

Tumoración cutánea como forma de presentación de la actinomicosis pulmonar

P. Gil, L.A. Ruiz, I. Pascal, J. Camino, I. Pocheville y R. Zalacain

Servicio de Neumología. *Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Se presentan 3 casos de actinomicosis torácica, cuya forma de manifestarse fue la aparición de una tumoración cutánea en el tórax. Se describen sus características clínicas, radiológicas, así como los procedimientos diagnósticos. Se resalta su excelente evolución con tratamiento antibiótico, que debe prolongarse al menos durante 6 meses, y la necesidad de considerar este proceso cuando concurren determinadas características clínicas y radiológicas.

Palabras clave: Actinomicosis pulmonar. Tumoración cutánea.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 198-200

Pulmonary actinomycosis presenting with skin tumors

We report three cases of thoracic actinomycosis whose symptoms were cutaneous tumors on the thorax. Clinical signs and images are described, along with diagnostic procedures. The excellent outcome after antibiotic treatment, which must last at least 6 months, is emphasized as well as the need to keep this disease in mind when certain symptoms and images coincide.

Key words: Pulmonary actinomycosis. Skin tumors.

Introducción

La actinomicosis es una enfermedad poco frecuente en la actualidad¹⁻⁷, causada por *Actinomyces*, género de bacterias filamentosas, grampositivas, anaerobias estrictas o facultativas, saprofitas de la cavidad oral y tracto digestivo. La infección humana se debe, casi siempre, a *Actinomyces israelii*, y se manifiesta de tres formas distintas: cervicofacial, abdominal y torácica. La forma torácica es la menos frecuente de todas, siendo una rareza la aparición de una tumoración cutánea en tórax, como forma de presentación de la actinomicosis pulmonar¹⁻⁸, constituyendo éste el motivo del presente trabajo, describiendo 3 casos estudiados en los últimos 4 años.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 41 años de edad. Acudió a nuestro centro por presentar anorexia, astenia y pérdida de peso, de 2 meses de evolución, y la aparición, en los 15 días previos al ingreso, de una tumoración en la región anterolateral del hemitórax izquierdo, dolorosa y de crecimiento progresivo. La temperatura corporal era de 38,5 °C. En el examen físico se apreciaba un paciente desnutrido, con mala higiene dental y una tumoración en la región anterior del hemitórax izquierdo fluctuante y dolorosa. A la auscultación, había una disminución del murmullo vesicular en la base del hemitórax izquierdo. La analítica presentaba $20,9 \times 10^3/\mu\text{l}$ leucocitos (L: 10%; N: 83%; S: 2%;

M: 5%), y VSG de 132 mm. La radiografía de tórax presentaba un infiltrado en el lóbulo inferior izquierdo (LII), con escaso derrame pleural acompañante. La tomografía computarizada (TC) de tórax (figs. 1A y B) mostraba el infiltrado en LII que se extendía a pleura y bordeando las costillas izquierdas 11 y 12 ocasionaba un absceso subcutáneo. El estudio citológico y la tinción Zielh-Neelsen del aspirado bronquial fueron negativos. El cultivo de la muestra obtenida por punción de la zona abscesificada permitió identificar *A. israelii* y en menor cuantía *Peptostreptococcus anaerobius*. Tratado con amoxicilina-clavulánico 1 g cada 8 h por vía intravenosa durante 4 semanas y, posteriormente, 875 mg/125 mg cada 8 h por vía oral durante 6 meses, la evolución fue favorable con la resolución del proceso.

Caso 2

Varón de 39 años de edad. Historia de 4 meses de evolución de astenia, adelgazamiento, tos y expectoración purulenta ocasionalmente hemoptoica, y la aparición de una tumoración en región pectoral izquierda de crecimiento progresivo y dolorosa a la palpación. La temperatura era de 36,8 °C. En el examen físico mostró un aspecto desnutrido, con mala higiene dental y tumoración en región centrotorácica fluctuante. En la auscultación presentó crepitantes en la mitad superior del hemitórax izquierdo y ausencia de murmullo vesicular en la mitad inferior de dicho hemitórax. La analítica reveló $20,8 \times 10^3/\mu\text{l}$ leucocitos (N: 91%; L: 3%; M: 6%); hematócrito, 29%; VSG, 140 mm. Hemocultivos en medios aerobio y anaerobio negativos. La TC de tórax (fig. 2) mostró pérdida de volumen del hemitórax izquierdo y una condensación con broncograma aéreo, junto a una gran bulla en el lóbulo superior izquierdo, continuándose el infiltrado a través del espacio pleural y de partes blandas. En el hemitórax derecho existían dos infiltrados de similares características. El estudio citológico y la tinción de Ziehl-Neelsen del aspirado bronquial fueron negati-

