



587 - INFECCIONES DE PARTES BLANDAS POR *ACTYNOVICES*: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Irene Díaz de Santiago, Arrate Mancisidor Andrés, Óscar Subira Navarro, Ana Calonge Arribas, Laura Aparicio Cordero, Carlos Vizcay Aranaz, Maider Olaizola Guerrero y Rubén Arnáez Solís

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: Revisar la bibliografía disponible de infecciones cutáneas por *Actynomices* y aportar a la literatura científica nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes con abscesos por *Actynomices*. Revisión de la bibliografía relacionada. Esta comunicación cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación y el consentimiento informado de los pacientes.

Resultados: A continuación, adjuntamos tabla comparativa de tres casos de pacientes con infecciones cutáneas por *Actynomices* (tabla).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo y edad	Varón, 83 años	Mujer, 57 años	Mujer, 88 años
Antecedentes	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Artritis reumatoide en tratamiento con leflunomida y adalimumab.	Sin antecedentes de interés
	Neoplasia de próstata en tratamiento farmacohormonoterápico.	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	
Localización	Absceso en muslo derecho	Hidrosadenitis supurativa complicada mediante absceso en cara interna de muslo izquierdo	Absceso en región inguinal izquierda.
Aislamiento	<i>Actinomyces radingae</i>	<i>Actinomyces turicensis</i>	<i>Actinomyces europaeus</i>
Drenaje	Limpieza de aspecto	Limpieza de absceso y fistulectomía	Drenaje y desbridamiento

Antibiótico	Amoxicilina-clavulánico 3 semanas, posteriormente moxifloxacino tras revisión de antibiograma	Amoxicilina/clavulánico	Inicialmente moxifloxacino, se retira tras unos días por mala tolerancia y se sustituye por doxicilina
Duración tratamiento	7 meses	6 semanas	4 meses (retirado por mala tolerancia)

Discusión: Los *Actinomices* forman parte de la flora de la boca, tracto gastrointestinal y tracto genital femenino¹. Es una infección de distribución universal, no contagiosa, que se adquiere de forma endógena². La presentación clínica de la infección por estos microorganismos es variable dependiendo de la localización. Frecuentemente puede simular otras lesiones inflamatorias o neoplásicas. Las formas cutáneas son muy infrecuentes y suelen deberse a una disrupción de la piel³. Los antibióticos son la base del tratamiento, independientemente de la extensión de la infección, aunque, en ocasiones, puede ser necesario drenaje quirúrgico². Suelen ser necesarios tratamientos prolongados, y su duración va a depender del estado inmunitario del paciente, la extensión, si ha requerido drenaje y la respuesta clínica³. En los casos en los que se ha realizado drenaje y con buena evolución, el tratamiento durante 3 meses puede ser suficiente³. En las infecciones cutáneas, los microorganismos aislados más frecuentes son los siguientes: *A. europaeus*, *A. meyeri*, *A. funkei*, *A. neuii*, *A. turicensis* y *A. radingae*¹. Nuestros casos clínicos coinciden con aquello publicado en cuanto a la población afectada. Dos de nuestros pacientes tenían más de 80 años y la paciente más joven era inmunodeprimida. En la literatura los reportes de infecciones de partes blandas por *Actinomices* son escasos. Es posible que su incidencia real pueda verse subestimada por una incorrecta toma de muestras. En nuestros casos las tomas de muestras fueron quirúrgicas, aunque, previamente, habían sido recogidas con torunda, sin aislamientos. El tratamiento antibiótico dirigido se mantuvo desde 6 semanas hasta 7 meses tras drenaje quirúrgico, sin evidencia de recidiva en ninguno de los tres casos. En el caso nº 2, sí hubo reinfección por otros microorganismos, en probable relación con la fístula que presentaba la paciente.

Conclusiones: Es esencial una correcta toma de muestras para conocer la causa de las infecciones de partes blandas, dado que la elección del antibiótico y el tiempo de tratamiento son esenciales para una correcta curación. Las especies de *Actinomices*, aunque con escasas resistencias, tienden a recidivar debido a que requieren pautas de tratamiento largas. El drenaje de los abscesos es esencial para el control del foco infeccioso y permite una reducción del tiempo de tratamiento.

Bibliografía

1. Könönen E, Wade WG. Actinomyces and related organisms in human infections. Clin Microbiol Rev. 2015;28:419-42.
2. Russo TA. Actinomycosis. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 20ª ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018. p. 1220-3.
3. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, *et al.* Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. Infect Drug Resist. 2014;7:183-97.