CASO CLÍNICO

ENDOSCOPIA

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Actinomicosis abdominopélvica asociada a uso prolongado de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso

Juan Andrés Díaz-Esquivel,* Flavio Jesús Sánchez-Andrade,*
Christian Ronal Sancho-Hernández,*,** Ricardo Bañuelos-Huerta,*** Pablo Méndez-Hernández***

** Residencia. ** Cirugía general. *** Departamento de Enseñanza, Capacitación e Investigación.*
Hospital General Tlaxcala "Lic. Anselmo Cervantes Hernández". Tlaxcala, México.

Abdominopelvic actinomycosis associated with long-term intrauterine device use: A case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2026 / p. 142-146

RESUMEN

La actinomicosis abdominal es una infección de curso subagudo o crónico ocasionada por el microorganismo Gram positivo *Actinomyces Israelii*, caracterizada por ocasionar a nivel abdominal abscesos, fistulas, fibrosis de los tejidos y pseudo tumoraciones supurativas, lo cual conlleva a cirugías extensas de resección de la lesión y el uso prolongado de antibióticos por aproximadamente 6 a 12 meses, por lo que su reconocimiento temprano permite un manejo quirúrgico más conservador. Entre los principales factores de riesgo se encuentra el uso prolongado de dispositivos intrauterinos (DIU), aunque esta asociación continúa siendo infrecuente.

Se presenta el caso de una mujer de 41 años con diabetes tipo 2 y antecedente de uso de DIU durante siete años, quien acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, induración de la pared abdominal y drenaje espontáneo de material purulento a través de una cicatriz quirúrgica previa. La tomografía computarizada muestra una lesión infiltrativa con apariencia de tumor mesentérico, por lo que es sometida a resección de íleon terminal y colon derecho. El estudio histopatológico demuestra peritonitis aguda y crónica con microorganismos filamentosos compatibles con *Actinomyces spp*., por lo que se confirma el diagnóstico de actinomicosis abdominal. Posteriormente recibe tratamiento antibiótico prolongado, con evolución clínica favorable y ausencia de recurrencia durante el seguimiento.

Este caso resalta la importancia de considerar la actinomicosis abdominal dentro del diagnóstico diferencial de

ABSTRACT

Abdominal actinomycosis is a subacute or chronic infection caused by the Gram-positive microorganism Actinomyces israelii. *It is characterized by abdominal abscesses, fistulas, tissue fibrosis, and suppurative pseudotumors, which often lead to extensive lesion resection surgery and prolonged antibiotic therapy lasting approximately 6 to 12 months. Therefore, early recognition allows for a more conservative surgical approach. Among the main risk factors is the prolonged use of intrauterine devices (IUD), although this association remains infrequent.*

We present the case of a 41-year-old female with type 2 diabetes and a history of IUD use for seven years, who presented to the emergency department with abdominal pain, abdominal wall induration, and spontaneous purulent drainage through a previous surgical scar. Computed tomography revealed an infiltrative lesion resembling a mesenteric tumor; consequently, the patient underwent resection of the terminal ileum and right colon. Histopathologic examination demonstrated acute and chronic peritonitis with filamentous microorganisms compatible with Actinomyces spp., *confirming the diagnosis of abdominal actinomycosis. The patient subsequently received prolonged antibiotic treatment, with favorable clinical outcome and no evidence of recurrence during follow-up.*

This case highlights the importance of considering abdominal actinomycosis in the differential diagnosis of abdominal masses, particularly in patients with risk

Correspondencia:

Dr. Juan Andrés Díaz-Esquivel
Correo-e: Investigacionhgt2@gmail.com

https://doi.org/10.62640/CAD2615404cc

las masas abdominales, particularmente en pacientes con factores de riesgo como el uso prolongado de DIU. El reconocimiento oportuno de esta entidad puede permitir un tratamiento más conservador, disminuir la extensión de la resección quirúrgica y mejorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave. Actinomicosis abdominopélvica, dispositivo intrauterino (DIU), terapia con antibióticos, diagnóstico.

factors such as long-term IUD use. Timely recognition of this entity can enable a more conservative treatment approach, reduce the extent of surgical resection, and improve patient prognosis.