Correspondencia: Dra. P. Gil.
Servicio de Neumología. Hospital de Cruces.
Plaza de Cruces, s/n. 48903 Baracaldo. Vizcaya

Recibido: 25-6-96; aceptado para su publicación: 3-9-96.

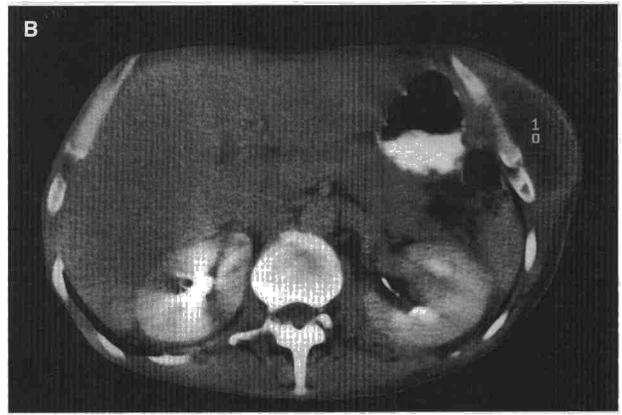
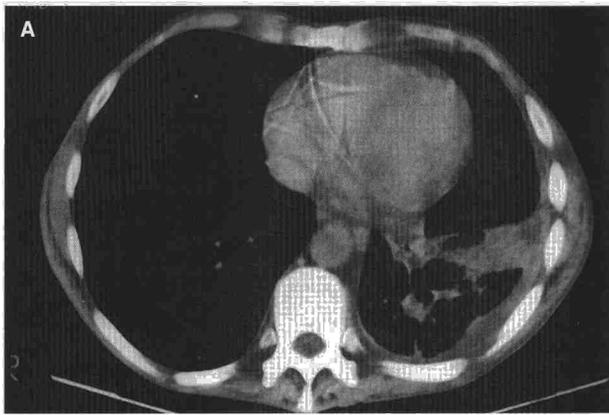


Fig. 1. A y B. TC de tórax del caso 1, en la que se observa un infiltrado de localización periférica situado en el lóbulo inferior izquierdo que se extiende a la pleura y ocasiona un absceso subcutáneo.

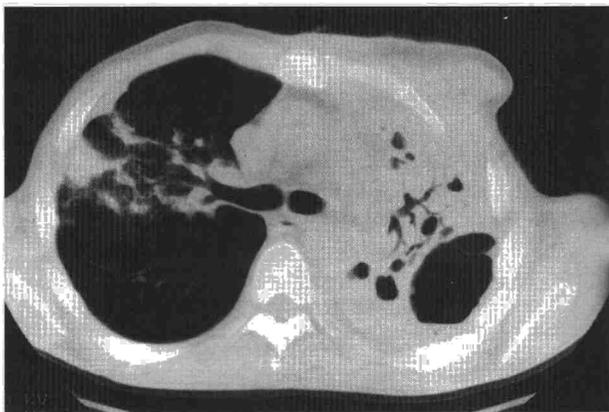


Fig. 2. TC de tórax del caso 2, en la que se observa una pérdida de volumen del hemitórax izquierdo, por condensación con broncograma aéreo y gran bulla en el lóbulo superior izquierdo, continuándose el infiltrado a través del espacio pleural y las partes blandas. También se aprecia un infiltrado en el hemitórax derecho.

vas. El cultivo de la muestra obtenida por punción de la tumoración torácica permitió aislar *A. israelii* y *P. anaerobius*. Tratado con penicilina G sódica 4×10^6 U/4 por vía intravenosa durante 6 semanas y continuado con amoxicilina 750 mg cada 8 h por vía oral durante 6 meses, evolucionó satisfactoriamente con resolución de los infiltrados radiológicos.

