



ACTINOMICOSIS DE PARTES BLANDAS ASOCIADA A LESION PULMONAR

J.M. MORALES BALLESTEROS*, J.J. PALACIOS ROJO**,
J. DE LA MORENA FERNANDEZ***, J. SANCHEZ****,
J. CUEVAS SANTOS**** y S. MARTIN CARBALLIDO****

Residencia Sanitaria de la Seguridad Social. Guadalajara.

Se presenta un caso de actinomicosis de partes blandas, en muslo izquierdo, con lesión pulmonar asociada, que sólo se llegó a diagnóstico tras biopsia muscular, sin haber conseguido diagnosticar al paciente tras la realización de broncoscopia pulmonar y haber realizado cepillado bronquial para citología y cultivo. El tratamiento con penicilina hizo regresar las lesiones pulmonares y musculares, por lo que se llegó al diagnóstico de actinomicosis de partes blandas asociadas a lesión pulmonar.

Actinomycosis of soft tissues associated with a pulmonary lesion

A case of actinomycosis of the soft tissues of the left thigh with an associated pulmonary lesion is presented. A diagnosis could not be made after a pulmonary bronchoscopy with bronchial brushing and cytological examination and culture were done and was only established after a muscle biopsy was obtained. The pulmonary and muscle lesions disappeared after penicillin treatment and a diagnosis of actinomycosis of soft tissues associated with a pulmonary lesion was made.

Introducción

Se considera¹ que la localización cervicofacial de la actinomicosis es la más frecuente (aproximadamente el 50 %), seguida de la abdominal, preferentemente cecal (aproximadamente el 25 %) y, finalmente, la pleuropulmonar (el 15 al 20 % de los casos). Otras localizaciones aparecen en aproximadamente el 5 % de los casos.

La actinomicosis pleuropulmonar plantea fundamentalmente el problema diagnóstico diferencial con la patología infecciosa broncopulmonar,

especialmente tuberculosa, micótica y neoplasias broncopulmonares¹⁻³. Clásicamente^{2,4}, se considera que la nocardiosis, proceso etiológicamente afín, puede manifestarse por lesión pulmonar asociada a lesión localizada en extremidades inferiores.

Hemos observado un nuevo caso de actinomicosis pleuropulmonar en cuya presentación clínica destacó la aparición de tumoración en región anterior del muslo izquierdo. Radiológicamente, se detectó lesión pleuroapical en pulmón derecho. Ante la sospecha de neoplasia de partes blandas y posible metástasis pulmonar se efectuó estudio biopsico de la tumoración de muslo izquierdo. Tras el diagnóstico etiológico preciso, la instauración de la terapéutica específica tuvo como resultado la recuperación clínica del paciente y el regreso de las lesiones pulmonares y periféricas. El interés clínico del caso y su forma de manifestación periférica parece justificar su presentación.

Recibido el 31-1-83 y
aceptado el 5-6-83.

- * Jefe de Sección de Medicina Interna.
- ** Médico Residente (Medicina Familiar y Comunitaria).
- *** Jefe de Servicio de Medicina Interna.
- **** Servicio de Anatomía Patológica.

Observación clínica

Varón de 36 años de edad, bebedor habitual y sin otros antecedentes de interés, que desde un año antes del ingreso, presentaba tos seca matutina, no asociada a episodios febriles. No refiere la aparición de esputos hemoptoicos, hemoptisis, disnea ni dolor torácico. Dos meses antes de su ingreso, comenzó a presentar anorexia y astenia. Veinte días antes de su ingreso, detectó la aparición de una tumoración en región anterior del muslo izquierdo dura y de crecimiento lento, no asociada a aparentes signos de inflamación. A nivel de la tumoración comenzó a presentar de forma progresiva molestias a la deambulación, haciéndose continua dos días antes de su ingreso. No refiere episodios febriles en ningún momento de la evolución del cuadro clínico y en el período constatado registró una pérdida de peso de aproximadamente 10 Kg.

