

# Tumor quístico por *Actynomises* diagnosticado por punción aspiración por ecoendoscopia. A propósito de un caso.

**Autores** Livia Rodríguez,<sup>1</sup> Yrma Linares,<sup>2</sup> Leonardo Sosa Valencia,<sup>1</sup> Erika Rodríguez<sup>1</sup>

**Afiliación** <sup>1</sup>Gastroenterólogos-Ecoendoscopista de Cite (Centro de Investigación tecnológicas y eco endoscópicas)  
<sup>2</sup>Citoanatomopatologo-Prof. de la UCV, Centro San Ignacio. Caracas, Venezuela

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2012;66(1):53-56. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Livia Rodríguez. Médico Gastroenterólogo. Centro de Investigaciones Tecnológicas y Ecoendoscópicas (CITE), Caracas, Venezuela.

Correo-e: liviarod@hotmail.com

Fecha de Recepción: Noviembre 2011. Fecha de Revisión: Abril 2012. Fecha de Aprobación: Mayo 2012.

## Resumen

El *actynomises* es una enfermedad que se presenta pocas veces a nivel abdominal. Caracterizado por la formación de múltiples abscesos, con producción de granulaciones y abundante tejido fibrótico. Se describe el caso de masculino de 70 años quien presenta fiebre 39c, dolor en epigastrio y lumbalgia. En exámenes de laboratorio se evidencio leucocitosis 15000, ecosonograma abdominal que concluye quiste complejo en la cabeza del páncreas y en la tomografía abdominal lesión de ocupación de espacio sólida en la transcavidad de los epiplones concluyendo tumor retroperitoneal. Se le realizó ultrasonido endoscópico encontrando lesión de aproximadamente entre 8 y 10cm, tipo quística abscedada menos probable tumor mesenquimático abscedado. Se realizó punción aspiración guiada por eco endoscopia obteniendo abundante celularidad, con denso exudado inflamatorio de polimorfonucleares neutrófilos, histiocitos, linfocitos y plasmocitos. También agregados bacterianos filamentosos, basófilos a la Hematoxilina- Eosina, que sugieren la presencia de *Actynomises*. Se le realizó colonoscopia encontrando en colon transversal cuerpo extraño (espina de pescado), coincidiendo con la ubicación del absceso planteándose la posibilidad causa-efecto, se extrae y se coloca ampicilina-sulbactam por 14 días, antiinflamatorio no esteroideos, con la consecuente resolución del absceso. Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones después de 8 meses de haber sido tratado.

**Palabras Clave:** Absceso, *Actynomises*, Ultrasonido endoscópico, Punción aspiración guiada por ultrasonido endoscópico.

## CYSTIC TUMOR BY ACTYNOMISES DIAGNOSED BY ASPIRATION PUNCTURE ENDOSCOPY ULTRASOUND. A PURPOSE OF A CASE

### Summary

The *Actinomyses* is a disease that rarely occurs at the abdominal level. Characterized by the formation of multiple abscesses, with abundant production of grains and fibrotic tissue. We describe the case of 70 year male who had fever 39 c, epigastric pain and back pain. In laboratory tests evidenced leukocytosis 15000, ending abdominal ultrasound cyst complex in the pancreatic head and abdominal CT in the space-occupying lesion in solid lesser sac ending retroperitoneal tumor. He underwent endoscopic ultrasound finding injury approximately 8 to 10 cm, cystic type abscessed abscessed mesenchymal tumor less likely. Guided aspiration was performed by echo endoscopy obtaining abundant cellularity with dense inflammatory exudate of neutrophils, histiocytes, lymphocytes and plasma cells. Also added filamentous bacterial cells, basophils to hematoxylin-eosin, suggesting the presence of *Actynomises*. Colonoscopy was performed in the transverse colon found foreign body (fish bone), coinciding with the location of the abscess considering the possibility of cause and effect, is removed and placed ampicillin-sulbactam for 14 days, non-steroidal anti-inflammatory, with the resulting resolution abscess. Currently the patient is in good condition after 8 months of being treated.

**Key words:** Abscess, *Actynomises*, Endoscopic ultrasound, Needle aspiration cytology guided by endoscopic ultrasound.

