

INFORME DE CASO

Actinomicosis mamaria. Presentación de dos casos

Mammary actinomycosis. Presentation of two cases

Walgener Jiménez Reyes¹, María Zeidy Lambert Maresma², Yunieta Sotolongo Arguelles³

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba. Email: walgener@infomed.sld.cu

² Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Ciencias de la Educación. Profesora Auxiliar. Filial de Ciencias Médicas Baracoa. Guantánamo. Cuba. Email: zeidyl.gtm@infomed.sld.cu

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente "Hermanos Martínez Tamayo", Baracoa. Guantánamo. Cuba. Email: yunietsa.gtm@infomed.sld.cu

RESUMEN

La actinomicosis mamaria es una infección supurativa crónica que se caracteriza por la producción de "gránulos de azufre" a partir de fístulas externas en la piel de las mamas. Por ser una enfermedad rara en esta localización y al encontrarnos con dos casos similares decidimos realizar este estudio, siendo los aspectos antes mencionados la motivación principal del mismo. Además, pretendemos despertar el interés de los médicos al estudio de tal padecimiento para el diagnóstico y conocimiento del tratamiento el cual debe ser precoz y duradero para su cura. Se hizo énfasis en la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos.

Palabras clave: actinomicosis; actinomicosis mamaria; gránulos de azufre

ABSTRACT

Mammary actinomycosis is a chronic suppurative infection that is characterized by the production of "sulfur granules" from external fistulas in the skin of the breasts. Due to, it is a rare disease in this location. Two similar cases, are carried out in this study, the mentioned aspects being the main motivation. In addition, we intend to awaken the interest of doctors to the study of such condition for the diagnosis and knowledge of the treatment which must be early and lasting for its cure. The importance in early diagnosis and treatment is emphasized.

Keywords: actinomycosis; mammary actinomycosis; sulfur granules

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es debida a una bacteria anaeróbica grampositiva. Es una infección relativamente rara. En la actualidad se reconocen trece especies, todas son habitantes normales de las mucosas y la cavidad oral. En la literatura se ha reportado que los varones tienen un riesgo tres veces mayor de tener la infección que las mujeres.¹

La actinomicosis es determinada por bacterias semejantes a hongos y depende de varios miembros del orden actinomicetales, entre los que destaca el *Actinomices israelii* (agente infeccioso) que es el principal patógeno en el hombre que coloniza boca, colon y vagina. La transgresión de la barrera mucosa puede causar una infección en cualquier parte del organismo.²⁻³

Se supone que la puerta de entrada inicial es la cavidad bucal a través de laceraciones inaparentes en la misma.⁴ Período de incubación es irregular (días, meses, años) y el período de transmisibilidad se desconoce.

Durante las etapas tempranas de la actinomicosis, una fase inflamatoria aguda se caracteriza por respuesta celulítica dolorosa. La fase crónica se presenta como inflamaciones induradas únicas o múltiples que suelen hacerse blandas y fluctuantes, y que después presentan supuración. Es característica la producción de masas con paredes fibrosas que se han descrito como "leñosas". A medida que avanza la enfermedad, a

menudo se extienden fístulas desde los abscesos hacia la piel o los huesos.¹⁻³

Las infecciones en los seres humanos, por lo general, son clasificadas en base al sitio anatómico de la lesión. La enfermedad cervicofacial aparece en un 60 % de los casos, después de infección o manipulaciones dentales o gingivales.⁵⁻⁶

Las infecciones torácicas (15 %), por lo general, dependen de aspiración de material bucal infectado⁷⁻⁸; las abdominales (20 %) son observadas en sujetos en quienes ha ocurrido algún tipo de alteración de la mucosa intestinal como intervención quirúrgica gastrointestinal, apendicitis o penetración de cuerpo extraño.⁹⁻¹⁰ La actinomicosis pélvica se relaciona notablemente con el uso de dispositivos intrauterinos y un 5 % en otras regiones.⁵

La mayoría de los casos de actinomicosis torácica, se cree que son causados por partículas pequeñas de comida que se mezclan con la bacteria de la actinomicosis. En lugar de pasar sin causar daño al estómago, las partículas son transmitidas por error en la tráquea y en las vías respiratorias de los pulmones.¹¹

La actinomicosis abdominal se produce cuando algo perfora la pared del intestino, permitiendo que las bacterias penetren en los tejidos profundos.⁹

PRESENTACIÓN DE CASO 1

Paciente femenina de 33 años, procedente del área urbana de Baracoa, atendida en el Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa durante el año 2010, con un tiempo de evolución de tres meses. Presentó una lesión de piel eritematosa en los cuadrantes inferiores medio y lateral de ambas mamas, dolorosa y dura a la palpación de aspecto leñosa.

Se trató por 14 días de antibioticoterapia oral (cefalexina y ciprofloxacino) y tópica (sulfadiazina de plata 1 %) y luego se le realizó excéresis completa y biopsia de las múltiples lesiones abscedadas en forma de elipse. Posterior al resultado de la biopsia se trató con amoxicilina cap. 500 mg cada 8 horas por 4 semanas y, luego, fenoximetilpenicilina cap. 500 mg cada 6 horas por 4 semanas alternando por 6 meses de tratamiento hasta su curación.

