

Actinomicose cervicofacial: relato de caso clínico

Cervicofacial actinomycosis: a case report

Gleicy Gabriela Vitória Spínola Carneiro^I
Adna Conceição Barros^I
Larissa Dantas Fracassi^I
Viviane Almeida Sarmento^{II}
Jener Gonçalves de Farias^{III}

Recebido em 04/02/2009
Aprovado em 24/04/2009

RESUMO

A actinomicose é uma infecção bacteriana pouco frequente, causada por microorganismos do gênero *Actinomyces*. Apesar de suas características clínicas peculiares, pode assemelhar-se ou mascarar outros processos infecciosos, o que dificulta seu diagnóstico e compromete o êxito terapêutico. Paciente J.S.O., feminino, 42 anos apresentou-se com aumento de volume palpável em tecido mole na hemiface direita, estendendo-se da região temporal até a cervical. Os achados clínicos e laboratoriais não foram suficientes para o diagnóstico definitivo. O presente artigo tem como objetivo relatar um caso clínico de infecção por actinomicose cervicofacial, descrevendo e discutindo. O caso clínico de actinomicose cervicofacial relatado aqui enfatiza a importância clínica desta entidade e a necessidade de diagnóstico precoce no sentido de promover uma melhor qualidade de vida aos pacientes afetados.

Descritores: Actinomicose/diagnóstico. *Actinomyces*. Infecção. Controle de Infecções.

ABSTRACT

Actinomycosis is an uncommon infection caused by oral bacteria of the genus *Actinomyces*. Despite its typical clinical signs, it can resemble or masquerade as other infectious conditions, making diagnosis more difficult and adversely affecting a successful outcome of treatment. A 42-year-old female presented with a palpable increased volume of soft tissue in her right hemiface extending from the temporal to the cervical region. The clinical and laboratory findings were insufficient for a definitive diagnosis. The purpose of the present article is to report a case of cervicofacial actinomycosis, describing and discussing its methods of diagnosis, clinical course and treatment. This clinical case of cervicofacial actinomycosis reported here emphasizes the importance of this condition and the need for an early diagnosis with a view to improving the quality of life of patients affected.

Keywords: Actinomycosis/diagnosis. *Actinomyces*. Infection. Infection Control.

INTRODUÇÃO

A actinomicose é uma infecção bacteriana rara, causada pelo microorganismo do gênero *Actinomyces*. Este é composto por um grupo heterogêneo de bactérias anaeróbias, Gram positivas, não ácido-resistentes, de aparência filamentosa^{2,9}.

Os actinomicetos são componentes da microbiota bucal humana normal, embora, sob certas circunstâncias, possam se tornar patogênicos¹. Dentre os patogênicos, a espécie *Actinomyces israelii* é a mais comum, porém já se têm descrito muitas outras, como: *A. naeslundii*; *A. odontolyticus*; *A. viscosus*; *A. meyeri*; assim como o

^I Mestranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

^{II} Doutora em Estomatologia (PUC/RS), Professora Adjunta da UFBA

^{III} Doutor em Estomatologia (UFPB/UFBA), Professor Adjunto da UEFS

Propionibacterium propionicum ¹³.

A infecção usualmente pode apresentar-se em três diferentes localizações: cervicofacial, abdominopélvica e pulmonar ^{10,8,6,5}. A localização cervicofacial é a mais comum ¹², podendo acometer as regiões: perimandibular, laterocervical, glândulas salivares maiores, assoalho de boca, masséter, espaço parafaringeano e maxilar superior. Entre os fatores predisponentes da actinomicose cervicofacial, destacam-se exodontias prévias; presença de cárie dentária; presença de cistos de origem inflamatória; ingestão de corpos estranhos, ou ainda, causas idiopáticas ¹³.