Key words. *Abdominopelvic actinomycosis, intrauterine device (IUD), antibiotic therapy, diagnosis.*

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una infección de curso subagudo o crónico ocasionada por bacterias anaerobias o microaróFilas del género *Actinomyces*, microorganismos Gram positivos, que forman parte de la microbiota habitual de la cavidad oral, el tracto gastrointestinal y el aparato genital femenino. Descrita por primera vez en 1846 por el doctor William Bradsaw, esta enfermedad se caracteriza por presentar a nivel abdominal abscesos, fistulas, fibrosis de los tejidos y pseudo tumoraciones supurativas, lo cual conlleva a cirugías extensas para la resección de la lesión y el uso prolongado de antibióticos por aproximadamente 6 a 12 meses, y continúa siendo un reto diagnóstico es un reto debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas e imagenológicas.[1-3]

Los factores de riesgo descritos para su desarrollo se incluyen la diabetes, los estados de inmunodepresión por VIH o terapia inmunosupresora, desnutrición, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía abdominal y el uso prolongado de dispositivos intrauterinos (DIU).[1-3]

La actinomicosis abdominopélvica es una entidad poco frecuente, sin embargo, la asociación entre actinomicosis y DIU ha sido ampliamente documentada, particularmente cuando el dispositivo permanece colocado por un periodo mayor al recomendado.[4,5] Aunque la colonización por *Actinomyces* puede identificarse en mujeres asintomáticas portadoras de DIU, la progresión hacia una infección invasiva es infrecuente.[6] No obstante, cuando ocurre puede extenderse desde la pelvis hacia estructuras abdominales adyacentes, comprometiendo intestino, mesenterio y pared abdominal, con un comportamiento clínico que frecuentemente conduce a diagnósticos erróneos y tratamientos quirúrgicos extensos.[7-9]

El diagnóstico definitivo continúa dependiendo de la demostración microbiológica o histopatológica del microorganismo. Desafortunadamente, el aislamiento de *Actinomyces* mediante cultivo representa un desafío debido a su crecimiento lento, los estrictos requerimientos de anaerobiosis y la frecuente naturaleza polimicrobiana de la infección.[6,9] Por ello, en un número considerable de pacientes el diagnóstico se establece únicamente después de la resección quirúrgica y del análisis histopatológico de la muestra envíada.[7-9]

Se presenta el caso de una mujer con diabetes tipo 2 y antecedente de uso prolongado de DIU, quién desarrolla actinomicosis abdominal con compromiso intestinal, simulando inicialmente una neoplasia abdominal. El diagnóstico es confirmado mediante estudio histopatológico y cultivo positivo del dispositivo intrauterino (DIU) para *Actinomyces spp*., resaltando la importancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de las masas abdominales en pacientes con factores predisponentes y de integrar los hallazgos clínicos, radiológicos, microbiológicos e histopatológicos para establecer un diagnóstico oportuno.

CASO CLÍNICO

Mujer de 41 años acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y supuración a través de la pared abdominal por tracto fistuloso. Como antecedentes de importancia, refiere una intervención quirúrgica durante la infancia por una malformación anorrectal, sin conocer el procedimiento realizado, diagnóstico de diabetes tipo 2 con tres años de evolución, con tratamiento a base de glibenclamida e insulina, refiere apego irregular al tratamiento. Como antecedentes ginecoobstétricos, refiere cuatro gestaciones, de las cuales una resulta en aborto, dos son partos y finalmente una cesárea electiva, además del uso de DIU como método anticonceptivo durante siete años, sin controles ginecológicos posteriores a su colocación.

Inició su padecimiento dos meses previos a su ingreso al detectar una masa indurada en mesogastrio, de crecimiento progresivo, acompañada de cambios en el calibre y la frecuencia de las evacuaciones. Niega náusea y vómito, con adecuada eliminación de gases. Una semana previa a su hospitalización presenta hiperemia de la pared abdominal y drenaje espontáneo de material purulento a través de una cicatriz quirúrgica localizada en la línea media.

A la exploración física se encuentra consciente, orientada y hemodinámicamente estable. Destaca palidez generalizada de tegumentos y mucosas. Abdomen globoso a expensas

del panículo adiposo, con cicatriz quirúrgica media supra e infraumbilical. Se observa secreción purulenta fétida a nivel supraumbilical, con bordes hiperémicos. A la auscultación peristalsis disminuida y, a la palpación, dolor abdominal difuso sin datos de irritación peritoneal. Se identifica una zona de induración irregular, no móvil, localizada en mesogastrio e hipogastrio. El resto de la exploración física no muestra alteraciones de relevancia.

