



## Relato de Caso/Case report

# Actinomicose pulmonar simulando tumor de Tobias-Pancoast

## Pulmonary actinomycosis simulating Tobias-Pancoast tumor

Amanda Nogueira Barbosa Dantas Teixeira<sup>1</sup>, Carmen Laís Gervásio Fônsca Alves<sup>1</sup>, Erbert Portela Martins Filho<sup>1</sup>, Evandro Magno Firmeza Mendes<sup>2</sup> e Jefferson Torres Nunes<sup>1</sup>

### RESUMO

A actinomicose é uma infecção rara que pode envolver diversos órgãos. O envolvimento torácico é incomum (10-20%). No presente trabalho, é descrito o caso de um paciente de 33 anos, HIV negativo, com dor torácica posterior à esquerda em queimação com irradiação para membro superior esquerdo e diminuição da força com parestesias. A tomografia computadorizada evidenciou uma massa em contato com a parede torácica. Após realização de toracotomia foi visualizada lesão pulmonar sólida vascularizada aderida no lobo superior esquerdo, infiltrando a parede torácica posterior e ápice da cavidade. A biópsia incisional da lesão e o estudo microbiológico evidenciaram actinomicose.

**Palavras-chaves:** Actinomicose. Parede torácica. Pulmão. Tumor de Tobias-Pancoast.

### ABSTRACT

Actinomycosis is a rare infection that may involve several organs. Thoracic involvement is uncommon (10-20%). This article describes the case of a 33 year-old patient, HIV negative, complaining of burning pain in the left posterior chest radiating to the left upper arm and reduced strength and paresthesias. The CT scan showed a mass in close contact with the chest wall. Following a thoracotomy, observation verified a solid pulmonary lesion adhered to the left upper lobe, infiltrating the posterior thoracic wall and apex of the cavity with rich vascularization. An incisional biopsy of the lesion and microbiological study revealed actinomycosis.

**Keywords:** Actinomycosis. Thoracic wall. Lung. Tobias-Pancoast Tumor.

## 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>. Parece ser mais rara em crianças e adultos jovens devido ao pronto tratamento de cáries e ausência de doença periodontal<sup>3</sup>.

Apesar da imunodepressão celular e humoral, que acompanha a síndrome de imunodeficiência adquirida, a actinomicose continua uma entidade muito rara na população infectada pelo vírus HIV<sup>4</sup>. Porém, são frequentemente relatadas comorbidades, tais como diabetes, alcoolismo e outras doenças crônicas imunodebilitantes<sup>3</sup>.

As principais formas de apresentação da doença são a cervico-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>.

Descrevemos, a seguir, um caso de actinomicose pulmonar, em paciente jovem e sem comorbidades significativas, que devido às manifestações clínicas, simulava tumor de Tobias-Pancoast.

