

PRIMER REPORTE DE ACTINOMICOSIS PULMONAR EN LA PROVINCIA DE CIEGO DE AVILA - CUBA.

(First report of pulmonary actinomycosis in the Province of Ciego de Avila - Cuba)

Francisco Aparicio, A*., Miguel Suarez, H**.,
Elvio Luis Alvarez, M**. & Oreste Antune, B**.

*Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"

**Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Ciego de Avila, Cuba.

Palabras clave: Actinomicosis pulmonar, Cuba.

Key Words: Pulmonary actinomycosis, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el primer caso reportado de actinomicosis pulmonar en la provincia de Ciego de Avila (Cuba). El paciente presentó pérdida de peso, anorexia, y fiebre vespertina y en ocasiones, tos seca. En los exámenes, se observó una eritrosedimentación elevada, condensación de base derecha a la radiografía de tórax, opacidad total de los bronquios del lóbulo inferior derecho y parcialmente en los bronquios del lóbulo medio a la broncografía. Opacidad compatible con derrame interlobar. Se efectuó solo por biopsia el diagnóstico de actinomicosis pulmonar.

INTRODUCCION

La actinomicosis, es una infección común en el hombre y los animales, causada por varias especies de actinomicetos, siendo el principal agente etiológico *Actinomyces israelii* (Actinomycetales, Actinomycetaceae). Se caracteriza por producir lesiones induradas, granulomatosas, de tipo supurativo, que dan lugar a la formación de fistulas (1, 10). Antiguamente los *Actinomyces* se consideraban relacionados con los hongos, pero en la actualidad se incluye en las Eubacterias anaerobias Gram(+) (2,10).

Las principales localizaciones de sus cuadros clínicos son: región cervicofacial, torácica, abdominal y genital. La localización de estos microorganismos en los pulmones se caracteriza por su aspiración desde la cavidad oral, de los senos paranasales o por su inclusión en cuerpos extraños (3, 11).

En general los pacientes pueden presentar tos, expectoración, astenia, pérdida de peso, disnea y dolor de

SUMMARY

This paper covers the first case of pulmonary actinomycosis reported in the province of Ciego de Avila (Cuba). The patient showed some loss in weight, anorexia, evening fever and occasionally a dry cough. Exams revealed a high eritrosedimentation, a right base condensation in the thorax radiography, a full opacity in bronchi from the right lower lobe and a partial one in bronchi from the middle lobe, as to the bronchography. The opacity was compatible with an interlobe overflow. The diagnosis of pulmonary actinomycosis was determined only by means of a biopsy.

tipo pleurítico. En casos avanzados, puede haber fistulas a regiones vecinas y compromiso de las costillas. Radiológicamente, se han descrito imágenes de condensación a nivel de las bases y con menor frecuencia derrame asociado.

Como manifestaciones generales, se señala anemia, leucocitosis y eritrosedimentación elevada (4). El antimicrobiano de elección es la penicilina (5), pero también se ha empleado la tetraciclina, eritromicina y clindamicina a altas dosis por tiempos prolongados, siendo necesario a veces el uso de la cirugía para el desbridamiento quirúrgico de los tejidos afectados (11).

Los 10 casos anteriores de actinomicosis diagnosticados en nuestro hospital no presentaron una localización pulmonar o torácica, es por ello que decidimos la presentación de este caso.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente: M.B.G, sexo femenino, de 37 años, raza blanca, con antecedentes de hepatitis y sepsis urinaria. Un

mes antes de su ingreso comienza a presentar dolor en la región posterior del hemitorax derecho que se acompaña de fiebre de 39°C y tos sin expectoración. Se trató con oxacilina obteniéndose mejoría clínica pero no radiológica, por lo que es remitida a nuestro centro donde se decide su ingreso.

Datos positivos a la anamnesis. Tos seca, refiere padecer de anemia hace un año, de tipo ferripriva. Sepsis urinaria desde hace un año. Otros datos: pérdida de peso, anorexia y fiebre vespertina en ocasiones.

Datos positivos al examen físico. Paciente que deambula sin dificultad, marcha y facies no características de proceso patológico, en la piel, se observa a nivel de la región sacra paravertebral derecha, tres orificios de fistulas sin supuración, ni fluctuación, ni cambios de coloración de la piel. Mucosas hipocoloreadas, cráneo y cara sin alteraciones, cuello y tiroides normales sin adenopatías, tórax sin alteraciones. Columna vertebral normal, abdomen normal y extremidades sin alteraciones.

Aparato respiratorio: expansibilidad normal, V.V., disminuidas en base derecha, submatidez en base derecha, murmullo vesicular abolido en base derecha.

Aparato cardiovascular: latido de la punta no visible ni palpable, ruidos taquicárdicos, R.R: 108 X', P.A: 110/ 70. Resto de los aparatos sin importancia.