A actinomicose pode apresentar-se clinicamente como uma infecção aguda, de rápida progressão ou como uma lesão crônica que se dissemina lentamente, com formação de fibrose. A lesão caracteriza-se pela presença de uma massa endurecida, circundada por parede fibrosa com área de abscesso central e secreção purulenta ¹. A secreção purulenta tende a se concentrar nos tecidos, difunde-se através dos tecidos moles, drenando, por vezes, através de múltiplas fístulas. A secreção pode ou não ter grandes partículas amareladas que representam colônias de bactérias, denominadas de grânulos sulfúricos ¹².

O diagnóstico diferencial de actinomicose é geralmente difícil, pois seu começo é insidioso, e seus sintomas confundem-se com os da celulite generalizada, outras infecções comuns de tecido subcutâneo, ou até mesmo, neoplasias. O diagnóstico consiste em caracterizar grânulos sulfurosos no material (tecido ou exudato) de uma lesão suspeita, realizar a análise histopatológica por cultura do tecido biopsiado ¹⁴.

O tratamento da actinomicose consiste de debridamento cirúrgico da lesão e terapia antibiótica por tempo prolongado ¹.

Este trabalho tem como objetivo o de relatar um caso clínico de actinomicose cervicofacial e apontar seus métodos de diagnóstico, evolução clínica e tratamento.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente J.S.O., feminino, 42 anos, compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Estomatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia (São Félix-BA), com queixa de "inchaço" no rosto. Durante a anamnese, foi constatado que a paciente era portadora de deficiência mental, o que dificultou o relato da história natural da doença, incluindo possíveis fatores desencadeantes, sintomatologia e evolução.

Ao exame físico extrabucal, foi observado aumento de volume palpável em tecido mole na hemiface direita, de consistência mole com flutuações (Figura 1), estendendo-se da região temporal até a cervical. Além disso, constatou-se presença de múltiplas fístulas com drenagem espontânea de secreção purulenta (Figura 2).



Figura 1: Fotografia exibindo aumento de volume em tecido mole na hemiface direita.



Figura 2: Fotografia mostrando fístulas cutâneas nas regiões cervical, submandibular, pré-auricular e temporal à esquerda, com drenagem de secreção purulenta. Na região temporal, pode-se observar aumento volumétrico.

Ao exame intrabucal, pôde-se perceber as precárias condições dentárias e periodontais, com inúmeras lesões de cárie, algumas bastante extensas, inflamação gengival, cálculo e ausência de vários dentes.

Diante dos achados clínicos, as hipóteses de diagnóstico foram actinomicose cérvico-facial. Foram solicitados exames laboratoriais de rotina, radiografia panorâmica da face e ultrassonografia.

Após sete dias, a paciente retornou com os exames solicitados. Foram encontrados padrões de normalidade nos exames laboratoriais de rotina. Logo, os achados destes foram inespecíficos para o diagnóstico de infecção. Na radiografia panorâmica, observou-se a presença de várias lesões de cárie, algumas com comprometimento pulpar, reabsorção óssea periodontal e ausências dentárias (Figura 3). No exame de ultrassonografia da hemiface direita, foram observadas imagens hipoeicoicas, homogêneas, nodulares, fusiformes, bem delimitadas, isoladas, localizadas em cadeia cervical anterior, sugestivos de linfonodos reacionais.



Figura 3: Radiografia panorâmica na qual nota-se a presença de lesões de cárie, algumas com comprometimento pulpar, ausências dentárias e reabsorção óssea periodontal.

Devido as poucas evidências de infecção nos exames laboratoriais e possível suspeita de tumor na região afetada, também foi solicitada a tomografia computadorizada. Nesse exame, utilizando cortes axiais e coronais, observou-se aumento de volume em tecidos moles, estendendo-se do espaço mastigatório até a região temporal à direita (Figura 4). No espaço mastigatório, o coeficiente de atenuação era de 6,7 UH compatível com edema.



Figura 4: Corte axial em tomografia computadorizada, janela para tecidos moles. Observa-se aumento de volume no espaço mastigatório à direita, envolvendo os músculos pterigoideo lateral e temporal. O coeficiente de atenuação médio na área é de 6,7 UH, compatível com edema.

