

Adenocarcinoma de la válvula ileocecal enmascarado por infección por actinomyces. Reporte de caso

Luisana Perna-Lozada^{1*}, Ma. de Jesús Rupit-Serrano¹, Maribel Ortega-Ortega¹, Amador Jiménez-Leyva¹, Carlos Beltrán-Ortega² y Emma B. López-Pacheco¹

¹Servicio de Cirugía General; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE, Ciudad de México, México

Resumen

La actinomycosis es una condición inflamatoria rara que puede simular patologías abdominales benignas o malignas. Paciente de sexo masculino de 61 años, con dolor abdominal y constipación. En la tomografía con disminución de la luz del íleon terminal y colapso del colon sigmoideos. Colonoscopia con biopsia, reportando granos de actinomyces. Se inicia manejo con ampicilina. Al no observar mejoría, se realiza laparotomía exploradora, encontrando tumor en la válvula ileocecal (adenocarcinoma). Paciente con mala evolución, fallece. La actinomycosis abdominal es una gran simuladora; consideramos necesario continuar el protocolo de estudio para determinar la existencia de otras patologías subyacentes y evitar retraso en el diagnóstico.

Palabras clave: Actinomycosis. Adenocarcinoma. Laparotomía exploradora. Reporte de caso. Válvula ileocecal.

Ileocecal valve adenocarcinoma masked by actinomyces infection. A case report

Abstract

Actinomycosis is a rare inflammatory condition, which can simulate benign or malignant abdominal pathologies. A 61-year-old male patient with abdominal pain and constipation. In the tomography with decreased lumen of the terminal ileum and collapse of the sigmoid colon. Colonoscopy with biopsy, reporting actinomyces grains. Management with ampicillin was started. When no improvement was observed, an exploratory laparotomy was performed, finding a tumor in the ileocecal valve (adenocarcinoma). Patient with poor evolution, he dies. Abdominal actinomycosis is a great simulator; we consider necessary to continue the study protocol to determine the existence of other underlying pathologies and avoid delay in diagnosis.

Keywords: Actinomycosis. Adenocarcinoma. Exploratory laparotomy. Case report. Ileocecal valve.

*Correspondencia:

Luisana Perna-Lozada

E-mail: luisana.perna@gmail.com

2565-005X/© 2023 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 09-02-2023

Fecha de aceptación: 07-03-2023

DOI: 10.24875/j.gamo.23000013

Disponible en internet: 19-07-2023

Gac Mex Oncol. 2023;22(Supl):143-147

www.gamo-smeo.com

Introducción

La válvula ileocecal es un sitio muy raro para los cánceres gastrointestinales; el adenocarcinoma es el segundo tipo histológico más frecuente, con una incidencia anual estimada de 2.1 casos por cada 100,000 habitantes. Al carecer de una presentación clínica específica, cursa con demora en su diagnóstico, que únicamente se establece cuando estos producen complicaciones.

La actinomicosis es una condición inflamatoria rara, causada por especies de *Actinomyces*, que tanto clínica como radiológicamente puede simular patologías abdominales benignas o malignas. En la mayoría de los pacientes se requiere tratamiento quirúrgico debido a la dificultad en el diagnóstico, acompañado de manejo antimicrobiano prolongado para alcanzar un porcentaje de curación de aproximadamente el 90%.