## Introducción

El actinomycosis es una enfermedad crónica que se presenta pocas veces a nivel abdominal y hay poca información en la literatura con respecto a la misma en dicha zona. Es de carácter progresivo, caracterizada por la formación de múltiples abscesos y trayectos fistulosos, con producción de granulaciones características (gránulos de azufre) y masas de abundante tejido fibrótico. Ésta es una de las patologías con más diagnósticos erróneos pues frecuentemente se confunde con neoplasia.<sup>1,2,3</sup> *A. Socranski* es un colonizador normal de la vagina, colon y boca. La infección se produce en primer lugar por una ruptura de la barrera mucosa como consecuencia de varios procedimientos (dental, GI), aspiración, o por patologías tales como diverticulitis. El diagnóstico diferencial puede hacerse con la tuberculosis que es una enfermedad que puede comprometer diferentes aparatos y sistemas, con predominio del compromiso pulmonar en una relación de diez a uno sobre el extrapulmonar.<sup>4</sup> El compromiso digestivo se encuentra entre 0,4% y 5% y en nuestro medio es predominantemente secundario a la existencia de un foco pulmonar, entre el 75% y 92,6%.<sup>4,5,6</sup> Presente el bacilo tuberculoso en la pared intestinal, el compromiso fundamental se halla en la submucosa donde abundante tejido linfóide, la colonización estimula una respuesta inflamatoria con engrosamiento por edema, hiperplasia linfática, infiltración celular y formación de tubérculos (foliculo de Koester) formado por células epiteliales, mononucleares y células gigantes o de Langhans.<sup>7,8,9</sup> Este proceso puede dar lugar a secuelas, Al cicatrizar las úlceras éstas se fibrosan provocando estenosis del lumen y engrosamiento de la pared intestinal, finalmente una reacción fibroblástica mas intensa puede darse en la submucosa y subserosa dando lugar a la forma hipertrófica del compromiso intestinal.<sup>7</sup> La tuberculosis digestiva con sus variantes intestinal, peritoneal, enteroperitoneal, mesentérica con o sin compromiso de otros órganos puede imitar y semejar a una gran variedad de desórdenes abdominales, incluyendo patología neoplásica, infecciosa, inflamatoria inespecífica.<sup>7,8,10,11</sup>

El tratamiento de la actinomycosis implica la combinación del desbridamiento quirúrgico de los tejidos afectados y la administración prolongada de antibióticos. Las especies pertenecientes al género *Actinomyses* son sensibles a penicilina (que se considera el antibiótico de elección), así como a eritromicina y clindamicina.<sup>12,13</sup>

## Caso Clínico

Se trata de masculino de 70 años, pescador, sin antecedentes de enfermedad previa, consulto por presentar fiebre 39°C, dolor en epigastrio de moderada intensidad, y lumbalgia. En los exámenes de laboratorio se evidenció leucocitosis 15000 a predominio de neutrófilos 75%, se realizó ecosonograma abdominal que concluyó Quiste complejo en la cabeza del páncreas y en Tomografía abdominal se observa lesión sólida en la transcurvadura de los epiplones por encima de la cabeza del páncreas con íntima relación con la arteria mesentérica, concluyendo tumor retroperitoneal. Es referido a nuestro centro y se le realizó ultrasonido endoscópico superior encontrando a nivel de la cara posterior del cardias gástrico y ligeramente hacia la cara anterior una lesión redondeada de aproximadamente entre 8 y 10 cm de tamaño de 6 cm de superficie en contacto con el tercio gástrico superior y medio, por encima del cuerpo del páncreas, ésta