A tumefação aumentou progressivamente, no período de uma semana, principalmente na região periauricular. Essa região foi escolhida para intervenção devido ao aumento de volume e à presença de flutuações, sendo realizada drenagem da secreção e obtenção de tecido (tecido de granulação e secreção purulenta) para análise histopatológica, além da colocação de um dreno flexível, do tipo Pen Rose. O tratamento medicamentoso constou do uso de 2g de Ampicilina endovenosa, 30 minutos antes da drenagem e manutenção durante o período de internamento de 1 g de ampicilina endovenosa de 8 em 8 horas; após alta hospitalar amoxicilina, via oral, 500 mg de 8 em 8 horas, por 15 dias, o que não foi realizado pela paciente devido as suas restrições psíquicas.

Na análise dos cortes histológicos, foram utilizadas colorações de Hematoxilina & Eosina e colorações especiais. O PAS (ácido periódico de Schiff) evidenciou hifas delgadas periféricas às estruturas vesiculares também PAS positivas (Figura 5). Pela coloração do Grocott, observou-se área central com grande quantidade de colônias emaranhadas e enegrecidas. Além disso, presença de vesículas periféricas degeneradas com discretas colorações acastanhadas (Figura 6). E, por último, a coloração pelo Fite-Faraco demonstrou porção central do grão formado por hifas negativas

e periferia das vesículas negativas. Os achados histopatológicos de processo inflamatório crônico com microabscessos, tecido de granulação e presença de grãos. Os achados histopatológicos foram sugestivos de micetoma actinomicótico. A análise microbiológica do material da lesão, para confirmação etiológica, demonstrou resultado inespecífico.

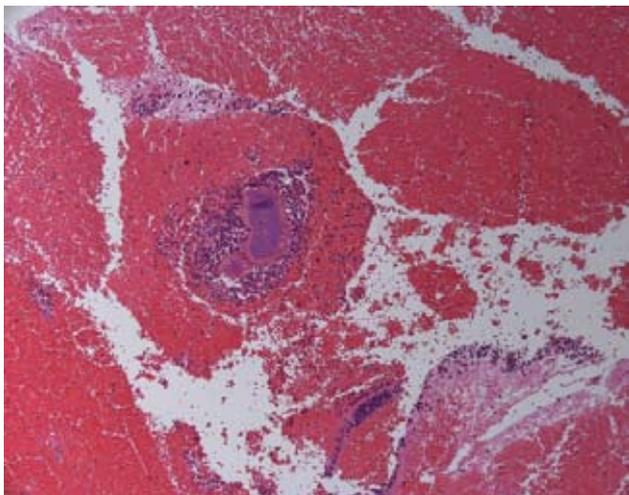


Figura 5: Lâmina corada com hematoxilina e eosina (aumento de 100x). Evidenciação de hifas delgadas periféricas às estruturas vesiculares.

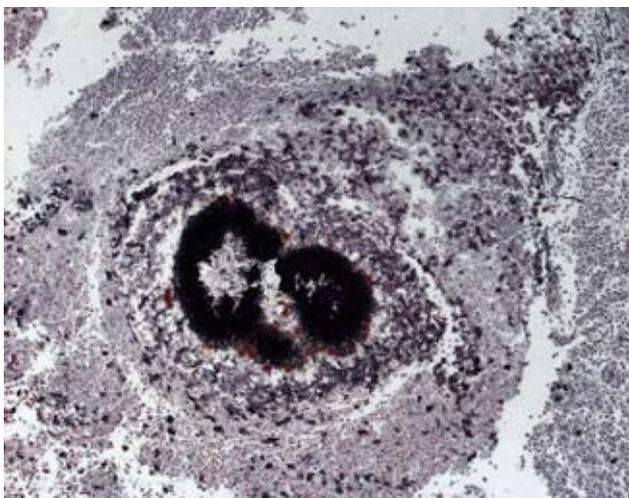


Figura 6: Lâmina com coloração Grocott (aumento de 200x). Observar área central com grande quantidade de colônias emaranhadas e enegrecidas.

