

6. Borchardt M. Zur pathologie and therapie des magnevolvulus. Arch Klin Chir. 1904;74:243–8.
7. Shafii AE, Agle SC, Zervos EE. Perforated gastric corpus in a strangulated paraesophageal hernia: A case report. J Med Case Rep. 2009;3:6507.
8. García MR, Peris N, Domingo C, et al. Tratamiento del vólvulo gástrico agudo mediante abordaje laparoscópico. Cir Esp. 2013;91:189–93.

A. Martínez-Pérez<sup>a,\*</sup>, G. Garrigós-Ortega<sup>a</sup>,  
S.A. Gómez-Abril<sup>a</sup>, T. Torres-Sánchez<sup>a</sup>  
y D. Uceda-Navarro<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España  
<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

\* Autor para correspondencia: Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Doctor Peset. Av. Gaspar Aguilar, 90. 46017 Valencia, España.  
Correo electrónico: [aleix.martinez.perez@gmail.com](mailto:aleix.martinez.perez@gmail.com)  
(A. Martínez-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2014.04.002>

## Tumoración colónica secundaria a actinomicosis. Presentación de un caso y revisión de la literatura



### Colonic mass secondary to actinomycosis: A case report and literature review

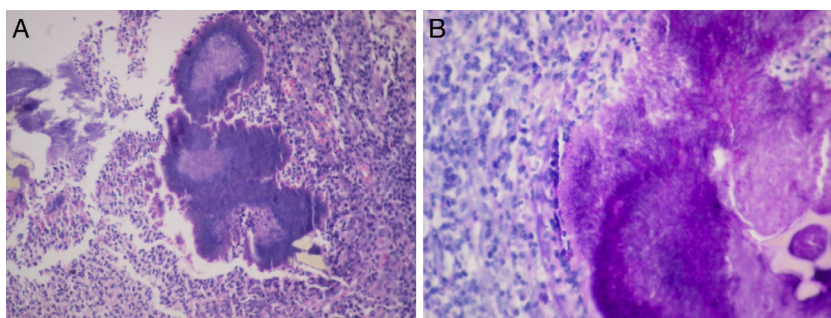
*Actinomyces* spp. son bacterias grampositivas y anaerobios facultativos que forman parte de la flora normal de la orofaringe, el tracto gastrointestinal y el tracto genital femenino<sup>1,2</sup>. Los microorganismos son patógenos oportunistas cuando hay disrupción de las membranas mucosas después de inflamación, traumatismo, cirugía o uso de dispositivo intrauterino<sup>3</sup>. Hasta en la mitad de los casos, la localización es cérvico-facial y le sigue en frecuencia la abdominal en el 20%<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 58 años que acudió a consulta por dolor abdominal en el flanco derecho de 2 meses de evolución, cambios en los hábitos intestinales con estreñimiento y pérdida de peso de 5 kg. A su ingreso, los signos vitales y los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de los límites de normalidad. En la exploración física se detectó una masa en la fosa iliaca derecha y dolor leve a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. En la colonoscopia, presentó una lesión estenosante en el ciego, se tomaron biopsias que revelaron únicamente inflamación crónica inespecífica. La tomografía abdominal mostró una tumoración a nivel del ciego de 5 cm, con realce de la pared en el íleon terminal y en el ciego, además de adenopatías (fig. 1). Ante la sospecha clínica de neoplasia, la paciente fue sometida a hemicolectomía derecha laparoscópica. Como hallazgo transoperatorio, se reportaron adenomegalias peritumorales mayores de 1 cm. Durante el examen macroscópico, se observó apéndice cecal de 5 × 1.5 cm, con paredes engrosadas y obliteración fibroadiposa de la luz y lesión mal delimitada de aspecto abscesificado en el ciego. Durante el examen histopatológico se visualizó absceso pericecal con extensa colonización por *Actinomyces* spp., «gránulos de azufre» e inflamación aguda y crónica (fig. 2). Ante los hallazgos, se inició terapia con amoxicilina más ácido

clavulánico durante 4 meses. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, siendo egresada al cuarto día postoperatorio. La actinomicosis es una enfermedad supurativa crónica que se manifiesta con la formación de fístula, seno, seudotumor inflamatorio o absceso. Son estas características las que obligan a considerar entre los diagnósticos diferenciales la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad pélvica inflamatoria y la tuberculosis. La infección puede simular malignidad por su capacidad de invadir los tejidos adyacentes y de formar masas<sup>4,6</sup>. Hasta el 80% de los casos ocurren en mujeres y el 60% se asocia a uso de dispositivo intrauterino<sup>2,4</sup>. La aparición de manifestaciones puede tomar de meses a años, pues los actinomicetos son organismos de crecimiento lento<sup>1,2</sup>. Los síntomas son inespecíficos y en la mayoría de los casos los estudios de laboratorio no demuestran anormalidades. Entre los hallazgos, se encuentran anemia normocrómica, leucocitosis y velocidad de sedimentación globular aumentada<sup>2,7</sup>. Al examen macroscópico del espécimen quirúrgico, se evidenció inflamación a nivel del apéndice. *Actinomyces* se encuentra



**Figura 1** La tomografía abdominal contrastada evidenció una tumoración a nivel del ciego de 5 cm de diámetro con realce de la pared en íleon terminal y en ciego, además de adenopatías.



