

# ACTINOMICOSIS CERVICO-FACIAL SUS FORMAS DE PRESENTACION

*Eq. Capitán Odontólogo Beatriz Casnati*  
Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial

**PALABRA CLAVE:** ACTINOMICOSIS CERVICO-FACIAL

**KEYWORDS:** CERVICOFACIAL ACTINOMICOSIS

## RESUMEN

Se presentan cuatro casos clínicos de actinomicosis CERVICO-FACIAL en las que se han encontrado características clínicas típicas y atípicas. Se efectúa una amplia revisión bibliográfica, se describen los mecanismos patogénicos, los procedimientos diagnósticos, así como el manejo de esta patología.

## SUMMARY

Four cases of cervicofacial actinomycosis are presented, where some typical and atypical features were found. A thorough bibliographic revision is performed, pathogenic mechanisms and diagnostic procedures are discussed, as well as the management of this pathology.

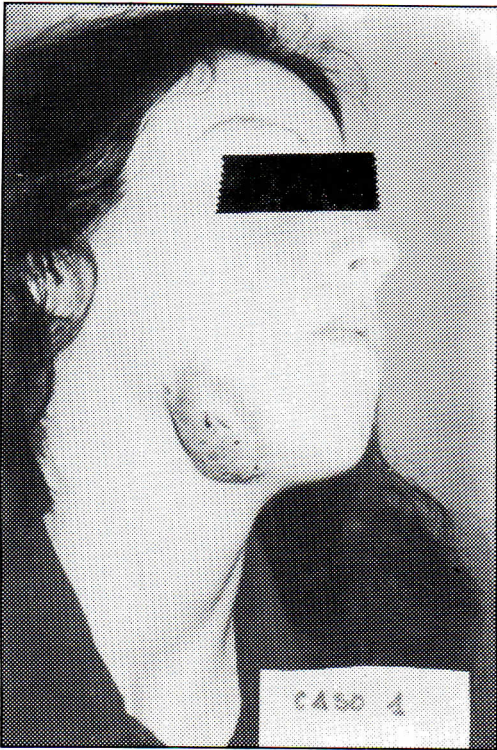
## INTRODUCCION

La actinomicosis es una infección crónica, no contagiosa granulomatosa, de crecimiento lento y progresivo causada principalmente por el

Actinomicetes *Israelii*, bacteria anaerobia facultativa, filamentosos y gran positiva. Se la clasifica anatómicamente, de acuerdo a la localización de la lesión, siendo la zona cervico-facial el sitio más frecuentemente afectado. La incidencia de ésta es ligeramente superior en el hombre que en la mujer, puede darse en la infancia, pero es raro. En la literatura se han reportado casos en todas las décadas de la vida, pero se observa con mayor frecuencia entre los 15 y los 35 años de edad. Consideramos a la actinomicosis una patología de interés para la profesión por ser una afección poco frecuente pero no por eso infrecuente, a la cual no se le pueden describir signos clínicos patognomónicos sino que su polimorfismo simula en una etapa inicial un simple absceso odontógeno pudiendo pasar muchas veces inadvertida.

## CASO Nº 1

Paciente de sexo femenino de 17 años que consulta por una tumefacción en la zona geniana baja. Como antecedente relata una celulitis perimandibular odontógena en esa zona 4 meses atrás, la que tratada con antibióticos (ATB) cedió. Un mes más tarde, aparece una tumoración en la misma región asintomática, que fue creciendo lentamente y que drenaba



pus especialmente en la noche. Al examen clínico se constata tumoración bien delimitada, cubierta por una piel rojo violácea con pliegues, descamaciones y polifístulas. A la palpación se percibe una tumefacción indolora, fluctuante con una brida fibrosa que la vincula al plano óseo, no se palpan adenomegalias regionales.

Al examen intraoral muestra un primer molar inferior necrótico y en el fondo de surco una tumefacción que hace cuerpo con la tumoración externa. En cuanto al diagnóstico clínico, por tratarse de un proceso purulento, recidivante, indoloro y con múltiples fístulas se sospecha una actinomicosis.

