



Actinomicose pulmonar

Mauro Zamboni(*), Aureliano Cavalcanti(**)
Washington Nogueira(***), Edson Toscano(****)

RESUMO

Os autores relatam um caso de actinomicose pulmonar e discutem o diagnóstico diferencial, quadro clínico e tratamento.

ABSTRACT

The authors describes a case of pulmonary Actinomycosis and discuss the differential diagnosis, clinical aspects and treatment.

Palavras-chaves: actinomicose pulmonar, massa pulmonar.

Key-words: Pulmonary actinomycosis.

Introdução

Outras doenças pulmonares, como o infarto pulmonar, a infecção fúngica, a impactação mucóide, entre outras, podem se apresentar, na radiografia do tórax, na forma de massas pulmonares. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de actinomicose pulmonar cuja apresentação radiológica inicial foi a de uma massa em pulmão direito.

Relato do caso

Homem de 50 anos, fumante de 60 cigarros por dia há 37 anos, pardo, casado, natural do Rio de Janeiro, marítimo.

Sua história começou em junho de 1998 com febre diária de 38°C, vários episódios. Na ocasião o diagnóstico clínico foi de pneumonia; tratado com antibiótico, melhorou.

Em setembro de 1998, apresentou vários episódios de escarros com sangue, durante três dias seguidos. Nessa época, não procurou auxílio médico. Permaneceu assintomático até dezembro do mesmo ano, quando os escarros sanguinolentos reapareceram. Numa radiografia do tórax observou-se massa de aproximadamente 6cm de diâmetro no lobo superior do pulmão direito (figura 1). O exame físico foi normal. Complementou o estudo radiológico com tomografia computadorizada do

*Pneumologista do Serviço de Cirurgia de Tórax do Hospital do Câncer M/S - INCA; Presidente da SOPTERJ

** Cirurgião de Tórax do Serviço de Tórax do Hospital do Câncer/MS -INCA.

*** Patologista do Hospital do Câncer/MS - INCA.

**** Chefe do Serviço de Cirurgia de Tórax do Hospital do Câncer/MS - INCA.

Artigo recebido para publicação no dia 23/03/1999 e aceito no dia 13/05/1999, após revisão.

tórax que evidenciou massa sólida, de contornos irregulares, hipodensa, com infiltrado perilesional, em contato com a pleura, medindo 8,6 x 3,0cm de diâmetro (figuras 2 e 3), e com tomografia computadorizada do abdome que foi normal. Foi submetido, então, a uma broncofibroscopia que mostrou pequeno sangramento oriundo do brônquio do lobo superior do pulmão direito. O brônquio do segmento apical do lobo superior do pulmão direito estava com sua luz reduzida devido a compressão extrínseca. O lavado brônquico foi negativo para células neoplásicas, assim como não foram encontrados BAAR (bacilo álcool-ácido resistente) ou fungos. Matriculou-se no Hospital do Câncer/MS em 27 de janeiro de 1999 e, em seguida, foi realizada punção aspirativa com agulha fina da massa do lobo superior do pulmão direito cujo resultado foi negativo para células neoplásicas. Todos os seus exames laboratoriais foram normais. Na primeira semana de março de 1999, submeteu-se a toracotomia pósterolateral direita, objetivando o esclarecimento diagnóstico. Durante o ato operatório encontrou-se volumosa massa tumoral, esbranquiçada, ocupando a maior parte do lobo superior do pulmão direito e com aderências à pleura. O exame histopatológico por congelação evidenciou processo inflamatório crônico. A menor ressecção possível, para a remoção de lesão tão extensa, era a lobectomia, a qual foi realizada, seguida de linfadenectomia mediastinal. O paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta hospitalar no 7º dia de pós-operatório. O estudo histopatológico da peça cirúrgica, com o auxílio das colorações especiais, mostrou a presença abundante de filamentos radiados (*ray fungus*) compatível com o diagnóstico de actinomicose (figuras 4, 5 e 6).

Discussão

A actinomicose é uma doença infecciosa indolente, caracterizada por resposta piogênica; necrose e supuração, seguidos por intensa fibrose. Ocasionalmente, o pus contém diminutos grânulos amarelos que consistem de massas de filamentos do *Actinomyces*.

