe fijado en formol, una masa tumoral que pesa 450 gms. de forma discoide que mide 110 mms. de diámetro y tiene un espesor de 90 mms.

Al corte se observa tejido adiposo separado por gruesas bandas de tejido conjuntivo que se adhieren a una zona de tejido blanquecino.

Es. Microscópico: Los fragmentos examinados muestran un proceso inflamatorio crónico productivo en el espesor del cual se reconocen abscesos de pared, constituidos por un tejido de granulación conjuntivo vascular con centro supurado reconociéndose en medio del pus, tres granos de actinomicosis.

Corresponde a una actinomicosis de origen probablemente intestinal.

COMENTARIOS

Como vemos, es una localización excepcional de un proceso actinomicótico a nivel del epiploon mayor. Esta localización no la hemos encontrado descripta como afección aislada, aunque sí formando parte del proceso inflamatorio perivisceral del colon.

Con respecto a la forma de producirse este proceso, se está de acuerdo (2) en que el actinomicosis es un huésped saprófita del tubo digestivo y que se vuelve patógeno en determinadas circunstancias no aclaradas aún.

A favor de alguna efracción parietal (traumatismo inflamatorio, perforación), se produce la colonización a nivel del epiploon, a veces muy lejos del sitio de inicio.

En este paciente, no presentaba ningún antecedente de afección digestiva, salvo la apendicectomía hace 20 años, que no creemos que está en la causa de este proceso, ya que hay mucho tiempo asintomático entre los dos.

Desde el punto de vista terapéutico, la actinomicosis responde muy bien al tratamiento con penicilina en grandes dosis, asociada a las sulfas (3, 4, 6).

En nuestro caso, a pesar de no tener el informe anatomopatológico, el tratamiento con penicilina del absceso de pared, tiene que haber influido en la rápida resolución del problema.

En los últimos tiempos, se ha comenzado a usar el tratamiento con oxígeno hiperbárico, sin tenerse aún resultados definitivos (2).

En nuestro caso, la resección quirúrgica del proceso inflamatorio actinomicótico, más la terapéutica antibiótica, dio excelentes resultados.

RESUMEN

Presentamos un raro caso de actinomicosis localizada en el epiploon mayor con resección quirúrgica del proceso, y tratamiento antibiótico, con buena evolución, y curación del paciente.

RÉSUMÉ

Nous présentons un cas rare d'actinomycose localisée dans le grand épiploon avec résection chirurgicale du processus, traitement antibiotique, bonne évolution et guérison du malade.

SUMMARY

A rare case of actinomycosis located in the omentum majus was treated through surgical abscission of process and antibiotics. Evolution was good and patient recovered.

BIBLIOGRAFIA

1. DEPAULIS, M. J. et MARTINET, M. Un cas d'actinomycose localisé à la paroi abdominale. *Jour. Med. Bordeaux*, 141: 53, 1969.
2. DUNCAN, J. Actinomicosis abdominal. *Am. J. Surg.*, 110: 148, 1965.
3. HATHAWAY, B., KATHLERN, N. and MASON, M. S. Nocardiosis (Study of fourteen cases). *Am. J. Med.*, 32: 903, 1962.
4. J.A.M.A. Editoriales, 181: 721, 1962.
5. LAURENCE, A. E. Tratamiento quirúrgico del colon no neoplásico. *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 77: 188, 1963.
6. MURRAY, J., FINEGOLD, S., FROMAN, S. and Will D. The changing spectrum of Nocardiosis. *Am. Rev. of Resp. Dis.*, 83: 315, 1961.
7. POWERS, P., KRAMER, S. and DRAKE, N. Actinomycosis of the sigmoid colon. *Am. J. Surg.*, 102: 713, 1961.