**Figura 2** A) Absceso con inflamación aguda y crónica en donde se observan gránulos de azufre. B) Magnificación de los gránulos donde se observan los filamentos radiados.

de manera normal en zonas de estancamiento, como el ciego y el apéndice, los cuales son los órganos más frecuentemente involucrados en la localización abdominal<sup>1,4,5</sup>. El diagnóstico temprano y la antibioticoterapia oportuna de la apendicitis aguda reduce la incidencia de perforación, por lo que la inoculación a través de este proceso inflamatorio es rara. La diseminación es principalmente por continuidad de los tejidos y la vía hematogena o linfática es menos frecuente, por lo que la presencia de adenopatía regional no es común o se desarrolla tardíamente<sup>1,8</sup>. Las adenopatías peritumorales en el presente caso nos hicieron sospechar neoplasia como primera posibilidad diagnóstica. La presentación de actinomicosis como masa colónica indicativa de malignidad es infrecuente (1%)<sup>4</sup>. En la colonoscopia puede encontrarse edema y ulceración de la mucosa, nódulos umbilicados en el ápex y estenosis en algunos casos. La tomografía contrastada muestra frecuentemente involucro extramural y engrosamiento focal de la pared colónica<sup>9</sup>. El diagnóstico a través de biopsias por endoscopia o aspiración con aguja fina es complejo, pues los filamentos de *Actinomyces* se rodean de inflamación extensa<sup>5</sup>. Aunque el diagnóstico preoperatorio es útil para evitar una resección amplia, hasta en el 96% se requiere diagnóstico quirúrgico. El manejo quirúrgico permite retirar el tejido necrótico, la corrección de fístulas y acortar la duración del tratamiento antimicrobiano<sup>3,4,10</sup>. La colonoscopia y la tomografía tienen un papel más importante en el seguimiento terapéutico. En el examen histopatológico, se observan «gránulos de azufre», los cuales reaccionan a las tinciones de Schiff y Grocott. El cultivo es complejo y puede ser negativo hasta en el 76%<sup>5</sup>. La identificación de las especies de *Actinomyces* es difícil y en nuestro caso no se pudo reconocer el agente específico. Sin embargo, son susceptibles a aminopenicilinas y la combinación con inhibidores de la  $\beta$ -lactamasa debe ser considerada como la terapia de primera línea. Después de 4 meses de tratamiento, no se encuentran recidivas de la enfermedad<sup>10</sup>.

En conclusión, la actinomicosis deberá ser incluida en el diagnóstico diferencial de tumoraciones infiltrativas en colon derecho. Debe resaltarse que, en la mayoría de los casos, los exámenes de laboratorio son normales y no existen adenopatías. La presencia en la tomografía de una masa con áreas focales de atenuación que invade estructuras adyacentes es característica. Aunque *Actinomyces* habita normalmente en el apéndice, existen pocos casos reportados

en la literatura de apendicitis como mecanismo de inoculación abdominal.

### Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio/artículo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Smego Jr RA, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis*. 1998;26:1255–61.
- Sung HY, Lee IS, Kim SI, et al. Clinical features of abdominal actinomycosis: A 15-year experience of a single institute. *J Korean Med Sci*. 2011;26:932–7.
- Wagenlehner FM, Mohren B, Naber KG, et al. Abdominal actinomycosis. *Clin Microbiol Infect*. 2003;9:881–5.
- Choi MM, Baek JH, Lee JN, et al. Clinical features of abdominopelvic actinomycosis: Report of twenty cases and literature review. *Yonsei Med J*. 2009;50:555–9.
- Filippou D, Psimitis I, Zizi D, et al. A rare case of ascending colon actinomycosis mimicking cancer. *BMC Gastroenterol*. 2005; 5:1.
- Sevilla Chica F, Villalba Ferrer F, Domingo Del Pozo C, et al. Abdominal actinomycosis simulating Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2001;24:300–2.
- Wang YH, Tsai HC, Lee SS, et al. Clinical manifestations of actinomycosis in Southern Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2007;40:487–92.
- Privitera A, Milkhu CS, Datta V, et al. Actinomycosis of the sigmoid colon: A case report. *World J Gastrointest Surg*. 2009;1:62–4.
- Kim JC, Ahn BY, Kim HC, et al. Efficiency of combined colonoscopy and computed tomography for diagnosis of colonic actinomycosis: A retrospective evaluation of eight consecutive patients. *Int J Colorectal Dis*. 2000;15: 236–42.
- Smith AJ, Hall V, Thakker B, et al. Antimicrobial susceptibility testing of *Actinomyces* species with 12 antimicrobial agents. *J Antimicrob Chemother*. 2005;56:407–9.

