

EXAMES POR IMAGEM COMO AUXILIARES PARA DIAGNÓSTICO DE ACTINOMICOSE CERVICOFACIAL

IMAGING EXAMS AS AUXILIARY TO DIAGNOSIS OF CERVICOFACIAL ACTINOMYCOSIS

João Carlos B. WAGNER*

Juliana Pereira GOMES**

Maurício Roth VOLKWEIS***

WAGNER, J.C.B.; GOMES, J.P.; VOLKWEIS, M.R. - Exames por imagens como auxiliares para diagnóstico de actinomicose cervicofacial. *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial*, v.2, n.2, p. 9-16, jul/dez - 2002

O presente estudo relata um caso clínico de actinomicose cervicofacial em um paciente do sexo masculino, com 61 anos de idade, com evolução de mais de 30 dias no qual haviam sido realizados exames por imagem, tomografia computadorizada e ultrassonografia sem diagnóstico conclusivo. Com a associação das informações do exame clínico e do exame histopatológico, obteve-se o diagnóstico conclusivo deste processo infeccioso e instituiu-se a terapêutica. Assim, discute-se a importância dos diferentes exames complementares para o diagnóstico de actinomicose com ênfase nos estudos por imagem.

UNITERMOS: Actinomicose Cervicofacial, inflamações crônicas granulomatosas, tomografia computadorizada.

INTRODUÇÃO

A actinomicose é uma infecção não transmissível causada por microorganismos anaeróbios, gram-positivos, não ácido-resistentes, ramificados filamentosos, componentes normais da microbiota bucal⁵. É uma patologia relativamente incomum nos tecidos moles bucais pois o agente causador é de baixa virulência (*Actinomyces israelii* e, algumas vezes, *A. naeslundii*)⁸.

Os microrganismos envolvidos localizam-se nas amígdalas, sulcos gengivais, canais radiculares despulpados. Quando acomete a região de cabeça e pescoço é conhecida como Actinomicose cervico-facial⁶.

Nagler et al. relatam que em torno de 50% dos casos de actinomicose são do tipo cervicofacial resultantes de manipulação dentária³. A maxila é menos envolvida que a mandíbula⁶. Alguns trabalhos sugerem que esta preferência pela mandíbula se deva à pobre vascularização da cortical óssea condensada³.

A maior parte dos casos relatados são de pacientes de baixo nível socioeconômico e em adultos jovens, 80% dos casos com mais de 20 anos, do sexo masculino, sendo incomum em crianças².

Para que ocorra a inoculação é preciso que o meio se torne propício através de um traumatismo na mucosa bucal, exodontia ou cárie profunda,

*Coordenador do Curso de Especialização em CTBMF e Chefe do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre - Sobracid. Professor Titular de Cirurgia da ULBRA.

** Aluna do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre - Sobracid.

*** Professor do Curso de Especialização em CTBMF e Cirurgião do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre - Sobracid, Professor Adjunto de Cirurgia da ULBRA.

por exemplo. Esta infecção se fixa nos tecidos ao invés de se difundir, assemelhando-se a um tumor, podendo progredir por contigüidade para o tecido ósseo. Geralmente ocorre a drenagem cutânea do processo infeccioso através de várias fístulas. O exudato contém microcolônias da bactéria, em torno de 1 a 2 mm de diâmetro, com coloração amarelada, por isso chamadas de grânulos de enxofre⁵.

Não é uma infecção oportunista, por isso não depende da imunossupressão do hospedeiro para que ocorra. Os linfonodos tornam-se envolvidos apenas se estiverem no caminho de disseminação da infecção^{8,4}.

O aspecto clínico é bastante importante para a definição do diagnóstico. O paciente apresenta uma infecção atípica que recidiva após interromper a antibioticoterapia. A ocorrência de vários processos infecciosos recidivantes na mesma região praticamente define o diagnóstico⁵.

A região afetada apresenta tumefação e endurecimento dos tecidos e a pele que cobre os abscessos fica vermelha-violácea, endurecida ou flutuante. Os tecidos moles das regiões submandibular, submentoniana e nasogeniana são comumente envolvidos, sendo a área sobrejacente ao ângulo o local mais freqüentemente afetado^{8,4}.

O tratamento torna-se complicado devido ao padrão de crescimento lento e insidioso dos microrganismos. Desta forma, a terapia consiste em antibioticoterapia com penicilina por vários meses, prevenindo a recidiva. Deve ser feita a excisão das fístulas e seqüestros ósseos até que tecido sadio fique exposto, propiciando a chegada adequada do antibiótico na região. As tetraciclina são as drogas de segunda opção para pacientes alérgicos^{1, 4, 5, 9}. Os exames por imagem mostram-

se importantes nos seguintes aspectos: (1) avaliação da localização e extensão exata da lesão; (2) distinguir a natureza inflamatória da patologia e diferenciá-las de neoplasias; (3) definir o aspecto das bordas da massa; (4) avaliar a destruição óssea e determinar uma possível infiltração no osso medular; (5) determinar o envolvimento glandular; (6) fazer o acompanhamento dos pacientes e da resposta ao tratamento^{2, 3}.

