

# ACTINOMICOSE PULMONAR COM FISTULIZAÇÃO TÓRACO-ABDOMINAL EM UM PACIENTE COM NOVE ANOS DE IDADE – RELATO DE UM CASO

MORENO, CRISTINA GABRIELLI\*  
PERRI, TATIANA LACERDA\*  
FREITAS, ADRIANO LUIZ RIBEIRO DE\*\*

## RESUMO

A actinomicose de manifestação pulmonar é uma infecção rara na atualidade. Por esse motivo, os autores relatam o caso de uma paciente de nove anos de idade, com actinomicose pulmonar, bem como a apresentação de fístula supurativa na região infra-escapular direita. Os autores estabelecem os aspectos mais relevantes da doença e da dificuldade no seu diagnóstico.

**PALAVRAS-CHAVES:** Actinomicose, fístula, *Actinomyces*.

## ABSTRACT

Pulmonary actinomycosis with abdominal thoraco-fistulization  
in a nine year-old patient – a case study

Manifestations of pulmonary actinomycosis are rare nowadays. Due to this fact, the authors set up to report the case of a nine year-old patient who presented pulmonary actinomycosis and a suppurative fistula on the right infra-scapular region. The authors also demonstrate the most relevant aspects of the disease as well as the difficulties in finding out its diagnosis.

**KEY WORDS:** Actinomycosis, fistula, *Actinomyces*.

## 1 – INTRODUÇÃO

A actinomicose é uma infecção bacteriana indolente e lentamente progressiva, causada por espécies do gênero *Actinomyces* que induzem tanto à resposta inflamatória supurativa quanto à granulomatosa.

Os agentes etiológicos fazem parte da flora oral normal e geralmente são cultivados a partir dos brônquios, do trato gastrointestinal e do trato genital feminino.<sup>2,3</sup>

Suas formas anátomo-clínicas mais freqüentes são: orocervicofacial,

---

\* Médicos Residentes em Patologia – FURG.

\*\* Acadêmico de Medicina – FURG.

torácica, abdominal e, tratando-se de paciente do sexo feminino, a genital. Entre estas localizações, interessa-nos a torácica, por tratar-se da forma de manifestação do nosso caso clínico.<sup>2,3</sup>

Os autores relatam um caso de actinomicose pulmonar em uma criança de nove anos de idade, com fistulização tóraco-abdominal, chamando atenção para a importância de seu diagnóstico, já que em seus estágios iniciais esta doença pode ser confundida com tuberculose, pneumonia, blastomicose, criptococose, entre outras.

## 2 – RELATO DO CASO

Paciente feminino, de raça branca, nove anos de idade, estudante, natural da cidade do Rio Grande-RS, levada por familiar responsável ao serviço de pronto atendimento do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., apresentando cicatriz cirúrgica na região infra-escapular direita e lesão vegetante que drenava secreção escurecida (ver figura 1).

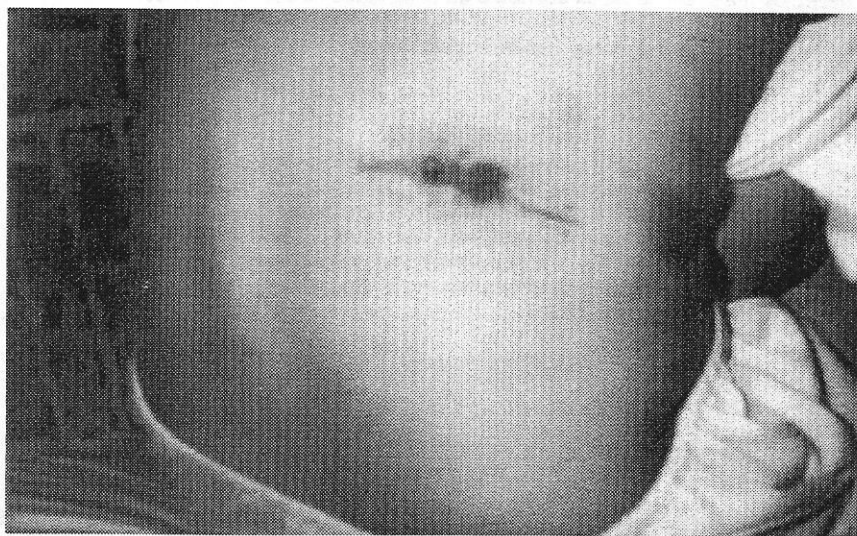


FIGURA 1 – Cicatriz cirúrgica na região infra-escapular direita.

