

## Absceso tuboovárico actinomicótico.

Drs. Mery Guerra-Velásquez, Eduardo Reyna-Villasmil, Marielys Torres-Montilla.

Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Beloso". Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia.

### RESUMEN

Se describe un caso de absceso tuboovárico actinomicótico en una paciente de 29 años quien consultó por presentar dolor en hemiabdomen inferior desde hace 3 meses, con antecedentes de uso de un dispositivo intrauterino por 7 años. La laparotomía ginecológica mostró un quiste en el anexo izquierdo. Del lado derecho, se observó un gran absceso al lado de los órganos pélvicos. El análisis de anatomía patológica demostró un absceso tuboovárico actinomicótico con gránulos de color amarillento únicos. Los análisis microbiológicos de las lesiones y del dispositivo intrauterino fueron positivos para *Actinomyces*.

Palabras claves: Absceso, Tuboovárico, *Actinomyces*, Trompas de falopio, Ovarios.

### SUMMARY

A case of actinomycotic tuboovarian abscess is described in a twenty nine years-old patient who consulted for presenting lower hemiabdomen pain since three months, with history of intrauterine device use for 7 years. Gynecological laparotomy showed a cyst in left adnexa. In right side, a big abscess was observed aside of pelvic organs. Pathological analysis showed an actinomycotic tuboovarian abscess with yellow granules. Microbiological analysis of lesions and intrauterine device were positive for *Actinomyces*.

Keywords: Abscess, Tuboovarian, *Actinomyces*, Fallopian tubes, Ovaries.

## INTRODUCCIÓN

Los *Actinomyces* son bacterias gram positivas, de lento crecimiento y anaerobias que se encuentran en la boca, garganta e intestinos del humano. Aunque no se encuentra normalmente en la vagina, se ha aislado en 44% de las mujeres con dispositivos intrauterinos (1,2). La bacteria es incapaz de penetrar la mucosa intacta, y, por lo tanto, rara vez actúa como patógeno. Se presenta un caso de un absceso tuboovárico causado por *Actinomyces*.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 29 años, III gestas II paras, I aborto, quien consultó por presentar dolor en hemiabdomen inferior desde hacia 3 meses. La paciente tenía antecedentes de uso de un dispositivo intrauterino por 7 años. Dos años antes había sido sometida a ligadura de trompas bilateral por laparoscopia.

El examen físico al ingreso reveló una masa sólida, fija, irregular y dolorosa de aproximadamente 12 centímetros de diámetro en la zona del anexo derecho, al lado del útero. Además, se encontró leucorrea no fétida. Los datos de laboratorio revelaron: CA-125 de 243 UI/ml. Se realizó citología vaginal, obteniéndose resultados normales. La ecografía reveló una masa de características sólido-quística de 9,5 x 6 centímetros en la zona del anexo derecho y un quiste simple de 3,5 centímetros en el lado izquierdo. No se evidenció ascitis. La tomografía computarizada demostró una masa semi-sólida de 8 centímetros adherida al recto-sigmoides, vejiga y útero. Al momento del ingreso estaba pálida y afebril. La presión arterial y la frecuencia cardíaca eran normales, con leucocitosis de 17 200/mm<sup>3</sup>.

En la laparotomía ginecológica se observó un quiste en el anexo izquierdo de 3 x 3 x 4 centímetros y algunos quistes peritoneales; y del lado derecho un gran absceso (aproximadamente 10 x 12 centímetros) al lado de los órganos pélvicos. Se realizó resección de la masa y salpingooforectomía en el lado derecho y cistectomía del lado izquierdo. Los hallazgos histopatológicos por anatomía

Recibido: 07-12-04

Aceptado para publicación: 30-01-05

patológica reportó un absceso tuboovárico actinomycótico con gránulos de color amarillento únicos en la masa del lado derecho y en el quiste simple del lado izquierdo. Los análisis microbiológicos de las lesiones y del dispositivo intrauterino fueron positivos para Actinomyces.

Durante el posoperatorio se administró penicilina (10 000 000 UI/día por 4 semanas) con evolución favorable.

## DISCUSIÓN

Los Actinomyces israelii, bovis y naeslundii son microorganismos saprófitos (1,2). Los órganos genitales femeninos se ven raramente afectados; pero cuando lo están, es común que ocurra un absceso tuboovárico. Aunque la diseminación directa desde el tracto gastrointestinal es considerada la vía usual de infección, parece posible que los microorganismos presentes en la vagina sean la fuente de infección en algunos de los casos asociados a la presencia de dispositivos intrauterinos (3).