Los estudios de laboratorio al ingreso evidencian hiperglucemia (336 mg/dL), anemia severa (hemoglobina 6.3 g/dL; hematocrito 23.3%), leucocitosis (23 180/µL), creatinina sérica de 0.9 mg/dL y discreta alteración de los tiempos de coagulación (TP 17.3 segundos, INR 1.3 y TTP 22.1 segundos).

La tomografía computarizada de abdomen simple y contrastada muestra una lesión reticular que involucra asas de yeyuno adyacentes a la válvula ileocecal, asociada a engrosamiento de la pared abdominal. Asimismo, se observa un DIU en adecuada posición dentro de la cavidad uterina. Los hallazgos radiológicos son interpretados como sugestivos de un tumor desmoide del mesenterio con extensión hacia la pared abdominal *(Figura 1)*.

Tras la estabilización clínica, la paciente es sometida a laparotomía exploratoria. Durante el procedimiento se identifica una masa inflamatoria que compromete asas de yeyuno, íleon terminal y ciego, además de un epiplón mayor marcadamente indurado con aspecto empedrado y tejidos intensamente vascularizados. Se observa escasa secreción purulenta, aproximadamente 20 mililitros, durante la resección y se realiza hemicolectomía derecha con resección del íleon comprometido y anastomosis íleo-transversa *(Figura 2)*.