Síntesis de datos analíticos y exploratorios

Buen estado general, no adenopatías submaxilares ni cervicolaterales. Exploración pulmonar: estertores subcrepitantes en LSD con soplo tubárico, aumento de las vibraciones locales a ese nivel. Miembro inferior izquierdo: se detecta tumoración de aproximadamente 20 × 10 cm de consistencia firme adherida a tejidos profundos y no a piel. No se detectan signos inflamatorios locales y el estudio radiológico demuestra afectación de partes blandas musculares sin alteración de la estructura ósea adyacente.

Radiografía de tórax: condensación parenquimatosa en lóbulo superior derecho predominantemente apical, con disminución de volumen y ligera desviación traqueal (fig. 1).

Análítica: hematias 3.700.000/mm³, hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 34,1 %, leucocitos 22.700/mm³, fórmula: 81 segmentados, 1 cayado, 14 linfocitos, 2 monocitos, 2 eosinófilos. Velocidad globular de sedimentación a la primera hora 106. Restantes datos analíticos, en los límites de la normalidad. Mantoux negativo. Baciloscopia y cultivo de Lowenstein negativos.

Broncoscopia: Se revisa cuidadosamente todo el lóbulo superior derecho encontrando solamente ligera hiperplasia glandular. Se lava realizando cepillado bronquial para citología de esputo.

Resultados

Los resultados de la exploración quirúrgica de miembro inferior y del estudio anatomopatológico son los siguientes: tumoración bien delimitada que afecta a cuádriceps izquierdo de la que se toman muestras para estudio. Con técnica de HE se detecta proceso inflamatorio que afecta preferentemente a tejido muscular estriado y adiposo subcutáneo; se objetiva fibrosis interfascicular y áreas de necrosis delimitadas por tejido conectivo laxo con infiltración histiocitaria y linfoplasmocitaria. En el seno de las áreas necroticoinflamatorias se identifican estructuras granulares basófilas que se tiñen con técnica de PAS, metenamina-plata y Gram, revelándose estructura integrada por superposición de estructuras bacilares largas pseudomicóticas. No se tiñen con técnicas de Ziehl. Diagnóstico anatomopatológico: actinomicosis de partes blandas. Miositis inflamatoria (fig. 2).

Tras el diagnóstico se estableció tratamiento específico con penicilina G sódica a dosis de 20.000.000 de unidades/día, durante 15 días.

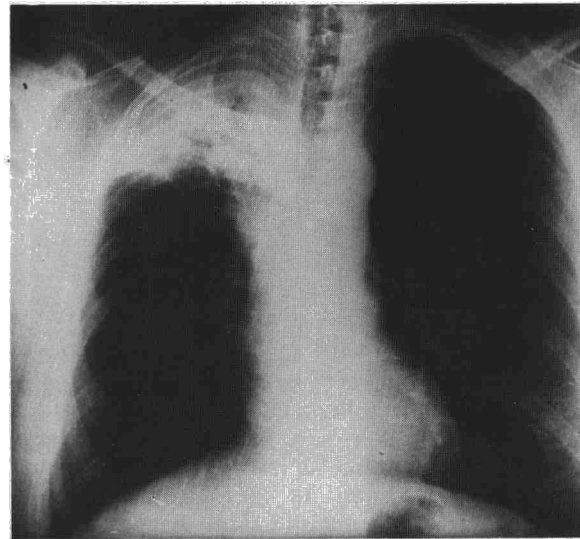


Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se observa opacificación en lóbulo superior derecho preferentemente apical.

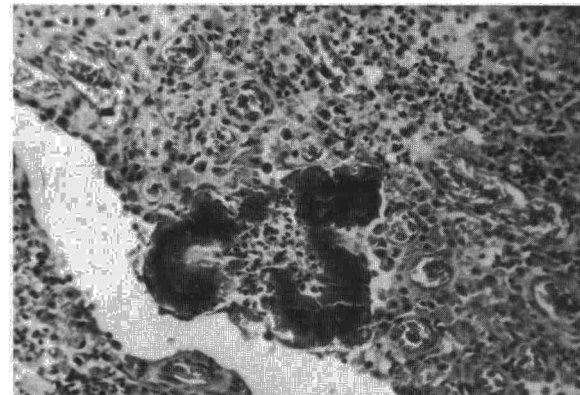


Fig. 2. «Gránulo» correspondiente a colonias de *Actinomyces israelii* asociado a infiltrado histiocitario y de leucocitos polimorfonucleares (HE × 63).

