

Introducción

El Actinomicetoma es una entidad rara, causada por *Actinomyces* spp. bacteria anaeróbica gram positiva que normalmente coloniza cavidad oral, tracto gastrointestinal y genitales. Tiene la capacidad de simular lesiones malignas en diferentes localizaciones, entre esas la pélvis.

Objetivos

Se presenta un caso de actinomicetoma simulando cáncer de ovario en estadio avanzado

Bibliografía

F. Valour, A. Sénéchal. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. [Infect Drug Resist.](#) 2014; 7: 183–197.

Y. Chen, AJ. Chiang, Actinomycosis mimicking an ovarian malignancy: Case report and literature review. *Taiwan J of Obstet Gynecol* 2016: 766e767

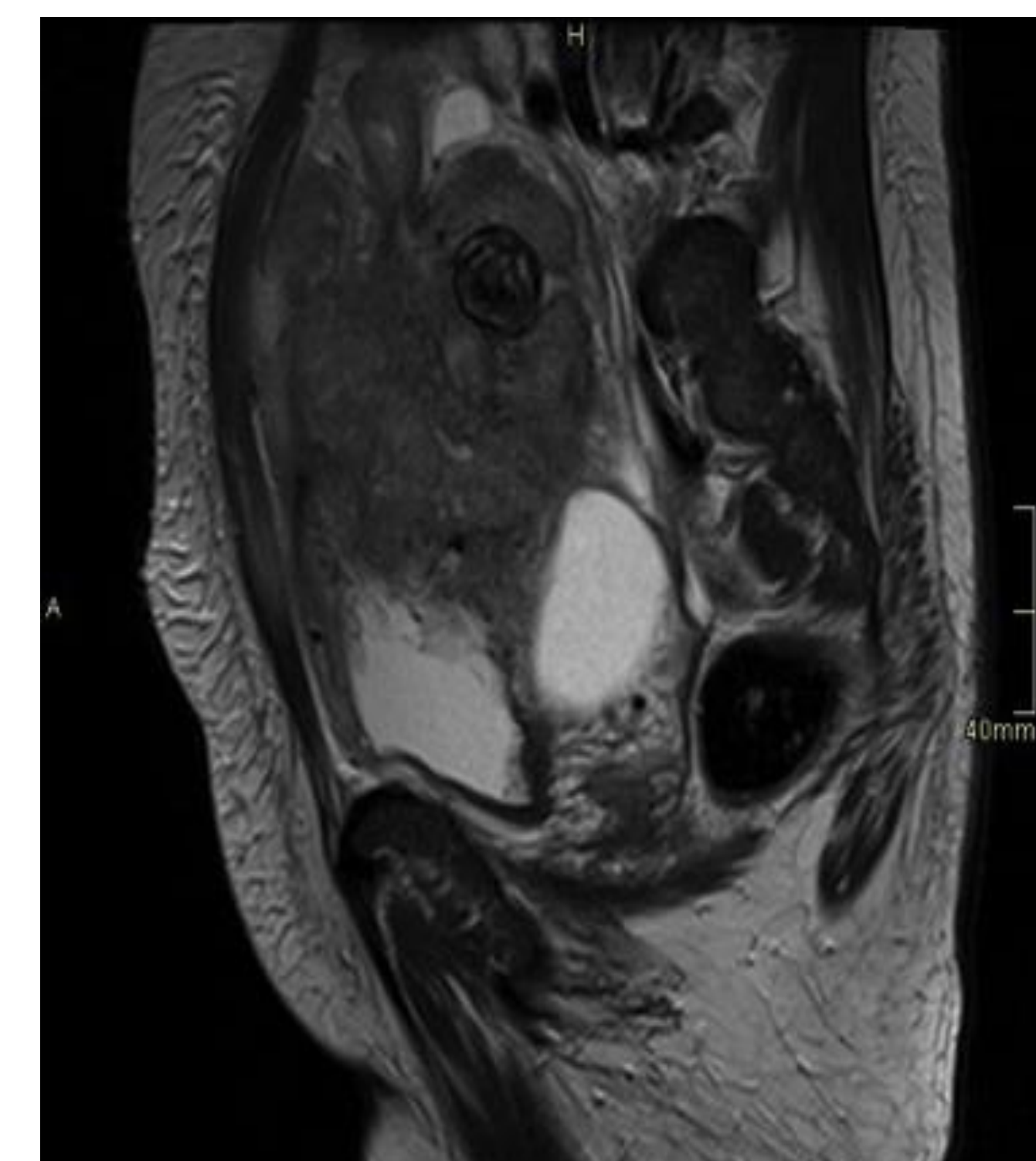
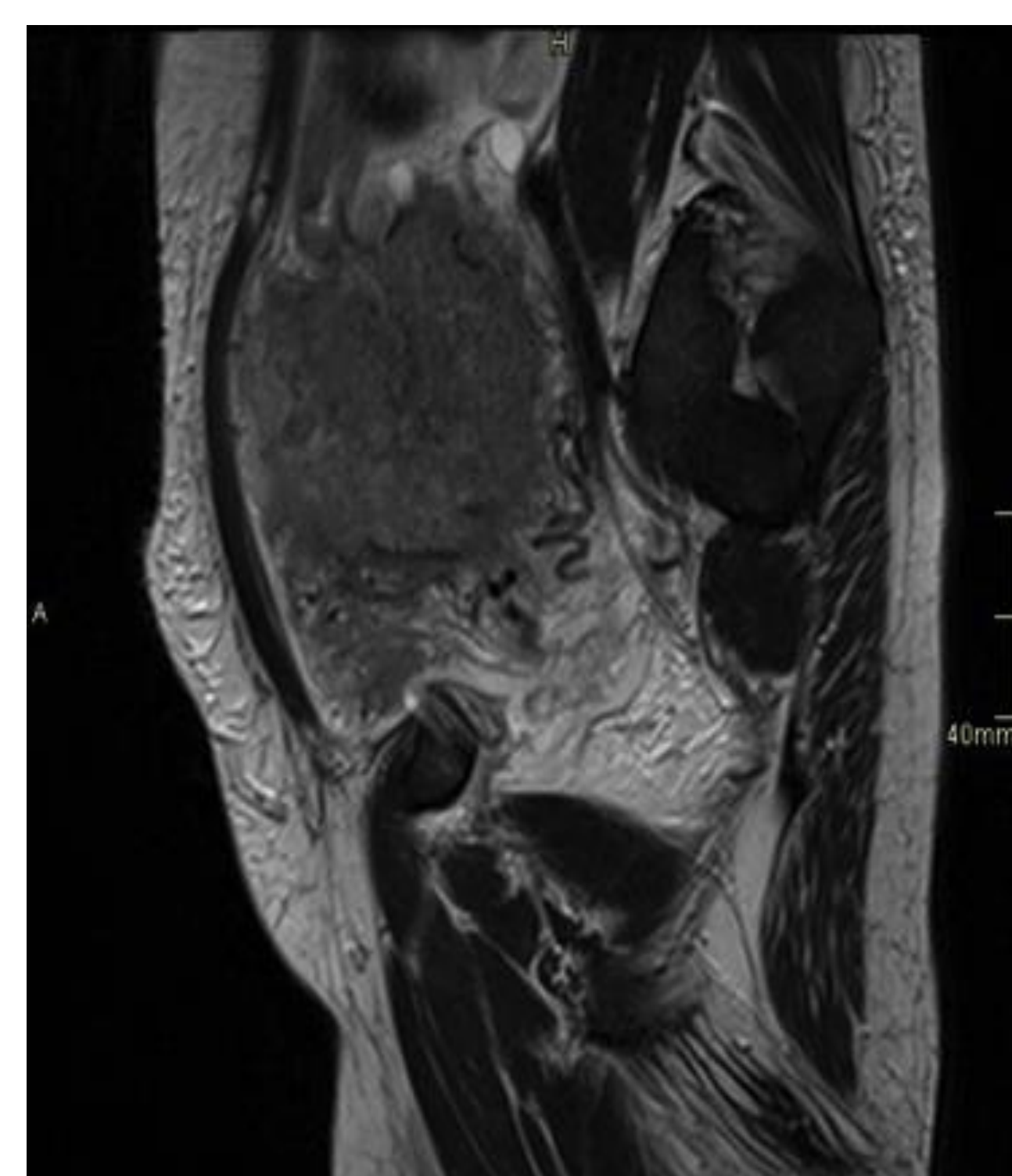
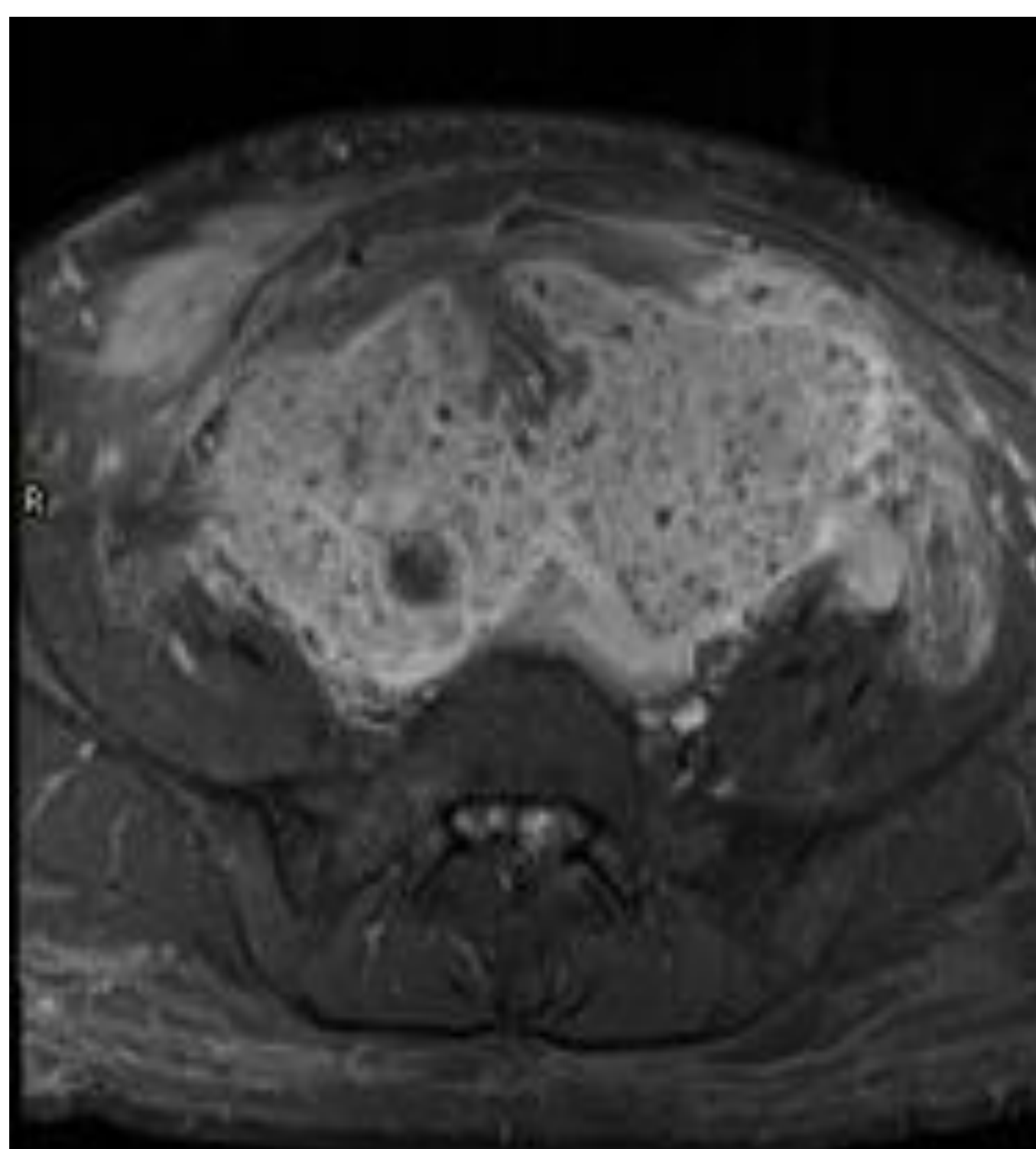
Hu WM, Wang PH, Yen MS. Abdominopelvic actinomycosis mimicking ovarian cancer. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2005;44:357e8.