A actinomicose, habitualmente, é causada pelo *Actinomyces israelii* mas outras espécies de *Actinomyces* e o *Propionibacterium propionicum* podem ser os responsáveis pela afecção. Várias síndromes estão associadas a infecção pelo *Actinomyces*: abscessos cérvico-faciais, pulmona-

res, abdominais e do aparelho genital feminino, além da canalícuta lacrimal. Nosso relato é sobre um caso de actinomicose pulmonar.

As espécies patogênicas do *Actinomyces* (*A. israelii*, *A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. meyeri*, *A. gerencseriae*) e o *P. propionicum* são bactérias anaeróbicas facultativas ou estritas que normalmente habitam a cavidade oral (sulcos e reentrâncias gengivodentárias, meandros e criptas amigdalinas e dentes cariados). A actinomicose pulmonar acomete mais comumente as pessoas com os dentes em mau estado de conservação ou com doença periodontal - situações que favorecem a proliferação dessas bactérias. A aspiração para o pulmão de material contaminado da boca, provavelmente, é o evento inicial da doença. O acometimento do mediastino se dá a partir de um foco pulmonar primário.

A actinomicose tem distribuição por todo o mundo. É mais comum nos homens do que nas mulheres e afeta pessoas de todas as idades. A lesão típica consiste de abscessos preenchidos por neutrófilos e envoltos por tecido fibroso denso. No pulmão, pode haver consolidação sem abscesso macroscopicamente visível. A expectoração é esbranquiçada ou amarelada e sem odor característico. Nos tecidos, o *Actinomyces* cresce em microcolonias densas ou grânulos que podem alcançar 4mm de diâmetro. Esses são chamados, devido a sua coloração amarela, de grânulos de enxofre ou grânulos sulfurosos.

A actinomicose se estende sem respeitar os planos anatômicos terciários. Pode comprometer as estruturas vizinhas, e as fístulas e os abscessos podem aparecer em locais distantes do foco primário da doença. A pele, o tecido subcutâneo e o osso são, freqüentemente, acometidos.

A doença pulmonar tem início insidioso com tosse, expectoração, febre e emagrecimento.

A hemoptise e a dor pleurítica são incomuns^(1,2). Massas de tecido inflamatório podem aparecer no interior do brônquio causando atelectasia⁽³⁾. A leucocitose e a anemia moderada são habituais. Geralmente os sintomas são surpreendentemente leves para extensas lesões pulmonares⁽⁴⁾. Nos casos avançados, o baqueteamento digital, a osteoartropatia hipertrófica e a amiloidose podem estar presentes. O envolvimento mediastinal, secundário a extensão da doença pulmonar é freqüente, e a pericardite e a síndrome da veia cava superior já foram relatadas associadas a essa do-