lesión está en contacto íntimo con el lóbulo hepático izquierdo tiene una cápsula gruesa y presenta múltiples estructuras internas de contenido hemático espeso purulento, con múltiples estructuras quísticas tabicadas de diferentes tamaños, en algunos puntos pareciera ser de origen retroperitoneal y estar solo en contacto con la pared del estómago, no pareciera originarse del bazo ni del páncreas, y está en contacto muy íntimo con el hígado. Las características de la imagen sugieren una lesión de tipo quística abscedada menos probable tumor mesenquimático abscedado. Se procedió a realizar punción aspiración por aguja fina (PAAF) guiada por eco endoscopia de la lesión obteniendo material que es extendido por la cito patólogo presente en la sala quien colorea algunas de ellas con DK, otro material es colocado en alcohol isopropílico y otro material es colocado en formol para bloque celular. La lectura inicial reportó proceso inflamatorio de tipo supurativo. En la lectura definitiva de las láminas se encontró extendidos citológicos con abundante celularidad, constituidos por denso exudado inflamatorio de polimorfo nucleares neutrófilos dispersos y en cúmulos, entremezclados por menor proporción de histiocitos y ocasionales linfocitos y plasmocitos. También se evidencian agregados bacterianos filamentosos, basófilos a la Hematoxilina-Eosina, rodeados por abundantes polimorfo nucleares neutrófilos sugestivos de *Actinomyses*. No se encontró evidencia de neoplasia. En vista de estos hallazgos se le realizó colonoscopia encontrando en colon transverso cuerpo extraño (espina de pescado), coincidiendo con la ubicación del absceso planteándose la posibilidad causa-efecto, se extrae y se coloca ampicilina-sulbactam por 14 días, antiinflamatorio no esteroideos, con la consecuente resolución del absceso. Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones después de 10 meses de haber sido tratado.

## Discusión

Los actinomicetos son bacterias filamentosas que constituyen un grupo heterogéneo relacionado con corinebacterias y micobacterias, superficialmente parecidos a los hongos. *Actinomyses israelii*, es el principal responsable de actinomycosis en humanos, se caracteriza como Gram positivo, difícil de cultivar (<4%), sensible a penicilina.

La incidencia de actinomycosis es incierta y, al parecer, tiende a disminuir; predomina en adultos jóvenes. Es 3 ó 4 veces más frecuente en hombres. Presenta distribución mundial, con mayor incidencia en áreas con bajos índices socioeconómicos e higiénicos, en especial en salud oral.<sup>12,13</sup>

Los *actinomyses* son saprófitos de la cavidad oral, pulmones, genitales y tracto gastrointestinal; su capacidad de producir enfermedad se relaciona con lesiones de la mucosa y se presenta asociada a cirugías intraabdominales, en especial urgencias colónicas y de la vejiga urinaria, afectando principalmente el apéndice, ciego y válvula ileocecal (65%), y áreas de reservorio y estancamiento fecal. Los factores predisponentes incluyen, entre otros, apendicitis, perforación gastrointestinal, neoplasias, cirugías previas y cuerpos extraños.<sup>12,13</sup>

La presencia de *Actinomyses* a nivel abdominal se presenta con poca frecuencia, en vista de esto nos pareció interesante reportar este caso, y resaltar que la ecoendoscopia fue fundamental para realizar un diagnóstico más preciso y definitivo que ayudo al paciente a que no se le realizara un procedimiento quirúrgico.

A través de la ecoendoscopia se realizó punción aspiración obteniendo muestra de la lesión encontrada con un resultado negativo para neoplasia que era el primer diagnóstico planteado en este paciente. Debemos tener presente que hay que realizar este estudio de imagen en todos los pacientes en los que tengamos duda diagnóstica para precisar la causa en beneficio de nuestros pacientes. Existen patologías infecciosas como este caso, o enfermedades granulomatosas (TBC) que por ecoendoscopia o por otro método de imagen pueden simular enfermedad neoplásica sin embargo la punción guiada por ecoendoscopia hace la diferencia entre dichas patologías.



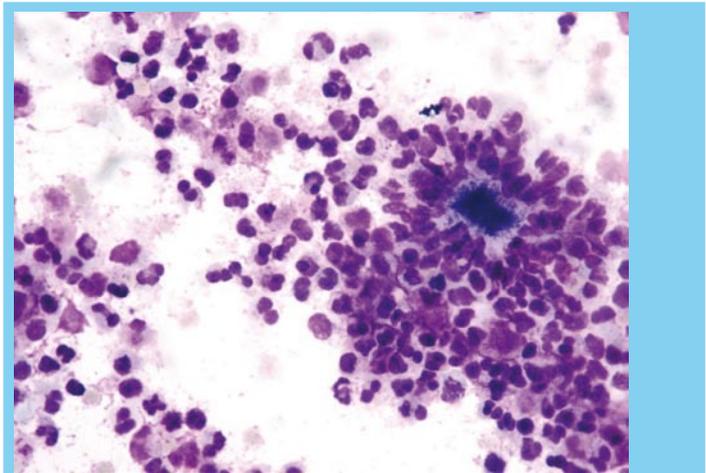
**Figura 3** Punción aspiración por aguja fina de lesión abscedada



