

María Isabel Sáez^{a,*}, Vanesa Camarero^a, Alejandro Rosales^a, Badawi Hijazi^a, María Jesús Izquierdo^a, Jorge Labrador^b, Rodolfo Álvarez^b, Julio Hermida^b, Verónica Mercado^a, María Dolores Badía^c, Raquel de Toro^a, Basilia González^a y Pedro Abaigar^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^c Servicio de Análisis Clínico, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: isabelsaezcalero@gmail.com (M.I. Sáez).

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.014>

Infección por *Actinomyces viscosus* en trasplantado de riñón-páncreas

Actinomyces viscosus infection in a kidney-pancreas transplanted patient

Sr. Director:

La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, crónica, supurativa y poco común causada por organismos del género *Actinomyces*, siendo *Actinomyces israelii*, la especie más frecuente en humanos.

Presentamos el caso de una paciente de 36 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo1, insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética y salpingoectomía bilateral por salpingitis aguda inespecífica. Fue sometida a trasplante renal y pancreático, recibiendo inducción con timoglobulina, micofenolato, tacrolimus y prednisona, presentando una rápida mejoría de función renal, normalización de amilasa y lipasa y glucemias bien controladas sin precisar insulina.

Dos semanas postrasplante comienza con dolor abdominal, fiebre, leucocitosis y aumento de PCR. La TAC abdominal objetivó colección peripancreática en relación con la fístula pancreática, implantándose drenaje percutáneo e iniciándose antibioterapia. Ante la persistencia de fiebre, fueron realizadas diversas pruebas complementarias: urocultivo, hemocultivo, cultivo de esputo, determinación de PCR de CMV, radiografía de tórax y ecocardiografía, todas ellas sin hallazgos patológicos. Una nueva TAC abdominal descartó colecciones intraabdominales u otra complicación.

La fiebre y el dolor persistieron, asociándose además distensión abdominal, alteración de pruebas de función hepática con patrón de colestasis disociada y pancitopenia, por lo que se realizó nueva prueba de imagen abdominal y gammagrafía, donde únicamente se objetivaron distensión de asas intestinales e intensa captación a nivel de médula ósea, respectivamente. Ante el empeoramiento clínico se realizó laparotomía, hallándose nódulos blanquecinos diseminados a nivel intestinal y adherencias de asas intestinales,

procediéndose a su liberación y realización de *bypass* ileocecal y toma de biopsias de intestino, hígado y médula ósea.

Los cultivos de médula ósea e hígado resultaron negativos, aislándose *Actinomyces viscosus* en muestra intestinal. Anatomopatológicamente, el hígado mostró daño agudo con necrosis compatible con reacción tóxico-medicamentosa, sin lesiones significativas en médula ósea. La paciente fue diagnosticada de actinomicosis intestinal, iniciándose tratamiento con penicilina intravenosa durante un mes, con resolución de fiebre una semana tras el inicio de la misma, manteniéndose posteriormente tratamiento con amoxicilina hasta completar un año de tratamiento antibiótico. Las alteraciones de las pruebas de función hepática y la pancitopenia se resolvieron tras la retirada del resto de antibioterapia. Diez meses postrasplante, la paciente se encuentra afebril, con ambos injertos normofuncionantes, presentando buen estado general.

La actinomicosis se considera una infección endógena de carácter oportunista propia de pacientes inmunocomprometidos. El cambio de estado de *Actinomyces* de comensal a patógeno, puede ser resultado de un daño en la mucosa o de la interrupción de los tejidos^{1,2}. Afecta principalmente a 3 áreas: cervicofacial, torácica y abdominopélvica, representando esta última aproximadamente el 20% de los casos³. La invasión de las vísceras digestivas se ve favorecida por traumatismos de la mucosa intestinal, cirugía previa, neoplasias, diabetes e infecciones y en general estados de inmunodeficiencia e inmunosupresión, siendo necesaria la lesión de la mucosa intestinal para que se produzca la multiplicación y diseminación del germen, dando lugar a masas de tejido fibroso y consistencia leñosa. Nuestra paciente presentó disrupción mucosa en relación con la intervención quirúrgica del trasplante de páncreas, destacando además que entre sus antecedentes destacaba un cuadro de salpingitis bilateral, y

se encontraba inmunodeprimida con relación al tratamiento inmunosupresor.

