

## Cartas al Director

### Actinomicosis biliar. A propósito de un caso

---

*Palabras clave:* Actinomicosis. Vías biliares. Absceso abdominal.

*Key words:* Actinomycosis. Biliary tract. Abdominal tract.

---

*Sr. Director:*

La actinomicosis es una infección producida por diversas especies de *Actinomyces* y que se caracteriza por la formación de abscesos y fístulas, constituyendo una infección crónica y supurativa (1). La afectación de la vesícula y la vía biliar es muy rara (2), existiendo hasta la fecha muy pocos casos descritos en la literatura. Se presenta el caso de una actinomicosis biliar que tiene como interés mostrar la historia natural de esta infección, debido a que la elevada dificultad diagnóstica de esta entidad impidió pautar un tratamiento adecuado en su momento.

Se trata de una mujer de 74 años, colecistectomizada por colelitiasis, que siete meses después del procedimiento quirúrgico fue estudiada por la presencia en una TAC de una masa extrínseca a nivel de hilio hepático, realizándose entre otras pruebas CPRE y PAAF que no fueron diagnósticas. Un año después ingresó por cuadro de polineuropatía y tras un proceso diagnóstico complejo la paciente fue sometida a laparotomía exploradora que mostró hallazgos compatibles con carcinomatosis peritoneal e implantes hepáticos. Se recogió muestra de peritoneo que no arrojó ningún diagnóstico microbiológico ni anatomopatológico. A los seis meses de su alta hospitalaria la paciente volvió a ingresar por ictericia y deterioro de su estado general, objetivándose en la exploración ligera molestia en hipocondrio derecho, sin otros hallazgos. En la analítica destacaba un patrón de colestasis a expensas de bilirrubina directa. Se realizó TAC abdominal que mostró dilatación de la vía biliar intrahepática con desaparición de la masa que previamente ocu-

paba el lecho vesicular, apareciendo una nueva colección peripancreática antes no existente. La CPRE practicada posteriormente encontró estenosis de la vía biliar principal e intrahepática con dilataciones preestenóticas, realizándose drenaje biliar interno-externo y posterior colocación de una prótesis por CPRE. Revisando entonces la historia antigua de la paciente se encontró el informe microbiológico de la pieza de colecistectomía, en la cual se aislaba *Actinomyces sp.* y *S. intermedius*. Ante este hallazgo y la evolución clínica que había sufrido la paciente en los años posteriores a la colecistectomía se atribuyó todo el cuadro a una actinomicosis biliar como causa de la masa perihiliar hepática, descartándose patología neoplásica e instaurándose tratamiento con penicilina que posteriormente fue continuado con amoxicilina oral durante un año. En la actualidad han desaparecido las masas abdominales, persistiendo estenosis crónica cicatricial de la vía biliar que precisa de recambios periódicos de las endoprótesis biliares.

*Actinomyces sp.* es un bacilo grampositivo anaerobio que puede aparecer bajo morfologías variadas, como filamentos ramificados en fases iniciales, o como "gránulos de azufre" amarillos en fases avanzadas, que no son más que masas de colonias en formas de rosetas (1). Este germen invade los tejidos cuando existen lesiones que alteran las barreras mucosas (1,2). La localización más frecuente es la región cervicofacial, con un 50-90% de los casos, asociándose con frecuencia a manipulaciones dentarias o traumatismos sobre cavidad oral (1). La afectación torácica supone un 15% de los casos (3,4) y suele producirse por aspiración de gérmenes de la cavidad oral (1). Muy rara es la afectación ósea, del SNC y pélvica, observándose un incremento en las últimas décadas de esta última localización en relación con el uso de dispositivos intrauterinos (1). La actinomicosis abdominal afecta sobre todo a la región ileocecal (3,4) y supone el 20% de los casos descritos (1,2). La presentación clínica es muy indolente, lo que dificulta el diagnóstico, manifestándose por fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso (1,3,4), pudiendo formarse abscesos y masas abdominales (1). Sin embargo la afectación de la vesícula y vía biliar rara vez se presenta como masa abdominal (2), pudiendo simular en cambio un cólico biliar, colecistitis e incluso una pancreatitis (5-9), existiendo en la mayoría de casos un antecedente de colelitiasis

