

Reporte de Caso - Case Report

Actinomicosis Cutánea Primaria en Periné. A Propósito de Un Caso

John J. Gaona Morales, Ana Pérez Vallés, Francisco Gozalbo Grau,
Jair M. Gutiérrez Herrera

Departamento de Anatomía Patológica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Avenida Tres Cruces 2. 46014. Valencia, España.

Resumen

La actinomicosis es una enfermedad supurativa crónica causada por bacterias del género *Actinomyces*, en especial *Actinomyces Israelii*. La localización cutánea primaria de la infección es poco frecuente y generalmente secundaria a una forma diseminada de la enfermedad. Presentamos el caso de un paciente con un nódulo perineal crónico diagnosticado como Actinomicosis cutánea primaria. El diagnóstico de la actinomicosis se basa en la histología y en el cultivo del germen, aunque éste tiene baja sensibilidad, por lo que ante una clínica e histología compatible, un diagnóstico de presunción puede hacerse.

Palabras Clave: actinomicosis, cutánea, periné, patología, *Actinomyces*. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2008; 39(1):19-21. Recibido 14 Noviembre 2007, Aceptado 17 Enero 2008.

Introducción

La actinomicosis es una enfermedad crónica supurativa y granulomatosa causada por el género *Actinomyces*, un grupo heterogéneo de bacterias anaerobias facultativas gram positivas, cuyo principal patógeno es *A. israelii* aunque también se han descrito infecciones causadas por *A. meyeri*, *A. naeslundii* y *A. turicensis* entre otros ¹.

Usualmente la infección se localiza en la región cérvico-facial, pulmones, intestino (en especial ciego) y pelvis, siendo la piel una ubicación poco frecuente y habitualmente asociada a extensión local o siembra hematogena de una forma diseminada ².

Presentamos el caso de un paciente con una actinomicosis cutánea primaria localizada en región perineal.

Reporte de Caso

Paciente varón de 56 años que consultó por la aparición de un nódulo perineal de 4 meses de evolución, sin antecedente de trauma previo. A la exploración se evidenció la presencia de un nódulo subcutáneo de 2 centímetros, indurado y con ligera fluctuación, localizado entre la base escrotal y el ano. El resto del examen físico fue anodino.

Se realizó escisión total de la lesión, la cual fue remitida para su estudio histológico.

Macroscópicamente se trataba de un fragmento cutáneo de 3 centímetros que presentaba un área nodular en dermis, focalmente abscesificada.

Microscópicamente la lesión consistía en un infiltrado inflamatorio afectando dermis papilar y reticular, compuesto por tejido de granulación con células gigantes multinucleadas, zonas abscesificadas y presencia de trayectos sinuosos aunque sin llegar a fistulizar a epidermis (Figura 1). En medio de dicha reacción inflamatoria se apreció la presencia de algunos gránulos irregulares de centro basófilo y periferia eosinófila (Figura 2), que contenían estructuras filamentosas dispuestas de forma radial, todo ello rodeado de intenso infiltrado polimorfonuclear. Dichos filamentos fueron positivos con la tinción de Gram, Plata Metenamina (Figuras 3 y 4) y PAS y negativos para Zielh Nielsen (ZN) y Giemsa. No se observó la presencia de otro tipo de agente infeccioso y el cultivo microbiológico aeróbico y anaeróbico fue negativo.

Otras pruebas diagnósticas, como el hemograma, bioquímica, radiografía de tórax

y estudio ecográfico abdominopélvico estaban dentro de los límites normales.

Figura 1. Piel con infiltrado inflamatorio en dermis superficial y profunda, con tractos sinuosos y presencia de gránulo basófilo (borde superior derecho de la imagen). H&E. 20X.

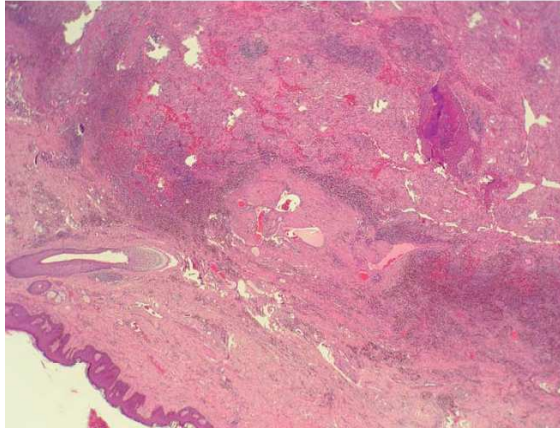


Figura 2. Detalle de un gránulo actinomicótico con centro basófilo, periferia eosinófila y rodeado de intenso infiltrado polimorfonuclear. H&E. 100X.

