

ACTINOMICOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO*

Marcelo Carneiro Menezes¹, Olger de Souza Tornin², Renato Assayag Botelho³, Joel Pinheiro de Brito Júnior³, Daniel Knabben Ortellado⁴, Lucas Rios Torres⁵, Sandro Caldeira Ferreira Júnior⁵, José Francisco Sales Chagas⁶, Oswaldo Luiz Pinto⁷, Ricardo Pires de Souza⁸

Resumo Relatamos um caso de actinomicose laríngea mimetizando neoplasia, com revisão da literatura a respeito dos aspectos clínicos, patológicos e de imagens. Utilizamos tomografia computadorizada, exame loco-regional, nasofibroscoopia e estudo anatomopatológico. A importância do estudo se deve à raridade da enfermidade, localização atípica e particularmente ao diagnóstico diferencial com neoplasia de laringe. Não identificamos, na literatura, casos com avaliação por meio de tomografia computadorizada.

Unitermos: Actinomicose; Tomografia computadorizada; Câncer.

Abstract *Actinomycosis of the larynx: a case report.*

We report a case of a patient with actinomycosis of the larynx mimicking a neoplasm. A literature review, clinical features, pathology and imaging findings is also presented. This paper reports a rare disease occurring in an atypical location, simulating larynx neoplasm. To our knowledge, there is no report of this disease and locations evaluated with computed tomography.

Keywords: Actinomycosis; Computed tomography; Cancer.

INTRODUÇÃO

A actinomicose da laringe é uma doença rara causada pelo *Actinomyces israelii*, um comensal saprófita da microbiota nativa da boca. Esse microrganismo Gram-positivo desenvolve-se em meio anaeróbico ou microaerofílico, formando micélios monocelulares alongados.

A actinomicose foi primeiramente descrita por Israel há mais de 100 anos⁽¹⁾. Embora o maior número de casos ocorra na região de cabeça e pescoço, o envolvimento laríngeo é bastante raro, com alguns poucos casos descritos na literatura, não havendo, no nosso conhecimento, nenhum

caso relatado com estudo por meio de tomografia computadorizada.

As doenças infecciosas sempre devem entrar no diagnóstico diferencial de lesões da laringe. As doenças infecciosas da laringe, principalmente as doenças granulomatosas, estão adquirindo importância crescente, visto que estão diretamente relacionadas com o aumento da faixa etária populacional, diminuição da imunidade e maior deslocamento de pessoas⁽²⁾. O diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias e infecciosas com as neoplasias da laringe é imprescindível, visto que há diferença essencial na forma de tratamento. O diagnóstico definitivo é obtido por meio de biópsia, utilizando-se a tomografia computadorizada principalmente para avaliar a extensão da doença.

O objetivo deste trabalho é descrever um caso de actinomicose endolaríngea mimetizando neoplasia, examinado por tomografia computadorizada.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 77 anos de idade, caucasiano, admitido no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis com queixa de rouquidão.

O paciente relatava início de dor de garganta discreta há um ano. Nos últimos dois meses houve piora dessa dor, asso-

ciada a rouquidão progressiva e perda ponderal não quantificada. O paciente não apresentava disfagia, dispnéia ou otalgia. Tabagista de 30 cigarros por dia e etilista de destilados por 47 anos.

No exame loco-regional, observou-se lesão vegetante e bocelada, apresentando componente ulcerado, medindo 2,0 cm de diâmetro, localizada na prega ariepiglótica esquerda, com os seguintes limites: anteriormente, distava 0,5 cm da epiglote; posteriormente, comprometia o espaço interarritenoideo; lateralmente, não atingia o recesso piriforme esquerdo; medialmente, sob a forma vegetante, comprometia a prega vestibular. A mobilidade das pregas vocais estava normal.

Foram solicitadas nasofibrolaringoscopia com biópsia e tomografia computadorizada.

A nasofibrolaringoscopia e a tomografia computadorizada confirmaram os limites da lesão e a biópsia apresentou grânulos de actinomicose em meio a infiltrado inflamatório de neutrófilos, plasmócitos e macrófagos, confirmando, desta forma, o diagnóstico etiológico. Os achados tomográficos foram: massa de contornos lobulados, densa, que reduz a luz do seio piriforme esquerdo e que envolve as pregas ariepiglótica e ventricular esquerda, com aparente obliteração do espaço paraglótico ipsilateral (Figuras 1, 2 e 3).

* Trabalho realizado no Serviço de Diagnóstico por Imagem do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP.

