

# Actinomicosis Abdominal Infantil

## Reporte de un Caso Clínico

Carmen Albornoz Vatel<sup>1</sup>, Luis Zaror<sup>2</sup>, Marianela Caro<sup>3</sup>

### ABSTRACT

A child aged 3 years suffered an abdominal trauma with a very little perforation at the small intestine.

Consequently he developed multiple abscesses of actinomycotic origin which needed surgical treatment. Antibiotic were associated and used for a long period of time.

The torpid evolution was characteristic of such etiology, assuming that other microorganisms would have produced a quírgico emergency.

La Actinomicosis es una enfermedad crónica supurada producida por el *Actinomyces israelii*, germen descrito por primera vez por Israel en 1885. El *Actinomyces* (Act) es un bacilo Gram positivo ramificado, anaerobio, que se encuentra formando parte de la flora bucal y gastrointestinal, comenzando a colonizar desde los dos meses de edad<sup>1</sup> (Figura 1).

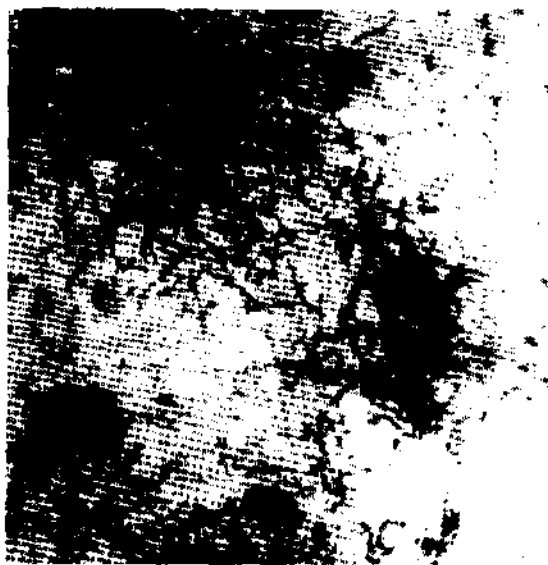


Figura 1. *Actinomyces israelii*, bacilo Gram positivo ramificado.

El género Act. tiene cinco especies: Act. israelii, Act. bovis, Act. odontolyticus, Act. naeslundii, Act. viscosus, siendo el primero el responsable de esta entidad clínica en el hombre.

<sup>1</sup>Médico becario, Hospital Regional Valdivia.

<sup>2</sup>Tecnólogo médico, Instituto de Microbiología, Universidad Austral de Chile.

<sup>3</sup>Médico, Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Regional Valdivia.

Se describen tres formas de presentación: cervicofacial, torácica y abdominal cuya frecuencia es variable de una serie a otra.

### Frecuencia de las formas clínicas de Actinomicosis

Ubicación	Autores		
	Weese (57 casos)	Harvey (37 casos)	Brown (181 casos)
Cervicofacial	50%	24%	35,3%
Torácico	17,6%	13%	33,5%
Abdominal	22,8%	63%	32,3%

En los niños esta afección es rara, siendo muy pocos los casos encontrados en la literatura mundial, lo que motivó la comunicación del hallazgo de un caso de Actinomicosis en un niño hospitalizado en el Servicio de Pediatría, Hospital Regional de Valdivia.

### CASO CLÍNICO

J. S. H., sexo masculino, 3 años procedente de Choshuenco, Panguipulli. Ingresado al Servicio de Pediatría, Hospital Regional de Valdivia el 5 de septiembre de 1978, con el antecedente de haber sufrido dos días antes, un traumatismo abdominal, cuyo impacto mayor se localizó en región inguinopubiana izquierda.

Al examen general se constataba un niño decaído, quejumbroso, abdomen distendido, no depresible, sensible en flanco izquierdo e hipogastrio, resistencia muscular y ruidos intestinales disminuidos. La radiografía de abdomen simple de urgencia demostró una gran dilatación de asas de intestino delgado, con pasaje de gas a niveles más bajos, lo cual descartaba un cuadro quirúrgico de urgencia.

Durante los días posteriores evolucionó en forma insatisfactoria llamando la atención un lento pero progresivo compromiso del estado general, irritabilidad marcada, deposiciones diarreicas de mal olor, manteniéndose subfebril.

El hemograma (6.9.78) mostró un hematocrito de 35%, leucocitos de 8.800  $\text{xmm}^3$  y desviación a izquierda de 19 baciliformes. La Velocidad de eritrosedimentación fue de 47  $\text{mmx 1.}^{\text{a}}$  hora. Orina con sedimento normal, hemocultivos y microcultivos negativos.

Al octavo día presentó dificultad respiratoria, encontrándose a la auscultación foco de Bronconeumonía bilateral, que fue corroborada por la radiografía de tórax. El hemograma de control mostraba leucocitosis de 19.400  $\text{xmm}^3$ , y 6 juveniles y 43 baciliformes. Sedimentación de 85  $\text{mmx 1.}^{\text{a}}$  hora. Como la reacción de aglutinación y cultivos eran persistentemente negativos se decidió comenzar tratamiento de Sepsis de origen desconocido con Cloxacilina y Gentamicina.

Frente a la persistencia clínica, tanto pulmonar como abdominal, se hicieron punciones abdominales que resultaron en blanco y punción pulmonar en hemitórax izquierdo, desde donde se extrajeron 4 cc. de pus fétido, con gránulos como de sémola, cuyo Gram directo reveló Act. israelii, el que fue confirmado por cultivo para anaerobios y las pruebas bioquímicas específicas. El aislamiento se asoció con Escherichia coli.