**História:** Familiar relata que há oito meses, a criança foi internada com um quadro de febre e dor torácica e consolidação em lobo pulmonar inferior direito. Fez tratamento com despacilina e roxitromicina, havendo, assim, remissão clínica. Duas semanas após, apresentou área de tumefação em região infra-escapular direita. Como a lesão apresentava

fistulização, foi realizada drenagem cirúrgica, colocado dreno de Penrose e instituída antibioticoterapia com cefalexina. Durante a retirada do dreno observou-se a presença de massas granulomatosas no leito cicatricial.

O familiar procurou atendimento médico de sua filha na cidade de Pelotas, onde foi realizada a ressecção do granuloma da região infra-escapular direita.

Foi realizado exame anatomopatológico através de tecido da parede torácica, o qual evidenciou tecido de granulação exuberante em úlcera cutânea com focos de hiperplasia pseudocarcinomatosa nos bordos da úlcera, sendo as margens livres. Os exames bacterioscópico e cultural, assim como a pesquisa de BAAR, foram negativos. Iniciou-se, então, a administração de eritromicina e permanganato de potássio em compressa, porém não se obteve melhora.

Realizada tomografia computadorizada de tórax, evidenciou-se a presença de opacidade no segmento basal posterior do lobo pulmonar inferior direito, possivelmente correspondente à área de consolidação de provável natureza inflamatória, sem linfonodomegalia mediastinal.

Na radiografia de tórax, observou-se discreta redução da transparência ao nível do segmento basal posterior do lobo pulmonar inferior direito (ver figura 2).

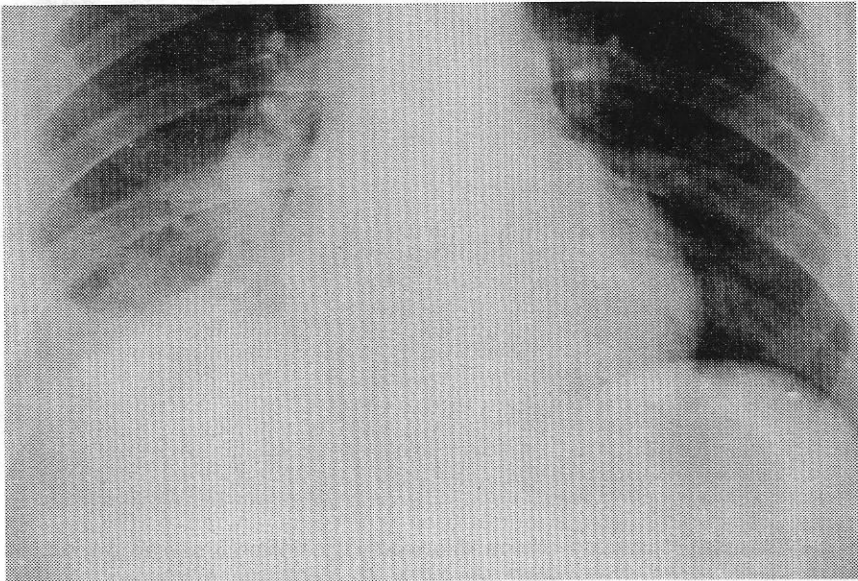


FIGURA 2 – Radiografia de tórax mostrando redução da transparência ao nível do segmento basal posterior do lobo pulmonar inferior direito.

Há 3 meses, a paciente procurou novamente auxílio no Hospital Universitário do Rio Grande, onde submeteu-se a uma ecografia abdominal, que foi normal.

