

Imágenes en patología

Fístula bronco-pericárdica en una mujer joven por actinomicosis pulmonar complicada

Rafael Parra-Medina MD^a
Paula Moreno MD^b
José Fernando Polo MD^c
Juan Carlos Bonilla MD^d

^{a,d}Servicio de Patología. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^bHospital de San José. Bogotá DC, Colombia.

^cServicio de Patología. Hospitales de San José. Hospital Infantil Universitario de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

© 2018 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 26 años de edad que ingresa al servicio de urgencias deshidratada, en malas condiciones generales, con cuadro de diarrea de alto gasto asociada con dolor abdominal. Refiere antecedentes de asma en tratamiento con corticoterapia, neumonía bacteriana hace seis meses para la que recibió tratamiento por tres meses, con presencia de nódulo pulmonar sin etiología determinada. Durante la hospitalización presenta deterioro progresivo con signos de inflamación sistémica y fallece al tercer día de hospitalización. En el estudio macroscópico se observó el pericardio adherido al pulmón derecho, que al cortarlo hay salida de líquido purulento, aproximadamente 500 cc (figura 1A). En el lóbulo medio del pulmón derecho se reconoce absceso pulmonar y fístula que comunica al pericardio (figura 1B)

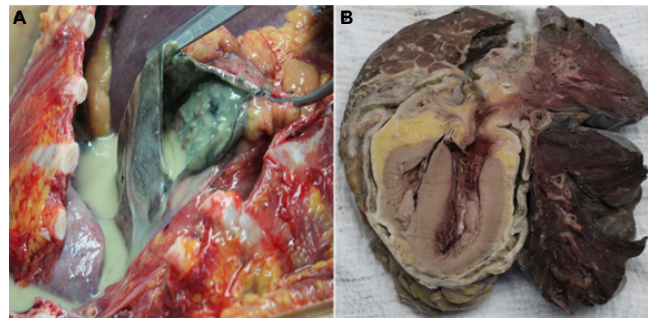


Figura 1. A. Pericardio adherido al pulmón derecho, al corte hay salida de líquido purulento, aproximadamente 500 cc. **B.** Pericardio engrosado, asociado con fístula que comunica al pericardio con el pulmón derecho.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: octubre 13 de 2017
Fecha aceptado: noviembre 11 de 2017

Autor para correspondencia.

Dr. Rafael Parra-Medina
rafaparram@gmail.com

DOI

<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n3.2018.211>

El examen microscópico revela en el parénquima pulmonar y en la luz bronquial ramificación filamentososa de *Actinomyces* spp, asociado con infiltrado agudo y crónico en la periferia (figura 2).

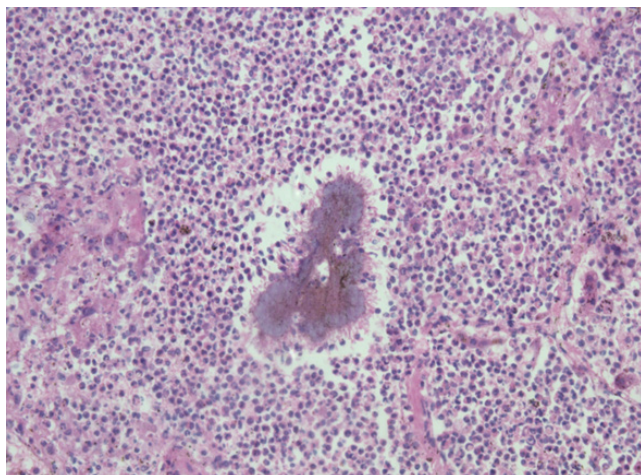


Figura 2. Parénquima pulmonar con presencia de colonias de *Actinomyces* spp. Infiltrado agudo y crónico en la periferia.

DISCUSIÓN

La actinomicosis es una infección bacteriana rara, crónica y de progresión lenta, por lo regular causada por *Actinomyces israelii*, un bacilo gram-positivo, filamentososo, no formador de esporas. Se ha descrito principalmente la infección cervicofacial, sin embargo otros sistemas también pueden verse afectados como sistema nervioso central, musculoesquelético, abdominopélvico y torácico, caracterizándose por producir inflamación supurativa y granulomatosa, en algunas oportunidades con formación de fistula. Casi siempre se presenta en adultos de edad mediana, con mayor frecuencia en hombres.¹

El compromiso pulmonar es causado por la aspiración de secreciones de la orofaringe o gastrointestinales hacia el tracto respiratorio. La presentación clínica incluye tos productiva, dolor torácico, disnea y hemoptisis, y los hallazgos radiológicos incluyen consolidaciones, siendo ambos hallazgos inespecíficos. El diagnóstico es difícil de realizar por lo que con frecuencia se interpreta erróneamente como un proceso maligno más que como uno infeccioso; para confirmar la infección por actinomicosis se hace necesario practicar estudios invasivos, como broncoscopias y biopsias.² La infección responde en forma adecuada a la antibioticoterapia, siendo la penicilina en altas dosis y por periodos prolongados la primera línea.^{2,3}

En nuestro caso la enfermedad progresó hasta desencadenar una fistula bronco-pericárdica. Se han reportado fistulas bronco-pleurales, bronco-epidurales y bronco-cutáneas.^{2,4,5}

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Brook I. Actinomycosis: diagnosis and management. *Southern Med J.* 2008;101(10):1019-23.
2. Kim SR, Jung LY, Oh IJ, Kim YC, Shin KC, Lee MK, et al. Pulmonary actinomycosis during the first decade of 21st century: cases of 94 patients. *BMC infect Dis.* 2013;13:216.
3. Song JU, Park HY, Jeon K, Um SW, Kwon OJ, Koh WJ. Treatment of thoracic actinomycosis: A retrospective analysis of 40 patients. *Ann Thorac Med.* 2010;5(2):80-5.
4. Sem Liew M, Arulananda S, Seow J, Mitchell P, John T. Bronchoepidural Fistula in a man with actinomycosis complicated non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol.* 2011;6(10):1761-2.
5. Briceno G, Guzman P, Schafer F. Cutaneous fistula due to pulmonary actinomycosis in a Mapuche girl. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(4):504-5.