Sa´do et al. afirmam que apesar de a doença poder ser diagnosticada pelas características clínicas, microbiológicas e histológicas, muitas vezes ainda pode ser confundida com um tumor, sendo necessário outro método de diagnóstico confiável⁷.

Os exames radiográficos de cabeça e pescoço indicados podem ser radiografias periapicais e panorâmicas dos maxilares⁹, em que esta lesão apresentará uma radiotransparência de limites irregulares e mal definidos⁶.

Tomografias computadorizadas não fornecem diagnóstico específico de actinomicose, mas ajudam a definir as bordas e a extensão da massa mais precisamente e podem ajudar no diagnóstico diferencial de tumores. Também auxiliam na definição da extensão da massa e sua relação com tecidos e estruturas adjacentes, bem como na detecção de erosão e destruição de tecido ósseo^{2, 7}.

A sialografia é útil quando há suspeita de envolvimento de glândulas salivares, pois apresenta vazamento do meio de contraste, com aspecto de "cavidades irregulares", além do preenchimento irregular dos ductos^{2, 7}.

Na ultrassonografia, a actinomicose mostra-se como uma imagem de margens mal definidas, hipocóica, com pontos hiperecóticos, relativamente grandes no interior, que representam

fibrose. Estes pontos podem ajudar a diferenciar a patologia de processos infecciosos comuns que costumam ser hipoeecóicos devido a presença de pus^{7, 2}.

RELATO DE CASO

Este trabalho apresenta o relato de um caso clínico de um paciente com actinomicose cervicofacial onde se utilizou vários recursos disponíveis para se chegar ao diagnóstico conclusivo da patologia. Desta forma, juntamente com os exames clínico e histopatológico, foram solicitados ultrassonografia e tomografia computadorizada.

Um paciente de 61 anos, sexo masculino, morador de Porto Alegre, bancário aposentado, apresentou-se no Serviço de CTBMF do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre com queixa de "inchaço no rosto e drenagem de pus". O paciente relatava evolução de aproximadamente 30 dias, quando havia realizado múltiplas consultas a dentistas e médicos.

Neste período, nenhuma conduta terapêutica foi adotada, somente a solicitação de exames complementares por imagens.

A tomografia mostrou um aumento de volume bem delimitado em tecidos moles do lado afetado sem envolvimento de tecido ósseo nas regiões de ângulo mandibular da glândula parótida (figura 1 e 2).

A ultrassonografia, por sua vez, apresentou uma área hipoeecóica com zonas hipereecóicas no interior, sem definição precisa de seus limites (figura 3).

Havia o relato de uma exodontia no lado afetado, sobre a qual o paciente não sabia precisar com exatidão o que ocorreu primeiro, a extração ou o crescimento na região. Todavia, o paciente



Fig. 1
Tomografia computadorizada onde se observa aumento de volume dos tecidos moles da face, lado esquerdo.

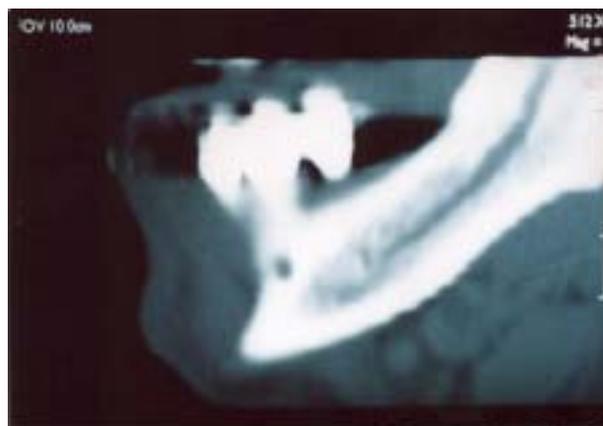


Fig. 2
Corte tomográfico onde se observa a ausência de envolvimento do osso mandibular.