La actinomicosis abdominal es frecuentemente confundida con enfermedades inflamatorias agudas o malignas. La sintomatología suele comprender dolor abdominal, anorexia, astenia, pérdida de peso, fiebre, compromiso del estado general, escalofríos, diarrea y aparición de masas abdominales irregulares. La enfermedad suele ser indolente con síntomas que aparecen normalmente entre un mes y 2 años antes del diagnóstico definitivo.

Menos del 10% de los casos son diagnosticados antes de la cirugía, siendo las pruebas complementarias de escaso valor diagnóstico. El hemograma muestra hallazgos inespecíficos como anemia, leucocitosis y la elevación de los reactantes de fase aguda. Los estudios de imagen, normalmente solo muestran las consecuencias de la infección tales como la obstrucción, imposibilitando un diagnóstico específico, pero permiten una definición más precisa de las dimensiones y extensión de la infección⁴⁻⁶. El tratamiento de elección es la terapia con altas dosis de antibiótico durante amplios períodos de tiempo, que puede prologarse hasta un año. El fármaco de elección es la penicilina a dosis de 10-20 millones U/día por vía intravenosa durante 4-6 semanas, seguida de penicilina por vía oral a dosis de 30 mg/kg/día o amoxicilina^{6,7}. En individuos alérgicos a la penicilina, la tetraciclina y la eritromicina son alternativas adecuadas. El régimen exacto de tratamiento debe ser individualizado según la localización de la infección, la gravedad de la enfermedad, y la respuesta del paciente al tratamiento, siendo necesarios los controles clínicos y radiológicos para confirmar la resolución del caso⁸.

Los casos informados de actinomicosis en pacientes trasplantados son escasos. No obstante debe contemplarse en el diagnóstico diferencial en casos de fiebre de origen desconocido acompañada de molestias abdominales. El tratamiento antibiótico en pacientes trasplantados muestra resultados similares a los de pacientes inmunocompetentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennhoff D. Actinomycosis: Diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases. *Laryngoscope*. 1984;94:1198-217.
 - Filipović B, Milinić N, Nikolić G, Rantelović T. Primary actinomycosis of the anterior abdominal wall: Case report and review of the literature. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20:517-20.
 - Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surg*. 2007;5:441-8.
 - Cintron JR, del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:105-8.
 - Valero R, Rodrigo E, Ruiz JC, González-Cottruelo J, Lastra P, López-Rasines G, et al. Diverticulitis abscesificante por *Actinomyces israelii* en un trasplante renal. *Nefrología*. 2007;27:511-3.
 - Martín-Peral P, González-Moya JE, García-Agudo L, Arnedillo-Muñoz A, García-Martos P, León-Jiménez A. Actinomicosis torácica: una entidad de difícil diagnóstico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:e53-6.
 - Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis*. 1998;26:1255-61, quiz 1262-1263.
 - Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. *BMJ*. 2011;343:d6099.
- Lara Belmar Vega^{a,*}, Emilio Rodrigo Calabria^a, Gonzalo Gutiérrez Fernández^b, Daniel Casanova Rituerto^b, Francisco José González Sánchez^c, Carlos Armiñanzas Castillo^d, María Pía Roiz Mesones^e y Manuel Arias Rodríguez^a
- ^a Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España
^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España
^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España
^d Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España
^e Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: belmarvega@outlook.es (L. Belmar Vega).
- 0211-6995/© 2017 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2017.01.001>