Burkman y col. (4) reportaron que 88% de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica que tienen reportes de Actinomyces en los cultivos, desarrollan abscesos tuboováricos, comparado con 29% de las pacientes que no lo tienen.

Fiorino (1) revisó la literatura e identificó abscesos actinomycóticos en 92 usuarias de dispositivos intrauterinos en 63 reportes de casos. La mayoría de las pacientes fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos, como histerectomía u ooforectomía. Concluyó que la actinomycosis pélvica asociada con el uso de dispositivos intrauterinos puede simular una tumoración pélvica maligna.

Es de hacer notar que la infección actinomycótica se desarrolló en este caso cuatro años después del retiro del dispositivo intrauterino y dos años después de ser sometida a ligadura tubárica por laparoscopia. Esto produce dos grandes incógnitas: cómo se extendió la infección en una mujer cuyas trompas no estaban permeables y por qué esta infección ocurrió en forma tan tardía. En la literatura, existen algunos reportes los cuales indican que el Actinomyces puede persistir por mucho tiempo en el sitio (abdomen o pelvis) a pesar del retiro del dispositivo intrauterino. Además, esta infección puede ser completamente asintomática durante el tiempo del uso del dispositivo intrauterino (4).

Como es una infección oportunista, cualquier factor que haga enfermar a la persona puede posiblemente disparar la infección actinomycótica sin relación con el uso del dispositivo intrauterino (3,4). Algunos estudios también sugieren que el uso de dispositivos intrauterinos por un largo periodo puede alterar la tasa de detección de este microorganismo; por lo que el retiro del dispositivo intrauterino de cobre a los 4 años puede ayudar a prevenir la infección (5). Lee y col. (6) y Güngör y col. (7) reportaron

casos similares, pero el absceso tuboovárico actinomycótico se diagnóstico 12 y 6 años, respectivamente, después del retiro del dispositivo intrauterino. Ambas pacientes también fueron sometidas a ligadura de las trompas.

La actinomycosis pélvica asociada con los dispositivos intrauterinos puede simular un tumor pélvico maligno, por lo que es común el tratamiento quirúrgico (8). Sin embargo, si el diagnóstico de actinomycosis puede ser realizado en el pre-operatorio, la antibioterapia puede llevar a resolución completa del cuadro, pero sólo 17% de los casos revisados se diagnosticaron en el pre-operatorio. Tampoco existen hallazgos radiológicos específicos para la actinomycosis pélvica (9,10).

El tiempo entre la inserción del dispositivo intrauterino y el desarrollo de la infección varía. Los abscesos tuboováricos actinomycóticos deberían incluirse como diagnósticos diferenciales de masas pélvicas en pacientes con uso previo de dispositivos intrauterinos. Las pacientes usuarias de dispositivos deben considerarse en riesgo y deben ser seguidas con citologías vaginales, aunque a veces la citología puede ser normal.

## REFERENCIAS.

1. Fiorino A. Intrauterine contraceptive device associated Actinomyces detection on cervical smear. *Obstet Gynecol* 1996; 87:142-149.
2. Williams C, Lamb G, Lewis-Jones H. Pelvic actinomycosis: Beware the intrauterine contraceptive device. *Br J Radiol* 1990; 63: 134-137.
3. Roesler P, Wills J. Hepatic actinomycosis: CT features. *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10: 335-337.
4. Burkman R, Schlesselman S, McCaffrey L, Gupta P, Spence M. The relationship of genital tract actinomyces and the development of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:585-589.
5. Curtis E, Pine L. Actinomyces in the vaginas of women with and without intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140:880.
6. Lee L, Lai T, Huang S. Actinomycotic tubo-ovarian abscess mimicking advanced ovarian malignancy in a woman with tubal ligation. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68:157-158.
7. Güngör T, Parlakyig E, Dumanly H. Actinomycotic tubo-ovarian abscess mimicking pelvic malignancy. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54:119-121.
8. Petitti D, Yamamoto D, Morgenstern N. Factors associated with actinomyces-like organisms on Papanicolaou smears in users of intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145:338-341.
9. Persson E, Holmberg K. A longitudinal study of Actinomyces israelii in the female genital tract. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63: 207-216.
10. Nawroth F, Foth D, Schmidt T, Römer T. Differential diagnosis and non-surgical treatment of pelvic actinomycosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:1024-1025.

**Correspondencia a:** Dra. Mery Guerra-Velásquez: Hospital Central "Dr. Urquizaona". Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela • Cel: (0416) 762.78.89 • e-mail: sippenbauch@medscape.com