C.I. Blanco-Vela<sup>a,\*</sup>, V.M. Luna-Ayala<sup>b</sup>  
y J. Perez-Aguirre<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, México D.F., México

<sup>b</sup> Residente del Servicio de Cirugía General, Hospital Central Militar, México D.F., México

<sup>c</sup> Servicio de Coloproctología, Hospital Central Militar, México D.F., México

\* Autor para correspondencia: Hospital Juárez de México. Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, CP 07760, México D.F. Teléfono/fax: +57 47 7560.

Correo electrónico: [c.i.b.v@hotmail.com](mailto:c.i.b.v@hotmail.com)  
(C.I. Blanco-Vela).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2014.04.001>

## Falla hepática aguda en una paciente con síndrome de DRESS que revirtió con N-acetilcisteína y prednisona. Reporte de caso y revisión de la literatura



### Reversal of acute liver failure with N-acetylcysteine and prednisone in a patient with DRESS syndrome: A case report and literature review

DRESS (Drug Rash Eosinophilia and Systemic Symptoms, por sus siglas en inglés) es una reacción idiosincrática a medicamentos<sup>1</sup>, que se caracteriza por erupción cutánea, alteraciones hematológicas y afección orgánica<sup>2</sup>. Se ha relacionado a la ingesta de fenitoína y otros anticonvulsivos<sup>3</sup>. Se han descrito reacciones cutáneas hasta en un 19% entre 6 a 8 semanas después de iniciar el medicamento<sup>3</sup>. La mortalidad se encuentra por encima del 10%, comúnmente secundaria a falla hepática (FHA)<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un paciente femenino de 46 años, quien un mes previo a su ingreso presentó hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma de la arteria cerebral posterior izquierda; se realizó pinzamiento del vaso afectado y se inició como manejo adyuvante fenitoína 100 mg cada 8 h. No contaba con antecedentes de consumo de herbolaria, alcohol, uso previo de otros medicamentos u otros hepatotóxicos. Desde las primeras 48 h del inicio del medicamento la paciente nota la presencia de lesiones maculopapulares en ambas manos, que tenían resolución espontánea, sin otro síntoma. Tres semanas después las lesiones maculopapulares se generalizan y, posteriormente, se tornan en una dermatitis exfoliativa; aparece fiebre no cuantificada, prurito, ictericia y coluria. Ingresó con datos de deshidratación, ictericia, lesiones maculopapulares generalizadas con escama fina (fig. 1.), adenomegalias cervicales, hepatomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal, sin encefalopatía hepática (EH). Sus exámenes de laboratorio: leucocitos 5,000/L, eosinófilos 1,800/L, urea 104 mg/dL, Cr 5.6 mg/dL, bilirrubina total 8.6 mg/dL, albúmina 2.9 g/L, alanina aminotransferasa 171 U/L, aspartato aminotransferasa 333 U/L, FA 751 U/L, gamma-glutamyl transpeptidasa 1814 U/L, tiempo de protrombina 38%, INR 1.8; se realizaron cultivos sin desarrollo de patógeno; panel viral para hepatitis A, B y C, negativo; serología IgM

CMV y EBV, negativas; ultrasonido abdominal sin datos de hepatopatía crónica, sin dilatación de vía biliar y sin trombosis vascular; ambos riñones sin alteraciones. Se inició manejo con prednisona 1 g/kg de peso, pentoxifilina 300 mg cada 6 h; al segundo día de estancia hospitalaria presentó encefalopatía hepática en estadio 2, caracterizada por asterixis y bradipsiquia. Por los datos: EH en estadio 2, INR > 1.5 y una duración < 26 semanas en una paciente sin cirrosis; correspondiendo con una FHA se agregó a su manejo N-acetilcisteína (NAC) 140 mg/kg por vía oral como dosis de impregnación, continuando con 17 dosis de 70 mg/kg cada 4 h, cumpliendo en 3 días las dosis completa, y vitamina K 20 mg/día. La paciente evolucionó con disminución de las lesiones maculopapulares hacia las 36 h de iniciado el tratamiento y desaparición de la EH, mejoría de la función renal y pruebas de función hepática (tabla 1). Curso: resolución



**Figura 1** Lesiones cutáneas características del DRESS. A, A') Al ingreso. B) Evolución después de 4 días de iniciado el tratamiento. C) Día 6 de tratamiento.