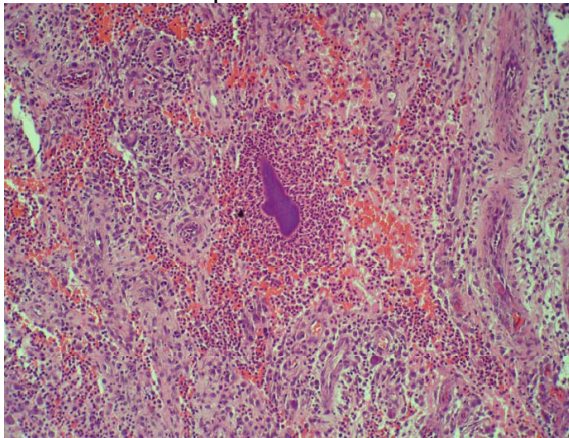
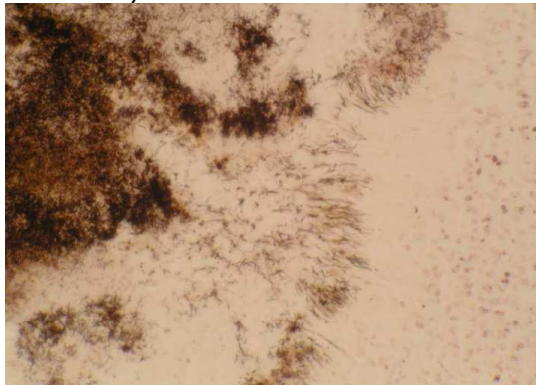
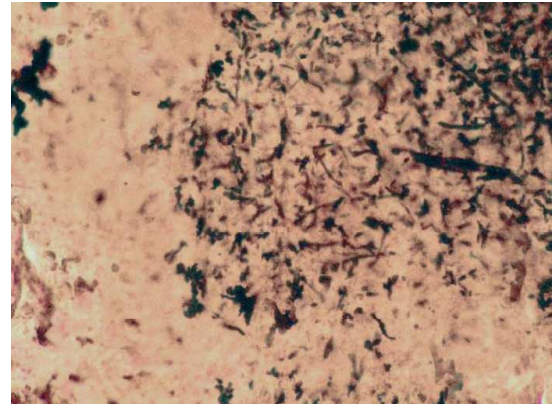


Figura 3. Tinción de Plata Metenamina demostrando la presencia de filamentos de *Actinomyces*. Plata Metenamina. 400X.



Por todo ello se hizo un diagnóstico de Actinomicosis cutánea primaria siendo tratado el paciente de forma exitosa con terapia antibiótica combinada.

Figura 4. Bacilos filamentosos GRAM positivos conformando un gránulo actinomicótico. GRAM. 1000X.



Discusión

El diagnóstico de la actinomicosis se basa en el examen histológico, que revela la presencia de colonias del germen formando los llamados "gránulos sulfúricos" de 1-2 mm de diámetro, formados por masas granulares basófilas con una periferia eosinófila, constituida por material proteináceo y con presencia de filamentos Gram positivos dispuestos de forma radial y rodeados de una reacción inflamatoria subaguda o crónica con fibrosis y formación de tractos o senos. Las tinciones argénticas y el PAS resaltan también dichos filamentos que, por el contrario, no se tiñen con ZN^{3,4}.

La actinomicosis cutánea debe ser diferenciada de otras enfermedades inflamatorias crónicas de la piel, como la nocardiosis y la botriomicosis. Las tinciones especiales son de considerable utilidad en el diagnóstico diferencial. En la botriomicosis, una enfermedad bacteriana crónica, se pueden observar gránulos basofílicos similares a los de la actinomicosis, sin embargo no hay filamentos presentes en la periferia⁵. En la nocardiosis también se observan dichos gránulos, sin embargo los filamentos muestran una tinción difusa con ZN⁶.

El diagnóstico bacteriológico por cultivo del germen tiene baja sensibilidad debido al lento crecimiento del germen y a las condiciones especiales que requiere para su replicación^{7,8}. Idealmente el diagnóstico requiere de éstos dos criterios, sin embargo, y como sucedió en el caso que presentamos, no fue posible cultivar el germen, por lo que ante unos hallazgos histopatológicos compatibles y en ausencia del aislamiento de otro germen, un diagnóstico de presunción puede hacerse.

El tratamiento de la actinomicosis cutánea suele consistir en la resección quirúrgica de la lesión, seguida del tratamiento antibiótico, en el cual se usan penicilinas, tetraciclinas o eritromicina durante un tiempo variable dependiendo del sitio y la severidad de la infección^{9,10,11}.

Referencias

1. Bauer P, Sultan S, Atienza P. Perianal actinomycosis: diagnosis and management considerations. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:29-32.
2. Apothéoz C, Regamey C. Disseminated infection due to *Actinomyces meyeri*: case report and review. *Clin Infect Dis* 1996;22:621-625.
3. Pelestine R, Rogers R. Diagnosis and treatment of mycetoma. *J Am Acad Dermatol* 1982;6: 107-111.
4. Robboy S, Vickery A Jr. Tinctorial and morphologic properties distinguishing actinomycosis and nocardiosis. *N Engl J Med* 1970;282:593-596.
5. Waisman M. Staphylococcal actinophytosis (botryomycosis): granular bacteriosis of the skin. *Arch Dermatol* 1962; 86:525-529.
6. Boudolas O, Camisa C. *Nocardia asteroides* infection with dissemination to skin and joints. *Arch Dermatol* 1985;121:898-900.
7. Brown J. Human actinomycosis. A study of 181 subjects. *Hum Pathol* 1973;4:319-330.
8. Fiorino A. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and *Actinomyces* detection on cervical smear. *Ostet Gynecol* 1996; 87:142-9.
9. Alvarado R, Bracho R. Perianal actinomycosis - a complication of a fistula-in-ano. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1994;37:378-380.
10. Dominguez D, Antony S. *Actinomyces* and nocardia infections in immunocompromised and nonimmunocompromised patients. *J Natl Med Assoc* 1999;91:35-39.
11. Sudhakar S, Ross J. Short-term treatment of actinomycosis: two cases and review. *Clin Infect Dis* 2004;38:444-447.

Autor Corresponsal: John J. Gaona Morales, Departamento de Anatomía Patológica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Avenida Tres Cruces 2. 46014. Valencia, España.

Conflictos de Interés: No declarados.