**Exame físico:** Paciente apresentando cicatriz cirúrgica na região infra-escapular direita de aproximadamente 10cm de comprimento e lesão vegetante de cerca de 1cm, esbranquiçada, indolor e que drenava secreção escurecida (ver figura 1).

**Conduta:** No mesmo dia foi realizada fistulografia com injeção de contraste hidrossolúvel, o que evidenciou ser uma fístula abdominal. A paciente foi submetida a marsupialização externa e posterior biópsia e teve alta com acompanhamento ambulatorial. O material biópsico foi enviado para exame anatomopatológico no Laboratório de Patologia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, que evidenciou: processo inflamatório crônico fibroprodutivo com intensa infiltração linfocitária intersticial e difusa, assim como zonas de tecido de granulação e escassa exsudação leucocitária. No seio desse processo achou-se uma formação parasitárias com características típicas de um *Actinomyces*, situada em uma zona com escassa reação inflamatória exsudativa (ver figuras 3 e 4).

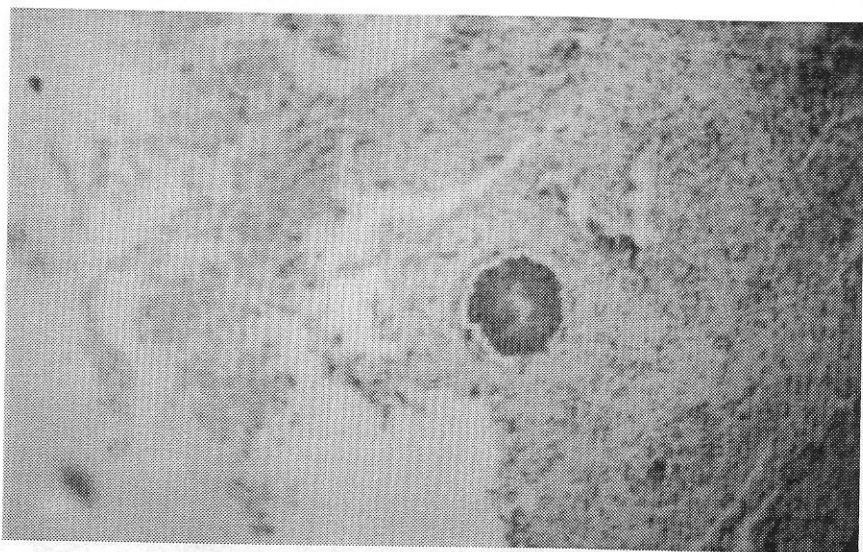


FIGURA 3 – Processo inflamatório crônico fibroprodutivo com intensa infiltração linfocitária intersticial e difusa, assim como zonas de tecido de granulação e escassa exsudação leucocitária. (H.E. 25 X 12)



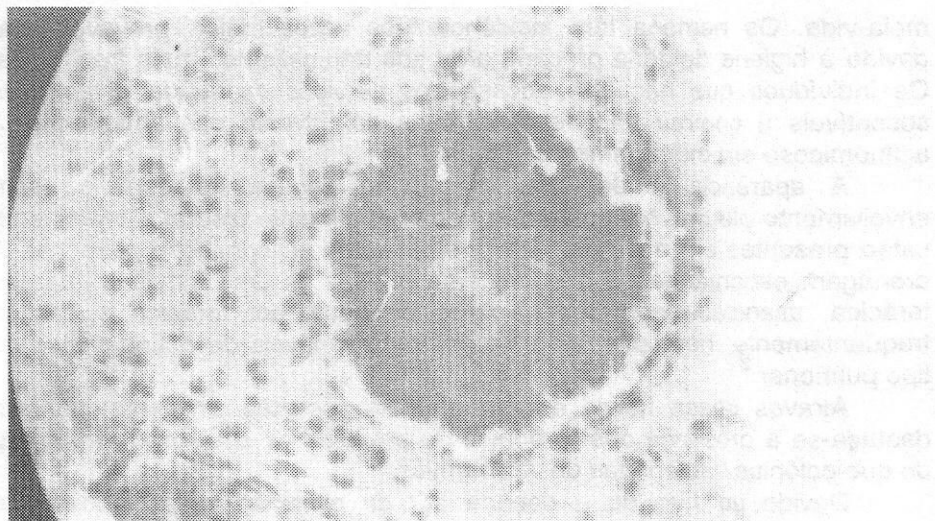


FIGURA 4 – Detalhe da figura 1, formação parasitárias com características típicas de um *Actinomyces*. (H.E. 40 X 12)