## RELATO DE CASO

RJC, 33 anos, gênero masculino, técnico em enfermagem, natural e procedente de Teresina, Estado do Piauí, foi atendido em ambulatório queixando-se de perda de peso de 9kg em 8 meses. Há 1 mês apresentou dor torácica posterior à esquerda, em queimação, com irradiação para membro superior esquerdo, o qual diminuiu a força e foi acometido por intensas parestesias. Negava trauma na região torácica, ou tratamento dentário prévio recente, não era usuário de drogas ilícitas, nem diabético. Referia tabagismo e etilismo leves. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, orientado, eupnéico, hipocorado (2+/4+), desnutrido e normotenso. Ao exame pulmonar, ausculta revelou murmúrio vesicular fisiológico, levemente diminuído em terço superior à esquerda. Não foi detectada linfadenomegalia cervical, ou visceromegalia abdominal. O aspecto da cavidade oral e dentição eram normais, sem doença gengival significativa. O hemograma mostrou leve anemia (hematócrito 34%, hemoglobina de 11,9g/ml), leucocitose discreta (11.000 leucócitos, 80% neutrófilos, sem eosinófilos); glicemia, uréia e creatinina dentro dos limites normais. A sorologia para HIV foi negativa. A radiografia de tórax mostrou massa pulmonar hipotransparente em lobo superior esquerdo (**Figura 1A**). Foi realizada tomografia de tórax que evidenciou massa pulmonar em lobo superior esquerdo, com íntimo contato com a parede torácica posterior e lesão lítica na 3ª vértebra torácica (**Figura 1B**). A punção percutânea, guiada por tomografia, revelou processo inflamatório inespecífico. A tomografia de crânio e de abdômen foram laudadas como normais e a pesquisa de bacilo de Koch no escarro foi negativa. O paciente foi submetido à toracotomia com incisão póstero-lateral esquerda, durante a qual se evidenciou extensa lesão pulmonar sólida, aderida no lobo superior esquerdo, infiltrando a parede torácica posterior e ápice da cavidade com rica vascularização local (**Figura 2**). Foi realizada liberação da lesão e segmentectomia pulmonar não anatômica, cuja congelação revelou achados sugestivos de actinomicose (**Figura 3**), a qual é uma doença pouco frequente, mas quando presente pode simular doença neoplásica. No estudo microbiológico, feito em meio ágar-sangue com 5% de dióxido de carbono, houve desenvolvimento bacteriano

1. Curso de Medicina, Faculdade Integral Diferencial, Teresina, PI. 2. Disciplina de Cirurgia Torácica, Faculdade Integral Diferencial, Departamento de Cirurgia, Teresina, PI.

**Endereço para correspondência:** Prof. Evandro Magno Firmeza Mendes. Disc. Cirurgia Torácica/FACID. Av. Rio Poty 2381, Horto Florestal, 64049-410 Teresina, PI.

Tel: 55 86 3216-7900

e-mail: e.v.mag@hotmail.com

**Recebido para publicação em** 09/08/2010

**Aceito em** 04/11/2010

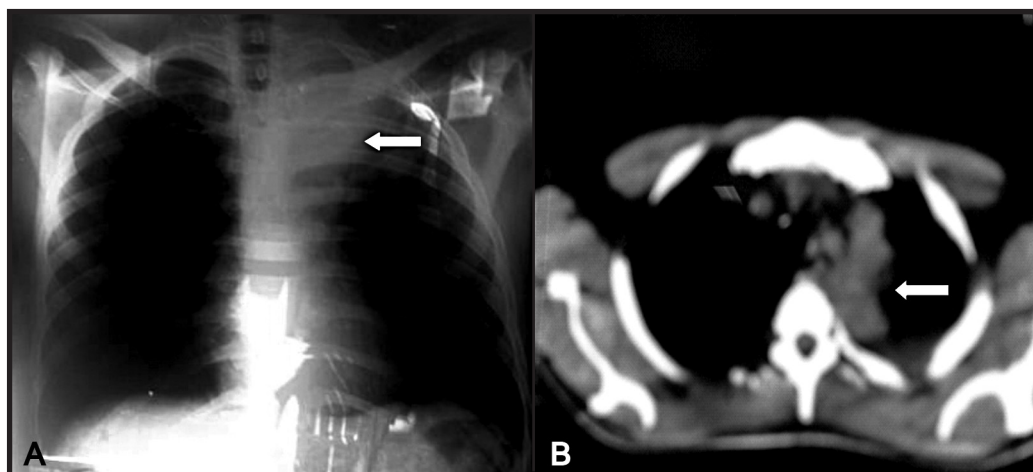


FIGURA 1 - A: A radiografia de tórax mostrando massa pulmonar em lobo superior esquerdo, B: Tomografia de tórax mostrando massa pulmonar em lobo superior esquerdo, com íntimo contato com a parede torácica posterior e lesão lítica na 3ª vértebra torácica.