Figura 1

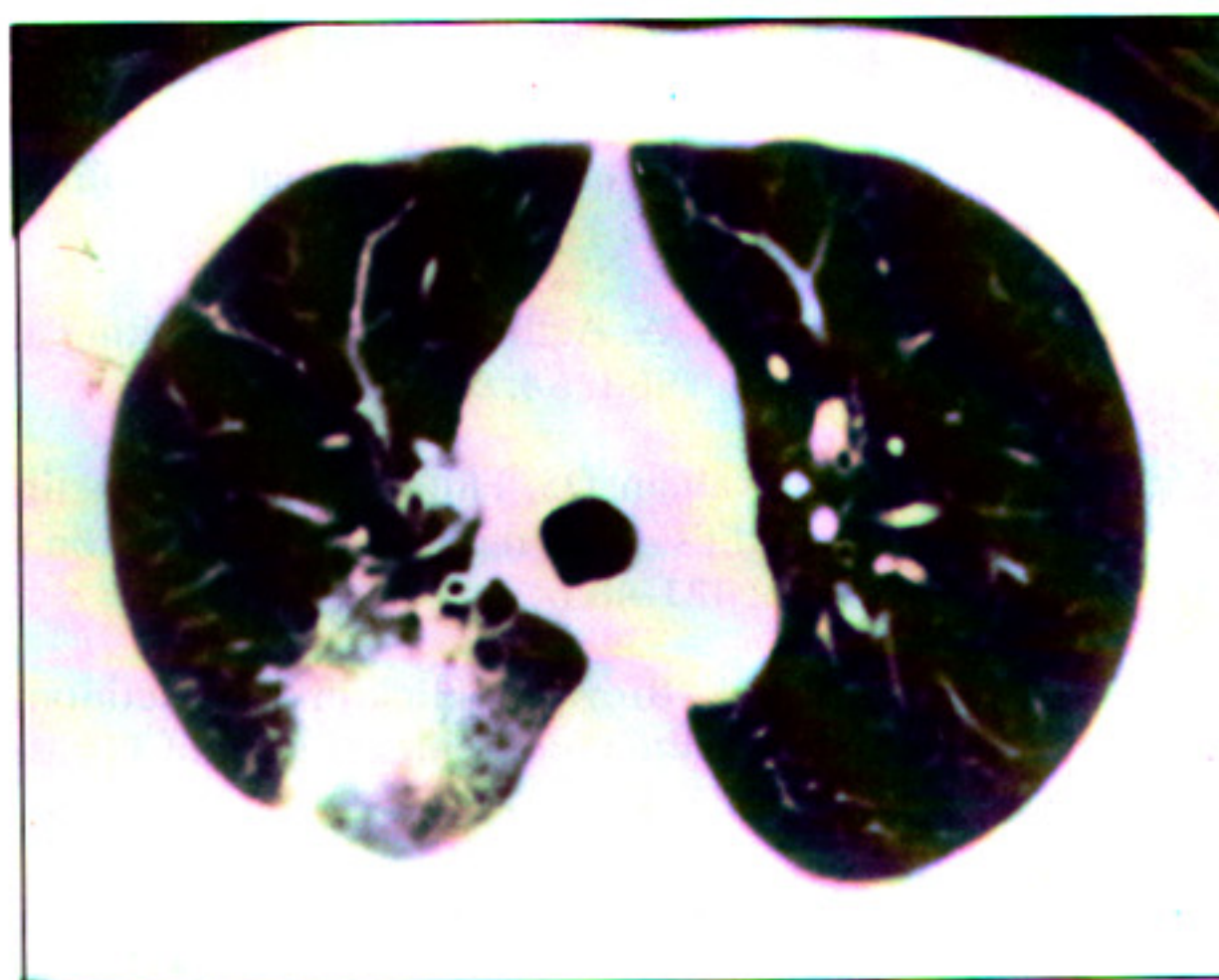


Figura 2

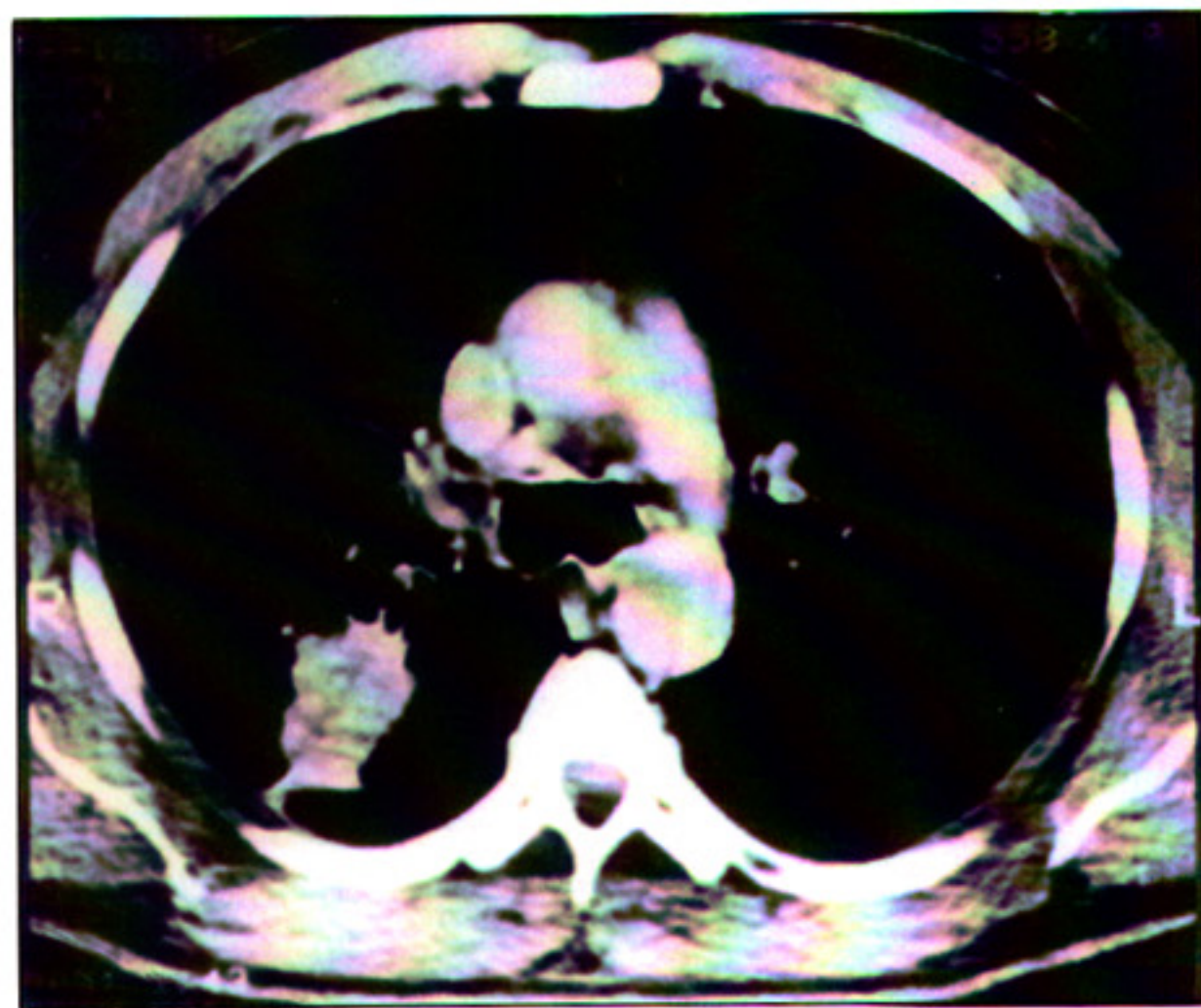


Figura 3

ença (1 e 2). O empiema pleural é comum. As lesões pulmonares podem extravasar a parede torácica com a formação de abscessos. Outras es-

