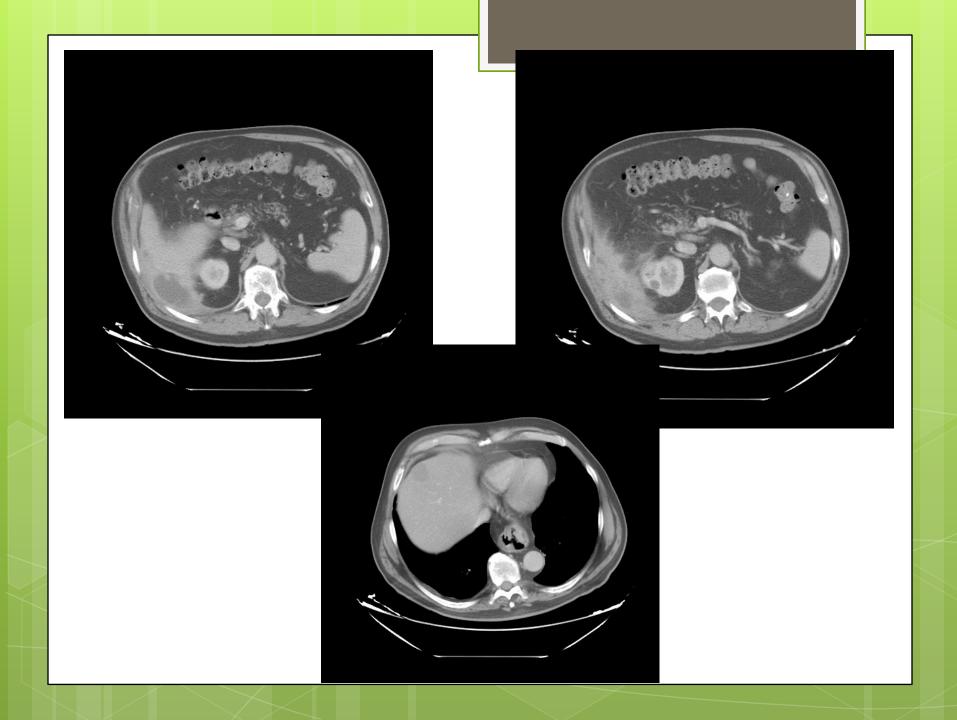
# CASO CLINICO

D. García Escrivá 11/12/19

#### ANTECEDENTES DEL CASO

- o Agosto de 2008 (69 años): Ictericia: Colelitiasis y coledocolitiasis.
- Septiembre de 2008: CPRE: Papila de pequeño tamaño, colédoco de calibre normal, dudosa litiasis. Esfinterotomía endoscópica.
- Octubre 2008: colecistectomía laparoscópica: Vesícula engastada en hígado, con pared infundibular engrosada de más compleja disección. AP: Pieza de colecistectomía que mide 6x4 cm, la pieza está parcialmente abierta de superficie serosa, con abundante tejido seroso, congestiva, al corte abundante cantidad de cálculos de color negro. La pared mide 0'2 cm, la mucosa verdínica aterciopelada. COLECISTITIS CRÓNICA LITIÁSICA CON GANGLIO EN EL MESO CON ADENITIS CRÓNICA.

- Marzo 2016 (77 años). Consulta en Urgencias por dolor en flanco derecho y febrícula de un mes. ECO: LOEs hipoecoica en segmento 6 de lóbulo hepático derecho de 6,7 cm de diámetro y de 2.5 cm, con contenido heterogéneo. En segmento 8, adyacente a cúpula diafragmática se ve otra lesión de unos 3 cm de diámetro: hígado metastásico con lesiones necrosadas sin poder descartar que se traten de abscesos hepáticos.
- TAC ambulatorio: En el segmento VIII se visualiza una lesión focal, sólida, hipodensa de aproximadamente 32 mm, de aspecto inespecífico. Se visualiza otra lesión focal más de aproximadamente 75 x 40 mm, mal delimitada, con centro hipodenso (probablemente necrótico), de situación extrahepática, infiltrando el peritoneo de la fascia perirrenal adyacente y causando una importante desflecamiento de la grasa circundante.



