

Botriomicosis de Colon, Revisión de Un Caso

Dr. Valmy Goitia – Cirugía General



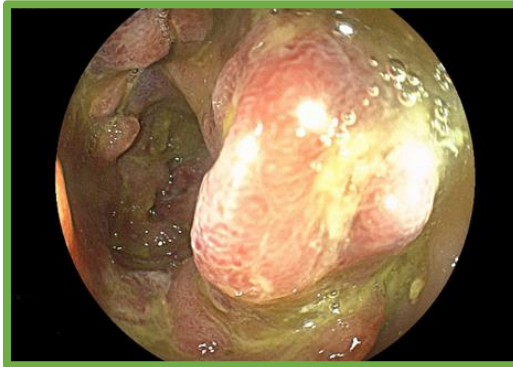
Caso Clínico

- ❖ Paciente varón
- ❖ 60 años de edad
- ❖ Captado por el screening de cáncer de colorrectal
 - Test de sangre oculta en heces positivo
- ❖ Antecedentes personales
 - Hábitos alcohol y tabáquicos moderados

Se realiza Colonoscopia

Informe Colonoscopia

- ❖ A 105-110 cm de margen anal externo, se evidencia una tumoración mamelonada
- ❖ Aspecto excrecente, que ocupa el 100% de la circunferencia
- ❖ No permite la progresión del endoscopio (figura 1, figura 2, figura 3)
- ❖ Se toman múltiples biopsias y se tatúa con tinta china



Se realizan estudios complementarios

- ❖ Analítica de sangre
- ❖ Antígenos tumorales
 - CEA: 9.4ng/mL.
- ❖ TAC de abdomen y pelvis

TAC de abdomen y pelvis

- ❖ Engrosamiento mural de 2 segmentos del colon transverso, uno de 6cms y otro de 5cms, próximos a ángulos esplénicos y hepáticos respectivamente
- ❖ No hay signos de oclusión intestinal, no apreciándose dilatación de segmentos proximales, y presencia de aireación y restos fecales en colon distal
- ❖ No hay evidencia de adenopatías patológicas o enfermedad a distancia.



Biopsia de la Colonoscopia

Informe biopsia

- ❖ Inflamación subaguda y fibrosis a nivel de la lámina propia
- ❖ Con aumento de celularidad inflamatoria a predominio de eosinófilos y componente linfoplasmocitario
- ❖ Sin evidencia de atipias con las técnicas de rutina, ni técnicas especiales.

INFORME ANATOMO-PATOLÓGICO	
Del servicio de: CIRUGÍA GENERAL	Al servicio de: ANATOMÍA PATOLÓGICA
Médico: GARCÍA RÍEZ, SALDÍ	Médico: ARAG-CANDELA PORTERO
Fecha: 09/10/2018 Hora: 13:36	Fecha Registro: 09/10/2018 Hora: 13:36
PRUEBA SOLICITADA	
POLIPOR COLOR (4 localizaciones)	N. Registro: 0000 Fecha Entrega: 12/10/18
RESERCIÓN MACROSCÓPICA	
Se reciben cuatro envases numerados con fragmentos de tejido fibroso en formal. Inclusiones totales.	
1) Múltiples fragmentos de tejido blanquecino y amarillo que agrupados miden 9x4x5 mm.	
2) Un fragmento de tejido blanquecino y amarillo que mide 3x4x3 mm.	
3) Dos fragmentos de tejido blanquecino y amarillo que juntos miden 2x4,3 mm.	
4) Un fragmento de tejido blanquecino y amarillo que mide 10x7,5 mm. Al corte, consistencia firme.	
RESERCIÓN MICROSCÓPICA	
1) Fragmentos de mucosa que muestran cierto ensanchamiento de la lámina propia con pérdida de la definición en zonas representativas de aumento con aumento de la inflamación inflamatoria en el espesor con predominio de eosinófilos y componente linfoplasmocitario. No observamos áreas de displasia ni con la técnica de rutina ni con las técnicas especiales de inmunohistoquímica. Falta a realizar alguna técnica inmunohistoquímica adicional para descartar que se trate de una lesión de tipo hiperplásico. Falta a realizar alguna técnica inmunohistoquímica adicional para descartar que se trate de una lesión de tipo hiperplásico.	
DIAGNÓSTICO FINAL	
CRIBADO POLIPOR OXALÉTICO	
1) Diagnóstico histopatológico de formación a 100 micras de MIE. PÍLULA DE CERVA FORMA POLIPÓDICA CON INFLAMACIÓN SUBAGUDA Y FIBROSIS EN LA LÁMINA PROPIA ... no observamos en ninguna de las zonas que se muestra evidencia de displasia. ... podemos ver que el tumor referido no exhibe ni evidencia de displasia. ... LA ARA POSIBILIDAD es que pueda tratarse de representación de un polipo tipo fibroso hiperplásico. ... recomendamos correlación con el resto de datos clínicos y de imagen.	
2) Engrasado polipo azul a EDI 0 micras de MIE. POLIPO HIPERPLÁSICO	
3) Engrasado polipo azul a 75 micras de MIE. ADENOMA TUBULAR, en lámina de alto grado	
4) Engrasado polipo azul a 5 micras de MIE. ADENOMA TUBULAR, en lámina de alto grado	