1. Mestrando em Ciências da Saúde pelo Hospital Heliópolis, Prática Profissionalizante em Tomografia Computadorizada pela Universidade de São Paulo.

2. Mestrando em Ciências da Saúde pelo Hospital Heliópolis, Prática Profissionalizante em Ressonância Magnética pela Universidade de São Paulo.

3. Mestrandos em Ciências da Saúde pelo Hospital Heliópolis.

4. Mestre em Ciências da Saúde pelo Hospital Heliópolis.

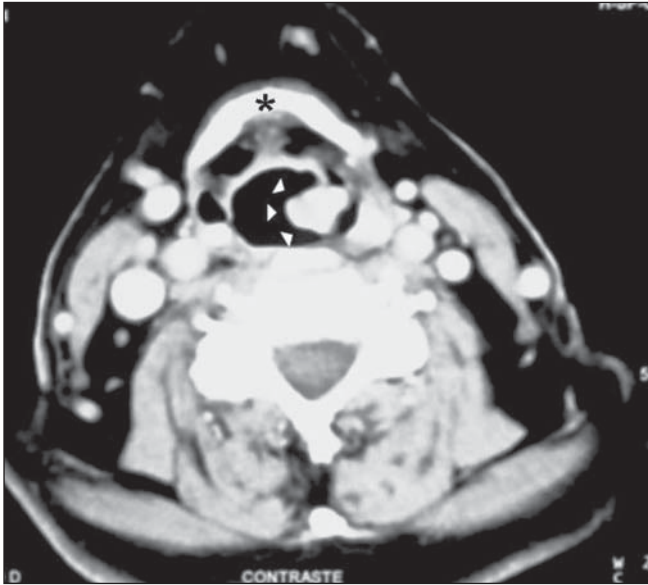
5. Médicos Residentes em Diagnóstico por Imagem do Hospital Heliópolis.

6. Professor do Curso de Pós-graduação do Hospital Heliópolis, Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina.

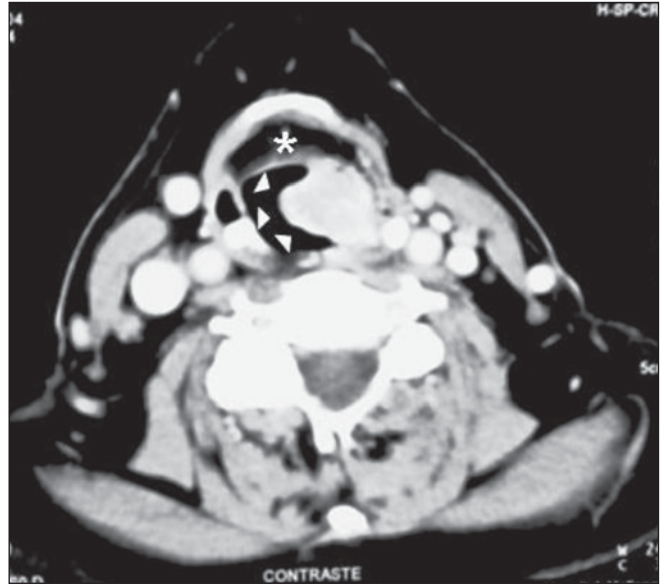
7. Médico Cirurgião.

8. Professor do Curso de Pós-graduação do Hospital Heliópolis, Doutor em Radiologia pela Universidade de São Paulo.

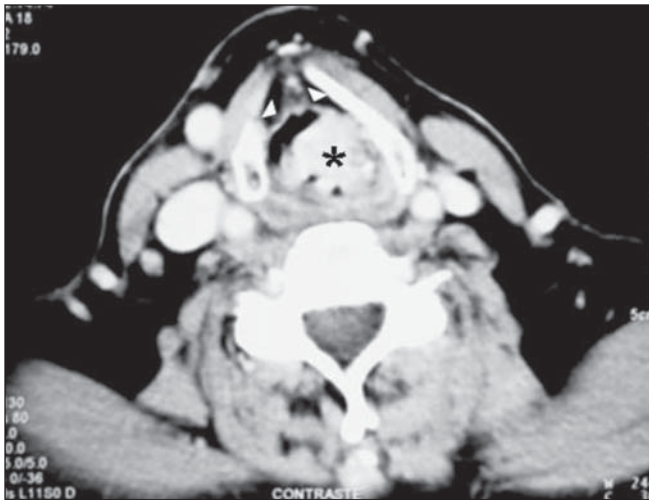
Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Carneiro de Menezes. Rua Cônego Xavier, 276, 1º andar, Secretaria do RX, Bairro Sacomã. São Paulo, SP, 04231-030. E-mail: mc_menezes@hotmail.com.br