- De manera ambulatoria se realiza punción y drenaje de la lesión hepática, con salida de 60 cc de material purulento. Se deja drenaje 7 días. NO ANTIBIOTERAPIA. TAC de control: importante reducción de la colección hepática ya conocido el cual pasa de tener un diámetro máximo de aproximadamente 6 cm a no sobrepasar en el momento actual los 2 centímetros, con reducción de la importante trabeculación de la grasa adyacente visualizada en aquel estudio, persistiendo aunque asimismo marcadamente reducido el engrosamiento subcapsular hepático. Sin cambios en la lesión hepática de segmento VIII ya conocida con respecto a previo.
- GRAM del drenaje: Se observan abundantes bacilos grampositivos ramificados. Se observan abundantes leucocitos polimorfonucleares. Muestra remitida en jeringa. Cultivo Aerobio: Staphylococcus warneri. ( Posible contaminación. Valorar según contexto clínico).

#### LA CURIOSIDAD MATÓ AL GATO

- ¿QUÉ HARÍAIS LLEGADO ESTE CASO?
  ¿Cuál es el agente etiológico?
  - 1- Observación.
  - 2- Antibioterapia 4 semanas.
  - 3- Otras opciones.

- Consulta en Sept-16: Amoxicilina 1 g cada 8 h durante 1 año, por sospechad e Actynomices.
- NOV-16-ENERO-17: CIPRO, DOXICICLINA Y CLARITROMICINA POR EXANTEMA. Se retira ATB.
- FEBRERO-17: BIOPSIA: URTICARIA.
- ¿Y AHORA?

 Ha completado 6 meses de tratamiento. Se decide seguimiento sin ATB, de enero-17 hasta mayo-18, sin reaparecer síntomas, ni datos radiológicos o analíticos, dándose de alta.

#### PERO NO ACABA AQUÍ..

- SEPT-19: Consulta como imprevisto por 2 semanas de molestias en HD. Por ello se ha hecho hoy eco que confirma recidiva de absceso 7 x 3 cm en segmento hepático 6.
- Se procede a drenaje de absceso y se inicia 4 semanas de ceftriaxona iv. Posteriormente doxiciclina 100 mg vo cada 12 h de manera indefinida. Ofrezco estudio endoscópico, pero de momento el paciente prefiere no realizarlo.
- MICRO: Tinción de Gram: Se observan abundantes leucocitos polimorfonucleares. No se observa microbiota. Cultivo Aerobio y anaerobio: No se han aislado microorganismos en los medios de cultivo habituales. ESTUDIO MICOBACTERIAS: NEGATIVO. Identificación de bacteria por secuenciación del gen 16S: Actinomyces israelii.

#### ACTINOMICOSIS

- Bacteria anaerobia, filamentosa, Gram positiva, que causa enfermedad crónica granulomatosa.
- Comensal de la boca y el tracto digestivo, precisa de lesión subyacente.
- Forma cervicofacial 50%, abdominal 20%, torácica 15-20%.
- En la forma abdominal suele afectar apéndice y región ileocecal. Tiende a producir flemonización y fistulización infiltrando tejidos anexos. No presenta extensión linfática o hematógena.
- Se suele asociar a cirugía reciente, trauma, neoplasia o víscera perforada.
- Los abscesos actinomicetales también pueden seguir a una colecistectomía complicada con salida de cálculos biliares, y debutar a los meses o años.

#### **ACTINOMICOSIS**

- TRATAMIENTO: Si grave: penicilina G iv o ceftriaxona iv + cirugía. A las 4-6 semanas, o si es moderado, se puede pasar a vía oral: penicilina V o amoxicilina 1,5-3 g/d.
- Alternativas: doxiciclina, macrólidos y clindamicina. Menos datos con Imipenem y fluorquinolonas.
- Prolongar 2-6 meses en formas moderadas y hasta 12 meses en severas. En casos invasivos complicados, inmunocomprometidos y VIH, hasta 18 m.

### **GRACIAS**