Intervención quirúrgica

- ❖ Hemicolectomía derecha ampliada por laparoscopia + anastomosis ileo-colica manual (extracorporea)

Informe biopsia definitiva

Descripción macroscópica:

- ❖ Informan de una tumoración a 21 cm del margen distal
- ❖ Ocupa la mayor parte de la circunferencia intestinal, de 80x65mm, elevada 18mm de la mucosa, de consistencia blanda, obstruyendo marcadamente la luz
- ❖ Además se observa una segunda y tercera tumoración
 - la segunda se sitúa a 29cm del margen distal, de 60x30mm, excrecente hacia la luz
 - la tercera se sitúa a 37cm del margen distal, de 25x18mm, elevada 15mm del resto de la mucosa



Informe biopsia definitiva

Descripción microscópica

- ❖ Presencia de microabscesos asociados de forma frecuente
 - Se reconocen acúmulos de gérmenes, que según la tinción de Gram, corresponden a bacilos gram positivos
- ❖ Marcada reacción inflamatoria linfocitaria con formación de folículos linfoides con centro germinal reactivo
- ❖ Todo ello sugiere corresponder a una botriomicosis, formando lesiones polipoideas.



Evolución

- ❖ El paciente evoluciona satisfactoriamente, es dado de alta al 5to día de postoperatorio, no ameritó tratamiento adicional.

Revisión de la Bibliografía

Botriomicosis

- ❖ Enfermedad infecciosa crónica y supurativa, infrecuente
- ❖ Caracterizada por una respuesta inflamatoria granulomatosa a determinadas bacterias
- ❖ Otros términos usados para describir la botriomicosis incluyen:
 - Pseudomicosis bacteriana
 - Actinofitosis estafilocócica
 - Bacteriosis granular
 - Actinobacilosis.

Botriomicosis

- ❖ Descrita por primera vez en 1870
- ❖ El término “botriomicosis” fue acuñado en 1884
 - Proviene del griego “botrys” que significa “racimo de uvas”, y “micosis” usado erróneamente debido a la presunta etiología micótica en las primeras descripciones.
- ❖ Naturaleza bacteriana no fue descubierta sino hasta 1919 4
- ❖ El *S. aureus* es el agente causal más frecuente (40%), seguido de *Pseudomona aeruginosa* (20%) 5.

Botriomicosis

- ❖ Factores de riesgo asociados: alcoholismo, diabetes mellitus, infección por VIH, fibrosis quística, enfermedades granulomatosas crónicas, trauma, cirugías e inmunodepresión
- ❖ Patogénesis incierta
- ❖ Más frecuente en hombre 3:2
- ❖ Se han descritos casos en todo el mundo.

Botriomicosis

- ❖ Cutánea y visceral (Winslow)
- ❖ Cutánea: 2/3 casos
 - Múltiples lesiones papulo-nodulares de aspecto vegetante verrucoso.
 - Afecta piel y celular subcutáneo
 - Localización: Miembros inferiores, región perianal y cara, sin embargo, existen reportes de compromiso óseo y genitales.