Presentación del caso

Hombre de 61 años de edad, sin antecedentes familiares, crónico-degenerativos ni quirúrgicos de importancia. Inicio de padecimiento actual cuatro meses previos a su ingreso con dolor abdominal esporádico y distensión abdominal, que no mejora con manejo médico indicado en facultativo. Ingresa a nuestro centro por presentar dolor en mesogastrio 9/10 en la escala visual analógica (EVA), asociado a náuseas, vómitos, distensión abdominal, ausencia de canalización de gases y evacuaciones. Tomografía de abdomen contrastada que reporta a nivel de íleon distal disminución abrupta de su luz y engrosamiento circunscrito de hasta 10 mm a ese nivel, asociado a colapso parcial a nivel de colon sigmoides. Leucocitos 15,300, neutrófilos 85.2%, creatinina 0.6, lactato deshidrogenasa 192, sodio 133, potasio 5.7 y cloro 97. Se decide manejo con ayuno y colocación de sonda nasogástrica; posterior a presentar evacuación espontánea, se programa colonoscopia más toma de biopsia, la cual reportó tumor en ciego, irregularidad de la mucosa de la válvula ileocecal y enfermedad pandiverticular. El resultado de la biopsia de ciego arrojó: inflamación crónica con eosinofilia, asociada a granos de *Actinomyces* (Fig. 1). Se solicita valoración por el servicio de infectología, que inicia manejo con ampicilina 3 g IV cada 6 horas por 6 semanas. Se solicitan marcadores tumorales, los cuales reportaron antígeno carcinoembrionario de 1,405 ng/ml, resto sin alteraciones. Debido a los resultados previos, se solicita nueva colonoscopia, la cual no fue satisfactoria por encontrar disminución abrupta de la luz a 18 cm del margen anal. Debido a continuar con

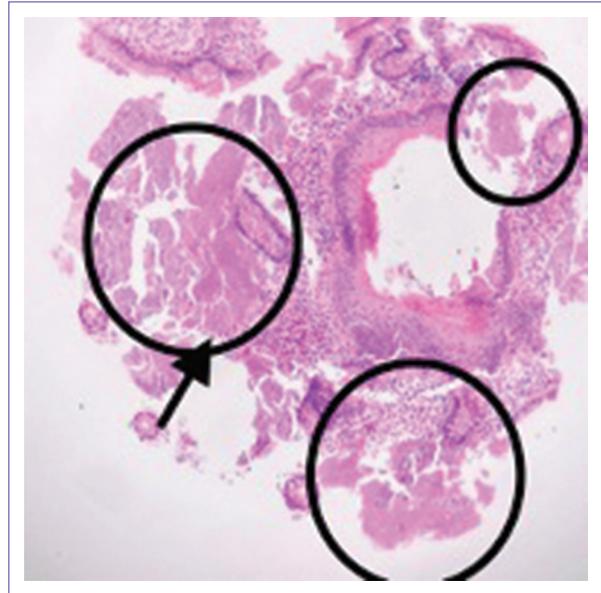


Figura 1. Granos de *Actinomyces* en biopsia de ciego.

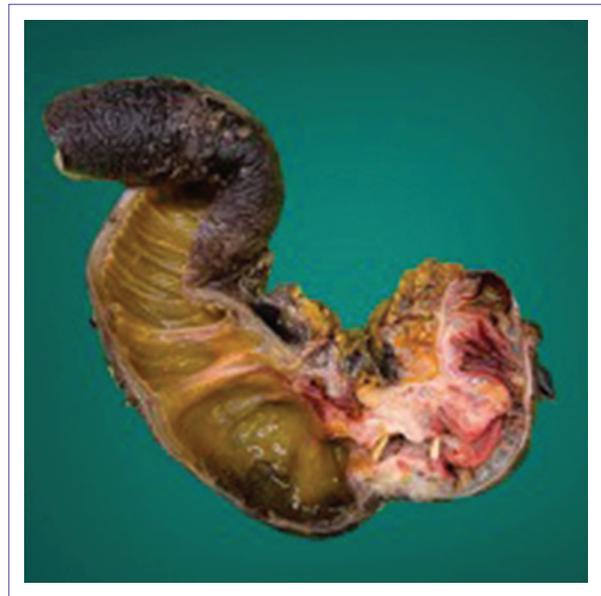


Figura 2. Producto de hemicolectomía derecha, donde se observa tumor a nivel de la válvula ileocecal.

deterioro clínico y no evidenciar mejoría a pesar del manejo antimicrobiano, se decide pasar a mesa operatoria, realizando una laparotomía exploradora, previa firma de consentimiento informado por parte del familiar y del paciente.