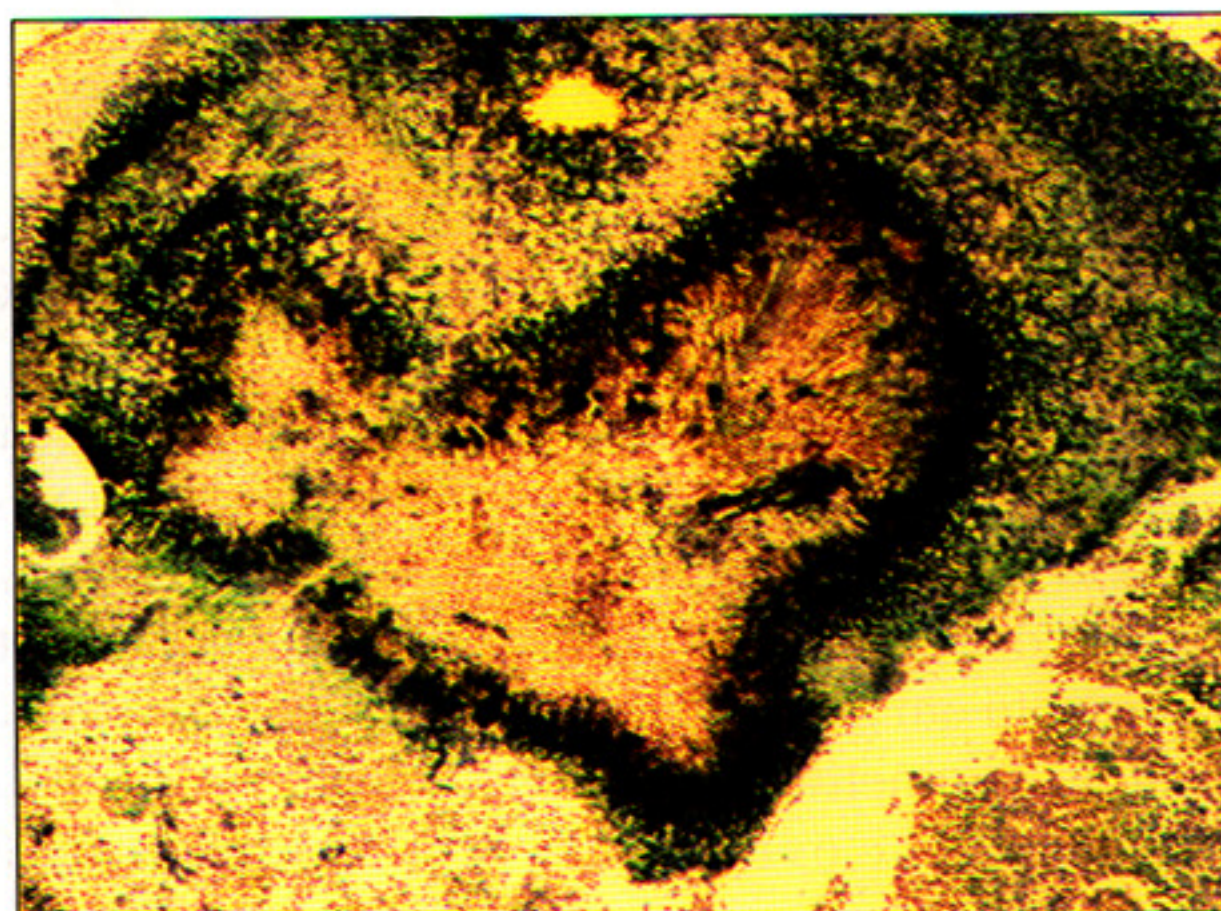


Figura 4

Corte da peça, impregnado pela prata, onde se observa abundantes filamentos radiados (ray fungus). No alto e à direita, está presente microcolônia densa, amarelada, tipo grânulos de enxofre.