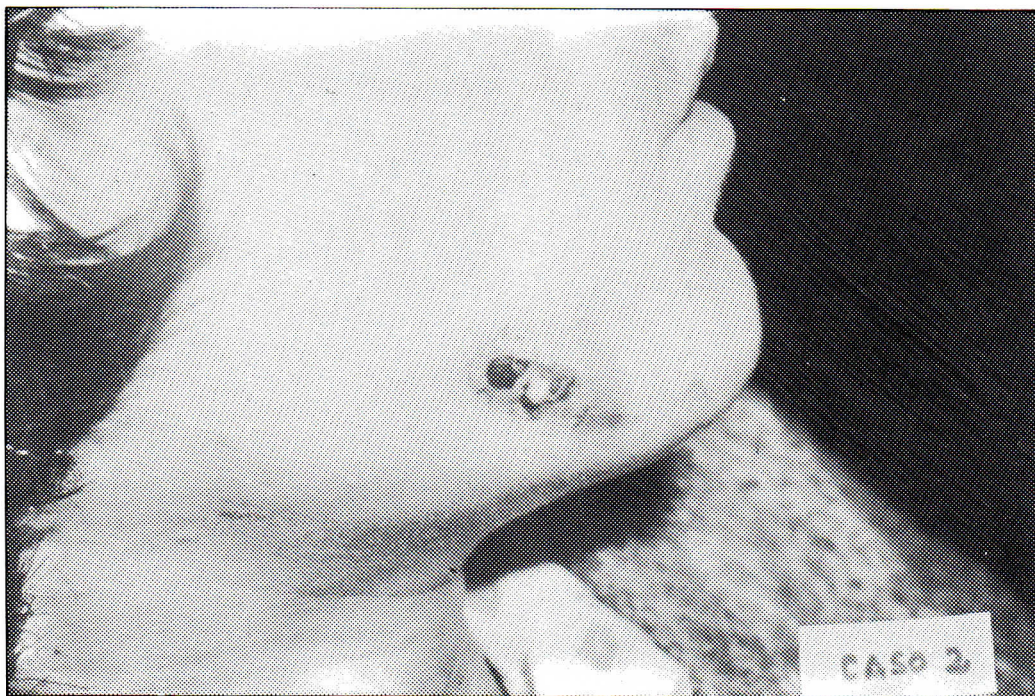
Se realiza una punción obteniéndose un líquido serosanguinolento, grumoso, mal ligado con granos amarillos. El examen directo del pus y los cultivos confirmaron el diagnóstico de actinomicosis.

## CASO N° 2

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad que consulta con un núcleo indurado en el espesor de la mejilla que drenaba intermitentemente una gota de pus. Un año atrás en esa misma zona hubo una celulitis a punto de partida de un segundo molar inferior la que tratada con ATB y luego drenada no recibió ningún otro tratamiento ulterior.

Al examen se constata tumefacción en la zona geniana baja de color rojo violáceo, del tamaño de una avellana indurada, parcialmente móvil sobre los planos profundos a los cuales está unida por una brida.

Al examen intraoral se observa un segundo molar inferior necrótico y el vestíbulo empastado por la presencia de una lesión apical. Como en el caso anterior, se trata de un proceso recidivante con varias fístulas y el estudio bacteriológico del pus y los cultivos confirmaron el diagnóstico clínico de actinomicosis.



### CASO Nº 3

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad que consultó por tumefacción geniana baja de 8 días de evolución, la paciente no tuvo dolores dentarios espontáneos ni ninguna otra sintomatología asociada a antecedentes regionales.

Al examen la piel se observa intensamente eritematosa, algo dolorosa a la palpación, con descamaciones y un centro fluctuante.

Al examen intraoral se observa un primer molar inferior con una gran cavidad cariosa necrótica y asintomática.

Para el diagnóstico se planteaban varias posibilidades: piodermitis (infección cutánea), adenitis tuberculosa, actinomicosis.

Se drena quirúrgicamente una secreción seropurulenta, muy líquida sin grumos peque-

ños. El examen microbiológico directo y el cultivo informan actinomicosis.

### CASO Nº 4

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad que consulta con dolor post avulsión en un primer molar inferior.

Al examen extraoral llama la atención una pequeña tumefacción en zona geniana baja, la piel subyacente eritematosa, no dolorosa a la palpación y con fluctuación.

La paciente no relata ninguna otra sintomatología asociada a antecedentes regionales como podría ser una celulitis crónica que dejara ese absceso residual.

En el examen intraoral se trata de un alvéolo con restos de un coágulo en vías de desintegración.



En cuanto al diagnóstico clínico se trata de una paciente que consulta con una alveolitis pero el nódulo cutáneo planteaba la posibilidad de una adenitis, un absceso crónico o una actinomicosis.

Se drena quirúrgicamente una secreción espesa sin grumos pequeños informando el examen microbiológico actinomicosis.