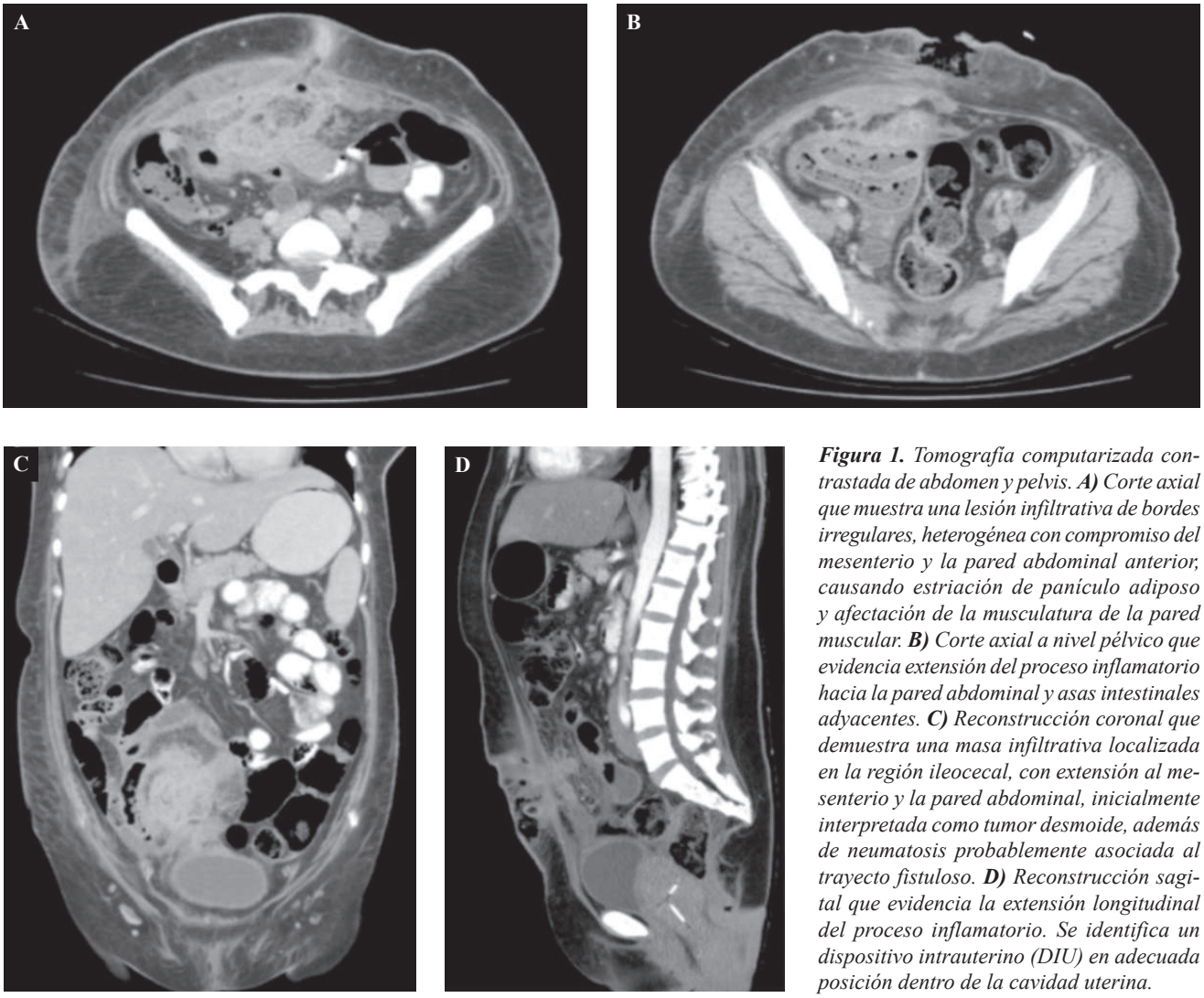


Figura 1. *Tomografía computarizada contrastada de abdomen y pelvis.* ***A)*** *Corte axial que muestra una lesión infiltrativa de bordes irregulares, heterogénea con compromiso del mesenterio y la pared abdominal anterior, causando estriación de panículo adiposo y afectación de la musculatura de la pared muscular.* ***B)*** *Corte axial a nivel pélvico que evidencia extensión del proceso inflamatorio hacia la pared abdominal y asas intestinales adyacentes.* ***C)*** *Reconstrucción coronal que demuestra una masa infiltrativa localizada en la región ileocecal, con extensión al mesenterio y la pared abdominal, inicialmente interpretada como tumor desmoide, además de neumatosis probablemente asociada al trayecto fistuloso.* ***D)*** *Reconstrucción sagital que evidencia la extensión longitudinal del proceso inflamatorio. Se identifica un dispositivo intrauterino (DIU) en adecuada posición dentro de la cavidad uterina.*