Durante la laparotomía exploradora se obtuvo como hallazgos: líquido ascítico (3,800 cc), hernia interna por

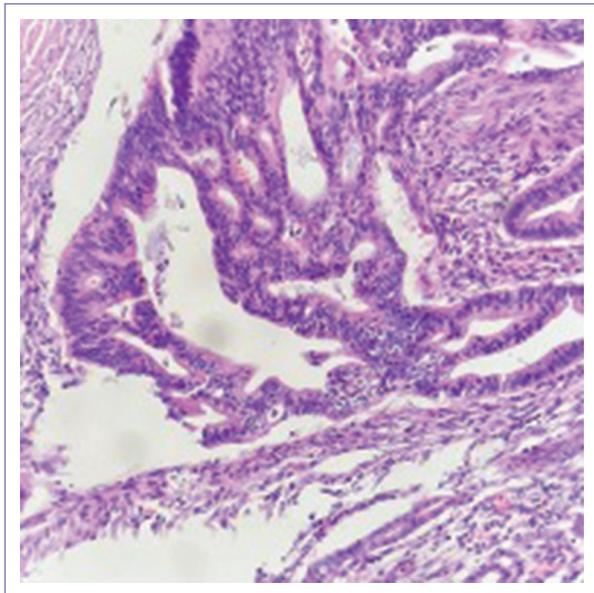


Figura 3. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado + crecimiento de glándulas irregulares (patrón cribiforme).

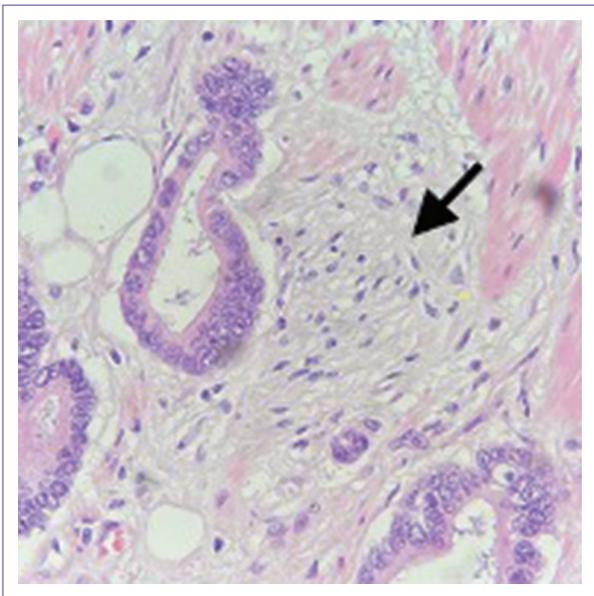


Figura 4. Las glándulas neoplásicas infiltran el plexo nervioso intestinal.

conglomerado de ciego, secundario a inflamación crónica y tumor, vesícula biliar necrosada, epiplón necrosado y emplastrado hacia hígado y bazo, y presencia de tumor en la válvula ileocecal (Fig. 2). Se envía muestra para transoperatorio, obteniendo el diagnóstico de adenocarcinoma, por tal motivo se decide

realizar hemicolectomía derecha + resección de íleon 30 cm de la válvula + colecistectomía + toma de muestra de líquido ascítico + toma de biopsia de implantes peritoneales + estatus de ileostomía. Reporte histopatológico definitivo de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de la válvula ileocecal, de bajo grado, con infiltración linfovascular y con presencia de metástasis peritoneal (Figs. 3 y 4). Paciente con mala evolución postoperatoria, cursa con edema agudo de pulmón y deterioro de signos vitales, falleciendo a los dos días posquirúrgicos.

Discusión

Las neoplasias malignas primarias del intestino delgado son raras y representan del 1 al 3% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal. La incidencia anual estimada es de 2.1 casos por cada 100,000 personas, siendo el tipo histológico más frecuente el carcinóide (44%), seguido del adenocarcinoma (33%)¹.

