



<https://www.revclinesp.es>

I-27. - INFECCIÓN POR ACTINOMICES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Olmeda Brull¹, I. García Cuartero², E. Oliver Galera², J. Llabrés Díaz¹, M. García Sánchez¹, J. Valer Correlano³, M. Corbí Pascual⁴, J. Solis García del Pozo¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo. Villarrobledo. Albacete. ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Anatomía Patológica, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Resumen

Objetivos: Conocer las características clínicas, localización, manejo terapéutico y evolución de la infección por actinomices en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo donde se analizan los casos de infección por Actinomices en el periodo 2013-2014 en un hospital comarcal.

Resultados: Caso clínico 1: varón de 73 años hipertiroido por amiodarona en tratamiento con prednisona. Ingresa por deterioro del estado general y sensación distémica de cinco semanas de duración que relaciona con disminución de dosis de corticoides. Refería dolor pleurítico en hemicárdax derecho. Exploración física normal. En la analítica: PCR 193 mg/dL, leucocitos 10.750/?l, neutrófilos 8.130/?l y la RX tórax mostró aumento de densidad en base derecha. Serologías, marcadores tumorales y hemocultivos negativos. Se realizó TC objetivándose una gran masa toracoabdominal con marcado realce heterogéneo con infiltración de hemidiafragma derecho, hígado y musculatura intercostal sugerente de lesión neoplásica. La broncoscopia no mostró lesiones endobronquiales y el BAS negativo para malignidad. Se solicitó BAG siendo la AP diagnóstica de Actinomycosis pulmonar. Se trata con penicilina G y en el TC de control se observa mejoría de la masa. El paciente fue dado de alta con tratamiento antibiótico con amoxicilina vo 1g/8 horas durante 12 meses. Caso clínico 2: varón de 49 años que consulta por disartria y cefalea sin presentar fiebre. Exploración física destaca una paresia braquial derecha 1/5 y paresia de MID 4/5 que condiciona una marcha parética. Analítica y Rx tórax normal. El TC cerebral objetiva un área de baja atenuación subcortical, sugerente de isquemia subaguda. Se realiza RMN cerebral informa la imagen como de astrocitoma maligno vs glioblastoma multiforme con gran efecto expansivo. RMN con difusión imagen quística compatible con absceso cerebral. Serologías y marcadores tumorales negativos. El ecocardio tras esofágico descarta CIA, verrugas o trombos. Se contacta con Neurocirugía que realiza biopsia estereotáctica con extracción de material necrótico-purulento. El resultado de muestras de cultivo y AP compatibles con infección por Actinomyces. El paciente se trató con metronidazol, cefotaxima y vancomicina. Tras el resultado de actinomicosis cerebral se inicia penicilina G intravenosa.

Discusión: La actinomicosis es una infección lentamente progresiva causada por bacterias del género *Actinomyces*, siendo *A. israelii* el más habitual. Son bacterias gram positivas, anaerobias o microaerófilas, que normalmente colonizan la boca y el colon. Cuando los microorganismos invaden un tejido, forman acumulos denominados “gránulos de azufre”, característicos de esta entidad pero no patognomónicos. Las

áreas más afectadas son la región cervicofacial, torácica, abdominopélvica y el SNC. Del 15 al 45% de los casos se localizan en el tórax. El origen habitual de la infección es la aspiración de microorganismos desde la orofaringe. En la Rx tórax se presenta como masa o infiltrado. Los procesos que se pueden confundir son tuberculosis, nocardiosis, blastomicosis, histoplasmosis, criptococosis, neumonía por aspiración, carcinoma broncogénico y linfoma. El diagnóstico definitivo se realiza tras la identificación histológica de granos de azufre o el cultivo de *Actinomyces*. El tratamiento de elección es la penicilina a dosis elevadas durante un período de tiempo prolongado.

Conclusiones: La infección invasiva por bacterias del género *Actinomyces* es poco frecuente y suele constituir un reto diagnóstico para el médico. En ocasiones la infección simula otras condiciones clínicas. Su curso lentamente progresivo hace que con frecuencia se confunda esta infección con neoplasias malignas. La sospecha clínica y el diagnóstico adecuado importante apra evitar maniobras agresivas.