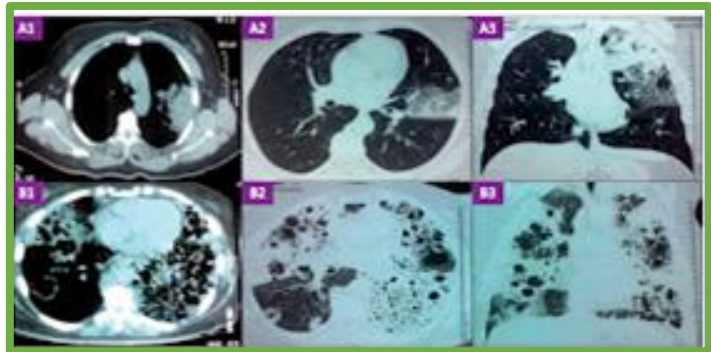
Botriomicosis

Forma visceral

- ❖ Entre las vísceras que pueden verse afectadas están descritas en la literatura la del músculo recto anterior, cerebro, corazón, vulva, riñón, páncreas, ciego y pulmón
- ❖ Síntomas sistémicos como fiebre, astenia, pérdida de peso y/o dolor abdominal crónico
- ❖ La ultrasonografía ó tomografía computarizada revela una masa que puede interpretarse como un absceso o tumor.

Tabla 3. Resumen de 17 casos de botriomicosis pulmonar

Año de publicación	Localización	Asociaciones	Histopatología	Tratamiento	Evolución
1987 ¹	100%	Meningitis crónicas Fiebre Astenia	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ²	100%	Asíntomático	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ³	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ⁴	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ⁵	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ⁶	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ⁷	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ⁸	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ⁹	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa
1987 ¹⁰	100%	Fiebre Astenia Pérdida de peso	Granulomatosa Proliferación de células plasmáticas con infiltración de células linfocíticas	Amphotericin B Itraconazole	Mejoría sintomática Resolución de masa



Acta Médica Peruana
 Instituto de Análisis 1720-SAL
 Acta med. Peru vol.37 no.4 Lima set./dic. 2018

REPORT DE CASOS

Paciente con botriomicosis pulmonar primaria confundida con actinomicosis: una mortal e infrecuente enfermedad infecciosa

A patient with primary pulmonary botryomycosis, mistaken for actinomycosis: a lethal and uncommon infectious disease

Maynon D. Nakandakari^{1,2}, Dyanne N. De La Rosa^{1,2}, Jorge I. Galarza^{3,4}, Walter Dryden^{1,4}

1 Universidad Privada San Juan Bautista, Lima - Perú
 2 Departamento de Neumología, Hospital Nacional Hipólito Unzueta, Lima - Perú.
 3 Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Nacional Hipólito Unzueta, Lima - Perú.
 4 Médico cirujano, 5 Médico Neumólogo, 6 Médico Internista

DOI: 10.15383/acta.med.peruana.2018.1720-3417

Botriomicosis

Diagnóstico

- ❖ Biopsia para el análisis histopatológico y el cultivo para poder diferenciar la botriomicosis de otros diagnósticos como la actinomicosis, esporotricosis y otras infecciones producidas por hongos o micobacterias

Tratamiento

- ❖ Terapia antibiótica prolongada
- ❖ Combinación de terapia antibiótica y cirugía
- ❖ La resección de la lesión ocurre muchas veces antes del diagnóstico debido al posible origen neoplásico, dado el aspecto en las pruebas complementarias, en la mayoría de casos de enfermedad visceral

Conclusión

- ❖ La botriomicosis es una infección crónica muy poco frecuente que afecta sobre todo a la piel y rara vez se extiende por contigüidad a planos más profundos
- ❖ Puede simular una tumoración neoplásica por lo que es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos
- ❖ El interés de este caso, radica en la rara afectación visceral y la escasa (existen dos reporte de botriomicosis cecal 2-3), por no decir ausencia, de reportes de afección del colon, que por su carácter pseudotumoral, puede simular un proceso neoplásico.