A partir dos resultados histopatológicos obtidos, instituiu-se um protocolo terapêutico, penicilina benzatina 10.000.000 UI, injetável, por semana, durante quatro meses. A paciente seguiu a terapia recomendada, apresentando regressão do processo infeccioso e melhora do aspecto físico no período observado (Figura 7).



Figura 7: Fotografia do pós-operatório de 30 dias. Observa-se regressão do processo infeccioso e cicatrização das fístulas.

Quanto à preservação do caso, após a resolução do quadro infeccioso, a paciente recebeu alta. Em se tratando de uma paciente portadora de deficiência mental, moradora de outro município e de baixo recurso econômico, talvez isso tenha contribuído para que ela não retornasse para o Centro de Diagnóstico.

DISCUSSÃO

O *actinomyces* é um microorganismo presente na microbiota bucal humana, e sua patogenicidade é relativamente rara, entretanto pode desenvolver-se como uma infecção progressiva, quando o meio se torna propício, causado por lesões teciduais por trauma ou cirurgias¹². Alguns autores afirmam que diabetes, imunossupressão e neoplasias malignas contribuem para o desenvolvimento da doença¹. A osteorradionecrose também foi citada como uma condição que resulta numa maior susceptibilidade a infecções por *Actinomyces*³. No presente caso, observaram-se lesões intrabucais que potencialmente poderiam estabelecer uma "porta de entrada", seja através do periodonto, via pulpar ou alveolar, para o *Actinomyces*.

As lesões actinomicóticas usualmente apresentam múltiplos abscessos que drenam exsudato purulento com microcolônias de bactérias de coloração amarelada, tendo aspecto de "grânulos de enxofre" e podem ser observadas na cultura e no tecido ^{12,9}. Porém macroscopicamente os grânulos sulfúricos podem não ser evidentes no conteúdo drenado, conforme foi observado neste caso ¹³.

Nesta paciente, foi observada linfadenopatia cervical associada. O envolvimento ganglionar é incomum na actinomicose, porque usualmente o actinomyces não obedece à drenagem linfática e vascular, exceto quando os linfonodos forem envolvidos pelo processo, o que pode ajudar a diferenciar a actinomicose de patologias primárias malignas dos linfonodos ^{10,12}.

Infiltrado inflamatório agudo com presença de linfócitos e histiócitos, colônias de bactérias filamentosas e radiadas, circundados por leucócitos polimorfonucleares neutrófilos são os achados histopatológicos comumente encontrados ¹³. No presente relato, o material coletado foi submetido ao exame histopatológico no qual a combinação dos achados morfológicos e hispatológicos sugeriu o diagnóstico de micetoma actinomicótico, porém foi solicitada cultura da lesão para confirmação etiológica.

Sabe-se, porém, que as técnicas de cultura podem não ser conclusivas, pois ocorrem contaminações com outros microorganismos ¹³, como ocorreu no caso aqui relatado. Outros métodos de diagnóstico, como PCR (Reação em Cadeia da Polimerase), são mais sensíveis para a detecção do actinomyces ³. O PCR não foi solicitado, pois essa paciente foi acompanhada em um serviço de saúde pública que não dispunha desse recurso.

Os achados imaginológicos associados aos dados clínicos conduziram à hipótese diagnóstica de actinomicose e ao planejamento cirúrgico. Apesar de não terem sido conclusivos para o diagnóstico definitivo de actinomicose, esses exames contribuíram para descartar outras possíveis patologias, como processos

infecciosos comuns e alterações tumorais ¹⁵.

Dentre os diferentes tipos de actinomicose, é importante ressaltar que a actinomicose cervicofacial é a mais comum: 50 a 70 % dos casos relatados na literatura ². Os locais acometidos podem ser mucosa bucal ¹, região periapical ^{7,4}, superfície de implantes dentários ¹¹, glândulas salivares maiores ² e tecidos ósseos desvitalizados após irradiação ³.