Caso 3

Varón de 11 años de edad. Acudió a nuestro centro por la aparición de una tumoración de crecimiento progresivo en la región parasternal derecha sin otra sintomatología acompañante. La temperatura corporal era de $36,8$ °C. En el examen físico mostró una tumoración de consistencia dura, en zona parasternal derecha y ligeramente dolorosa a la palpación, de 7×5 cm. La analítica presentaba $11,9 \times 10^3/\mu\text{l}$ leucocitos (N: 72%; L: 20%; M: 8%), hematócrito, 36% y VSG, 64 mm. La TC del tórax mostraba una masa en el lóbulo medio con extensión a la pared anterior parasternal derecha. El estudio de la muestra de biopsia obtenida por toracotomía limitada fue informada como bronconeumonía granulomatosa con identificación de *Actinomyces*. Tras tratamiento con penicilina G sódica 3×10^6 U/4 h/i.v., y posteriormente con bacampicilina 400 mg/12 h/oral/6 meses, la radiografía de tórax apareció normalizada.

Acudió 18 meses después, por dolor torácico de 48 h de duración sin sintomatología acompañante. La temperatura corporal era de $36,5$ °C. A la auscultación presentaba crepitantes en la región anterior y superior del hemitórax derecho. Leucocitos $4,4 \times 10^3/\mu\text{l}$ (N: 52; L: 41%; E: 7), hematócrito, 44%. La TC de tórax mostraba un infiltrado en el segmento anterior del lóbulo superior derecho con base pleural y engrosamiento de partes blandas adyacentes. La punción biopsia de la lesión y los estudios anatomopatológico y bacteriológico detectaron colonias de *Actinomyces* y se aisló *A. israelii*. Tras 6 meses de tratamiento con bacampicilina 400 mg/8 h se resolvió la imagen en la TC de tórax.

Discusión

La actinomicosis pulmonar es una enfermedad infecciosa crónica, causada usualmente por *A. israelii*, saprofito habitual de la cavidad oral hallado en los sacos periodontales, caries y placa dental. Por ello, las personas con mala higiene bucal están predispuestas a este padecimiento por el riesgo de aspirar material infectado. En la actualidad, debido a la mejora alcanzada en la higiene dental y al uso extendido de antibióticos que pueden erradicar precozmente la infección, es una enfermedad muy poco habitual, y su forma de presentación como tumoración cutánea en tórax, una rareza¹⁻⁸.

El carácter indolente de esta enfermedad, que puede cursar con síntomas sorprendentemente leves en relación a su extensión, es sin duda la causa del retraso en el diagnóstico y la propagación local de la enfermedad, cuando se ve por primera vez al paciente^{2,4,6,7}, lo que explica que haya sido la aparición de la tumoración en el tórax el motivo de consulta en los casos presentados, dándose tiempo al proceso de alcanzar la superficie cutánea formando tractos fistulosos. El cuadro clínico puede simular otros procesos como tuberculosis y neoplasias⁶⁻¹², orientando en este sentido las pruebas diagnósticas, obviándose la puesta en práctica de métodos diagnósticos específicos de esta enfermedad, como fue nuestro caso, pues pudo realizarse durante la broncofibroscopia un catéter telescópado (CT) si se hubiese sospechado la misma. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, pero pueden resultar indicativos pues la actinomicosis no respeta las barreras anatómicas, pu-

diendo invadir el espacio pleural¹³, el mediastino y la pared torácica, por lo que la demostración de un trayecto fistuloso en la pared del tórax resulta revelador. Todas estas manifestaciones son mejor valoradas en la TC de tórax como pudimos comprobar con posterioridad^{2-4,14}.

El diagnóstico de la actinomicosis se complica al formar el organismo parte de la flora del tracto respiratorio superior y ser anaerobio, obligando a la toma de muestras sin contaminación orofaríngea, al cultivo en medios adecuados, o bien al estudio de una muestra de tejido pulmonar donde el hallazgo de gránulos de sulfuro resulta característico^{6-9,11}. En los casos presentados, la punción de la tumoración cutánea en dos y la biopsia de la misma en otro, permitieron cultivar e identificar *A. israelii*, así como *P. anaerobius* como bacteria acompañante en dos ocasiones. Estas bacterias que acompañan a *Actinomyces* contribuyen a la patogénesis de la enfermedad, pero a pesar de que pueden tener en ocasiones distinta susceptibilidad antimicrobiana que *Actinomyces* el tratamiento de este último es suficiente para curar el proceso.

