Trabalhos Científicos

Título: Manifestação Atípica De Actinomicose Em Paciente Pediátrico, Um Relato De Caso

Autores: ANA CAROLINA FIORAVANTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), FLÁVIA GRINBERG (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), TAINAH BEZERRA PINHEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), DIEGO PRODOCIMO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), EDUARDO KENJI OSAKO NOVAKOSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ELIANE SILVA MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), GABRIEL MEDA REZENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), GUILHERME MAKIYAMA FRARE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LAURA ROHLING CINTRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Resumo: Actinomicose, causada pelo Actinomyces sp, na forma pulmonar ocorre por aspiração de secreção orofaríngea ou gastrointestinal (1). Apresenta-se com tosse produtiva, perda de peso, dor torácica e febre, similar a tuberculose ou neoplasias (2). É mais comum em homens na meia-idade, sendo raro na pediatria. Para o diagnóstico, biópsia é padrão-ouro. (2,3).Paciente feminino, 13 anos, encaminhada por suspeita Tumor de Pancoast. Apresentava dor interescapular e febre há 6 meses, evoluindo para abscesso local drenado, mas com recidiva e progressão para massa em região cervical, perda ponderal significativa e tosse esporádica. Clinicamente com massas volumosas em região interescapular, cervical e supraclavicular a esquerda. A tomografia evidenciou massa consolidativa em ápice pulmonar, espaço supraclavicular esquerdo, mediastino e lobo superior direito, com linfonodomegalia locorregional de realce heterogêneo e centro necrótico, não respeitando os planos anatômicos, sugestiva de processo inflamatório ou infeccioso crônico. Tuberculose foi excluída por TRM-TB de escarro, fezes e material da lesão, que foram não detectados, assim como, PPD não reagente e posteriormente as culturas também foram negativas. A punção diagnóstica, com cultura positiva para Aggregatibacter sp. e na anatomia patológica, foi evidenciada proliferação linfo-histiocitoide e inflamação aguda supurativa, permeada por bactérias compatíveis com Actinomyces sp, também excluindo doença maligna. Com o diagnóstico confirmado de actinomicose pulmonar, foi iniciado ampicilina (2g EV), com melhora do estado geral, febre e abscesso escapular. Alta para seguimento ambulatorial com amoxicilina 1g (8/8h). Há um ano em terapia, ainda com lesões a tomografia, porém melhora importante do quadro, clinicamente assintomática. Mantem seguimento e tratamento, em uso da antibioticoterapia, sem eventos adversos. O quadro clínico levantava a suspeita de doença infecciosa crônica. Pela epidemiologia local, a doença mais prevalente seria tuberculose, porém a menor não apresentava história de contato com pacientes bacilíferos e nem PPD positivo. Como a lesão apresentava a característica de não respeitar planos anatômicos, levantou-se a hipótese da actimicose, apesar de não apresentar lesões de porta de entrada. Sendo necessário procedimentos invasivos e repetidos para coleta de material com meio de cultura específicos para anaerobiose. Não foi possível o isolamento em cultura do Actinomyces sp, porém conseguiu-se isolar o Aggregatibacter sp (co-patógeno do Actinomyces sp). A confirmação da actinomicose deu-se com o anatomopatológico.Actinomicose pulmonar é rara na pediatria, com clínica inespecífica, o que dificulta o diagnóstico. É necessário um alto grau de suspeita clínica como neste caso. A clínica associada à lesão, sem respeitar os planos anatômicos, possibilitou a solicitação de culturas especificas e anatomia patológica, permitindo o diagnóstico.