

# Actinomicosis torácica en niños

## Reporte del caso

Paciente varón de 8 años de edad, natural y procedente de Callao, sin antecedentes bronco pulmonares ni epidemiológicos de importancia, con inmunizaciones completas.

Conocido por el servicio de neumología por solicitud de riesgo neumológico.

Refería un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 meses, caracterizado por aumento de volumen de partes blandas en parrilla costal derecha y dolor; presentando 4 meses después pequeña tumoración con secreción seropurulenta escasa y signos de flogosis en la misma zona; motivo por el cual es evaluado en el servicio de pediatría.

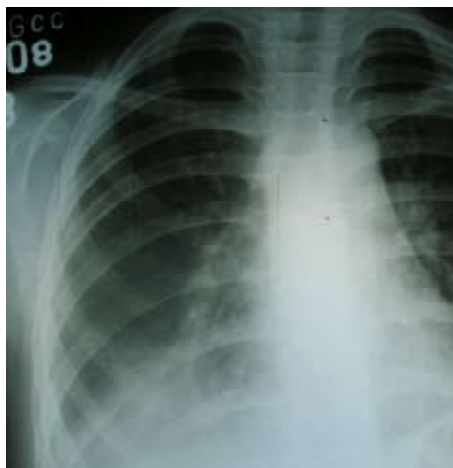
El examen clínico del paciente, PA: 101/58 mmHg, FC: 129/min, FR: 24/min, Sat: 100%, FiO<sub>2</sub> 21%, paciente en REG, ventilando espontáneamente, no cianosis distal, no edemas, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, tórax y pulmones: se aprecia pequeña tumoración en parrilla costal derecha, dolorosa con escasa efusión seropurulenta, murmullo vesicular disminuido en base de hemitoráx derecho, no ruidos sobreagregados, resto de examen no contributivo.

En el servicio de pediatría le solicitan Rx tórax (fig. 1), BK en esputo, PPD, planteando la presunción clínica de neumonía, a d/c TBC y tumoración de partes blandas, por lo que recibió tratamiento antibiótico con macrólidos.

Los exámenes auxiliares mostraron:

Leucocitos 15 180, abastionados 01%, segmentados 56% linfocitos 31%, Hb 12.3 g/dl; Bks negativos, PPD negativo.

La radiografía de tórax solicitada en el servicio de pediatría mostró: opacidad basal de pulmón derecho, sin compromiso óseo (fig. 1).

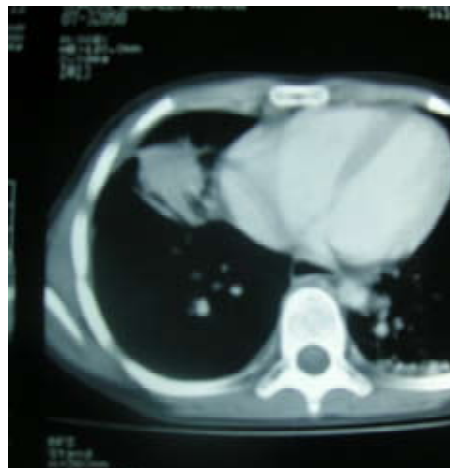


**Fig. 1.** Rx tórax muestra opacidad basal de pulmón derecho sin compromiso óseo.

Pese al tratamiento instaurado, el paciente presenta una evolución no favorable.

Se decidió ampliar mayores estudios diagnósticos, solicitándose una tomografía de tórax.

La TC de tórax mostró consolidación de lóbulo medio con ligero componente atelectásico, consolidación basal posterior izquierda (fig. 2 y 3).



**Fig. 2 y 3.** TC de Tórax que muestra en la ventana mediastínica consolidación de lóbulo medio con compromiso de pared ósea.