**Evolução:** A paciente foi encaminhada para uma nova internação um mês após, com persistência do quadro clínico, apresentando febre, anorexia e astenia. Foi iniciado tratamento com penicilina cristalina na dose de 300.000 UI/kg/dia e já na primeira semana notou-se melhora. Na semana seguinte não mais se evidenciava drenagem e no 27º dia de antibioticoterapia teve alta com melhora clínica. Programou-se continuação do tratamento com amoxicilina 500mg VO 8/8h durante um ano, com revisões ambulatoriais periódicas, assim como controle tomográfico semestral, o qual se apresentou normal.

### 3 – DISCUSSÃO

A actinomicose pulmonar é uma infecção bacteriana rara nos dias de hoje. Os fatores que contribuíram para a redução da incidência da actinomicose foram a melhoria da higiene dentária e a descoberta de agentes antibióticos.

O mecanismo de infecção resulta da aspiração de material infectado proveniente da orofaringe, o qual vai localizar-se, em geral, nas bases dos lobos pulmonares.

A localização torácica da actinomicose compreende cerca de 15 a 30% de todas as formas clínico-patológicas.<sup>1</sup>

A doença ocorre em qualquer idade, com picos de incidência na

meia-vida. Os homens têm incidência três vezes maior, provavelmente devido à higiene dentária precária e/ou aos traumatismos mais freqüentes. Os indivíduos que não têm acesso aos serviços de saúde estão mais suscetíveis a contrair tal infecção. Antes do advento dos antibióticos, a actinomicose era extremamente comum.<sup>2</sup>

A aparência é de uma massa ou pneumonite com ou sem envolvimento pleural. No entanto, o comprometimento pleural e o empiema estão presentes em mais de 50% dos casos de actinomicose pulmonar. A drenagem espontânea de um empiema através de uma fístula na parede torácica, associada com febre, perda de peso, dor torácica e, menos freqüentemente, hemoptise são indicativos invariáveis de actinomicose do tipo pulmonar.<sup>2</sup>

Através dessa fístula é drenada uma secreção purulenta, na qual destaca-se a presença dos "grânulos de enxofre", os quais nada mais são do que colônias bacterianas de *Actinomyces*.

Devido ao fato de a doença ser de evolução lenta, indolente e progressiva, o diagnóstico torna-se, por vezes, difícil e complexo.

Dentre os exames que mais auxiliam no diagnóstico da actinomicose estão uma simples radiografia de tórax associada aos sintomas do paciente, principalmente presença de empiema e fístula, e o exame anatomopatológico de amostras fistulares.

Após o diagnóstico definitivo, o tratamento com antibioticoterapia é de crucial importância, assim como um acompanhamento médico para revisões ambulatoriais periódicas.

É relevante o conhecimento do espectro completo da actinomicose, seja a forma pulmonar ou outras, pois só assim é que se poderá acelerar o seu diagnóstico, bem como atenuar suas taxas de morbidade e mortalidade, já que muitas vezes o diagnóstico dessa infecção é incorreto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 MEIER, L. et al. Abdominal actinomycosis – ileo-vaginal fistula as clinical manifestation. Case report and literature review. *Schweiz Med Wochenschr*, Apr. 7, v. 120, n. 140, p. 509-512, 1990.
- 2 ROBBINS, S. et al. *Patologia estrutural e funcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 3 WYNGARDEN, J. B., SMITH, L. H. *Cecil. Tratado de medicina interna* 18 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996.

Recebido: 06/09/00

Aceito: 18/10/00