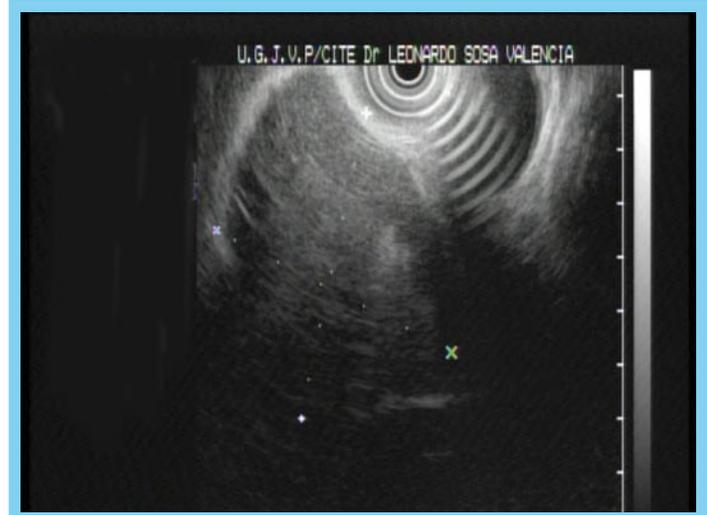
**Figura 4** Punción aspiración por aguja fina de lesión abscedada



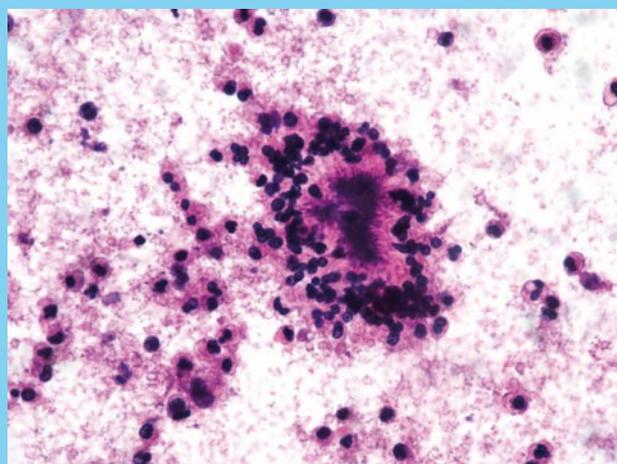
**Figura 1** Eco endoscopia imagen de lesion abscedada