Antecedentes patológicos personales: sana.

Al examen físico presentó a nivel de la piel de los cuadrantes inferiores medio y lateral de ambas mamas una tumoración granulomatosa con tejido friable 4 x 4 cm, fistulizada, drenando material piosanguinolento.

No presentó dispositivo intrauterino (DIU).

Examen bucal: presencia de caries dentales.

PRESENTACIÓN DE CASO 2

Paciente femenina de 35 años, procedente del área urbana de Baracoa, atendida en el Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa en el año 2009, con un tiempo de evolución de cuatro meses. Presentó una lesión eritematosa, dolorosa localizada en la piel de los cuadrantes inferiores medio y lateral de la mama derecha, dura a la palpación.

Se trató por 14 días de antibioticoterapia oral (cefalexina y ciprofloxacino) y tópica (sulfadiazina de plata) y, luego, se le realizó excéresis completa de los múltiples lesiones abscedadas en forma de elipse. Posterior al resultado de la biopsia se trató con amoxicilina cap. 500 mg cada 8 horas por 4 semanas y, después, con fenoximetilpenicilina cap. 500 mg cada 6 horas por 4 semanas alternando por 6 meses el tratamiento hasta su curación.

Antecedentes patológicos personales: sana.

Al examen físico presentó a nivel de la piel de los cuadrantes inferiores medio y lateral de ambas mamas una tumoración granulomatosa con tejido friable 4 x 2 cm, fistulizada, drenando material piosanguinolento.

No presentó dispositivo intrauterino (DIU).

Examen bucal: presencia de caries dentales.

DISCUSIÓN DE LOS CASOS

La actinomicosis de la mama se evidencia inicialmente por engrosamiento de la piel que se torna eritematosa y dura a la palpación,

pudiendo adquirir consistencia leñosa. De curso lento y progresivo, surgen algunos nódulos de tres o más centímetros, poco dolorosos, que pueden coalescer, tornándose fluctuantes y drenando una secreción amarillenta o castaña espesa, ligeramente viscosa, purulenta o sanguinolenta. Uno o más nódulos se abscedan al mismo tiempo, lo que es más común en épocas diferentes.¹

Una vez abiertos forman fístulas con presencia de pus y costras, puede haber hiperpigmentación difusa del área afectada. La evolución es continua con tendencia a invadir gradualmente las áreas vecinas.

La deficiente higiene oral, la gingivitis y la caries dental, presentes en algunos paciente, son factores predisponentes para la actinomicosis torácica. Dato que se corrobora en la mayoría de pacientes reportados en la literatura, los cuales tuvieron enfermedad dental y diseminación hematógena directa desde la cavidad oral, causando compromiso cutáneo de la enfermedad.⁶

Los tres cuadros iniciales que deben hacer sospechar al médico de la presencia de esta infección peculiar son:

- Primero: la combinación de evolución crónica, la transgresión de las fronteras hísticas y signos sugestivos de tumoraciones (que semejan cánceres con los que a menudo se confunden)
- Segundo: la aparición de un conducto fistuloso que de manera espontánea muestra resolución, pero aparece.
- Tercero: la infección recidivante o refractaria después de un tratamiento breve, dado que la curación de la actinomicosis establecida obliga a emprender tratamiento prolongado.²

En los dos casos presentados la biopsia de piel de la mama evidenció infiltrado denso tipo supurativo con "granos" de aspecto homogéneo con clavas radiadas, gránulo basófilo rodeado de fleco eosinófilo. El estudio histológico demostró actinomicosis.

En el estudio histológico es posible observar los gránulos con tinción hematoxilina y eosina (H-E); pero los bacilos son observados mejor en los frotis con la ayuda de una tinción Gram donde aparecen bacilos grampositivos ramificados y segmentados.

En las muestras de laboratorio la secreción de "gránulos de azufre" que consisten en conglomerados de microorganismos provenientes de fístulas, es típica de esta enfermedad y se cultivan en caldo de Tioglicolato y cultivo en placa de Agar-sangre.^{1,12}

Debido a que en la actinomicosis hay formación de tejido "leñoso" y amorfo, dentro del cual la penetración del antibiótico es pobre, un prolongado curso de antibioticoterapia (6 a 12 meses) ha sido recomendado. La penicilina es el tratamiento de elección para la actinomicosis. Se requiere dosis altas durante un período prolongado para lograr curación y prevenir recaídas.

El tratamiento con 18 a 24 millones de u/día por vía intravenosa, durante cuatro a seis semanas, seguidos de fenoximetilpenicilina o amoxicilina o ampicilina por vía oral, durante 6 a 12 meses. Se ha recomendado como un régimen razonable.