El tratamiento debe ser prolongado, por lo general entre 6 y 12 meses, dependiendo de la extensión de la enfermedad y respuesta terapéutica, dada la marcada tendencia a la recidiva¹⁻⁴, como pudimos apreciar en uno de los casos, a pesar de 6 meses de tratamiento y normalización de la radiografía de tórax. La penicilina G es el antibiótico de elección en dosis entre 10 y 20 millones de unidades al día por vía intravenosa durante varias semanas, continuándose por vía oral. Son también efectivas la ampicilina y amoxicilina, así como la clindamicina, eritromicina, tetraciclinas y cloramfenicol, siendo de elección estas últimas en alérgicos a la penicilina^{1,4,8}. Esta enfermedad, reconocida y tratada tempranamente, no debe ser causa de muerte. La cirugía puede desempeñar un papel en el drenaje de empiemas y en ocasiones en la escisión de las tumoraciones cutáneas, o para eliminar una duda diagnóstica sobre la existencia o no de una neoplasia^{1,4,8,9}.

Si bien la actinomicosis pulmonar es una eventualidad rara, debe considerarse si concurren manifestaciones como las comentadas, debiéndose poner en práctica procedimientos de estudio adecuados para alcanzar con rapidez un diagnóstico e instituir un tratamiento eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Slade PR, Slesser BV, Gate S. Thoracic actinomycosis. *Thorax* 1973; 20: 73-85.
2. Brown JR. Human actinomycosis. *Hum Pathol* 1973; 4: 319-330.
3. Bates M, Cruickshank G. Thoracic Actinomycosis. *Thorax* 1957; 12: 99-123.
4. Vinard JL, Adam G, Loubrieu G, Provendier B, Gazonne J, Dreyfus A, Ntarudenga U. Actinomycose thoracique pseudo-tumorale avec métastases pulmonaires et cérébrales. *Ann Chir: Chir Thorac Cardiovasc* 1992; 8: 748-761.
5. Díaz S, González JM, Latorre O, Esteban R, Pino García JM, Villante C. Actinomicosis pulmonar primaria: experiencia en un hospital general. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 236-237.
6. Kinneer WJ, MacFarlane JT. A survey of thoracic actinomycosis. *Respir Med* 1990; 84: 57-59.
7. Ibáñez-Nolla J, Carratala J, Cucurull J, Corbella X, Oliveras A, Cucurull V, Linares J, Gudiol F. Actinomicosis torácica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 11: 433-436.
8. Hsieh MJ, Liu HP, Chang JP, Chang CH. Thoracic actinomycosis. *Chest* 1993; 104: 366-370.
9. Dossche K, De Geest R, Verstraeten P, Jordens P. Pulmonary actinomycosis. Case report. *Acta Chir Belg* 1993; 93: 67-69.
10. Ariel I, Breuer R, Kamal NS, Ben-Dov I, Mogle P, Rosenmann E. Endobronchial actinomycosis simulating bronchogenic carcinoma. Diagnosis by bronchial biopsy. *Chest* 1991; 99: 493-495.
11. Lau KY. Endobronchial actinomycosis mimicking pulmonary neoplasm. *Thorax* 1992; 47: 664-665.
12. Fernández Jorge M, Castro Villamor M, Bartolomé de Castro E, Oñate Cuchet J. Actinomicosis torácica y cuerpo extraño intrabronquial. A propósito de un caso. *An Med Intern* 1995; 12: 79-81.
13. Mateos A, Monte R, Ibáñez D, Santiago J, Rabuñal R, Soilán JL. *Actinomyces* como etiología de empiema. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 293-295.
14. Majid AA, Rathakrishnan V, Alhady SF. Computed tomography as an aid to diagnosis of early pulmonary actinomycosis. *J R Soc Med* 1991; 84: 686-687.