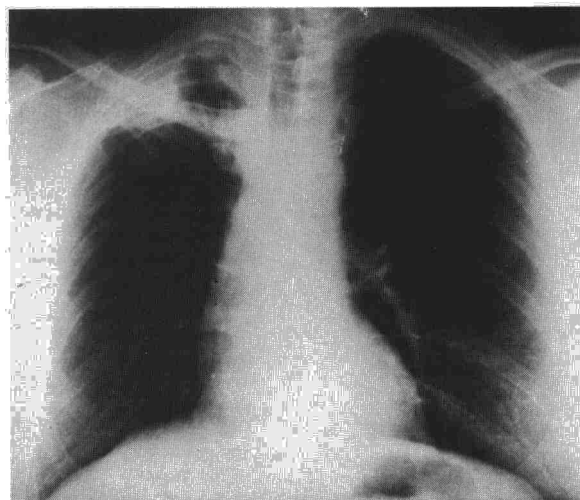
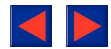


Fig. 3. Radiografía de tórax tras tratamiento con penicilina, observándose regresión de la lesión pulmonar.



Evolución

Tras el tratamiento desaparece la sintomatología subjetiva del paciente, el estudio analítico se normaliza (velocidad de sedimentación a la 1.^a hora 5), y en la radiografía de tórax (fig. 3), se observa regresión de las lesiones de lóbulo superior derecho.

Comentarios

El establecimiento del diagnóstico de actinomicosis de partes blandas y la subsecuente desaparición de la sintomatología con regresión de las lesiones pulmonares, tras el tratamiento específico con penicilina permiten identificar la lesión pulmonar actinocótica. El estudio citológico del aspirado bronquial no había permitido el diagnóstico. El estudio clínico-patológico permitió descartar la etiología neoplásica de la lesión pulmonar.

La coexistencia de lesión en extremidades inferiores constituye una presentación clásica de la nocardiosis pulmonar^{2,4,5}, pero no de la actinomicosis^{2,4}. La diferenciación entre ambos procesos tiene interés clínico, pues la nocardiosis se considera sensible al tratamiento sulfamídico. A nivel tisular las colonias de nocardias son positivas con la técnica de Ziehl y no las de *Actinomyces israelii*^{2,4}. El

Actinomyces israelii bacteria procaroítica, es sensible a penicilinas y tetraciclinas⁴.

En el presente caso, como condición facilitadora de la aparición de actinomicosis, puede señalarse el alcoholismo crónico.

Las localizaciones pulmonares medias o inferiores parecen más frecuentes¹ que la localización apical del presente caso.

En la bibliografía analizada¹⁻⁴, no se hace referencia a la manifestación del proceso pulmonar en asociación con actinomicosis de partes blandas, aunque existen evidencias de posible diseminación hematogena. Se vuelve a confirmar la eficacia del tratamiento de la penicilina⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Kaven R, Besson A, Loosli H, Levenberger P J: Actinomycose pleuro-pulmonaire. Exposé de 4 observations. Schweiz Med Wschr 1980; 110: 1328-1334.
2. Robbins SL: Actinomicosis y nocardiosis. En Patología estructural y funcional. México, Ed Interamericana, 1974; 430-431.
3. Engelmann C, Riesnes R: Diagnostische und hierheutische Probleme der Thorakalm Aktinomykose. Zbl Chirurgie 1981; 106: 317-322.
4. Braude AI: Actinomicosis. En Harrison, Medicina Interna. La Prensa Médica Mexicana 1973; 1016-1018.
5. Kliems G, Savic B, Tschbel K: Der mykotische Rundherd der Lunge. Prax Pneumol 1979; 33: 215-219.