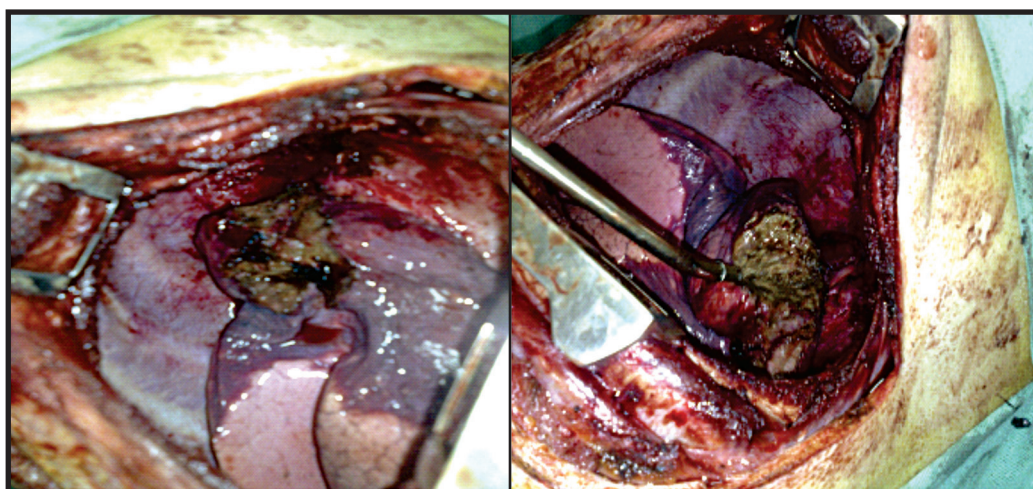


FIGURA 2 - Achados da toracotomia que evidenciou extensa lesão pulmonar sólida, aderida no lobo superior esquerdo, infiltrando a parede torácica posterior e ápice da cavidade com rica vascularização local.

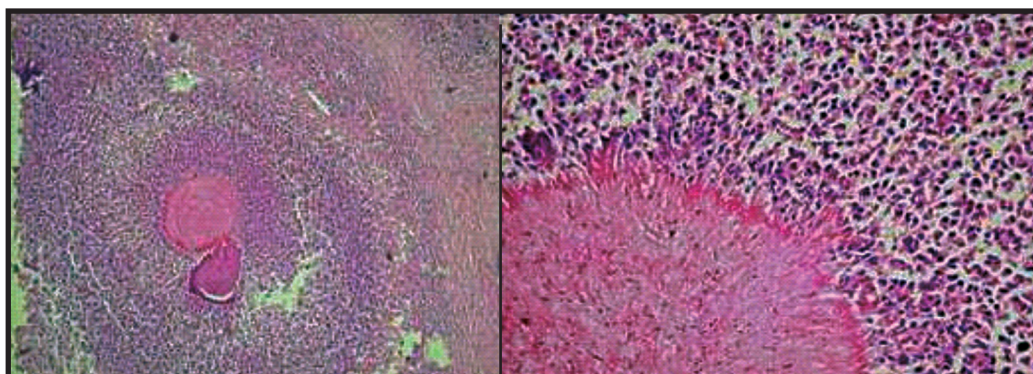


FIGURA 3 - Anatomopatológico do tecido revelou micetomas sugestivos de actinomicose, na coloração hematoxilina-eosina (HE).

característico de actinomicose. Foi realizado tratamento com penicilina G e, após 6 meses de seguimento ambulatorial, o paciente mantém-se assintomático, com exames radiológicos e laboratoriais normais.

## 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. Causada por um bastonete Gram-positivo,

anaeróbio 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>5</sup>.

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

A 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>2,6</sup>.

A presença de derrame pleural crônico, associado a alterações pulmonares e invasão periosteal da costela, é descrita como tríade diagnóstica da actinomicose<sup>6</sup>. Como, no caso em questão, não foi observada essa tríade diagnóstica, isso pode ter dificultado o diagnóstico da doença. Porém, a literatura mostra esses achados como exceção, e não como regra<sup>6</sup>. Tipicamente, os sinais e sintomas incluem tosse seca ou produtiva, dispnéia, dor torácica, escarros hemoptóicos, emagrecimento, febre e, ocasionalmente, síndrome de veia cava superior<sup>2</sup>. Dentro os sintomas descritos, na literatura, o paciente apresentava emagrecimento como motivo da procura de atendimento médico, o que é considerado um sintoma inespecífico.