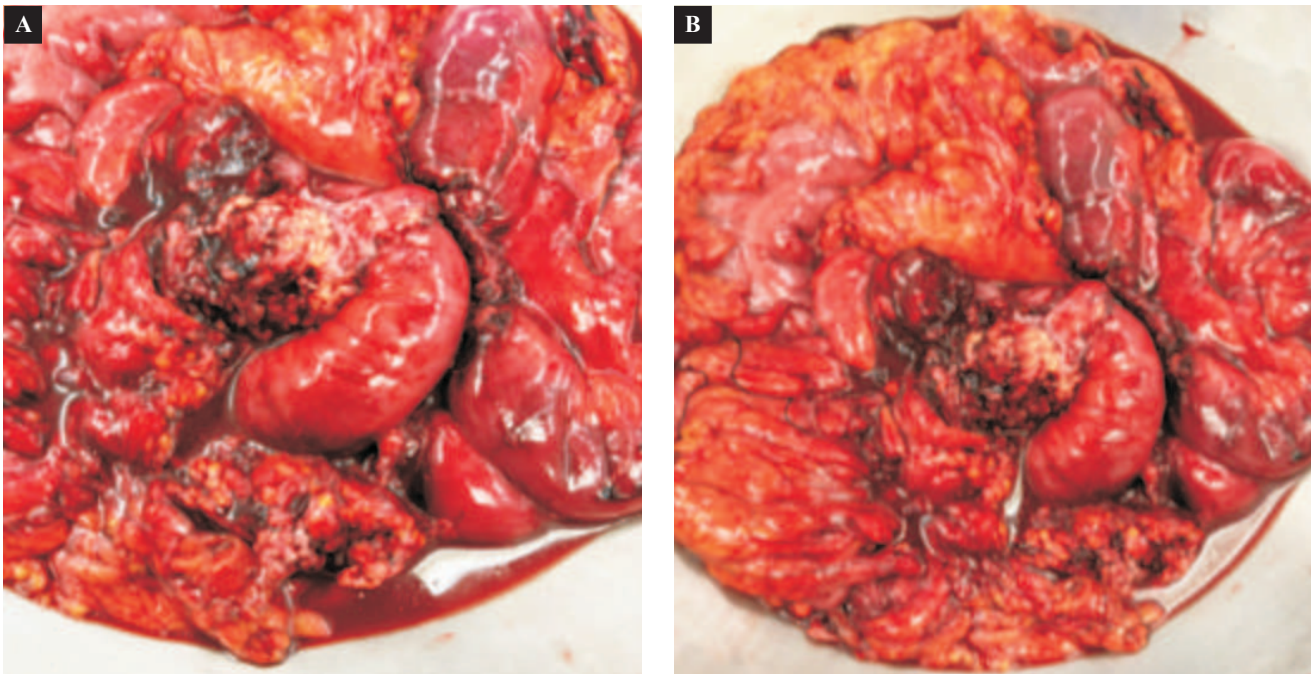


Figura 2. *Hallazgos macroscópicos de la pieza quirúrgica.* ***A)*** *Pieza quirúrgica correspondiente a resección de íleon terminal, ciego y mesenterio, con extensa reacción fibroinflamatoria y zonas abscedadas e isquémicas que le confieren un aspecto pseudotumoral.* ***B)*** *Vista complementaria de la pieza quirúrgica que muestra el compromiso del intestino y del tejido mesentérico por el proceso inflamatorio.*

Debido al antecedente de uso prolongado del DIU, este se retira y se envía para estudio microbiológico. El cultivo del dispositivo es positivo para *Actinomyces spp*. El estudio histopatológico reporta segmentos de intestino delgado y colon con peritonitis aguda abscedada y crónica, tejido de granulación y microorganismos filamentosos compatibles con *Actinomyces spp*. El mesocolon muestra peritonitis aguda y crónica con fibrosis y presencia de microorganismos filamentosos, por lo que se confirma el diagnóstico de actinomicosis abdominal.

Durante el seguimiento ambulatorio, un mes después del egreso hospitalario, la paciente permanece clínicamente estable, sin evidencia de recurrencia ni progresión del proceso infeccioso. Se inicia tratamiento con doxiciclina y moxifloxacino durante seis meses, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

La actinomicosis abdominal es una infección poco frecuente cuyo diagnóstico representa un desafío debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas y radiológicas. En concordancia con las series publicadas en 2026 por Tian, *et al*., y Ren, *et al*., la paciente presenta una masa infiltrativa con compromiso del mesenterio y la pared abdominal que es interpretada inicialmente como una neoplasia, situación que continúa siendo una de las principales causas de retraso diagnóstico y de la realización de procedimientos quirúrgicos extensos.[7,8]

La paciente presenta múltiples factores predisponentes descritos en la literatura para el desarrollo de actinomicosis invasiva. Entre ellos destacan la diabetes mellitus tipo 2 con control metabólico deficiente y el uso prolongado de un DIU durante siete años. Diversos estudios demuestran que el riesgo de enfermedad aumenta cuando el DIU permanece colocado por un periodo mayor al recomendado, particularmente en mujeres con enfermedades que condicionan alteraciones en la respuesta inmunológica o favorecen la colonización persistente por *Actinomyces spp*.[6,7,9,10]

Aunque la colonización por *Actinomyces* en mujeres portadoras de DIU no es un hallazgo infrecuente y, en la mayoría de los casos, no requiere tratamiento específico ni retiro del dispositivo en ausencia de manifestaciones clínicas, la progresión hacia enfermedad invasiva es excepcional.[6] Cuando ésta ocurre, la infección puede extenderse progresivamente desde la pelvis hacia órganos abdominales adyacentes, originando abscesos, fibrosis intensa y masas infiltrativas capaces de simular neoplasias malignas o enfermedad inflamatoria intestinal, tal como ocurre en el presente caso.[7-9]

Otro aspecto relevante es la confirmación diagnóstica mediante dos métodos complementarios. El estudio histopatológico demuestra la presencia de microorganismos filamentosos

compatibles con *Actinomyces spp*., mientras que el cultivo del DIU o también resulta positivo para este microorganismo. De acuerdo con las recomendaciones de la *Infectious Diseases Society of America*, el aislamiento microbiológico de *Actinomyces* representa un reto debido a su crecimiento lento, los estrictos requerimientos de anaerobiosis y la frecuente naturaleza polimicrobiana de la infección.[6] En este contexto, la confirmación microbiológica obtenida a partir del cultivo del DIU fortalece la asociación etiológica entre el uso prolongado del dispositivo y el desarrollo de la infección.