La válvula ileocecal es un sitio muy raro para los cánceres gastrointestinales² y al carecer de especificidad su presentación clínica cursa con una demora promedio de 6 a 10 meses para el diagnóstico¹. En este artículo presentamos un caso de adenocarcinoma de la válvula ileocecal, metastásico, diagnosticado posterior a laparotomía exploradora y resección intestinal, patología enmascarada por un diagnóstico de actinomicosis en muestra tomada por colonoscopia.

La presentación clínica es inespecífica y los primeros síntomas suelen estar relacionados con enfermedad avanzada. Los síntomas más comunes (dolor abdominal, náuseas y vómitos) se presentan con frecuencia en la mayoría de las afecciones intraabdominales. Estos factores contribuyen a retrasar el diagnóstico y el tratamiento y, en consecuencia, a un peor pronóstico. El examen de diagnóstico más confiable y utilizado es la tomografía computarizada con contraste, además de estudios endoscópicos, como la enteroscopia con doble balón o la videocápsula endoscópica, los cuales se utilizan cada vez más; sin embargo, aproximadamente la mitad de los casos solo se diagnostican en la cirugía, principalmente debido a un diagnóstico erróneo¹. Eso concuerda con el caso presentado, el cual a pesar de realizar tomografía contrastada y reportando engrosamiento de la mucosa del ciego y estrechez de su luz, se decide realizar colonoscopia más toma de biopsia, resultando en un reporte inesperado de *Actinomyces*; el cual posterior a manejo médico, al no evidenciarse mejoría, se decide intervenir quirúrgicamente, estableciendo el diagnóstico de cáncer de colon.

La actinomycosis es una condición inflamatoria rara, causada por especies de *Actinomyces*, bacterias anaerobias y grampositivas, que forman parte de la flora humana normal del intestino y del tracto genital femenino³. Ocurre en todo el mundo, con tasas de prevalencia más altas en áreas con un nivel socioeconómico bajo y mala higiene dental. En las naciones occidentales, la actinomycosis es muy rara (EE.UU. 1 caso por cada 300,000 personas, Alemania 1 caso por cada 100,000 personas)⁴.

Actinomyces requiere la presencia de un microambiente anaeróbico para proliferar y, por lo tanto, requiere la presencia concomitante de muchas otras bacterias para este propósito³. Normalmente no son capaces de invadir la mucosa intestinal intacta, sin embargo bajo ciertas circunstancias se produce una invasión más profunda⁵. Las características clínicas y radiológicas de la actinomycosis pueden simular otras enfermedades abdominales benignas y malignas como tuberculosis, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal y neoplasias malignas. Por lo tanto, el diagnóstico suele ser un desafío y la enfermedad a menudo se detecta histológicamente después de la cirugía. Se desconoce el mecanismo exacto y algunos autores postulan que procesos neoplásicos o inflamatorios pueden contribuir al desarrollo de actinomycosis³. En nuestro caso se hace énfasis en las dificultades encontradas para establecer un diagnóstico definitivo, siendo enmascarada la patología de base, el adenocarcinoma de la válvula ileocecal, por el resultado histopatológico de *Actinomyces* en una biopsia tomada por colonoscopia.

La actinomycosis se ha reportado en muchas partes del mundo y aunque la mayoría de los casos reportados han sido en hombres, no se ha demostrado preponderancia de un sexo en específico. La actinomycosis tiene un amplio espectro de presentaciones, los pacientes pueden cursar con cuadro de obstrucción intestinal, múltiples abscesos, masas intestinales que simulan neoplasias malignas, perforación intestinal y apendicitis aguda³. Generalmente se presenta como una masa de crecimiento lento, que puede estar asociada con hábitos intestinales alterados, distensión abdominal, náuseas, vómitos y dolor tipo cólico, además de la presencia de síntomas consuntivos como fiebre, pérdida de peso y sudoración⁵, similares al caso presentado.

La región ileocecal es la más comúnmente involucrada y rara vez se considera un diagnóstico preoperatorio, estableciéndose solo en menos del 10% de los casos⁵. A pesar de que el diagnóstico preoperatorio se logra en muy bajo porcentaje, en el caso comentado,

primero se logra establecer el diagnóstico de *Actinomyces* mediante una toma de biopsia del ciego, enmascarando por completo la patología de base, en este caso el adenocarcinoma de la válvula ileocecal.