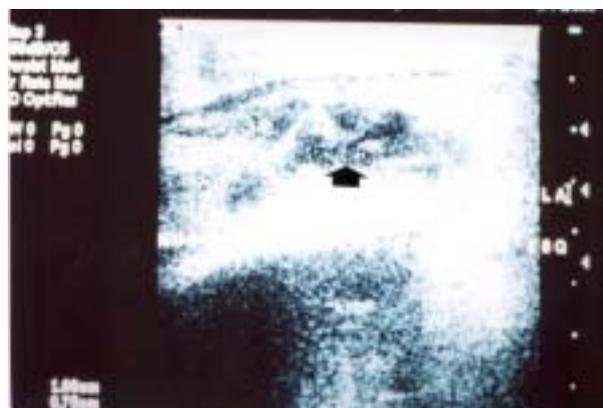


Fig.3
Ultrassonografia realizada na região do aumento de volume, revelando área hipoeecóica com pontos hipereecóicos no interior (seta).

não tinha dúvidas quanto a verdadeira proximidade dos fatos.

No exame físico, o paciente apresentava aumento de volume na face no lado esquerdo e múltiplas fistulas cutâneas junto ao ângulo mandibular, com drenagem de grande quantidade de supuração (figura 4). Solicitou-se hemograma, glicose e provas de coagulação, estando todos os exames dentro dos limites da normalidade.



Fig.4

Aspecto clínico da face do paciente na consulta inicial.

Foi prescrito ao paciente Cefalotina, 1g, E/V, no pré-operatório imediato e então foi realizada a biópsia. Durante o procedimento houve drenagem de grande quantidade de secreção purulenta. A região foi lavada com PVPI e foi colocado um dreno de Pen-Rose. Iniciou-se então antibioticoterapia com Despacilina 400.000 U.I., 12/12 horas, I/M. 48 horas após havia ausência de supuração. Foi removido o dreno e feito curativo com povidine. Também foi realizada citologia esfoliativa. Em uma semana havia ausência de supuração com aspecto clínico de granulação.

O resultado da citologia esfoliativa revelou células inflamatórias e ausência de células malignas. A descrição histopatológica relatou presença de pele com infiltração supurativa crônica

com tecido de granulação, presença de grânulos formados por filamentos corados positivamente pela prata, correspondendo à actinomicose. O resultado da pesquisa de fungos, que também foi realizada, foi negativo.

Com o diagnóstico de Actinomicose Cervicofacial definido, o paciente concluiu 30 dias de antibioticoterapia com despacilina, a partir do procedimento cirúrgico e mais 40 dias com amoxicilina, 500 mg v/o, 6/6H. Após vinte dias, as fistulas cutâneas estavam fechadas com crosta amarelada e área hiperemiada ao redor. Então, o paciente passou a fazer uso de cefalexina 500 mg, v/o, 6/6H, por mais trinta dias, uma vez que o antibiótico anterior provocou reações cutâneas.

Após 90 dias de antibioticoterapia, sem queixas nem sinais clínicos de atividade da doença a medicação foi suspensa e o paciente recebeu alta (figura 5).



Fig. 5

Aspecto clínico após 90 dias de tratamento no momento da alta.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente trabalho descreve um caso típico de actinomicose com relação as suas características clínicas e histopatológicas, ou seja, paciente envolvido sendo adulto, do sexo masculino e na mandíbula, em região de ângulo^{6, 3, 2}.

No entanto, estes aspectos não são patognomônicos da patologia, podendo estar presentes em outros processos infecciosos. Além disso, a literatura mostra que o actinomicose é um microorganismo anaeróbio especialmente sensível ao oxigênio, sendo cultivado em menos de 50% das análises histopatológicas e sendo o primeiro elemento de diagnóstico em menos de 10% dos casos².

Na tentativa de definir um diagnóstico do quadro pouco comum na clínica cotidiana, durante 30 dias, diferentes profissionais avaliaram o caso e solicitaram exames por imagem. Foi, então, a partir dos dados destes exames, juntamente com o quadro clínico apresentado pelo paciente, que formulou-se a hipótese de actinomicose cervicofacial. Assim, para concluir o diagnóstico foi realizado o exame histopatológico e manipulação cirúrgica das fistulas, que foram claros na definição da patologia.

Os exames por imagem, apesar de não possibilitarem um diagnóstico conclusivo, auxiliam a descartar outras possíveis patologias, ou seja, no diagnóstico diferencial da actinomicose em relação a outros processos infecciosos simples e alterações tumorais^{9, 2}.

No caso aqui apresentado, o auxílio dado pelos exames por imagem condizem com as finalidades descritas por Miller; Haddad (1998), previamente citadas neste trabalho.

A tomografia mostrou com precisão os limites da patologia, assim como, descartou a presença de envolvimento de tecido ósseo adjacente. A ultrassonografia apresentou os pontos hiperecóticos referentes à fibrose, inseridos em uma área hipoecótica mal definida na mandíbula. Estas informações, associadas aos dados clínicos e de anamnese, influenciaram o

diagnóstico diferencial e a planejamento do procedimento cirúrgico³. Com a possibilidade de ser um caso de actinomicose, não foram solicitados outros exames por imagem e sim, exame histopatológico e citologia esfoliativa para, então, chegar-se ao diagnóstico definitivo de actinomicose cervicofacial com segurança.

