

## Relato de caso

# Actinomicose torácica: relato de caso

## *Thoracic actinomycosis: case report*

Frederico Mota Ribeiro<sup>1</sup>, Patrícia Araújo Corrêa Coelho<sup>1</sup>,  
Ana Cristina Oliveira de Almeida<sup>2</sup>, Thaís Emanuele Ribeiro Escalera<sup>3</sup>,  
Márcia Maria Freire<sup>3</sup>, Fernando Carlos V. Ribeiro<sup>3</sup>,  
Hedi M. de M. Guedes de Oliveira<sup>3</sup>, Agnaldo José Lopes<sup>3</sup>

### RESUMO

Pulmão RJ 2005; 14(2): 170-72

Neste trabalho é apresentado um caso clínico de actinomicose torácica em paciente masculino de 60 anos de idade, apresentando história clínica arrastada – 6 meses – de tosse produtiva, emagrecimento, febre e taquipnéia. O objetivo é discutir alguns aspectos clínicos, radiológicos e diagnósticos da actinomicose torácica.

**Descritores:** actinomicose, doença pulmonar.

### ABSTRACT

In this paper is presented a case report of thoracic actinomycosis in a 60 years old male patient, showing an indolent progressive course – 6 months – of productive cough, weight-loss, fever and progressive shortness of breath. The purpose is discussing some clinical, radiologic and diagnostic aspects of thoracic actinomycosis.

**Keywords:** actinomycosis, pulmonary disease.

## Introdução

Actinomicose é uma doença supurativa e de curso arrastado causada por uma bactéria anaeróbia ou microaerofílica, principalmente do gênero *Actinomyces*, que coloniza boca, cólon e vagina, não tendo outro reservatório no meio ambiente<sup>1,2</sup>.

As principais formas de apresentação da doença são a cérvico-facial, torácica, abdominal e pélvica<sup>1,2</sup>. Outros sítios de acometimento incluem sistema nervoso central e tecido músculo-esquelético. Há também relatos esporádicos de uma forma disseminada da doença<sup>1</sup>.

Em sua apresentação torácica, a enfermidade é geralmente confundida com neoplasia ou outros tipos de infecção pulmonar. Sobre actinomicose é dito:

*“Nenhuma doença é tão freqüentemente esquecida pelos médicos, mesmo aqueles experientes”<sup>1</sup>.*

Neste trabalho, apresentamos um relato de caso de actinomicose torácica com história clínica sugestiva, porém inespecífica, e exame citológico de escarro bastante característico.

## Relato do caso

Paciente masculino, 60 anos, procurou atendimento médico com queixas de tosse produtiva, emagrecimento, taquipnéia e episódios febris iniciados há seis meses. Nas últimas semanas, associado aos sintomas anteriores, vinha apresentando hemoptóicos e dispnéia progressiva.

1. Médico(a) do Serviço de Clínica Médica do Hospital Estadual Santa Maria/SES-RJ.

2. Bióloga do Hospital Estadual Santa Maria/SES-RJ.

3. Médico(a) do Serviço de Pneumologia do Hospital Estadual Santa Maria/SES-RJ.

Local de realização: Hospital Estadual Santa Maria, secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

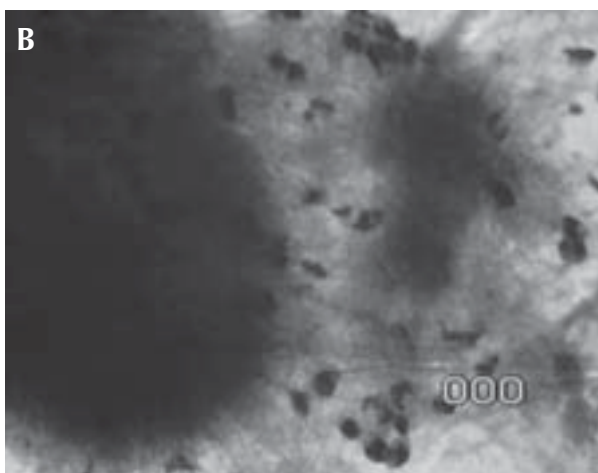
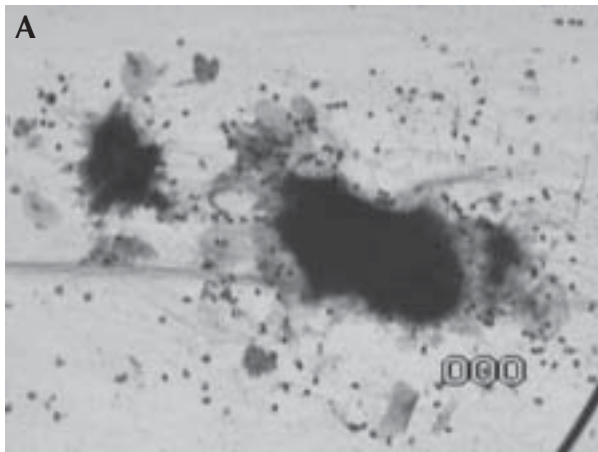
**Endereço para correspondência:** Frederico Mota Ribeiro. Praia do Flamengo 98/301 Flamengo 22210-030 Rio de Janeiro RJ.

