Presentación de caso

Actinomicosis en paciente posmenopáusica

Actinomycosis in a Postmenopausal Patient

Yoanna Ramírez Fernández[1] https://orcid.org/0000-0002-6343-3781

Karel Borroto Martínez[2*] https://orcid.org/0000-0002-3183-1312

Alexander Morales Fontaine[1] https://orcid.org/0000-0003-0233-0735

[1]Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK). La Habana, Cuba.

[2]Centro de Investigaciones Clínicas. La Habana, Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: karelborroto@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La actinomicosis pélvica es una infección bacteriana crónica poco común, causada por *Actinomyces israelii*. Existe una fuerte asociación entre el uso de dispositivos intrauterinos de larga data y el desarrollo de esta. En mujeres posmenopáusicas es infrecuente y puede presentarse de manera insidiosa, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío.

Objetivo: Presentar el caso clínico de una paciente posmenopáusica con actinomicosis pélvica.

Caso clínico: Paciente femenina de 55 años, con antecedente de dispositivo intrauterino colocado hace 30 años, que acudió a consulta por dolor abdominal de un año de evolución y pérdida de peso. La ecografía abdominal informó de tumores bilaterales de ovario. En la laparotomía se observó aspecto de pelvis congelada que recordó a actinomicosis; se realizó histerectomía total con doble anexectomía. Se comenzó el tratamiento con penicilina parenteral. Patología confirmó el diagnóstico presuntivo por la presencia de gránulos de azufre en la pieza quirúrgica. Se continuó el tratamiento médico con antibioticoterapia y en la consulta de 3 meses se dio el alta a la paciente.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Conclusiones: Se trata de un caso de presentación poco frecuente por tres motivos: la baja incidencia de las infecciones por *Actinomyces*, la presentación clínica atípica y la escasa frecuencia de actinomicosis pélvica en mujeres posmenopáusicas.

Palabras clave: actinomicosis; ovario; pelvis; posmenopausia.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic actinomycosis is an uncommon chronic bacterial infection caused by *Actinomyces israelii*. There is a strong association between the long-term use of intrauterine devices (IUDs) and the development of this condition. It is rare in postmenopausal women and may present insidiously, which can lead to a delayed diagnosis.

Objective: To present the clinical case of a postmenopausal patient with pelvic actinomycosis.

Clinical Case: A 55-year-old female patient, with a history of an intrauterine device inserted 30 years prior, presented with a one-year history of abdominal pain and weight loss. An abdominal ultrasound revealed bilateral ovarian masses. During laparotomy, a frozen pelvis appearance, suggestive of actinomycosis, was observed; a total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy was performed. Treatment with parenteral penicillin was initiated. Pathology confirmed the presumptive diagnosis through the identification of sulfur granules in the surgical specimen. Medical treatment with antibiotics was continued, and the patient was discharged at her three-month follow-up visit.

Conclusions: This case is considered an unusual presentation for three reasons: the low incidence of *Actinomyces* infections, the atypical clinical presentation, and the rarity of pelvic actinomycosis in postmenopausal women.

Keywords: actinomycosis; ovary; pelvis; postmenopause.

Recibido: 29/06/2024

Aceptado: 04/09/2025

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Introducción

La actinomicosis pélvica es una infección bacteriana crónica poco común, causada principalmente por *Actinomyces israelii*. Habitualmente, se manifiesta como infecciones cérvico-faciales (60 %), toraco-abdominales (35 %) y pélvicas (5 %). Esta última corresponde a la localización menos frecuente.[1] Existen al menos 30 especies que afectan al ser humano, entre las cuales *Actinomyces israelii* es la más frecuente.[2]

El manejo depende de la severidad de la infección y de las complicaciones asociadas, pero, por lo general, requiere de un tratamiento antibiótico prolongado y en alta dosis para erradicar la infección. En algunos casos, también es necesaria una intervención quirúrgica.[3]

El diagnóstico se realiza por el hallazgo de gránulos en el pus o en secciones histológicas de la muestra. Los filamentos de las bacterias se tiñen con técnicas especiales, lo que permite demostrar que los gránulos están compuestos por bacterias en ramificación. En ausencia de gránulos, el hallazgo de bastones y filamentos ramificados grampositivos en el frotis sugiere la presencia de actinomicetos.[4]

Caso clínico

Paciente femenina de 55 años, aparentemente sana, con antecedente de colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) hace 30 años, acudió a consulta de Cirugía General por presentar dolor abdominal localizado en hipogastrio de poco más de un año de evolución. Este se acompañaba de pérdida de peso de cerca de 15 libras, según refirió, en los últimos cinco meses.