Como tratamiento alternativo se encuentran la eritromicina, doxiciclina o clindamicina. Cuando sea necesario se realizará el drenaje quirúrgico de las fístulas o el recurso extremo de la amputación del miembro cuando falla el tratamiento medicamentoso y hay compromiso del estado general y riesgo de vida. Otros autores indican además la oxigenación hiperbárica con buenos resultados.¹³

La buena respuesta terapéutica de los dos casos descritos, confirman la adecuada sensibilidad de este bacilo a la penicilina; sin embargo, las características de estas lesiones, que se presentan generalmente como abscesos cubiertos de una gruesa capa inflamatoria, dificultan la penetración antibiótica, lo que hizo necesario un tratamiento quirúrgico y médico prolongado por seis meses de duración.

El sitio original de la infección se encontró en la piel de la mama en los dos casos, afectada probablemente por estar alterada la integridad de la mucosa bucal donde la bacteria es flora normal y, por ser patógenos oportunistas, viajan por diseminación hematógena hasta la piel de la mama desencadenando la enfermedad o por contacto de un individuo a otro como parte de la flora oral normal infectando la saliva de su pareja a la piel alterada de la mama de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardona Ospina J, Franco Herrera D, Failoc Rojas VE, Rodriguez Morales AJ. Estimaciones de la incidencia de la actinomicosis en Colombia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2017 [citado 5 Ago 2017]; 35(6): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0213005X15002827>
2. Redondo K, Redondo C, Miranda A, Barrios R, Bertel D, Gómez A. Actinomicosis abdominal que simula neoplasia tumoral maligna del colon. *Rev Colomb Cir* [Internet]. Jul-Sep 2016. [citado 5 Ago 2017]; 31(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000300009&lng=es&nrm=iso
3. Acosta Arencibia A, Sánchez Medina MT, Cruz Benavides F, Camacho Galán R, García Duque O, Fernández Palacios J. Actinomicosis primaria de pared abdominal simuladora de sarcoma de partes blandas. *Cir Plást Iberolatinoam* [Internet]. 2014 [citado 2 Sep 2016]; 40(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000100011&lng=es&nrm=iso
4. Herrero Martínez JA, Gómez Gómez J, García Vázquez E, Hernández Torres A. Actinomicosis. *Medicine* [Internet]. 2014 [citado 28 Oct 2017]; 11(58):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304541214707942>
5. Bustos Moya G, Josa Montero D, Perea Ronco J, Gualtero Trujillo S. Enfermedad pélvica inflamatoria por *Actinomyces* sp. en paciente con dispositivo intrauterino: reporte de un caso. *Infection* [Internet]. 2016 [citado 12 Oct 2017]; 20(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0123939215000910>
6. Macía G, Nájera F, Guerra AB. Actinomicosis cervicofacial tras cirugía ortognática. A propósito de un caso. *Rev Esp Cir Oral* [Internet]. 2011 [citado 2 Mar 2015]; 33(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582011000200004&lng=es&nrm=iso
7. Martín Peral P, González Moya JE, García Agudo L. Actinomicosis torácica: una entidad de difícil diagnóstico. *Rev Clín Esp* [Internet]. 2012 [citado 15 Abr 2017]; 212:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://medes.com/publication/75177>
8. Rodríguez Lago I, Calderón Á, Cazallas J, Camino ME, Barredo I, JL Cabriada. Primer caso clínico de actinomicosis esofágica en un

- paciente con esofagitis eosinofílica activa. Gastroenterol Hepatol [Internet]. Ago-Sep 2017 [citado 23 May 2017] 40(7):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.04.012>
9. Laguna S, López I, Zabaleta J, Aguinagalde B. Actinomicosis sobre cuerpo extraño que simula una neoplasia pulmonar. Arch Bronconeumol [Internet]. 2017 [citado 23 May 2017]; 53(5): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2016.09.006>
 10. Pacheco Barzallo F, Arias Garzón W. Hernia umbilical encarcelada como debut de actinomicosis abdominal. Rev Cir Ciruj [Internet]. 2012 [citado 14 Mar 2016]; 80:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc121n.pdf>
 11. Bouza Jiménez Y, Clemente B, Morales J, Tartabull Veitía Y. Actinomicosis pulmonar. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. Nov-Dic 2015 [citado 19 Sep 2017]; 13(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n6/ms13613.pdf>
 12. Daniels P, Correa E, Goity C. Actinomicosis pelviana: caso clínico. Rev Chil Obs Gin [Internet]. 2013 [citado 23 May 2016]; 78(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000100008&script=sci_arttext
 13. Jiménez Domínguez ME, Sánchez Navarro LM, Arenas R, Sánchez Delgado JL, López S. Actinomicosis cervicofacial y tromboflebitis yugular supurativa: informe de un caso y revisión de la literatura. Dermatol Cosm Méd Quir [Internet]. 2017 [citado 30 Sep 2017]; 15(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dcmq.com.mx/index.php/articulos-casos-inmuno/edici%C3%B3n-enero-marzo-2014-volumen-12-n%C3%BAmero-1/224-actinomicosis-cervicofacial-y-tromboflebitis-yugular-supurativa-informe-de-un-caso-y-revisi%C3%B3n-de-la-literatura>

Recibido: 21 de noviembre de 2017

Aprobado: 12 de enero de 2018