O tratamento da actinomicose consiste no debridamento cirúrgico da lesão associada à antibioticoterapia prolongada. Os Actinomyces são susceptíveis a diversos antibióticos, como penicilinas, clorafenicol, tetraciclina, eritromicina, clindamicina, esteptomicina e cefalosporina ². A terapia de escolha foi a ampílicina, por via endovenosa, nos primeiros momentos pós-cirúrgicos e amoxicilina após alta hospitalar. A medicação por via oral não foi utilizada devido às restrições psíquicas da paciente. A partir dos resultados histopatológicos, foi instituída a penicilina benzatina 10.000.000 UI, semanalmente, por quatro meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A actinomicose cervicofacial é um processo infeccioso relativamente incomum, de difícil diagnóstico, que requer confirmação histopatológica e realização de testes de cultura apropriados. O conhecimento e a instituição da terapia adequada são imprescindíveis para resolução do quadro infeccioso, reafirmando que a associação do tratamento cirúrgico e antibioticoterapia prolongada é a conduta mais adequada.

REFERÊNCIAS

1. Alamillos-Granados FJ, Dean-Ferrer A, García-López A, López-Rubio F. Actinomycotic ulcer of the oral mucosa: an unusual presentation of oral actinomycosis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2000 Apr;38(2):121-3.
2. Bubbico L, Caratozzolo M, Nardi F, Ruoppolo G, Greco A, Venditti M. Actinomycosis of submandibular gland: an unusual presentation. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2004 Feb;24(1):37-9.
3. Hansen T, Kunkel M, Kirkpatrick CJ, Weber A. Actinomyces in infected osteoradionecrosis--underestimated? *Hum Pathol*. 2006 Jan;37(1):61-7. Epub 2005 Nov 28.
4. Hirshberg A, Tsesis I, Metzger Z, Kaplan I. Periapical actinomycosis: a clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003 May;95(5):614-20.
5. Julian KG, de Flesco L, Clarke LE, Parent LJ. Actinomyces viscosus endocarditis requiring aortic valve replacement. *J Infect*. 2005 May;50(4):359-62.
6. Kalaichelvan V, Maw AA, Singh K. Actinomyces in cervical smears of women using the intrauterine device in Singapore. *Contraception*. 2006 Apr;73(4):352-5. Epub 2005 Nov 2.
7. Kalfas S, Figdor D, Sundqvist G. A new bacterial species associated with failed endodontic treatment: identification and description of Actinomyces radicidentis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001 Aug;92(2):208-14.
8. Kayikcioglu F, Akif Akgul M, Haberal A, Faruk Demir O. Actinomyces infection in female genital tract. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Jan 10;118(1):77-80.
9. Marrs CR, Sebelik ME, Hodges JM. Actinomycosis presenting as a temporal mass. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Jan;132(1):163-4.
10. Park JK, Lee HK, Ha HK, Choi HY, Choi CG. Cervicofacial actinomycosis: CT and MR imaging findings in seven patients. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003 Mar;24:331-35.
11. Sarkonen N, Könönen E, Eerola E, Könönen M, Jousimies-Somer H, Laine P. Characterization of Actinomyces species isolated from failed dental implant fixtures. *Anaerobe*. 2005 Aug;11(4):231-7. Epub 2005 Apr 7.
12. Stewart AE, Palma JR, Amsberry JK. Cervicofacial actinomycosis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Jun;132(6):957-9.
13. Teixidor MC, Gimbernat JMT, López GG, Rosello MV. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) en el diagnóstico de actinomicosis cervicofacial: estudio de 15 casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004;9:464-70.
14. Topazian RG, Golberg MH. Infecções maxilofaciais e orais. 3 ed. São Paulo: Santos;1997. p.557-77.
15. Wagner JC, Gomes JP, Volkweis M.R. Exames por imagem como auxiliares para diagnóstico de Actinomicose Cervicofacial. *Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial*, 2002 jul/dez; 2(2): 9-16.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gleicy Gabriela V. S. Carneiro

gspinola@hotmail.com

Rua Adenil Falcão, 1836 - Brasília

CEP: 44062-160

Feira de Santana – Bahia