A etiologia do caso relatado provavelmente tenha sido a presença de cárie dentária profunda e contaminação do canal radicular com necrose ou o alvéolo pós-exodontia, uma vez que o paciente não sabia precisar com certeza a relação do início dos sintomas com a exodontia e estas são as vias de acesso do *A. israeli* descritas na literatura para que ocorra a instalação da infecção^{6, 5}.

O tratamento instituído foi aquele definido na literatura, ou seja, antibioticoterapia e excisão das fistulas facilitando o acesso do fármaco nas regiões afetadas pela doença. Frente ao bom resultado observado, condizente com as informações de outros trabalhos^{1, 4, 5, 9}, reafirma-se que a associação do tratamento cirúrgico e antibioticoterapia é a conduta mais adequada, apesar de prolongada.

Está descrito que o tratamento é bastante prolongado, durando meses para que não haja recidivas^{5, 9}. O paciente em questão, após a excisão das fistulas, permaneceu sob antibioticoterapia por três meses e, não havendo mais qualquer sinal da patologia, o tratamento foi considerado completo, manteve-se controle clínico por mais três meses, quando, então, o paciente recebeu alta.

Patologias pouco comuns normalmente não são consideradas por muitos profissionais para diagnóstico diferencial. A actinomicose inicia de forma muito semelhante a processos infecciosos de origem dentária e em muitas ocasiões o paciente

é submetido a diversos tratamentos odontológicos, inclusive extrações, que são desnecessários, aumentam seu sofrimento e não resolvem o problema, uma vez que esta não é a causa. Este processo infeccioso raro deve ser considerado sempre quando o paciente apresentar um quadro que não responde da maneira usual para infecções odontogênicas, independentemente da imunidade deste paciente. Além disso, através de uma boa anamnese é possível descobrir fatores de injúrias aos tecidos duros e moles da boca que podem ter sido o caminho de disseminação da patologia.

O diagnóstico definitivo de actinomicose não pode de forma alguma ser baseado apenas em aspectos clínicos ou por imagem, já que não há um aspecto patognomônico desta alteração. Deve ser obtido o maior número possível de informações relacionadas ao caso para que o diagnóstico final seja formulado. Todavia, nota-se que exames por imagem, apesar de pouco discutidos e utilizados, nestes casos, possuem grande valia, não devendo ser o exame histopatológico a única avaliação considerada para o início da terapêutica.

The present study relates a case of cervicofacial actinomycosis in which, along with informations yielded from clinical and histopathological exams, that are obtained as a routine to the diagnosis of this pathology, was added informations from imaging exams, to precisely define the diagnosis of this infectious process. So, we show the importance of this kind of evaluation to diferencial diagnosis of cervicofacial actinomycosis.

UNITERMS: Cervicofacial Actinomycosis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARTKOWSKI, S. B., et al. Actinomycotic Osteomyelitis of the Mandible: Review of 15 Cases. *J Cranio-Maxillofac Surg*, 1998; 26: 63-67.
2. MILLER, M., HADDAD. Cervicofacial Actinomycosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1998, 85: 496-508.
3. NAGLER, R.M., et al. Case Report of Regional Alveolar Bone Actinomycosis: A Juvenile Periodontitis-Like Lesion. *J Periodontol*, 2000; 71:825-829.
4. NEVILLE, B.W., et al. Infecções Bacterianas, In.: NEVILLE, B.W., et al, *Patologia Oral & Maxilofacial*, 1998, R.J., Guanabara Koogan, pg. 152-153.
5. PETERSON, L.S. Infecções Odontogênicas Complexas. In.: PETERSON, L.S., et al. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 3º ed, 2000, R.J., Guanabara Koogan, pg. 402.
6. REGEZI, J.A., SCIUBBA, J.J. Condições Ulcerativas. In.: REGEZI, J.A., SCIUBBA, J.J. *Patologia Bucal - Correlações Clinicopatológicas*. 2000, R.J. , Guanabara Koogan, pg. 27.
7. SA'DO, B., et al. Multimodality Imaging of Cervicofacial Actinomycosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1993; 76: 772-82.
8. SHAFER, W.G., et al. Infecções Bacterianas, virais e micóticas. In.: SHAFER, W.G., et al. *Tratado de Patologia Bucal*. 4º ed, 1987, R.J., Guanabara Koogan, pg. 321-323.
9. VACONCELOS, B.C., et al. Disseminação da Infecção Odontogênica Através das Fácias Cervicais Profundas - Relato de Caso Clínico. *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial*, 2002; 2: 21-25.