Tel.: (21) 2558-4892. Email: fredri@superig.com.br

Artigo recebido para publicação no dia 21/04/2005 e aceito no dia 11/05/2005, após revisão.



**Figura 1** – Radiografia de tórax evidenciando imagem de hipotransparência em terço superior do hemitórax direito associada a desvio ipsilateral do mediastino.



**Figura 2 A e B** – Exame de citologia de escarro demonstrando estruturas de forma arredondada, intensamente basofílicas, rodeadas por uma coroa de filamentos (“grânulos de enxofre”) ao lado de células epiteliais de origem escamosa com alterações inflamatórias acentuadas e numerosos leucócitos. (Em A com 10x de aumento e B com 40x).

Nesse intervalo, realizou baciloscopia de escarro, que foi negativa, e exame radiológico, não sabendo informar o resultado deste. Fez uso de amoxicilina oral 1,5g/dia por 10 dias, sem melhora do quadro clínico.

Ao exame clínico, apresentava-se lúcido, orientado, hipocorado, emagrecido e normotenso. Queixava-se de dispnéia leve. Exame físico cardiológico normal, não sugerindo disfunção ventricular esquerda. Ausculta pulmonar com diminuição de murmúrio vesicular em bases. Restante do exame clínico inalterado. Relatava etilismo de longa data e tabagismo de 80 maços/ano.

A teleradiografia de tórax, realizada na internação, mostrava imagem de hipotransparência em terço superior do hemitórax direito associada a desvio ipsilateral do mediastino (Figura 1).

Na admissão, foi realizado exame de citologia de escarro que apresentou estruturas de forma arredondada, intensamente basofílicas e rodeadas por uma coroa de filamentos (“grânulos de enxofre”), ao lado de células epiteliais de origem escamosa com alterações inflamatórias acentuadas e numerosos leucócitos<sup>3</sup> (Figura 2 A e B).

Iniciado tratamento com penicilina. Porém, o paciente evoluiu com morte súbita após 48 horas de internação, mesmo antes da realização de qualquer outro procedimento.

## Discussão

Descrita no homem pela primeira vez em 1891, a actinomicose só foi reconhecida como de origem bacteriana, e não fúngica, na década de 1950<sup>2</sup>. Causada por um bastonete Gram-positivo, anaeróbico ou microaerofílico, principalmente do gênero *Actinomyces*, a actinomicose é doença de difícil diagnóstico. Nos últimos anos, sua incidência tem diminuído possivelmente devido às melhores condições de higiene oral e ao uso de antibióticos<sup>4</sup>.

A actinomicose é geralmente causada pelo *Actinomyces israelii* (mais comum), *A. naeslundii*, *A. meyeri* e *A. gerencseriae*<sup>1</sup>. Estes microrganismos são parte da flora normal, colonizando cavidade oral, cólon e trato genital feminino. Dessa forma, a quebra da barreira mucosa por má higiene ou trauma é essencial para o desenvolvimento da doença.

Geralmente com curso arrastado, a actinomicose é de difícil reconhecimento precoce, tendo como sítios de infecção a mandíbula, pulmão e junção íleo-cecal, porém podendo acometer outros locais<sup>2</sup>. Sua apresentação torácica – actinomicose torácica – geralmente resulta da aspiração de material orofaríngeo ou gastro-intestinal. Responsável por cerca de 15-50%

dos casos, essa forma clínica da doença apresenta-se com sinais e sintomas inespecíficos, muitas vezes confundidos com tuberculose, pneumonia inespecífica e neoplasia<sup>2,5</sup>.

A presença de derrame pleural crônico associado a alterações pulmonares e invasão periosteal da costela é descrita como tríade diagnóstica da actinomicose<sup>5</sup>. Como ela não foi observada no caso em questão, isso pode ter dificultado o diagnóstico da doença. Porém, a literatura mostra esses achados como exceção, e não como regra<sup>5</sup>. Tipicamente, os sinais e sintomas incluem tosse seca ou produtiva, dispnéia, dor torácica, hemoptóicos, emagrecimento, febre e, ocasionalmente, síndrome de veia cava superior<sup>2</sup>.

Embora na actinomicose as lesões pulmonares sejam geralmente circunscritas, há tendência a progredir sem respeitar limites anatômicos de lobos. Também, é bom lembrar, é uma das poucas doenças que podem se propagar pelos três planos – pulmão, pleura e parede<sup>4</sup>. Após iniciar com quadro de pneumonia, a infecção pode evoluir para formação de cavidade e provocar espessamento pleural e empiema. Pode ocorrer invasão da parede torácica, com erosão óssea e formação de fístula<sup>2</sup>. Essa tendência à fistulização leva a uma das formas mais características, quando o diagnóstico fica bastante sugerido, especialmente se drenar pus com alguns grânulos. A doença crônica pode levar a fibrose pulmonar e a obstrução endobrônquica pode surgir devido a edema ou formação de massa intraluminal.

Radiologicamente, os achados não são específicos, podendo ser confundidos com tuberculose pulmonar, pneumonia bacteriana e neoplasia. Entretanto, é relativamente freqüente a apresentação da doença sob a forma de massa pulmonar. A tomografia computadorizada de tórax mostra-se superior à radiografia por evidenciar anormalidades pleurais e parenquimatosas<sup>5</sup>.

Uma das empecilhos no diagnóstico é a dificuldade de isolamento da bactéria devido ao seu crescimento lento e ao crescimento acelerado de outras bactérias presentes no material de análise. A obtenção de espécime para análise normalmente é feita por

métodos invasivos, como punção aspirativa, broncofibroscopia e biópsia por toracotomia. Porém, o achado de grânulos de enxofre – composto de colônias de *Actinomyces* – são característicos, sugerindo fortemente o diagnóstico<sup>2</sup>.

Actinomicose deve ser tratada com curso prolongado de antibióticos, sendo a penicilina a droga de escolha. Outras opções incluem cloranfenicol, tetraciclina, carbapenênicos, eritromicina, clindamicina ou cefalosporina<sup>2</sup>. Em casos mais avançados e graves da doença, é necessário tratamento cirúrgico com drenagem e retirada de abscesso, empiema e tecido necrosado<sup>2</sup>. Habitualmente, não há necessidade de tratamento das outras bactérias isoladas no material. O prognóstico é bom, ao contrário daquele que se observava na era pré-antibiótica.

Embora na literatura a maioria dos casos relatados tenha o diagnóstico feito após realização de procedimentos invasivos – que devem ser sempre solicitados –, o caso apresentado mostra um diagnóstico realizado com material obtido de maneira não invasiva e barata, de acesso relativamente fácil no sistema de saúde público e privado.

### Agradecimento

Nosso agradecimento à Simone Maia Evaristo pela fotografia das lâminas, permitindo a apresentação deste trabalho.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Russo TA. Actinomycosis. In: Harrison's principles of internal medicine. 15<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2001.
2. Suratt BT, Welsh CH. A 48-year-old smoker with cough and weight loss. Chest 2000;118:239-41.
3. Fariña Gonzáles J, Rodríguez Costa J. Citopatología respiratoria y pleural. [s.l.]: Médica Panamericana; 1996.
4. Jansen JM, Maeda TY, Noronha Filho AJ, Lopes AJ, Capone D, Siqueira HR et al. Prática pneumológica: 101 casos selecionados do dia-a-dia. São Paulo – Rio de Janeiro – Belo Horizonte: Atheneu; 1998. 608 p.
5. Sumoza D, Raad I, Douglas E. Differentiating thoracic actinomycosis from lung cancer. Infect Med 2000;17(10):695-8. ■