

Actinomicosis: a propósito de 2 casos clínicos

Actinomyces: presentation of 2 cases

Sr. Editor:

La actinomicosis es una enfermedad causada por un grupo de bacterias grampositivas anaerobias, que habitualmente colonizan distintas mucosas del cuerpo humano: cavidad oral, colon y tracto genitourinario¹. Sin embargo, la disrupción de estas barreras puede producir una infección de tipo crónico por este microorganismo, que simula distintas patologías, incluso algunas de tipo maligno^{1,6} y que, junto a su muy baja incidencia, implican, finalmente, un diagnóstico difícil.

Presentamos 2 casos atendidos en nuestro centro, con distinta presentación.

El primer caso es un varón de 10 años, que consultó por dolor abdominal tipo cólico de un mes de evolución, con aumento de intensidad del dolor y febrícula en los últimos días. En la exploración se palpó una masa en FID, asociada a leucocitosis leve y neutrofilia (13.500 leucocitos y 76% neutrófilos). La ecografía abdominal fue compatible con plastrón apendicular, por lo que se intervino. Se halló un plastrón apendicular evolucionado y se realizó apendicectomía. El examen anatomopatológico del apéndice mostró un proceso inflamatorio crónico con focos de fibrina y «gránulos de azufre», sugestivos de colonias bacterianas de *Actinomyces*. Con el diagnóstico de actinomicosis apendicular, se inició tratamiento antibiótico por vía intravenosa con penicilina durante un mes y, posteriormente, amoxicilina oral hasta completar los 6 meses. Presentó una buena evolución clínica, permaneciendo asintomático en controles posteriores.

El segundo caso es una paciente de 2 años que consultó por una tumoración laterocervical izquierda de 4 días de evolución, de 2 × 1 cm aproximadamente, poco móvil, indurada, no dolorosa y con leve eritema de piel subyacente (fig. 1). No presentaba lesiones satélite ni fístulas cutáneas. Durante su seguimiento se constató aumento del eritema perilesional, sin cambios de tamaño ni otra sintomatología. En ningún momento presentó fiebre. El hemograma era normal y la proteína C reactiva de 2 mg/dl. La ecografía cervical evidenció una imagen sólida de ecoestructura



Figura 1 Tumoración cervical.

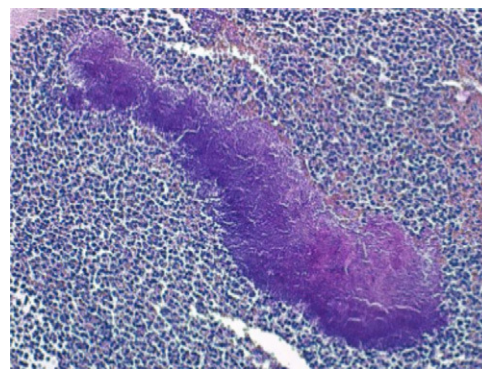


Figura 2 Colonia de *Actinomyces*.

heterogénea, mal delimitada e inespecífica. La PAAF informó la presencia de linfocitos y neutrófilos con abundantes nidos de *Actinomyces*, que se confirmó por estudio microbiológico (fig. 2). Ingresó para tratamiento por vía intravenosa con penicilina durante 4 semanas, abscesificándose entre la segunda y la tercera semanas y precisando drenaje quirúrgico. Ante la evidente mejoría, fue dada de alta y seguida en consulta, completando tratamiento por vía oral con amoxicilina durante 2 meses, por decisión familiar, con resolución del cuadro. A los 18 meses acude de nuevo por absceso en la zona cicatricial que se trató con drenaje y amoxicilina-clavulánico por vía oral durante 2 semanas. Los cultivos del exudado fistuloso fueron negativos para *Actinomyces*, obteniéndose el aislamiento de *Streptococcus salivarius*. La ecografía informó de trayecto fistuloso cervical izquierdo desde cicatriz hasta lóbulo tiroideo izquierdo, sin adenopatías. La endoscopia fue normal. No se realizó esofagograma. Con estos datos, recurrencia, aislamiento microbiológico e informe ecográfico, se sospechó una posible malformación congénita. Se realizó exéresis quirúrgica de fístula cervical izquierda que bordeaba el lóbulo izquierdo tiroideo sin penetrar en él y que finalizó en el cartílago tiroideo con un cierre transfixivo. A los 2 días fue dada de alta sin tratamiento antibiótico. En 6 meses de seguimiento, no ha presentado complicaciones.

La actinomicosis es una infección granulomatosa, bacteriana, producida por distintas especies de la familia *Actinomycetaceae*². Es necesaria una lesión mucosa ocasionada por traumatismos, escasa higiene bucal o extracciones dentarias^{2,6}, caries, abscesos, malformaciones e intervenciones quirúrgicas, para que la infección sea capaz de iniciarse^{1,5,6}. El periodo de latencia desde la inoculación hasta desarrollar clínica puede durar desde días a años¹. Se asocia más frecuentemente al género masculino^{5,6}. La infección es rara en la infancia^{3,5}. Las áreas más afectadas son la región cervical (60%), el abdomen (20%) y el tórax (15%)⁶. La transmisión entre personas no se ha notificado^{1,5}. La enfermedad cérvico-facial es la más frecuente, generalmente de localización mandibular y asociada a lesiones en la cavidad oral. En la fase inicial se manifiesta como una masa indurada y escasamente dolorosa, de tono rojo-vinoso, próxima al ángulo submandibular. Los síntomas generales suelen estar ausentes⁵. En la actinomicosis de localización cervical baja existe la necesidad de descartar malformaciones por defecto del cierre de los arcos branquiales como el seno de la tercera bolsa faríngea, linfadenitis, tiroiditis

y otros. En nuestro caso se sospechó la existencia de una malformación congénita por la recurrencia de la infección, el aislamiento de un microorganismo de la cavidad bucal, la localización, y los datos ecográficos y quirúrgicos. En la intervención se encontró un trayecto fistuloso desde la piel al ápex del lóbulo tiroideo izquierdo hasta llegar a cartilago tiroides, procediéndose al cierre y la exéresis del mismo. Aunque no se realizaron otros estudios de imagen pensamos que la fístula del seno piriforme es la malformación más compatible con estos hallazgos.