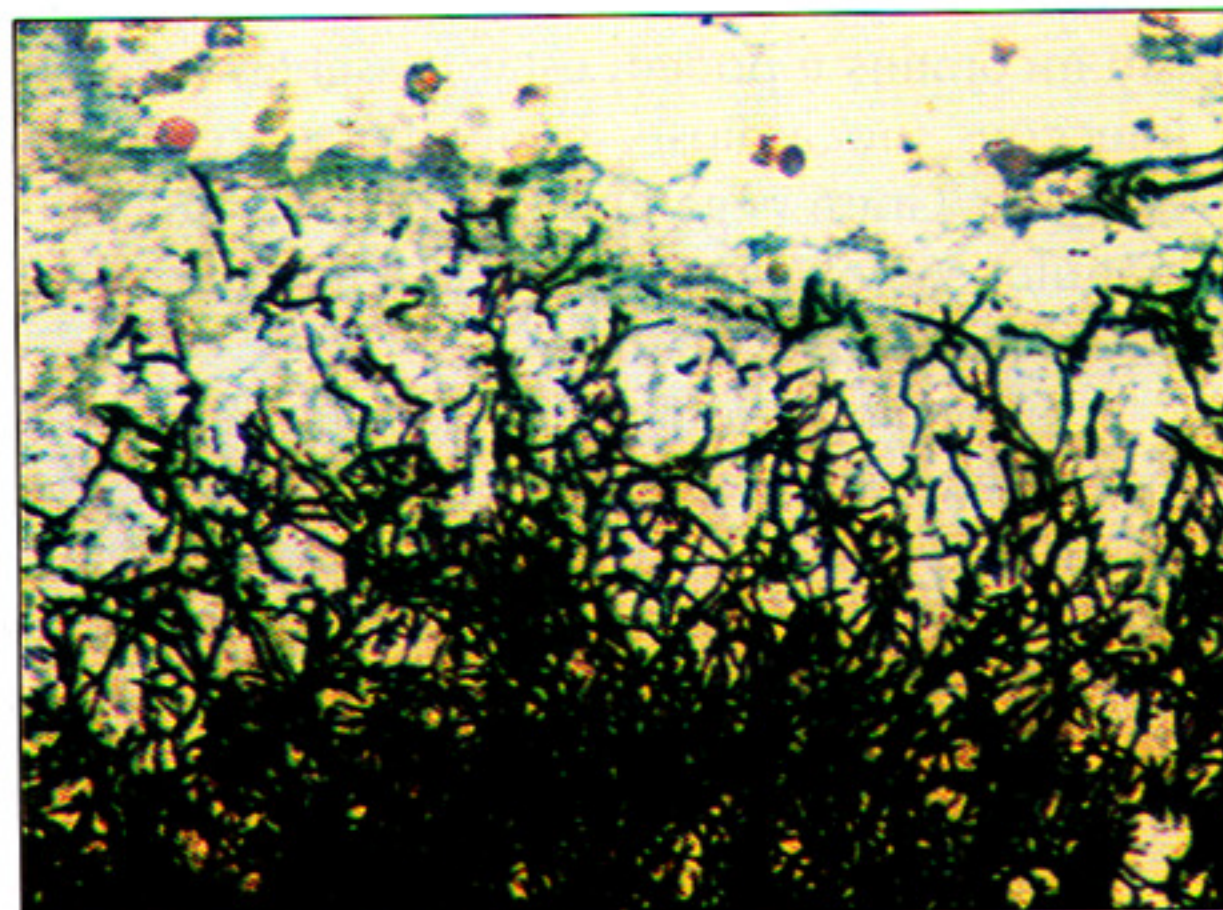


Figura 5

Corte da peça, impregnado pela prata, em aumento de 40 X. Actinomicetes em abundância.