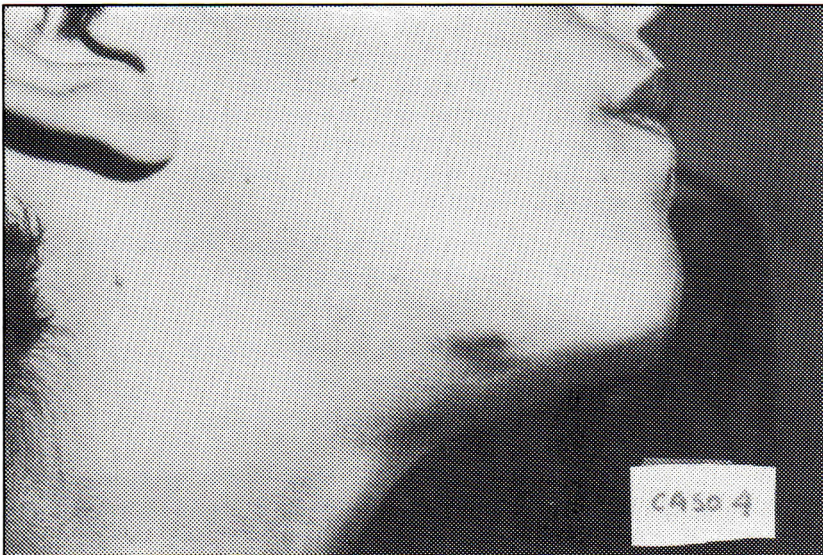
## DISCUSION

Consideramos brevemente los aspectos más relevantes de esta infección

### *Microbiología*

Los actinomicetos son bacterias, filamentosas siendo la especie *Israelii* la que más frecuentemente causa la infección. Son de importancia patológica esencial las propiedades anaeróbicas del *Actinomyces* que sólo consiente su multiplicación en el tejido intersticial cuando se dan las condiciones previas en un medio exento de oxígeno y con descenso del potencial de óxido-reducción. Además de esto el actinomicetos

necesita para la proliferación en los tejidos, la colaboración de otros microorganismos, en parte anaerobios y en parte aerobios. Se trata pues en sus comienzos de una infección mixta ya que en la compleja génesis de la actinomicosis, compete a las bacterias acompañantes la preparación fermentativa de los



tejidos. Esta concepción se apoya en el hecho de que al actinomyces le faltan ciertos fermentos del grupo de la hialurona-nidasa que por otra parte son formadas en cantidades considerables por los agentes aerobios. Estos se encuentran al menos en el estadio inicial para desaparecer con frecuencia al progresar la enfermedad.

Pero persisten en cambio los gérmenes anaerobios que vegetan constantemente en todas las actinomycosis. Este hecho nos condiciona el plan de tratamiento.

### ***Puente de Entrada***

El agente de la actinomycosis en el hombre suele encontrarse regularmente en la boca y en la cavidad faríngea de sujetos sanos como microorganismos saprófitos.

En la cavidad bucal se los encuentra sobre las mucosas, de preferencia en las bolsas paradenciales, en molares en etapa de desinclusión, en la dentina cariada, en los conductos radiculares de dientes necróticos, en focos periapicales, en el sarro y las criptas amigdalinas. Por lo tanto el agente no penetra desde fuera del organismo, sino que vive como saprófita en la cavidad bucal en condiciones normales desde la que bajo especiales circunstancias invade el tejido intersticial y se torna patógeno. Para explicar el hecho de que a pesar de su presencia casi constante en la boca, el actinomyces sólo causa raramente infección, hay que tener en cuenta de que por sí solo no es capaz de colonizar y difundir a los tejidos.

Su acción infecciosa sólo se actualiza cuando es llevado a los tejidos profundos del organismo desempeñando un papel importante las acciones traumáticas: heridas de partes blandas, fracturas mandibulares, extracciones dentarias, punciones anestésicas intraorales y procedimientos terapéuticos en endodoncia y cirugía oral.

En los casos presentados se trata de procesos infecciosos originados en molares necróticos que sirvieron de puerta de entrada al actinomyces.

En la bibliografía consultada muestra un predominio de las lesiones asentando en el maxilar inferior sobre el superior. Este hecho presumiblemente quede explicado por las mejores condiciones de irrigación del maxilar superior. En el mismo maxilar inferior se encuentra un predominio de las lesiones en la región molar que en la zona de incisivos y premolares, de concordancia con una menor morbilidad dentaria en estas dos últimas zonas

### ***Terapéutica de la actinomycosis***

El tratamiento descansa en 2 pilares:

- recursos quirúrgicos
- medicación ATB

El tratamiento quirúrgico abarca una serie de intervenciones:

1) Supresión de la puerta de entrada de la infección, se las debe suprimir tan pronto como sea posible para impedir la progresión de los gérmenes.

En las infecciones prevalentemente odontógenas se trata casi siempre de la extracción de un diente desvitalizado.

En la actinomycosis avanzada hay que proceder desde un ángulo quirúrgico a la incisión y drenaje del tejido afectado para prevenir que se produzcan retenciones de material susceptible de ofrecer óptimas condiciones de vida a los actinomyces.

En lo que se refiere a la medicación ATB hay 4 aspectos a considerar:

- Elección de ATB.
- Tiempo de administración.
- Dosis a emplear.
- Vías de administración.