**Figura 5** Histología de *Actinomyces* en lesión abdominal



**Figura 2** Eco endoscopia imagen de lesion abscedada



**Figura 6** Histología de *Actinomices* en lesión Abdominal

## Clasificación

Área: Gastroenterología

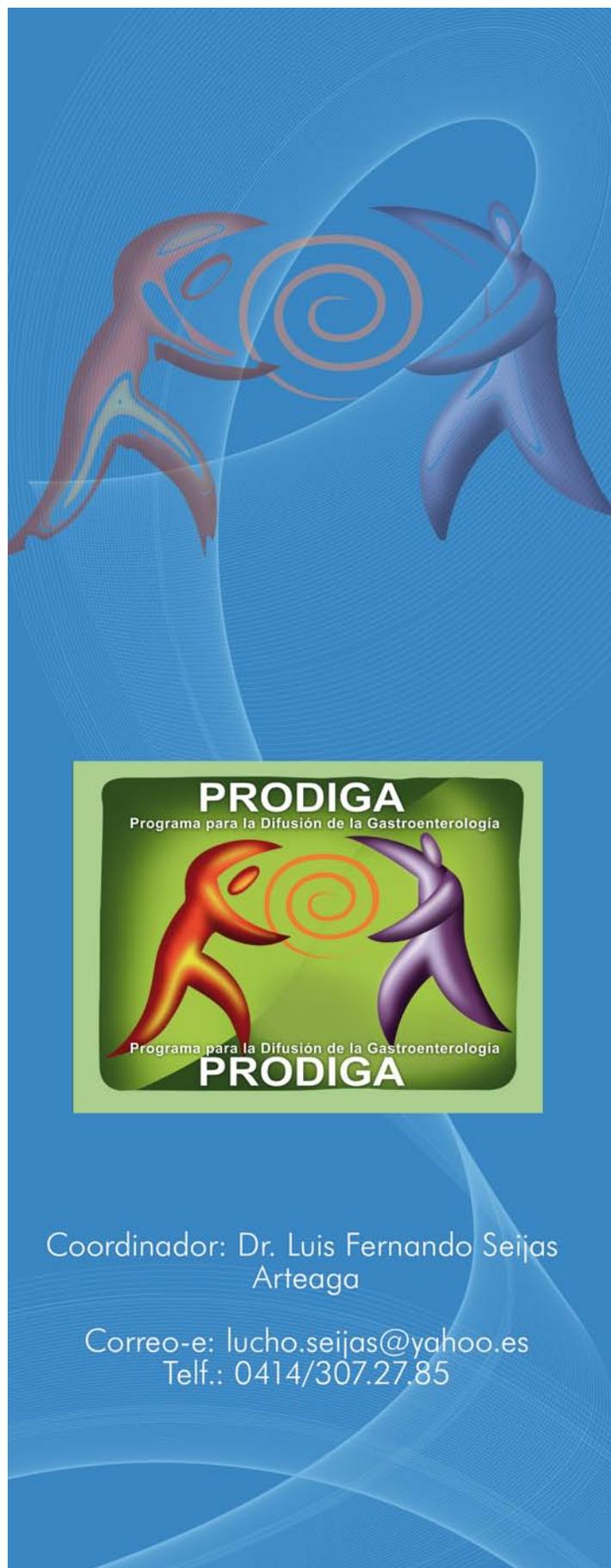
Tipo: Clínico

Tema: Colon

Patrocinio: Este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

## Referencias Bibliográficas

1. Bowden GHW, *Actinomycosis* in: Baron's Medical Microbiology. microbiology murray, 1996;(4):404-405.
2. Valicenti JF, Graber CD, Williamson HO, Willis NF. Detection and prevalence of IUD-associated actinomycetes colonization and related morbidity. A prospective study. JAMA 1982;247:1149-1152.
3. Holt JG. Manual of Determinative Bacteriology Williams & Wilkins.1994;(9):683.
4. Iwaki R, Bussalleu A. Tuberculosis Gastrointestinal y Peritoneal. Rey Gastroent Perú 1994;14:99-113.
5. Chahud A, Zegarra AC, Capcha LR, Díaz CA, Pichilingue PO. Tuberculosis Digestiva. Rey Gastroent Perú 1986;(6):13-26.
6. Chahud A. Tuberculosis digestiva Rey Gastroent Perú 1991; (11):71-88.
7. Abrams JS, Holden WD. Tuberculosis of the Gastrointestinal Tract. Arch Surgery 1964; (99):282-92.
8. Bockus HL. Tuberculosis of the intestines. Gastroenterology. 1976;(11):67-74.
9. Bockus Hl. Gastroenterología, 1990;(13):775-803.
10. Palmer HD. Editorial José M Cajica, IRSA- México 1958.
11. Walia HS, Khafagy AR, Al-Sayer HM, et al. Unusual presentation of abdominal. Tuberculosis Can J Surgery 1994; (4):37.
12. Madigan M, Martinko J. Brock Biology of Microorganisms. 2005;(11):13-14.
13. García JC, Nuñez MJ. Actinomycosis primaria de la pared abdominal. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. AN. MED. INTERNA (Madrid). 2001;(18):80-83.



Coordinador: Dr. Luis Fernando Seijas  
Arteaga

Correo-e: [luchoseijas@yahoo.es](mailto:luchoseijas@yahoo.es)  
Telf.: 0414/307.27.85