Análisis de Laboratorio:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Hemoglobina: 8,8 g % | 10. Glicemia: 109 mgs% |
| 2. Hematocrito: 26 v ^o % | 11. Urea: 24 mgs% |
| 3. Leucocitos: 7300 | 12. Coprocultivo: (-) |
| 4. Eosinofilo: 02 | 13. Sedimento de orina: (-) |
| 5. Stabs: 02 | 14. Hierro sérico: 52 mgs% |
| 6. Segmentados: 88 | 15. Esputo BAAR: (-) |
| 7. Linfocitos: 05 | |
| 8. Monocitos: 03 | |
| 9. Eritrosedimentación: | |
| 144 mm/h (1) | |
| 136 mm/h (2) | |
| 115 mm/h (3) | |

Estudios Radiológicos.

Rayos X de Tórax: condensación de base derecha. Tomo grafía: en algunos cortes se observa borroso el hemidiafragma derecho, con ocupación del seno costo frénico. Broncografía: se opacifican totalmente los bronquios del lóbulo inferior derecho y parcialmente los del lóbulo medio. Persiste opacidad compatible con derrame interlobar.

Se realizó broncoscopia la cual es satisfactoria, en el curso de la misma, llama la atención un engrosamiento mucoso algo pálido a la entrada del bronquio tronco inferiro derecho.

Se tomaron muestras para biopsia, observandose en los cortes histológicos algunos gránulos de azufre pequeños que se tiñeron con Metamina argéntica y hematoxilina-eosina, presentando en sus bordes masas eosinófilas amorfas, elementos histicos y filamentos ramificados actinomicóticos.

Tratamiento. Inicialmente se recetó Penicilina cristalina endovenosa por 7 días y posteriormente Penicilina rapilenta por 10 días. Se continuó con Ampicilina por 4 semanas con buenos resultados.

DISCUSION

La actinomicosis torácica es una enfermedad rara, de origen endógeno, sin síntomas y signos característicos (inespecíficos); en aproximadamente el 90% de los casos se plantea otro diagnóstico, de éstos entre el 25 y 44% corresponden a una neoplasia y entre el 25 y 33% a otros trastornos pulmonares. En el 85% de los casos de las actinomicosis torácicas no son diagnosticadas con la toracotomía (6).

En afecciones pulmonares y pleurales de origen desconocido, se debe considerar la actinomicosis torácica en el diagnóstico diferencial (7).

Se expresa que esta afección ha cambiado considerablemente su manifestación clínica, siendo infrecuente ver los antiguos cuadros con destrucción de la pared del tórax y trayectos fistulosos de drenaje (8).

La enfermedad es más frecuente en adultos que en niños, y la confirmación de su diagnóstico en el laboratorio suele ser difícil, debido al crecimiento lento de estos microorganismos (9).

REFERENCIAS

1. Donohue, D.E.; Brightman, A.II. (1995). Cervicofacial Actinomyces viscosus infection in a brazilian fila a case report and literature review. J. Am. Anim. Hosp. Assoc: 31: 501-505.
2. Fiorino, A.S. (1996). Intrauterine contraceptive device associated actinomycotic abscess and Actinomyces detection on cervical smear. Obstet Gynecol. 87: 142-149
3. Rodríguez, P.; Sandoval, R.; Rodríguez, J.C. (1990). Actinomicosis torácica. Enfermedades respir. cir. torác. 6:204-208
4. Coelho, F. & Jobo, C. (1990). Pulmonary cavities colonized by Actinomyces. Report of 6 cases. Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo 32:6366
5. Viotti, J. A.; Jaremcuk, N. S.; Lodolo, A. & Giraudo, R. (1991). Actinomicosis de pared abdominal. Presentación de un caso. Rev. Fac. Cienc. Med. Córdoba. 49:35-38
6. Mohr, B.D.; Schmitt, B.; Goller, T. & Lenz, J. (1995). Thoracic actinomyces. Chirur. 66:818-822

7. Orth, M.; Achatzy, R.; Macha, M.M.; Müller, K.M.; Wiebe, V. & Schultze-Werninghaus, G. (1995). Pleuro mediastinitis in pulmonary actinomyces as a rare differential bronchial carcinoma diagnosis. *Pneumologie*. 49:505-508

8. Cabezas, S.; Francisco, I.; Cortes, L.; Weitz, B.; Cancino, A.; Dalbora, P.; Avila, P.; Vallejo, A. & Johow, P. (1992). Actinomicosis pulmonar. *Rev. Chil. Cir.* 44:343-346

9. Hoffmeister, R.; Rios, C.; Contreras, G.; Jadue, J.; Joyas, M. & Alejandro, M. (1989). Actinomicosis torácica. *Rev. Chil. Pediatr.* 60:173-178

10. Schaal, K. (1986). Genus *Actinomyces*. In: *Bergey's Manual of Systematic Bacteriology*. Williams Wilkins, Baltimore. pp. 1383-1418

11. Casal, M. & Rodríguez, F.C. (1996). *Actinomyces, Nocardia y Mycobacterium*. En: García-Rodríguez, J.A. & Picazo, J.J. (Eds.) *Microbiología Médica*. 1. *Microbiología Médica General*. Mosby/Doyma Libros, S.A. pp. 358-362