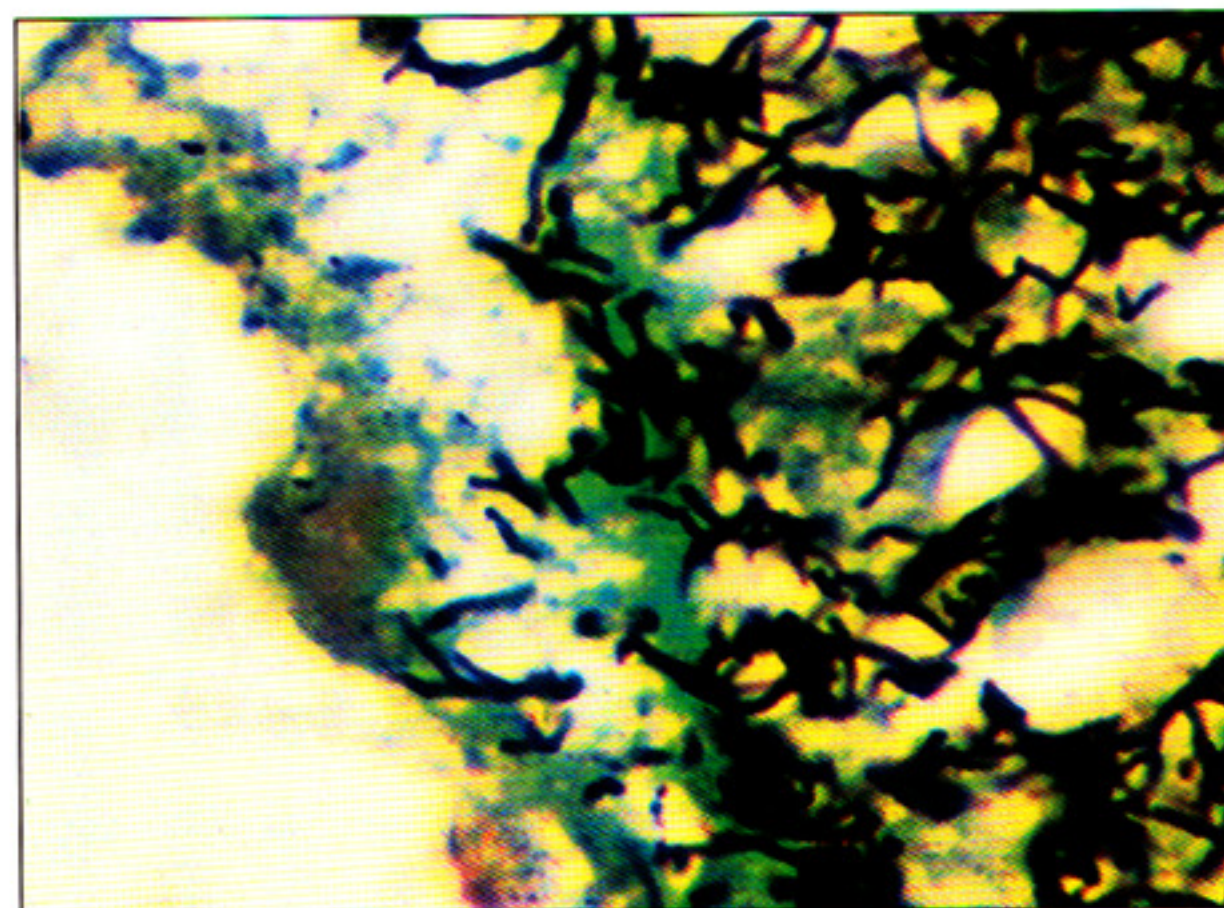


Figura 6

Idem - com a técnica de imersão.

truturas ósseas do tórax, como o ombro, a clavícula, o esterno e as vértebras, podem ser comprometidas⁽²⁾. Alguns poucos casos de endocardite causadas pelo *Actinomyces* já foram descritas na literatura⁽⁵⁾.

Nas radiografias do tórax, as lesões são ovais, densas e bem circunscritas^(1,4,6,7). O aspecto radiológico, com frequência, sugere o diagnóstico de câncer do pulmão. A cavitação está presente em até 50% dos casos e é sempre pequena. O acometimento radiológico de vários lobos pulmonares e os infiltrados fibronodulares e os alveolares são raros.

O *Actinomyces* é uma bactéria longa, filamentosa, ramificada e Gram positiva. Uma vez que a bactéria faz parte da flora respiratória normal, a cultura do escarro tem pequeno significado clínico. A presença de grânulos sulfurosos é altamente sugestivo da actinomicose, mas eles são incomuns e podem estar presentes em outras infecções (nocardiose, estafilococcia e algumas bactérias Gram negativas). Entretanto, quando os grânulos são observados em uma fístula, são diagnósticos da actinomicose.

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da actinomicose. Na maioria das vezes pode ser administrada por via oral. Nos casos mais graves, e com extensas lesões pulmonares, a enicilina deve ser por via endovenosa, na dose de 10 a 20 milhões

de unidades por dia. Os empiemas devem ser drenados e a cirurgia está indicada nas lesões da parede torácica e nas do mediastino. A actinomicose tem grande tendência para recidiva e por isso o tratamento deve continuar por 6 a 12 meses. A duração exata do tratamento depende da extensão da doença e da resposta ao antibiótico. Com o tratamento adequado aproximadamente 90% dos casos evolui para a cura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bates M, Cruickshank G. Thoracic actinomyces. *Thorax* 1957; 12: 99-124.
2. Cope Z. *Actinomyces*. London, Oxford University Press 1938.
3. Dahlhoff K, Wallner S et al. Endobronchial actinomyces. *Eur Respir J* 1994; 7: 1189-1191.
4. McQuarrie DG, Hall, W. Actinomyces of the lung and chest wall. *Surgery* 1968; 64: 905-911.
5. Lam S, Samraj J, Raham DS, Hilton E. Primary actinomyces endocarditis. Case report and review. *Clin Infect Dis* 1993; 16: 481-485.
6. Brock DW, Georg LK, Brow JM, Hicklin MD. Actinomyces caused by *arachnia propionica*: report of 11 cases. *Am J Clin Pathol* 1973; 59: 66-77.
7. Flynn MW, Felson F. The roentgen manifestation of thoracic actinomyces. *Am roentgenol* 1970; 110: 707-716.