Planteándose la posibilidad de una ruptura intestinal como punto de partida del proceso séptico, se inició tratamiento con Penicilina sódica 1.000.000 U/Kg y Cloranfenicol 50 mg/Kg, continuándose estudio para localizar el foco inicial. La enema baritada reveló un buen pasaje del medio de contraste a nivel del colon, sin compresiones extrínsecas, asas aglutinadas en intestino delgado de hemiabdomen izquierdo. El tránsito intestinal demostró la presencia de una masa retrogástrica que comprimía su pared posterior



Figura 2. Tránsito intestinal, que demuestra desplazamiento del estómago hacia adelante, intestino delgado muy dilatado y aglutinación de asas en hemiabdomen izquierdo.

La laparotomía exploradora hecha a 21 días del ingreso reveló una ruptura puntiforme de intestino delgado en región parietocólica izquierda y abscesos: subfrénico izquierdo que rechazaba el estómago hacia adelante, en fondo de saco prevesical y mesenteriales múltiples. Proceso inflamatorio de la pared parietocólica izquierda, suboclusión intestinal mecánica (por proceso inflamatorio). Apéndice indemne. Se practicaron resección intestinal, vaciamiento de abscesos y apendicectomía. El estudio histopatológico del segmento resecado destacó una perenteritis aguda y crónica inespecífica abscedada en organización y los cultivos de las colecciones nuevamente fueron positivas para Act. israelii, asociado a Escherichia coli y Bacteroides melaninogenicus.

El postoperatorio fue muy tórpido, dándose de alta a los 57 días de hospitalización en buenas condiciones generales, afebril, exámenes físicos y de laboratorio dentro de límites normales. Se completó 10 días con Cloranfenicol y 25 días con Penicilina sódica parenteral, manteniéndose la última por vía oral por tres meses al cabo de los cuales el menor se encontraba sano.

## COMENTARIO

La Actinomicosis abdominal tiene como punto de partida la perforación intestinal, secundaria a una Apendicitis aguda, Diverticulitis colónica, Úlcera péptica o traumatismo abdominal<sup>1</sup>, el último de los cuales sería el mecanismo causal del caso que informamos.

El comienzo insidioso con decaimiento, compromiso progresivo del estado general, irritabilidad, anorexia, fiebre y un examen abdominal que aunque siempre estuvo alterado nunca presentó las características de un abdomen agudo constituyen la forma habitual de presentación de este cuadro, motivo por el cual en la gran mayoría de los casos el diagnóstico es de tipo bacteriológico y/o histopatológico y no clínico.<sup>1, 2, 3, 7, 8</sup>

La punción pulmonar hecha en el sexto espacio intercostal izquierdo con alta probabilidad puncionó absceso subfrénico del mismo lado ya que fuera del Act. se aisló E. coli. Suponemos que como está descrito el cuadro pulmonar fue producido por otro germen aerobio Gram positivo asociado, sensible a Penicilina.<sup>1, 8, 9, 10</sup>

Los cultivos hechos en medios corrientes de los abscesos fueron negativos; sin embargo el frotis Gram directo permitió establecer el diagnóstico, debido a lo cual pensamos que es recomendable practicar siempre de partida esta técnica a toda muestra clínica para estudio microbiológico, lo cual ahorraría tiempo y orientaría fácilmente también a la siembra en un medio adecuado para confirmar el diagnóstico y a la instauración de una terapia precoz y dirigida.

El pus encontrado tiene como característica un olor pútrido semejante al de aquellas sepsis orales de cierta cuantía, que da una fiel aproximación a la sospecha etiológica.

En relación al estudio histopatológico de la pieza reseçada no se encontró el Act., pero la perieritis en partes aguda y en otras crónica abscedada es un hallazgo común de la Actinomicosis.<sup>1</sup> Debe considerarse además que el paciente llevaba 13 días con antibióticos y que la ubicación del germen es focal pudiendo encontrarse solamente en algunos cortes histológicos.

Por último puede comprobarse una vez más que el tratamiento antibiótico no basta por sí solo para curar la enfermedad dado que no produjo alivio de la sintomatología, sino por el contrario fue aumentado. Lo útil en estos casos es la asociación de la cirugía para el vaciamiento de las colecciones supuradas y el

tratamiento antibiótico prolongado y en altas dosis.<sup>1</sup>  
4-6, 8, 10

## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> *Brown J.* Human Actinomycosis. *Human Pathology* 4(3): 319-330, 1973.
- <sup>2</sup> *Carejal C.* Actinomicosis hepática. *Rev. Méd. Chile* 104: 818-820, 1976.
- <sup>3</sup> *Galanatis.* Liver Actinomycosis. *Am. J. Gastroenterology* 65: 148-151, 1976.
- <sup>4</sup> *Gnoepff H.* Sistemic to- Pulmonary Artery Fistula Actinomycosis. *Chest* 67(4): 494-496, 1975.
- <sup>5</sup> *Miller R.* Actinomycosis of the transverse mesocolon. *The Am. J. of Surgery* 122: 414-416, 1971.
- <sup>6</sup> *Rippon R.* *Medical Mycology* ppl. 13-40 Toronto, 1974.
- <sup>7</sup> *Rohmann I.* Actinomycosis ganglionar. *Rev. Med. Chile*, 103(7): 491-493, 1975.
- <sup>8</sup> *Seligman.* Actinomicosis tubo-ovárica. *New York State. J. of Med.* 76(2): 278-280, 1976.
- <sup>9</sup> *Smith D.* Disseminated Actinomycosis. *Chest* 67(2): 242-242, 1975.
- <sup>10</sup> *Weese W.* A study of 57 cases of Actinomycosis over 35 years period. *Arch. Int. Med.* 135(2): 1562-1568, 1975.