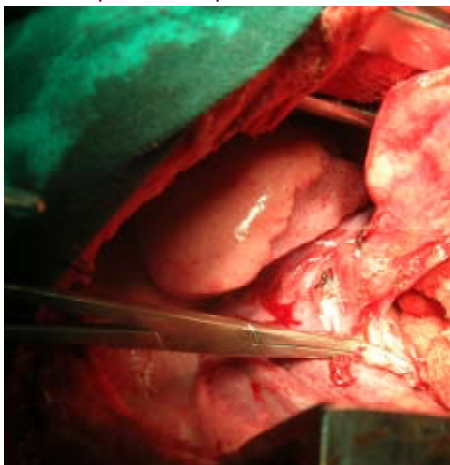
Durante su evaluación ambulatoria el paciente acudió múltiples veces a la consulta externa donde se le solicita biopsia de piel cuyo resultado muestra granuloma piógeno por lo cual se le realiza varias curas quirúrgicas y cauterizaciones sin mejoría de los síntomas, con persistencia de tumoración y secreción seropurulenta de la misma, por lo que se hace interconsulta a los servicios de Cirugía de Tórax y Neumología solicitando riesgo quirúrgico para cura quirúrgica en sala de operaciones, a descartar tumoración de partes blandas, granuloma piógeno.

## Evolución

Paciente con evolución estacionaria fue hospitalizado para la realización de biopsia quirúrgica

- Diagnóstico pre quirúrgico: síndrome de lóbulo medio.
- Tipo de cirugía: lobectomía lóbulo medio con resección en cuña del segmento anterior de lóbulo inferior con colocación de dos drenes (fig. 4 y 5).

**Fig. 4.**  
Intraoperatorio: Exposición de lesión en lóbulo medio.



**Fig. 5.**  
Lóbulo medio extraído.



- Diagnóstico posquirúrgico: ganglios en bronquio de lóbulo medio, lóbulo medio y segmento anterior de lóbulo inferior hepatizados.

## Diagnóstico anatomopatológico

### – Neumonía por actinomicosis.

Paciente toleró la cirugía fue dado de alta en buenas condiciones, se le dio tratamiento antibiótico con penicilinas.

Durante sus controles ambulatorios postquirúrgicos paciente asintomático con buen estado general, niega sintomatología respiratoria.

## Resumen

La actinomicosis es una infección bacteriana lentamente progresiva, cuya frecuencia en Perú se desconoce, habiéndose publicado un número muy limitado de casos tanto en la literatura nacional como internacional; es producida por bacterias grampositivas anaerobias o microaerófilas que colonizan la orofaringe y el tracto gastrointestinal<sup>(1)</sup>. Su principal agente productor en humanos es *Actinomyces israelii*. Se describe un caso clínico de un paciente de 8 años de edad con cuadro clínico de tumoración en pared torácica y efusión seropurulenta, que requirió cirugía torácica diagnóstica y terapéutica, cuyo estudio anatomopatológico concluyó neumonía por actinomicosis.

## Introducción

*Actinomyces* es un microorganismo gram positivo, predominantemente anaerobio, ubicuo en la naturaleza y además un comensal que coloniza habitualmente las vías aéreas y el tracto gastrointestinal<sup>(2)</sup>, de forma más ostensible cuando existen alteraciones locales de la mucosa de la vía oral, neoplasias, o factores favorecedores de la aspiración<sup>(3)</sup>. Se han caracterizado catorce especies de *Actinomyces*, aunque únicamente seis han mostrado ser patógenos en humanos, siendo *A. israelii* el más frecuente, seguido de *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri* y *A. gerencseriae*<sup>(4)</sup>.

La rotura de la barrera mucosa puede originar infección en casi cualquier parte del organismo, dando lugar a los tres tipos en los que se clasifica esta enfermedad: cervicofacial, torácica y abdominopélvica. La forma torácica constituye el 15–45% del total de las formas de presentación<sup>(1)</sup>, y su causa más frecuente es la aspiración de los microorganismos de la orofaringe, pudiendo adoptar formas de tipo endobronquial o pleural.

## Discusión

Actinomicosis pulmonar es una enfermedad relativamente rara generalmente causada por *Actinomyces israelii*, pero otras especies patógenas han sido reportadas. Habitualmente se presenta como una neumonía con fiebre, pérdida de peso, tos, esputo y dolor en el pecho. No hay manifestaciones radiológicas específicas, pero las lesiones que involucran la pared torácica y pleura con la destrucción de los huesos adyacentes son muy sugestivas. Los síntomas clínicos y radiológicos y signos a menudo imitan malignidad o la tuberculosis, incluso TB miliar según algunos reportes<sup>(9)</sup>.