El tratamiento de la actinomicosis abdominal depende de la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico. Cuando el diagnóstico se establece de manera temprana, la antibioticoterapia prolongada asociada al retiro del DIU puede ser suficiente para lograr la resolución del cuadro clínico. Sin embargo, en pacientes con enfermedad avanzada, compromiso intestinal o sospecha de malignidad, la resección quirúrgica continúa siendo necesaria como parte del tratamiento.[1,3,5] En el presente caso la extensa afectación del íleon terminal, ciego y pared abdominal hace indispensable el tratamiento quirúrgico, seguido de antibioticoterapia prolongada, con evolución clínica favorable y ausencia de recurrencia durante el seguimiento.

El presente caso resalta la importancia de incluir la actinomicosis abdominal dentro del diagnóstico diferencial de las masas abdominales en mujeres portadoras de DIU de larga evolución, especialmente cuando coexisten factores predisponentes como diabetes mellitus. Asimismo, pone de manifiesto el valor de integrar la información clínica, radiológica, histopatológica y microbiológica para establecer un diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento de manera oportuna.

CONCLUSIONES

La actinomicosis abdominal es una infección poco frecuente cuyo diagnóstico representa un desafío clínico debido a la inespecificidad de sus manifestaciones y a su capacidad para simular procesos neoplásicos o inflamatorios. Este caso enfatiza la importancia de mantener un alto índice de sospecha, particularmente en pacientes con factores predisponentes como el uso prolongado de dispositivos intrauterinos.

La integración de los antecedentes clínicos, los hallazgos tomográficos, la evaluación quirúrgica, el estudio histopatológico y el cultivo positivo del DIU para *Actinomyces spp*. permite establecer el diagnóstico definitivo y confirmar la asociación etiológica entre el uso prolongado del DIU y la infección.

El reconocimiento oportuno de esta entidad favorece un abordaje diagnóstico integral y la instauración temprana de un tratamiento médico-quirúrgico dirigido, contribuyendo a disminuir el retraso diagnóstico y las complicaciones derivadas de la progresión de la enfermedad.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron financiamiento alguno para llevar a cabo la discusión y presentación del presente artículo.

REFERENCIAS

1. Borstnar CR, Cardellach F. Farreras Rozman. *Medicina Interna.* 20a ed. Elsevier. 2024.
2. Brooks GF, Butel JS. Morse SA. Jawetz, Melnick and Adelberg: *Microbiología médica* (25a ed.). McGraw-Hill 2011.
3. López CN, Cuevas GA. Actinomicosis primaria de pared abdominal: presentación de un caso con fistula enterocutánea y revisión de la bibliografía. *Rev Hispanoam Her* 2018; 6(1): 45. https://doi.org/10.20960/rhh.53
4. Fiorino AS. Intrauterine Contraceptive Device-Associated Actinomycotic Abscess and Actinomyces Detection on Cervical Smear. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 87(1): 142-9. doi: 10.1016/0029-7844(95)00350-9
5. Hager WD, Majmudar B. Pelvic Actinomycosis in Women Using Intrauterine Contraceptive Devices. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133(1): 60-3. doi: 10.1016/0002-9378(79)90413-7
6. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, Carroll KC, Chapin KC, *et al.* Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). Clinical Infectious Diseases: *Infectious Diseases Society of America* 2024; 813-6. ciae104. doi: 10.1093/cid/ciae104
7. Tian S, Geng C, Wu Y, Huang K, Chen S, Fan X, *et al.* Pelvic actinomycosis: diagnostic challenges and management strategies based on a retrospective case series and literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2026. doi: 10.1007/s00404-026-08441-z
8. Ren Q, Tian T, Jing Q. Abdominopelvic Actinomycosis Mimicking Malignant Tumors: Two Case Reports. *J Clin Ultrasound (JCU)* 2026. doi: 10.1002/jcu.70329
9. Li J, Li Y, Zhou Y, Wang C, Wu B, Wan J. *Actinomyces* and Alimentary Tract Diseases: A Review of Its Biological Functions and Pathology. *Biomed Res Int* 2018: 3820215. doi: 10.1155/2018/3820215
10. Eleuterio J, Giraldo PC, Silveira Gonçalves AK, Nunes Eleuterio RM. Liquid-Based Cervical Cytology and Microbiological Analyses in Women Using Cooper Intrauterine Device and Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 255: 20-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.09.051