Al examen físico general presentaba un índice de masa corporal de 27. El abdomen se constató depresible, doloroso en hipogastrio con masa tumoral palpable, dolorosa, sin reacción peritoneal, que impresionaba de consistencia elástica. Al examen con espéculo se apreció DIU colocado sin otras alteraciones. El tacto vaginal fue doloroso, con presencia de tumor en ambos anejos y parametrios ocupados. Los estudios ecográficos informaron un útero que midió 8 x 5 cm con imagen nodular compleja de 5 x 4 cm en cara posterior y fondo, que impresionó tumor de ovario bilateral. El resto de los complementarios se encontraban en parámetros normales.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Se programó para intervención quirúrgica con la sospecha diagnóstica de tumor bilateral de ovarios. Al realizarse la laparotomía exploradora, se apreció pelvis congelada con dificultad para identificar estructuras. Se observó una formación solido-quística de origen anexial derecho adherida a la cara posterior del útero, que involucraba el apéndice cecal, con adherencias al recto-sigmoides. Además, se encontró salida de material de aspecto purulento. Se realizó liberación de adherencias, histerectomía total abdominal con doble anexectomía, más apendicectomía (fig. 1).

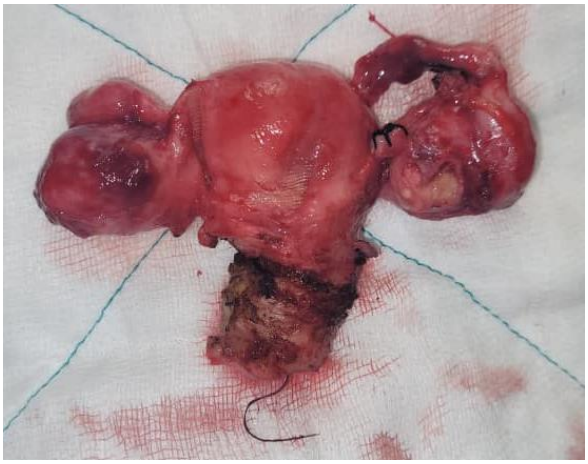


Fig.1 - Pieza quirúrgica, útero y anejos con presencia de dispositivo intrauterino (DIU).

A pesar de presentar un cuadro clínico atípico, se discutió el caso con un grupo multidisciplinario (cirujanos, clínicos, intensivistas e infectólogos), pues los hallazgos operatorios recordaban a los de actinomicosis pélvicas y se decidió comenzar tratamiento con penicilina cristalina endovenosa, aun sin la confirmación diagnóstica. La evolución posoperatoria fue favorable y se egresó al séptimo día de operada.

El estudio anatomopatológico informó adenomiosis uterina y en ambos anejos, así como endometritis crónica agudizada, con presencia de algunos gránulos de azufre (fig. 2). Asimismo, se identificó un dispositivo intrauterino (DIU) en la cavidad endometrial, cervicitis crónica moderada con metaplasia escamosa endocervical y abscesos tuboováricos bilaterales. También se evidenció salpingitis crónica xantogranulomatosa. En el apéndice cecal se observó periapendicitis supurada.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

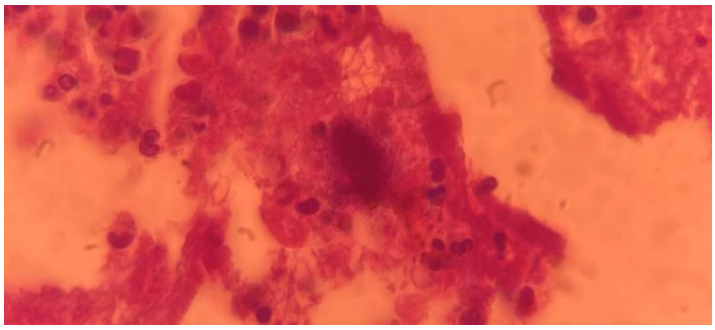


Fig. 2 - Micrografía de preparación histológica teñida con hematoxilina/eosina que muestra colonia filamentosa basófila compatible con gránulo actinomicótico, rodeada de detritos celulares y neutrófilos. Objeto de inmersión 100x.

