

ACTINOMICOSIS ESOFÁGICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Tercero-Lozano, A. García-Robles, G. Carrillo-Ortega, M. Colmenero-Lechuga, E. Baeyens-Cabrera

Unidad de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen

La actinomicosis es una enfermedad supurativa crónica causada por especies de *Actinomyces*, principalmente *Actinomyces israelii*, que son colonizadores habituales de la orofaringe, tracto gastrointestinal y tracto urogenital. Por lo general, afecta el tejido cervicofacial (60 % casos), torácico y abdominal, pudiendo dar lugar a infecciones oportunistas en pacientes inmunocomprometidos. La actinomicosis rara vez ocurre en adultos con inmunidad normal y más aún localizada en el esófago. Presentamos un caso inusual de actinomicosis esofágica que se desarrolló en un paciente con inmunidad normal y mejoró favorablemente mediante tratamiento con penicilina G intravenosa.

Palabras clave: Actinomicosis esofágica, inmunocompetente.

Abstract

Actinomycosis is a chronic suppurative disease caused by *Actinomyces* species (and most commonly by *Actinomyces israelii*) which are common colonizers of the oropharynx, gastrointestinal

tract and urogenital tract. It usually affects the cervicofacial, thoracic and abdominal tissue (60% of cases), and it may cause opportunistic infections in immunocompromised patients. Actinomycosis rarely occurs in adults with normal immunity and it is even rarer in the esophagus. We present an unusual case of esophageal actinomycosis that developed in a patient with normal immunity who made good progress thanks to the treatment with intravenous penicillin G.

Keywords: Esophageal actinomycosis, immunocompetent patient.

Introducción

La actinomicosis es una infección bacteriana, poco frecuente, producida por microorganismos del género *Actinomyces*. Se trata de bacilos grampositivos, anaerobios o microaerófilos, colonizadores habituales de la boca, colon y vagina. Puede dar lugar a infecciones oportunistas cuya localización preferente es la cervicofacial (60% de los casos), siendo la localización esofágica muy infrecuente, especialmente en inmunocompetentes. En la mitad de los casos se encuentran factores o enfermedades predisponentes tales como: alcoholismo crónico, desnutrición, diabetes mellitus, bronquitis crónica, mal estado bucodental, bronquiectasias, etc., habiéndose descrito casos asociados a neoplasias broncopulmonares y tuberculosis pulmonar activa^{1, 2}.

CORRESPONDENCIA

Mercedes Tercero Lozano
C/CANARIAS Nº5-1ªA. CP: 23009. JAÉN.
Teléfono móvil: 620002144

mercetercero@hotmail.com

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 82 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de poliartrosis y osteoporosis. En tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico y paracetamol.

La paciente acude al servicio de urgencias por un cuadro de disfagia a sólidos y líquidos de varios días de evolución acompañado de sialorrea. Refería sensación ocasional de nudo retroesternal desde hace meses, sin síndrome constitucional asociado. La exploración física era irrelevante.

Exploraciones complementarias: Hemoglobina 13,2 gr/dl, Hematocrito 40%, 8800 leucocitos/L (76 % polimorfonucleares). Actividad de protrombina 86 %. Glucosa 126 mg/dl, Hierro 48 ug/dL. Resto de bioquímica con urea, creatitina, iones, transaminasas, bilirrubina, triglicéridos y colesterol dentro de la normalidad.

Se procedió a realización de endoscopia oral en la que se visualizó a 30 cm de arcada una estenosis regular esofágica con mucosa ulcerada infranqueable al endoscopio (Figuras 1 y 2). Se realizan biopsias y cepillado de la lesión.

La anatomía patológica informaba de inflamación crónica agudizada y ulcerada con tejido de granulación, sin evidencia de malignidad. Destacaba la presencia de numerosos gránulos de sulfuro con abundantes hifas tipo *Actinomyces*. No se detectó evidencia de displasia, hongos o inclusiones virales. Sin embargo, los cultivos fueron negativos.

En la seriada esofagogastroduodenal se apreciaba una estenosis esofágica en tercio distal muy próxima a la unión esofago-gástrica de corta longitud con transición brusca y mínima dilatación supraestenótica. Estomago y duodeno eran normales.

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) toraco-abdominal con contraste iv mostraba una discreta dilatación esofágica. Moderado aumento del índice cardiotorácico. Pequeñas estructuras ganglionares axilar y mediastínicas no significativas. Resto sin otras alteraciones.