La forma abdominal es la presentación más indolente e inespecífica, de ahí su difícil diagnóstico¹. En algunos casos puede acompañarse de fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso, anorexia, alteración del hábito intestinal o sensación de masa⁴. El factor predisponente más frecuente es la apendicitis (aunque es rara la infección apendicular por *Actinomyces*³) y otros, como la diverticulitis o perforación del colon transverso o sigmoideo etc.⁶.

Su diagnóstico suele ser complicado y a menudo tardío, ya que es una infección poco frecuente y además, según el lugar de presentación, puede producir gran variedad de síntomas. Los hallazgos clínicos, de laboratorio y radiológicos son inespecíficos y los síntomas suelen ser lentamente progresivos.

El diagnóstico definitivo se realiza con el aislamiento de *Actinomyces* en la muestra biológica. Son característicos los gránulos de azufre, amarillentos, que incluso pueden verse macroscópicamente, en zonas de material purulento.

La penicilina G es el fármaco de elección por un periodo prolongado^{1-3,5,6}.

La cirugía ocupa un lugar discutido por muchos autores¹, pero en estos casos pensamos que ha sido determinante, permitiendo acortar el tratamiento antibiótico. En general, con una terapia apropiada, el pronóstico suele ser muy bueno, lográndose la curación en un alto porcentaje de los casos⁶.

Concluimos que, a pesar de su rareza, la actinomycosis es una enfermedad que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa inflamatoria de loca-

lización cérvico-facial o abdominal, sobre todo si tiene un curso crónico y/o mala respuesta al tratamiento.

Aunque el tratamiento antibiótico prolongado (6-12 meses) supone la curación de la mayoría de los casos, pensamos que la cirugía puede tener un papel importante, favoreciendo la eliminación del principal foco de infección y permitiendo así acortar la duración del mismo hasta en 3 meses, como ocurre en el caso del segundo paciente.

Bibliografía

1. Acevedo F, Baudrand R, Letelier LM, Gaete P. Actinomycosis: a great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature. *Int J Infect Dis*. 2008;12:358-62.
2. Bononi F, Vladir Iazzetti A, Da Silva NS. Pediatric cervicofacial actinomycosis: case report and review of the literature. *J Pediatr*. 2001;77:52-4.
3. Lois C, Madero S, Martín A, Ramos JT, Delgado D. III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica [último acceso Ago. 2010]. Disponible en: <http://www.conganat.org/3congreso/cvhap/comunicaciones/084/texto.htm>
4. Cornejo Juárez P, et al. Absceso hepático por *Actinomyces* Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. *Med Int Mex*. 2009;25:537-40.
5. Herrero Martínez JA, Simarro Gonzalez E. Actinomycosis Medicine. 2002;8:3579-84.
6. Ortiz A, Esteban J, Fernandez Martinez AI, Fernandez Roblas R. Actinomycosis. *Medicine*. 2006;56:3646-52.

K. Cabrejos Perotti^{a,*}, J.F. Pascual Gazquez^b, S. Alfayate Miguelez^b y A. Trujillo Ascanio^a

^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: katherine_cp83@hotmail.com (K. Cabrejos Perotti).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.04.013>

Hamartoma de músculo liso congénito: importancia de un correcto diagnóstico diferencial

Congenital smooth muscle hamartoma: the importance of a correct differential diagnosis

Sr. Editor:

El hamartoma de músculo liso congénito es una lesión cutánea poco frecuente, que suele detectarse en el período neonatal o en la primera infancia¹⁻³, con predominio en varones²⁻⁵. Su prevalencia se calcula que es de 1 por cada 1.100 a 2.700 recién nacidos; sin embargo, en los últimos años se postula que su frecuencia es mayor, debido a que es una entidad infradiagnosticada²⁻⁵, adquiriendo por tanto gran relevancia un correcto diagnóstico diferencial.

Se presenta el caso de un varón en el que se apreciaba desde los 6 meses de vida una zona indurada en el glúteo derecho. No presentaba antecedentes familiares de interés. La gestación y el parto habían sido normales y su peso al nacimiento fue de 4.210 g. En la primera consulta se observaba un área indurada de unos 6 × 4 cm de diámetro, con piel de consistencia y color normales (fig. 1). En las sucesivas visitas, la lesión va creciendo acorde al desarrollo del niño; siendo posible observar la existencia del seudosigno de Darier, al presionar el pañal o con los cambios de temperatura. A su vez, se apreció la presencia de vello en uno de los extremos de la lesión. A los 9 meses de vida se solicitó consulta al servicio de Dermatología y se realizó biopsia de la lesión, confirmándose el diagnóstico de hamartoma de músculo liso ante los hallazgos histológicos (fig. 2). Dado el carácter benigno de esta entidad, no precisó tratamiento. En el momento actual, a los 16 meses de vida, la lesión presenta un tamaño de 8 × 5 cm, persistiendo