El ATB de elección por excelencia es la penicilina seguida en eficacia por la ampicilina, buena eficacia presentan también las cefalosporinas, le sigue la eritromicina y luego las tetraciclinas.

Tiempo de administración – todos los autores subrayan la discrepancia entre la sensibilidad relativamente alta del *Actinomyces* comprobada in vitro y la experiencia clínica, pues la curación de los procesos actinomicóticos sólo se alcanza mediante el empleo prolongado de los mencionados ATB.

Para la explicación de este hecho es menester tener en cuenta:

- las malas condiciones de irrigación sanguínea en los tejidos actinomicóticos con reacciones cicatrizales y
- la flora concomitante variable que se encuentra siempre asociada al actinomicos.

Como se sabe la difusión del ATB y con ésta su eficacia depende de una abundante irrigación sanguínea por un sistema capilar íntacto.

Cuando las condiciones de irrigación sanguínea del tejido están más o menos perturbadas por trombosis, absedación, necrosis y formación cicatrizal, los ATB sólo se pueden distribuir y actuar limitadamente por ósmosis y difusión. Y precisamente esta situación es característica para los procesos inflamatorios de la actinomicosis. Esto explica el hecho de que con el tratamiento de procesos antiguos requiera mucho tiempo y dosis relativamente altas.

La otra dificultad y quizás la mayor de la antibioterapia está condicionada sin embargo por una variable flora que acompaña a los actomicetos.

Ambos hechos son los que llevan a administrar el ATB entre 30 o 60 días dependiendo de la cronicidad del proceso.

Dosis- En el adulto en forma general es necesario prescribir de 2 a 4 grs diarios durante los primeros 10 días, pudiendose luego reducir esa dosis. Para la penicilina aconseja de 4-6 millones de UI diarias durante la primera mitad del tratamiento o también es frecuente ver el uso de la Penicilina benzatínica 2.400.000 UI en los primeros 5 días pasándose luego la forma oral.

Vía de administración – De preferencia es la vía oral, sólo en casos particularmente importante está indicada como iniciación del tratamiento la vía intra muscular.

De lo expresado se deduce que la terapéutica de la actinomicosis es tanto más afortunada cuanto más se tiene en cuenta la compleja etiología de esta peculiar infección.

## CONCLUSIONES

Para finalizar digamos que desde el punto de vista clínico para la actinomicosis cérvico-facial hemos encontrado características clínicas de lesiones típicas y atípicas.

Las típicas actinomicosis se manifiestan como proceso crónicos, cuyo estado es una infiltración leñosa, con múltiples pequeñas fístulas, mientras que las formas atípicas se expresan por una tumefacción fluctuante en estado subagudo o crónico y que se asemeja a una infección odontogena inespecífica.

Por lo que debe plantearse siempre un diagnóstico diferencial, con otras afecciones no micóticas como las celulitis de origen dentaria, las osteitis, las afecciones ganglionares, la sífilis y el BK e incluso con otras micosis (nocardia y blastomicosis).

Es entonces necesaria el saber investigarla en todas las inflamaciones agudas, subagudas o crónicas, fistulizadas o no que no aportan una prueba evidente de su origen. Desde un punto de vista preventivo, cuanto más precoz sea el diagnóstico, más eficaz será el tratamiento, y se logrará la remisión del proceso sin incisiones ni heridas cicatrizales que comprometan la estética del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

1. BORSSSEN E.- Sundquist 6 *Actinomyces* of infected dental root canals 0.0.0 51: 643, 1990.

2. BRINGUALL I.D.- Dilemma. Br. J. Oral Maxillofac 27: 249-253, 1989.
3. BERNARD N.A., MAGENNIS J.P.- Intra-Masseteric Actinomycosis: report of a case. British J. Oral Maxillofac 30: 190-191, 1993.
4. FICARRA G., DILOLLO S.- Actinomycosis of the tongue. A Diagnostic Challenge. Head and Neck 15: 53-55, 1993.
5. GARCIA RODRIGUEZ J., GARCIA J.E.- Tumores Cérvico faciales. Enf. Infecc. Microbiol. Clin. 7 (1) 54-56, 1993.
6. HAR-EL G., PRAGER D.A.- Actinomycotic granuloma masquerading as an infraorbital nerv neoplasm head and neck 12: 261-263, 1990.
7. HIRSCH S.A.- Cervicofacial Actinomycosis following surgical trauma in rats O.O.O. 51-827, 1992.
8. SEOANE J.M., SUAREZ J.M.- Actinomycosis oral formas atípicas de presentación. Rev. Esp. Cirug. oral y maxilof. 16: 185-189, 1994.
9. FERGUS H., SAVORD E.- Actinomycosis involving periapical cyst in the anterior maxilla O.O.O. 49: 390, 1992.