o colecistitis (2), al igual que sucede en el caso descrito. El diagnóstico preoperatorio es difícil, obteniéndose en menos del 10% de pacientes (3,4). Los estudios de imagen no suelen ser útiles (2) y sólo la TAC ha sido valiosa en algunas ocasiones al visualizar masas sólidas infiltrativas con atenuación focal o masas quísticas con captación heterogénea del contraste (3,10). El diagnóstico definitivo de la actinomicosis abdominal es mediante aislamiento o visualización histológica del germen en muestras biológicas (3,4). El aislamiento microbiológico es difícil, con una tasa de cultivos negativos de hasta el 76% (2). Para solventar esta circunstancia se puede utilizar la tinción directa de la muestra con anticuerpos específicos marcados con fluoresceína (1), que junto con la identificación histológica en los tejidos se considera diagnóstica ante la falta de aislamiento en cultivos (3,4,6). En las infecciones por *Actinomyces* se recomiendan altas dosis de antibióticos durante largo tiempo para una mejor erradicación del germen así como para evitar las recidivas (1,2). Clásicamente se ha utilizado la penicilina como antibiótico de elección, iniciando el tratamiento por vía parenteral para seguir por vía oral hasta su finalización (1). Como tratamiento alternativo se han usado diversos antibióticos que incluyen tetraciclina, doxiciclina, eritromicina, cefalosporinas, clindamicina o imipenem (1). En muchos casos es necesario, además del tratamiento médico, recurrir a la cirugía para el drenaje de abscesos, obtención de muestras para diagnóstico, desbridamiento y reparación de fístulas (1,3). En conclusión las infecciones por *Actinomyces* son, como demuestra el caso aportado, poco frecuentes y de difícil diagnóstico, más aún cuando no se las tiene presente en el diagnóstico diferencial de los procesos en que pueden aparecer.

F. J. Polo Romero y A. Gato Díez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario.  
Albacete

### Bibliografía

1. Betriu C, Picazo JJ. Actinomicosis. Med Clin (Barc) 1999; 113: 422-7.
2. Ormsby AH, Bauer TW, Hall GS. Actinomyces of the cholecystic duct: case report and review. Pathology 1998; 30: 65-7.
3. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomyces: report of two cases and a review of the literature. Dis Colon Rectum 1996; 39: 105-8.
4. Berardi RS. Abdominal actinomyces. Surg Gyn Obst 1979; 149: 257-66.
5. Jones NF, Milne MD, Bayliss RIS, Young CA, Macrae JH, Dawson IMP, et al. Clinicopathological conference: a case of unsuspected chronic inflammatory disease. Br Med J 1973; 4: 149-53.
6. Hadley DA, Porschen RK, Juler GL. Actinomyces of the common bile duct presenting as chronic cholecystitis. Surgery 1981; 90: 117-9.
7. Marrie T, Stiver G, Molgat A, Stark RG, Norris D. Actinomyces of the gallbladder. Can J Surg 1977; 20: 147-9.
8. Brewer JH, Allen MJ. Actinomyces of the gallbladder with liver abscess. South Med J 1980; 73: 1070-2.
9. Merle-Melet M, Mory F, Stempfeler B, Maurer P, Regent D, Parent S, et al. Actinomyces naeslundii, acute cholecystitis and carcinoma of the gallbladder. Am J Gastroenterol 1995; 90: 1530-1.
10. Ha HK, Lee HJ, Kim H, Ro HJ, Park YH, Cha SJ, et al. Abdominal actinomyces: CT findings in 10 patients. Am J Radiol 1993; 161: 791-4.