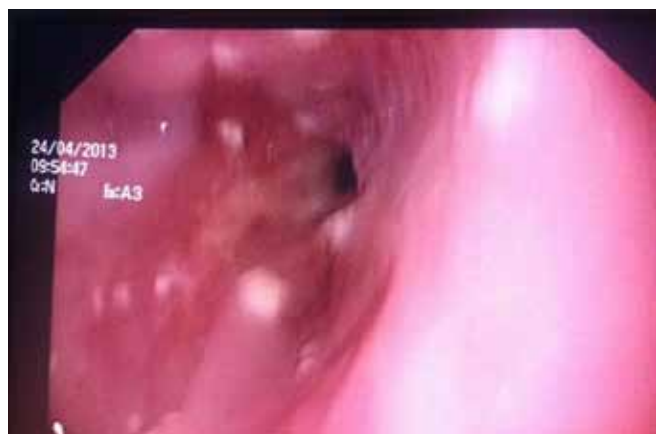


Figura 1 Mucosa ulcerada con estenosis regular esofágica infranqueable al endoscopio.



Figura 2 Mucosa ulcerada con estenosis regular esofágica infranqueable al endoscopio.

Ante la presencia de bacilos sugerentes de *Actinomyces* se consulta con Unidad de infecciosos indicando tratamiento con antibioterapia tipo penicilina G intravenosa (20 millones de unidades/día durante las primeras 6 semanas seguido de amoxicilina oral 500 mg cada 6 horas durante 12 meses). La paciente fue también valorada por el Servicio de Nutrición y tras completar tratamiento con antibioterapia intravenosa y tolerando dieta líquida y triturada así como nutrición enteral se procede al alta hospitalaria para control endoscópico de úlcera esofágica con estenosis. En posterior control endoscópico se comprobó la completa desaparición de estenosis y úlcera esofágica.

Finalmente se completó el estudio con realización de marcadores tumorales (Antígeno carcinoembrionario (CEA), CA 19.9, CA 125 y CA 15.3) y serología para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que resultaron negativos.

Discusión

La actinomicosis esofágica es una entidad muy infrecuente, especialmente en inmunocompetentes, encontrándose pocos casos descritos en la literatura¹⁻⁴. Presenta un curso subagudo siendo la disfagia y odinofagia los síntomas más frecuentes. En ocasiones, suele responder mal a antibióticos, siendo frecuente el desarrollo de complicaciones locales, como la fístula esofagotraqueal. En mayoría de casos descritos, el diagnóstico de la actinomicosis esofágica se realizó por biopsias o citología que revelaron los clásicos granos de sulfuro pero solo un 26% de los cultivos suelen resultar positivos. Su

cultivo requiere medios enriquecidos, donde tardan de 3 a 10 días en crecer, aunque puede prolongarse hasta 2- 4 semanas⁵.

La administración de penicilina G por tiempo prolongado es el tratamiento de elección, dada la tendencia a la recurrencia de esta infección, con una duración de entre 6 y 12 meses. La resistencia adquirida de *Actinomyces* a la penicilina G por terapia prolongada es rara y la combinación de amoxicilina/clavulánico ofrece la ventaja de la cobertura frente a los copatógenos aeróbicos o anaeróbicos que puedan existir. Otra alternativa a los betalactámicos incluye tetraciclinas, eritromicina y clindamicina, entre otros^{3,4}. En la actualidad, no se conoce el mecanismo exacto de la actinomicosis esofágica. Algunos autores sugieren que la alteración de la motilidad del esófago en pacientes con una hernia hiatal asociada puede ser un posible mecanismo para el desarrollo de actinomicosis³.

En nuestro caso se trataba de una paciente inmunocompetente sin aparentes factores predisponentes, que evolucionó favorablemente con tratamiento médico y no se observaron complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Olmo Martínez L, Aller de la Fuente R, Velayos Jiménez B, Fernández Salazar L, González Hernández JM. Esophageal actinomycosis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009 May;101(5):372-3.
2. Fernández Moreno N, Ubiña Aznar E, Rivera Irigoien R, et al. Actinomicosis esofágica como causa de hemorragia digestiva alta. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 535 7.
3. Korkmaz H, Kutluana U, Bugdaci MS, Kucukosmanoglu I. A rare presentation of esophageal actinomycosis in an immunocompetent patient. *Endoscopy.* 2013;45 Suppl 2 UCTN:E181-2.
4. Kim HS, Cheon JW, Kim MS, Jung CK, Kim KR, Choi JW, et al. A case of esophageal actinomycosis in a patient with normal immunity. *Korean J Gastroenterol.* 2013 Feb;61(2):93-6.
5. Smego RA, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis.*1998;26:1255-61.