BOTRIOMIOSIS DE COLON REVISIÓN DE UN CASO

AUTORES: V. Golla Alonzi, R. Gutiérrez Rio, S. García Ruiz,
L. Flores Jaime, A. Gokhoetxea Urdain, M. Lopez Deogracias.
Servicio de Cirugía General, Clínica de la Asunción, Gipuzkoa, España



INTRODUCCIÓN

La botriomicosis es una infección, crónica, granulomatosa, de muy baja frecuencia; con mayor incidencia en pacientes inmunodeprimidos (1). Existe la forma cutánea (2/3 de casos), y la visceral (1/3 restante); están descritos la afectación del músculo recto anterior, cerebro, corazón, vulva, riñón, páncreas, ciego y pulmón; todas ellas casos aislados y anecdóticos. El *S. aureus* es el agente causal más frecuente (40%), pero se han aislado otras bacterias². Puede ser asintomática, o presentar síntomas sistémicos inespecíficos. El diagnóstico se basa en la biopsia y el cultivo³. El tratamiento requiere una combinación de terapia antibiótica y cirugía.

CASO CLINICO

Varón de 60 años, detectado en el screening por SOH+. Hábitos OH y tabáquicos moderados.

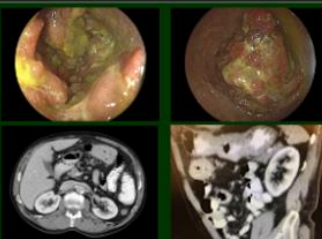
Colonoscopia: a 110cm de MAE, tumoración mamelonada proliferativa que ocupa el 100% de la luz, no permite la progresión del endoscopio. Se toman múltiples biopsias y se tatúa con tinta china.

Análítica de sangre normal, CEA 9,4 ng/mL (valores normales hasta 4,6 ng/mL).

TAC abdomen-pelvis: "...2 segmentos engrosados de colon a nivel de ángulos hepático y esplénico de aproximadamente 5 y 6cm respectivamente, sin evidencia de adenopatías ó enfermedad a distancia..., sin signos obstructivos."

Biopsia: inflamación subaguda y fibrosis en la lamina propia. Sin evidencia de atipias.

Se realiza hemicolectomía derecha ampliada laparoscópica y anastomosis íleo-cólica manual sin incidencias durante la intervención. El postoperatorio transcurre sin complicaciones



Biopsia definitiva: presencia de microabscesos asociados y acúmulos de gérmenes, tipo bacilos gram positivos; marcada reacción inflamatoria linfocitaria con formación de folículos linfoides y centro germinal reactivo todo ello sugiere corresponder a una botriomicosis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente caso es uno de los pocos publicados en el cual la botriomicosis afecta el colon (2-3). La apariencia endoscópica en éste caso fue la de una lesión proliferativa, a diferencia de los dos casos descritos, en los cuales adoptó la forma de una masa extrínseca a nivel de ciego. No se obtuvo material para cultivo microbiológico dada la presunción neoplásica inicial. El paciente se mantiene bien sin tratamiento tras 10 meses de seguimiento. En conclusión, la botriomicosis es una infección crónica muy poco frecuente que afecta sobre todo a la piel; no obstante, cuando la afectación es visceral, puede simular una tumoración neoplásica, por lo que es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial sobre todo en pacientes inmunodeprimidos.

Bibliografía(1) Wade R, Kawamura C, Inoue S, Watanabe K, Kaimoto M, Yaguchi S. Granulomatous colitis associated with botryomycosis of *Propionibacterium acnes*. Arch Pathol Lab Med 2001; 125:1491-3. (2) Pao HL, Linde RJ, Ball RW, Wilhelmsen JA. Primary Pulmonary botryomycosis. A manifestation of chronic granulomatous disease. Chest. 1992; 101:1140-1. (3) Papanicolaou G, Adams, M, Johnson C. Murray. MD. Botryomycosis. UpToDate 2016. (4) Williams RH, Keith M, Boyd WP, Morgan MB. Cronel botriomicosis: para diagnóstico y terapia. *Stomatología* Feb 2008; 57: 783.

Eskerrik Asko