T. Gungör E. Parlakyig it Actinomycotic Tubo-Ovarian Abscess Mimicking Pelvic Malignancy. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54:119–121

Y. Lee, J. Bae. Pelvic actinomycosis with hydronephrosis and colon stricture simulating an advanced ovarian cancer. *J Gynecol Oncol* 2008 Vol. 19, No. 2:154-156.

Reporte de caso

Mujer de 39 años, diabética tipo 2, con dispositivo intrauterino (DIU) hace 5 años, desde hace dos meses con sensación de masa en fosa iliaca derecha (FID) asociado a fiebre y pérdida de 15kg, manejada con piperacilina/tazobactam. Al ingreso sin signos de respuesta inflamatoria, con masa en hemiabdomen inferior, dolorosa, adherida a la piel. La Tomografía axial computarizada reportaba masas anexiales bilaterales de 12x9 cm la izquierda y 11x8 cm la derecha, de contornos mal definidos, con realce al medio de contraste y componente mixto, comprometiendo techo de vejiga, infiltrando peritoneo que rodea intestino grueso y delgado, músculos recto abdominal, oblicuos y tejido celular subcutáneo de la región de flanco y FID formando otra masa con liquido y áreas de necrosis grasa. Compromiso obstructivo extrínseco de uréteres con hidronefrosis. Los laboratorios reportaron leucocitosis sin neutrofilia, PCR elevada, anemia normocítica e hipoalbuminemia, requiriendo reposición nutricional y los marcadores tumorales fueron negativos, al igual que los estudios de extensión negativos. El urocultivo reportó *Klebsiella BLEE(+)* por lo cual recibió manejo con meropenem. Después de 11 días de manejo, es llevada a cirugía con colocación previa de catéteres doble J. Se encuentra líquido purulento escaso, masa adherida a íleon distal, colon sigmoide, retroperitoneo, vejiga, útero y anexos con infiltración de omento. Ganglios iliacos aumentados de tamaño. Se realiza protocolo de ovario y resección intestinal de íleon distal, con sistema de cierre por vacío abierto. La patología por congelación intraoperatoria fue negativa para malignidad. Requirió soporte transfusional y vasopresor durante el procedimiento; 3 días posterior al procedimiento, después de reanimación guiada por metas y manejo en UCI, fue llevada a cierre de cavidad. Egreso a los 7 días de hospitalización. La patología reportó actinomicetoma en todos los especímenes, sin evidencia de lesión neoplásica maligna. Se contacta a la paciente para dar manejo antibiótico con ampicilina sulbactam, con adecuada respuesta clínica.



Discusión

La localización pélvica es la segunda presentación clínica más común del actinomicetoma, después de la cervicofacial. Es común en mujeres con DIU, encontrándose colonización del tracto genital por *A. israelii* hasta en 44% de estas pacientes. Al ascender y entrar a cavidad peritoneal este microorganismo produce granulación de tejidos, fibrosis densa y abscesos pélvicos. La clínica simula un tumor maligno, con masas pélvicas, asociadas a dolor, constipación, pérdida de peso y descarga vaginal, e incluso elevación de marcadores tumorales. Existen reportes previos en la literatura de esta entidad, donde se insiste en la necesidad de que esta patología sea tenida en cuenta dentro del diagnóstico diferencial. La progresión de la enfermedad puede llevar a compromiso sistémico con choque séptico y necesidad de cirugía de control de daños; situaciones que pudieran ser prevenidas porque ante un diagnóstico oportuno el antibiótico puede lograr resolución. Sin embargo, esta entidad representa un reto clínico para los ginecólogos por lo que el diagnóstico suele hacerse posterior a cirugía, tal como ocurrió en nuestro caso.

Conclusiones

La actinomicosis pélvica puede simular un tumor ovárico por lo que en países de bajos y medianos ingresos donde la prevalencia es más alta, debe ser tenido en cuenta en pacientes con presentaciones atípicas o en presencia de marcadores tumorales negativos de la enfermedad ovárica. Sus características clínicas son inespecíficas, sin embargo en pacientes con inmunosupresión y antecedente de DIU se debe despertar la sospecha clínica. El manejo de casos severos de la enfermedad debe hacerse en centros de alta complejidad que permitan el manejo interdisciplinario, en una entidad potencialmente curable en pacientes jóvenes.