Se le retiraron los puntos de la herida a los 15 días y se comprobó buena cicatrización de la cúpula vaginal. La paciente se mantuvo asintomática; se continuó el tratamiento con penicilina intramuscular de forma ambulatoria. Se le realizó el seguimiento por consulta durante tres meses y se le dio el alta médica por mantenerse asintomática y con complementarios en parámetros normales. La ecografía realizada a los tres meses estuvo sin alteraciones.

El tratamiento instaurado consistió inicialmente en penicilina cristalina por vía endovenosa, a dosis de 4 millones de unidades al día durante diez días, seguida por la administración de la misma dosis por vía intramuscular durante 21 días adicionales, hasta completar un mes de tratamiento. Posteriormente, se indicó amoxicilina por vía oral, a dosis de 500 mg cada 8 horas durante un mes. Finalmente, durante el tercer mes, se completó el esquema terapéutico con doxiciclina por vía oral, a dosis de 100 mg diarios.

Discusión

La infección por *Actinomyces* se ubica dentro del grupo de las “grandes imitadoras”, dado que su clínica es amplia e inespecífica, lo cual muchas veces dificulta su diagnóstico. Se suele producir posterior a apendicitis perforada, perforaciones intestinales, diverticulitis complicadas, asociado a cuerpos extraños (por ejemplo, uso de DIU) o secundario a traumatismos.[5] Histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas, abscesos y masas con abundante tejido fibroso, que pueden extenderse a órganos adyacentes y dar origen a trayectos fistulosos.[3]

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

La actinomicosis pélvica puede ocurrir como consecuencia de una patología intraabdominal a nivel apendicular o rectal. Es infrecuente y habitualmente se produce como consecuencia de infección ascendente a través del útero, en general asociada al uso de dispositivo intrauterino (incluso tras la retirada del mismo) y en menor medida al prolapso uterino o aborto séptico.[6]

Se trata de una infrecuente causa de dolor pélvico crónico, que puede manifestarse como tumoración abdominal, tumor ovárico, absceso, obstrucción intestinal.[7]

Es importante señalar que la recidiva de esta infección es alta cuando no se realiza un tratamiento óptimo y, en este caso, la decisión de completar solo tres meses de antibioterapia fue posible porque la paciente cumplía con ciertas características: favorable evolución clínica, buena tolerancia oral, adecuado entendimiento de indicaciones médicas, continuidad de los controles y buena red de apoyo familiar.

Conclusiones

Este es un caso poco común, en primer lugar, porque la infección por *Actinomyces israelii* es infrecuente; en segundo lugar, pues el cuadro clínico no fue el típico; y, en tercer lugar, debido a lo infrecuente de estos casos en pacientes posmenopáusicas.

Referencias bibliográficas

1. Vasilescu AM, Târcoveanu E, Lupascu C, Blaj M, Lupascu Ursulescu C, Bradea C. Abdominopelvic Actinomycosis. The Diagnostic and Therapeutic Challenge of the Most Misdiagnosed Disease. Life. 2022;12(3):447. DOI: https://doi.org/10.3390/life12030447

2. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, *et al.* Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. Infect Drug Resist. 2014;7:183-97. DOI: https://doi.org/10.2147/IDR.S39601

3. Fontana Ostornol A, Calvo Cruzat J, Sandoval González P. Actinomicosis pélvica, relevancia de la sospecha diagnóstica y seguimiento clínico: reporte de un caso. Rev. Med. Clin. Condes. 2023 [acceso 15/06/2024];34(6):436-9. Disponible en:

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actinomicosis-pelvica-relevancia-sospecha-diagnostica-S0716864023000871

4. Cisterna P, Ovalle A. Actinomicosis pélvica invasiva. Un desafío para el ginecólogo, Rev Chilena de Obstet Ginecol. 2021 [acceso 15/06/2024];86(3):322-5. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf-rchog/v86n3/0048-766X-rechog-86-3-322.pdf

5. Sánchez Guzmán AV, Mora Calderón A. Actinomicosis pélvica: relación con dispositivos intrauterinos. Rev Clin Esc Med UCR-HSJD. 2015;5(5):11-5. DOI: https://doi.org/10.15517/rcucr-hsjd.v5i5.21699

6. Han Y, Cao Y, Zhang Y, Niu L, Wang S, Sang C. A Case Report of Pelvic Actinomycosis and a Literature Review. Am J Case Rep. 2020;21:e922601. DOI: https://doi.org/10.12659/AJCR.922601

7. García-García A, Ramírez-Durán N, Sandoval-Trujillo H, Romero-Figueroa MDS. Pelvic Actinomycosis. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2017;2017:9428650. DOI: https://doi.org/10.1155/2017/9428650

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES