

CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE

Actinomicose pulmonar com envolvimento endobrônquico

Pulmonary actinomycosis with endobronchial involvement

/ J. Peixoto¹ / E. Florova² / M. R. Ginga³
/ F. Campante⁴

¹ Interno do complementar de Medicina Interna;

² Especialista de Medicina Interna;

³ Assistente hospitalar graduada em Medicina Interna;

⁴ Diretora do serviço de Medicina Interna;

Serviço de Medicina Interna, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Correspondência:

Hospital Nossa Senhora do Rosário (Sede),
Avenida Movimento das Forças Armadas, 2834-
003 Barreiro

Telefone: 212147315

Fax: 21 214 73 51

Email: quim_gm@hotmail.com

Patrocínios:

O presente estudo não foi patrocinado por qualquer entidade

Artigo recebido em

11/11/2016

Artigo aceite para publicação em

08/02/2017

/ Resumo

A actinomicose é uma doença crónica rara, causada pelo actinomyces, uma bactéria gram positiva anaeróbica. A doença afeta mais frequentemente a região cervicofacial ou genitourinária, sendo o envolvimento pulmonar pouco comum e o envolvimento endobrônquico ainda mais raro. Os sintomas são pouco específicos, sendo muitas vezes o diagnóstico inicial confundido com o de neoplasia pulmonar ou tuberculose. A actinomicose pulmonar deve ser considerada em doentes com sintomas respiratórios crónicos e com fatores de risco, como a má higiene oral e doença pulmonar estrutural. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 41 anos com queixas arrastadas de tosse astenia, anorexia não seletiva e perda ponderal, com má higiene oral e doença pulmonar obstrutiva crónica. A telerradiografia de tórax revelou uma imagem de condensação, e após a realização de biópsia endobrônquica foi possível confirmar a actinomicose pulmonar.

Palavras-chave: actinomicose, pneumonia, grânulos sulfúricos

/ Abstract

Actinomycosis is a rare chronic infection caused by actinomyces, a Gram-positive bacterium. This condition affects more usually the cervicofacial or abdominopelvic region, the pulmonary involvement is unusual and the endobronchial involvement is very rare. The symptoms are unspecific leading often to a misdiagnosis of lung cancer or pulmonary tuberculosis. Pulmonary actinomycosis should be suspected in patients with chronic respiratory symptoms with risk factors such as poor dental hygiene and underlying respiratory disorders.

The authors present the case of a 41-year-old man, with a history of persistent non productive cough, asthenia, non specific anorexia and weight loss, with poor

dental hygiene and chronic obstructive pulmonary disease Plain chest radiograph revealed a consolidation; which was confirmed to be pulmonary actinomycosis by transbronchial biopsy.

Keywords: *actinomycosis, pneumonia, sulphur granules*

/ Introdução

A actinomicose é uma doença infecciosa granulomatosa crônica, rara e progressiva, causada por uma bactéria anaeróbia gram positiva pertencente à família das Actinomyceataceae, que coloniza geralmente a cavidade oral, o aparelho digestivo e o trato geniturinário¹⁻².

Das 6 espécies patogênicas, a *Actinomyces israelii* é a que provoca mais infecções em humanos^{2,3,4}.

A incidência é de aproximadamente 1 em cada 300.000^{1,5} habitantes e tem-se verificado uma redução acentuada de casos nas últimas 3 a 4 décadas^{1,6}. Existe uma prevalência maior em doentes do sexo masculino (3:1), e na 4ª a 5ª décadas de vida¹.

A actinomicose afeta mais frequentemente a cavidade oral e a região cervicofacial, mas pode provocar infecções abdominopélvicas, torácicas, musculoesqueléticas ou do sistema nervoso central¹⁻⁸.

A afetação pulmonar ocorre em cerca de 15% dos doentes¹, e o envolvimento endobronquico é muito raro^{6,8}.

Na literatura estão descritos vários fatores de risco como a doença estrutural respiratória, a doença hepática crônica, a má higiene oral e infecções dentárias e consumo de estupefacientes^{1-5,7}.

Geralmente as manifestações pulmonares são insidiosas e pouco específicas. Os sintomas mais frequentes são a dor torácica, tosse com expectoração, dispneia, febre e perda ponderal¹⁻⁹.

Para o diagnóstico é necessário uma grande suspeição clínica uma vez que é muitas vezes confundido com doenças neoplásicas ou outras doenças granulomatosas^{1,7}. Nos doentes com actinomicose pulmonar, em apenas 7-18% dos casos se suspeita do diagnóstico inicialmente.

O exame bacteriológico e anatomopatológico é essencial para o diagnóstico. No entanto para o isolamento da bactéria é necessário efetuar a colheita previamente ao início do antibiótico e deve ser feito o transporte em meio anaeróbio^{1,3}. Por esse motivo o achado histológico de grânulos de enxofre é muitas vezes essencial para o diagnóstico.

Os autores apresentam um caso de actinomicose pulmonar com envolvimento endobronquico.

/ Caso clínico

Doente de 41 anos, género masculino, internado por quadro de astenia, anorexia não seletiva, perda ponderal não quantificada e tosse não produtiva.

Tinha antecedentes pessoais de doença hepática crônica, etilismo crônico, Doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo fumador de uma carga tabágica de 64 UMA.

Ao exame objetivo salientava-se a desorientação têmporo-espacial e a existência de múltiplas cáries dentária. A auscultação pulmonar apresentava roncospersos e ferveores crepitantes na base direita e estava subfebril (37.5°C).

A avaliação laboratorial mostrou uma anemia macrocítica (hemoglobina 11.7 g/dL com VGM 92 fL) sem leucocitose nem neutrofilia e ligeira elevação da proteína C reativa (29.9mg/dL, vr <5mg/dL). A enzimologia hepática era normal, não apresentava retenção azotada e o ionograma estava dentro dos valores normais. A telerradiografia de tórax revelou uma área de condensação pulmonar no lobo inferior direito e a ecografia abdominal mostrou um fígado de dimensões aumentadas, contornos bosselados com aumento difuso da ecogenicidade do parênquima sem lesões focais e sem líquido livre. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina e ácido clavulânico.



Figura 1 – Telerradiografia de tórax evidenciando condensação da base direita.



Figura 2 – TAC Tórax evidenciando condensação extensa à direita, com redução abrupta do calibre dos brônquios.

Foi realizada uma tomografia computadorizada torácica que revelou atelectasia do lobo inferior direito, com ligeiro derrame pleural associado, os respetivos brônquios tinham uma redução abrupta de calibre, tornando-se imperceptíveis. Observava-se ligeiro derrame pleural esquerdo, com atelectasia passiva dos segmentos subpleurais adjacentes, mais explícita na base. Não existia nodularidades no parênquima pulmonar nem adenomegalias mediastínicas, hilares ou axilares.

Para melhor esclarecimento clínico foi realizada uma broncofibroscopia, na qual se detetou rolhão de secreções mucosas ocluindo o B6 e Brônquio lobar inferior direito facilmente removido com o lavado brônquico. A mucosa estava muito edemaciada, friável com estreitamento dos segmentares, local onde se efetuaram biopsias e escovado brônquicos

O exame cultural das secreções brônquicas foi negativo e o exame histológico revelou a presença de grânulos sulfúricos com a coloração de papanicolau, com identificação de bactérias filamentosas Gram (+) na periferia dos grânulos.

Por não se verificar resposta significativa à antibioterapia instituída, fez-se alteração da mesma para Clindamicina endovenosa que cumpriu por 21 dias. Verificou-se melhoria progressiva.

De forma a excluir outras localizações foi feita uma TC crânio-encefálica e toraco-abdomino-pélvica, não tendo sido detetadas outras lesões.

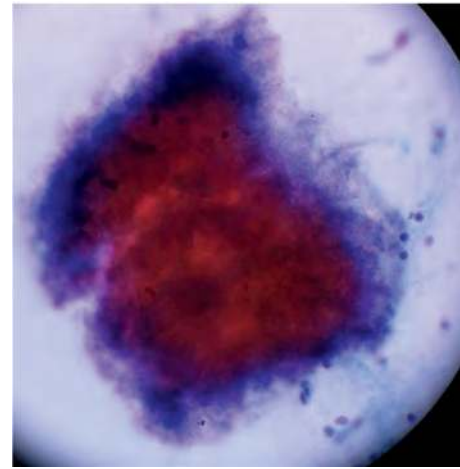


Figura 3 – Grânulo sulfúrico com bactérias filamentosas na periferia.

Teve alta clinicamente melhorado, orientado no tempo e no espaço com indicação para manter antibioterapia oral por 4 a 6 meses. Não foi possível acompanhar a evolução após a alta, uma vez que o doente faltou às consultas de *follow up*.

/ Conclusão

A actinomicose pulmonar é uma doença rara, com sintomas inespecíficos devendo ser considerada no diagnóstico diferencial em doentes com sintomas crónicos de tosse, expetoração, febre e perda ponderal, principalmente em doentes com má higiene oral e com doença pulmonar estrutural.

O prognóstico é bastante favorável, desde que iniciado o tratamento antibiótico o mais precocemente possível^{1-2,5-7}.

O tratamento de eleição continua a ser Penicilina endovenosa em doses altas durante 2 a 6 semanas, seguida de beta lactámico oral durante 6 a 12 meses¹⁻⁹. Pode também ser utilizado cefalosporinas, tetraciclina, eritromicina ou clindamicina².

No caso apresentado, optou-se pela utilização de clindamicina, uma vez que o doente tinha realizado recentemente tratamento antibiótico com amoxicilina e ácido clavulânico sem melhoria.

/ Bibliografia

1. Han JY, Lee K-N, Lee JK, Kim YH, Choi SJ, Jeong YJ et al. An overview of thoracic actinomycosis: CT features. *Insights Imaging* 2013;4: 245–252
2. Russo TA. Actinomycosis. In: Fauci AS et al, *Harrison Principles of Medicine* 17th edition: McGraw-Hill Companies, Inc; 2008. p. 996-9.
3. Kim SR, Jung LY, Oh I-J, Kim Y-C, Shin K-C, Lee LK, et al. Pulmonary actinomycosis during the first decade of 21st century: cases of 94 patients. *BMC Infectious Diseases* 2013, 13: 216
4. Valour F, Sénéchal A, Karsenty J, Lustig S, Breton P, Gleizal A et al. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infection and Drug Resistance* 2014;7: 183–197.
5. Yildiz O, Doganay M, Actinomycoses and nocardia pulmonary infections. *Curr Opin Pulm Med* 2006; 12:228–234
6. Russo TA (2005) Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds) *Principles and practice of infectious disease*, 6th edn. Churchill Livingstone, Philadelphia, pp 2924–2934
7. Farrokh D, Rezaitalab F, Bakhshoudeh B. Pulmonary Actinomycosis with Endobronchial Involvement: A Case Report and Literature Review. *Tanaffos* 2014; 13(1): 52-56.
8. Park JY, Lee T, Lee H, Lim H-J, Lee J, Park JS et al. Multivariate analysis of prognostic factors in patients with pulmonary actinomycosis. *BMC Infectious Diseases* 2014; 14:10.
9. Hsieh MJ, Liu HP, Chang JP, Chang CH. Thoracic actinomycosis. *Chest* 1993; 104 (2): 366- 70.