La evidencia radiográfica suele ser inespecífica. Los estudios con bario pueden mostrar signos de compresión intestinal externa con un estrechamiento cónico de la luz, pero rara vez se observa una obstrucción completa. La tomografía computarizada es útil para identificar la inflamación, presencia de tumor y los órganos involucrados, observándose como un engrosamiento intestinal y cambios inflamatorios que cruzan planos fasciales e involucran múltiples compartimentos. La colonoscopia generalmente no es útil en el diagnóstico, ya que la enfermedad es de origen extramucoso⁵; sin embargo, aunque en ciertos casos la evaluación histopatológica de las muestras obtenidas por endoscopia puede ayudar en el diagnóstico³, es importante para descartar colitis o enfermedad neoplásica y puede revelar estrechamiento o rigidez luminal⁵. El diagnóstico definitivo se logra por la presencia de gránulos de azufre y/o cultivo de *Actinomyces* obtenido de una pieza quirúrgica o aspiración con aguja de una colección. Las biopsias endoscópicas generalmente resultan en un estudio limitado y solo demuestran inflamación crónica sin gránulos de azufre, debido a la profundidad limitada del muestreo de tejido³; sin embargo, en nuestro caso, en la muestra tomada por colonoscopia se logra evidenciar la presencia de tres granos (Fig. 1). Los gránulos de azufre representan colonias de *Actinomyces*³.

Si se puede hacer un diagnóstico sin cirugía y la enfermedad no presenta complicaciones, el tratamiento de elección es un antibiótico. La penicilina en dosis altas es el tratamiento estándar, aunque las cefalosporinas se usan a menudo, ya que puede administrarse en un horario de dosificación menos frecuente⁵. En el caso comentado, nuestro paciente fue tratado con ampicilina 3 g cada 6 horas, por un total de 6 semanas en forma inicial, pero debido al deterioro clínico del paciente se decide realizar procedimiento quirúrgico. Todavía hay controversia con respecto a la dosis y la duración del tratamiento antibiótico, sin embargo se recomienda un curso largo por un periodo de al menos seis meses o hasta la desaparición o estabilización de las lesiones, en consideración a la baja penetración en el área fibrótica y alta probabilidad de recurrencias.

En la mayoría de los pacientes se requiere tratamiento quirúrgico debido a la dificultad en el diagnóstico o en combinación con antibióticos, ante la presencia de

enfermedad extensa; siendo el manejo combinado (médico y quirúrgico) el de elección, por alcanzar un porcentaje de curación de aproximadamente el 90%⁵.

Conclusiones

La actinomicosis abdominal es una gran simuladora de patologías benignas y malignas, y parte de su patogenia se encuentra asociada a la presencia de una mucosa intestinal alterada. Por tal motivo, consideramos necesario continuar el protocolo de estudio a fin de determinar la probable existencia de otras patologías subyacentes y evitar retraso en el diagnóstico definitivo.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Nabais C, Salústio R, Sousa FV, Porto E, Cardoso C, Fradique C. Adenocarcinoma of the ileum: A rare and challenging entity. *Ann Med Surg.* 2015;4(2):116-8.
2. Yörük G, Aksöz K, Buyraç Z, Unsal B, Nazlı O, Ekinci N. Adenocarcinoma of the ileocecal valve: report of a case. *Turk J Gastroenterol.* 2004;15(4):268-9.
3. Pamathy G, Jayarajah U, Gamlaksha DS, Constantine R, Banagala ASK. Abdominal actinomycosis mimicking a transverse colon malignancy: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2021;15(1):224.
4. Tărcoveanu E, Vasilescu A, Andronic D, Lupa cu C, Ciobanu D, Vlad N, et al. Abdominal actinomycosis mimicking colon cancer. *Chirurgia.* 2019;114(2):251.
5. Privitera A. Actinomycosis of the sigmoid colon: A case report. *World J Gastrointest Surg.* 2009;1(1):62.