Outras patologias que podem evoluir com dor em membro superior são os tumores de sulco superior, ou tumores de Pancoast, os quais se constituem, geralmente, de câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC) que envolvem o ápice pulmonar. Recebem essa denominação pela sua relação com o sulco formado pela artéria subclávia no parênquima pulmonar do lobo superior<sup>7,8</sup>.

A definição de tumor de Pancoast clássica envolvia a presença de dor com irradiação distal para o braço, mas para ser considerado um tumor de Pancoast, é necessário ocorrer a invasão da pleura parietal, em nível apical, com sintomas de dor e/ou disfunção neurológica<sup>7</sup>. O paciente em questão apresentava, aos exames de imagem, uma massa em íntimo contato com a parede torácica e diminuição da força do membro superior esquerdo associada com dor em queimação e parestesias, o que seassemelhou ao tumor de Pancoast.

A radiografia simples de tórax demonstrou um tumor apical, apesar de, em alguns casos, a radiografia ser negativa e o tumor ser identificado apenas na tomografia axial computadorizada (TAC) do tórax. A TAC do tórax proporciona informação sobre a extensão do tumor de sulco superior, além de identificar a presença de outros nódulos pulmonares. Nos tumores do sulco superior, a ressonância nuclear magnética (RNM) proporciona uma melhor avaliação da invasão tumoral, através da pleura e gordura subpleural, do envolvimento do plexo braquial e dos vasos subclávios<sup>9</sup>.

É descrito um raro caso clínico de actinomicose pulmonar que, por apresentação clínica, se assemelhou ao tumor de Pancoast. A actinomicose deve estar presente no diagnóstico diferencial de síndromes torácicas obscuras, em doenças da parede torácica e infecções raras.

O tratamento de escolha na actinomicose é com penicilina G. Tratamento prolongado é recomendado (3-12 meses), com grandes doses nas primeiras semanas e, após, penicilina V é prescrita por alguns meses dependendo das características da infecção. O prognóstico com antibioticoterapia (e excisão cirúrgica, se necessária) é excelente. Mortalidade é hoje rara<sup>10</sup>. No caso em questão, após o procedimento cirúrgico, foi iniciado o tratamento clínico com penicilina G. O paciente evoluiu sem alterações.

3. Zarca-Diaz de la Espina MAZ, Lopez-Menendez C, Ruiz-Martinez R, Molino-Trinidad C. Pulmonary actinomycosis with thoracic soft tissue mass: a rare onset form. *Eur J Radiol* 2001; 37:195-199.
4. Vera FJ, Martínez OJ, Berlinches P, García JA, García J, Alemany L. Actinomycosis pulmonar envarón de 47 años infectado por el virus de La inmunodeficiencia humana: a propósito de un caso. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 480-481.
5. 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.
6. Sumoza D, Raad I, Douglas E. Differentiating thoracic actinomycosis from lung cancer. *Infect Med* 2000; 17:695-698.
7. Kraut MJ, Vallieres E, Thomas Jr CR. Pancoast (superior sulcus) neoplasms. *Curr Probl Cancer* 2003; 27:81-104.
8. Dettlerbeck FC. Changes in the treatment of Pancoast tumors. *Ann Thorac Surg* 2003; 75:1990-1997.
9. Jett JR. Superior sulcus tumors and Pancoast's syndrome. *Lung Cancer* 2003; 42 (suppl 2):S17-21.
10. Endo LH, Trevisan MAS, Horn LS. Actinomicose das amígdalas palatinas: valor do exame histopatológico de rotina. *Ver Bras Otorrinolaringol* 1981; 47:122-126.

## REFERÊNCIAS

1. Russo TA. Actinomycosis. In: Harrison's principles of internal medicine. 15<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2001. p.989-991.
2. Suratt BT, Welsh CH. A 48-year-old smoker with cough and weight loss. *Chest* 2000; 118:239-241.