Todos los grupos de edad están afectados, incluso niños. La edad media oscila entre los 30 y 60 años, con una incidencia cuatro veces superior en varones que en mujeres. En una revisión realizada por Chouabe y col. de 11 casos de actinomicosis endobronquial asociada a cuerpo extraño, los pacientes presentaron como situaciones predisponentes pobre higiene dental (36%), diabetes mellitus (27%), carcinoma (18%) y retraso mental como causa favorecedora de aspiración de cuerpo extraño (9%). Como síntomas principales apareció tos (63%), neumonía recurrente (27%) y hemoptisis (36%)<sup>(5-8)</sup>.

Tres tipos de presentación clínica: cervicofacial, abdominopélvica y torácica. La forma torácica constituye el 15–45% del total de las formas de presentación y su causa más frecuente es la aspiración de los microorganismos de la orofaringe, pudiendo adoptar formas de tipo endobronquial o pleural. Ambas presentaciones son en la actualidad extraordinariamente infrecuentes. Los hallazgos radiológicos son muy variables y pueden adoptar tanto la forma de una consolidación alveolar o la de un tumor solitario o múltiple, siendo el principal problema precisamente distinguir en estos casos, su verdadera naturaleza.

Alteraciones en la TC torácica pueden mostrar consolidación

con alteración pleural y de pared torácica e infiltrados pulmonares con broncograma aéreo.

La duración óptima del tratamiento no se ha establecido claramente, aunque debe mantenerse durante al menos 45 días en la actinomicosis torácica, mostrando mejoría radiológica tras unas 4 semanas del inicio del tratamiento. En caso de fracaso se debería sospechar carcinoma bronquial.

La presencia de gránulos de azufre en las muestras de biopsia es muy sugestiva de actinomicosis. Sin embargo, los cultivos son habitualmente negativos, ya que *A. israelii* es un anaerobio estricto y se asocia frecuentemente con contaminantes no anaeróbicos.

La actinomicosis ha sido calificada como "*una de las enfermedades que más pasa inadvertida a los médicos expertos*". Por tanto, con el fin de instaurar un tratamiento precoz siempre deberíamos tenerla presente, evitando así toracotomías o exploraciones cruentas innecesarias.

## Bibliografía

1. LLOMBART M, CHINER E Y COL. Actinomicosis torácica: una vieja entidad con nuevas expresiones clínicas; An. Med. Interna (Madrid) v.22 n.3 Madrid mar. 2005.
2. MABEZA GF, MACFARLANE J. Pulmonary actinomycosis. Eur Respir J 2003; 21: 545–551
3. BROWN JR. Human actinomycosis: a study of 181 subjects. Human Pathol 1993; 4: 319–330
4. SMEGO RA, FOGLIA G. Actinomycosis. Clin Infect Dis 1998; 26: 1255–1263
5. ROMERO REQUENA JM, MÁRQUEZ PÉREZ FL, GÓMEZ VIZCAÍNO MT, PIMENTEL J, ET AL. Alopecia aguda asociada a empiema por actinomicosis. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 658–659
6. CHOUABE S, PERDU D, DESLÉE C, et al. Endobronchial actinomycosis associated with foreign body: four cases and a review of the literature. Chest 2002; 121: 2069–2072.
7. DRES. JUAN MEDINA FLORES, EDITH PAZ CARRILLO, Actinomicosis torácica en niños. Reporte de dos casos, Diagnostico Lima–Peru volumen 38 numero 3 mayo 1999.
8. FERNANDO J. VAZQUEZ, CORINA NEMIROVSKY, Empiema por actinomicosis, MEDICINA (Buenos Aires) 2006; 66: 40–42
9. YILDIZ O, DOGANAY M. Actinomycosis and Nocardia pulmonary infections. Curr Opin Pulm Med 2006; 12: 228–34. [Medline]
10. R D Cohen, W R Bowie, R Enns, J Flint, J M Fitzgerald, Pulmonary actinomycosis complicating infliximab therapy for Crohn's disease, Thorax, vol63, 1013–1014; 2007