1



2



3

Figura 1. Corte axial no nível do osso hióide (asterisco) mostrando as pregas glossoepiglótica mediana e faringoepiglóticas. Nota-se o seio piriforme à direita, normal, assim como a prega ariepiglótica correspondente. À esquerda, observa-se massa de contornos lobulados, densa, envolvendo a prega ariepiglótica e reduzindo a luz do seio piriforme (pontas de setas)

Figura 2. Corte axial no nível do espaço pré-epiglótico (asterisco). Seio piriforme direito normal. Massa densa de contornos lobulados obliterando o seio piriforme esquerdo (pontas de setas).

Figura 3. Corte axial no nível da prega ventricular (pontas de setas). Massa densa envolvendo a prega ventricular esquerda com aparente obliteração do espaço paraglótico adjacente (asterisco).

A conduta adotada foi internação para tratamento com antibiótico por 21 dias, com boa evolução. A antibioticoterapia foi mantida por seis meses.

DISCUSSÃO

As doenças infecciosas da laringe são relativamente raras, mas devem sempre ser pensadas nos casos de lesões vegetantes endolaringeas. Apesar de sua semelhança com a neoplasia ser marcante, a conduta clínica é completamente diferente entre essas entidades.

O *Actinomyces israelii* é um comensal saprófita encontrado na cavidade oral. Pode ser encontrado nas criptas das tonsi-

las palatinas em aproximadamente 15% dos casos de amigdalectomias⁽³⁾. Para que o microrganismo se desenvolva, ele precisa penetrar a barreira mucosa e acessar um ambiente anaeróbico. Normalmente, isto ocorre em decorrência de traumatismos orais como manipulação dentária ou cirurgias endo-orais⁽⁴⁾.

A actinomicose está diretamente relacionada com fatores que reduzem a capacidade imunológica do hospedeiro, como diabetes mellitus, neoplasias malignas, tratamento quimioterápico e radioterápico ou até mesmo infecção pelo vírus da imunodeficiência humana⁽¹⁾. Os casos de actinomicose em pacientes que receberam radioterapia na região da laringe são particular-

mente importantes. Isso provavelmente ocorre em virtude da alteração das defesas imunológicas locais na mucosa da laringe e faringe. No caso descrito o paciente não apresentava comorbidade relacionada à deficiência imunológica.

A actinomicose, quando acomete a região da cabeça e pescoço, afeta particularmente a região da mandíbula após tratamentos dentários. Na endolaringe essa ocorrência é muito rara⁽⁵⁾. Na literatura consultada foram encontrados apenas poucos trabalhos relacionados a esse tema e nenhum descrevendo os achados na tomografia computadorizada.

A actinomicose é caracterizada como uma doença granulomatosa subaguda. Na

região da cabeça e pescoço pode se caracterizar como abscesso com febre, leucocitose, dor e sintomas obstrutivos ou pode progredir de forma mais indolente como massa endurecida e dolorosa no pescoço. O crescimento da lesão sem respeitar os compartimentos fasciais, barreiras anatômicas ou linfáticos é característico da actinomicose⁽⁶⁾.

Na laringe, a actinomicose pode se caracterizar por dispnéia, rouquidão, disfagia ou estridor laríngeo noturno de longa evolução, diferentemente das neoplasias da

laringe, que têm um quadro um pouco mais agudo.

O diagnóstico é feito por meio da biópsia da lesão, que identifica os grânulos de actinomices, também chamados de grânulos de enxofre, em virtude da sua coloração amarelada e friabilidade característica. Normalmente, há uma reação inflamatória ou necrose em torno desse micélio de actinomices.

O tratamento consiste na drenagem cirúrgica das lesões maiores e antibioticoterapia por período prolongado.

REFERÊNCIAS

1. Hughes RA, Paonessa DF, Conway WF. Actinomycosis of the larynx. *Ann Otol* 1984;93:520-524.
2. Donegan JO, Wood MD. Histoplasmosis of the larynx. *Laryngoscope* 1983;94:206-209.
3. Vrabec DP. Fungal infections of the larynx. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;26:1091-1114.
4. Everts EC. Cervicofacial actinomycosis. *Arch Otolaryngol* 1970;92:468-474.
5. Nelson EG, Tybor AG. Actinomycosis of the larynx. *Ear Nose Throat J* 1992;71:356-358.
6. Brandenburg JH, Finch WW, Kirkham WR. Actinomycosis of the larynx and pharynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1978;86:739-742.