

ACTINOMICOSIS PULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO DIAGNOSTICADO TRAS CIRUGÍA

L. M. Charco Roca, M. L. Sánchez López.

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital General Universitario de Albacete.

Resumen: la actinomicosis pulmonar es una rara enfermedad infecciosa causada por especies de la familia de actinomicetales. Presentamos el caso de un paciente con insuficiencia respiratoria diagnosticado de actinomicosis pulmonar tras bilobectomía por sospecha inicial de malignidad. El diagnóstico definitivo de la actinomicosis se establece por la identificación de organismos típicos en tinción de Gram y cultivo aunque en ocasiones es dificultoso y sólo la biopsia quirúrgica aclara el origen. El pronóstico es bueno una vez diagnosticada la infección. El tratamiento antibiótico debe administrarse a dosis elevadas y durante un tiempo prolongado, reservando la cirugía para tratar complicaciones asociadas.

Palabras clave: actinomicosis pulmonar, cirugía torácica, insuficiencia respiratoria.

PULMONARY ACTINOMYCOSIS. PRESENTATION OF A CASE DIAGNOSED AFTER SURGERY.

Abstract: Pulmonary actinomyces is a rare infectious disease caused by species from the Actinomycetales order. We present the case of a patient with respiratory failure diagnosed with pulmonary actinomyces after a bilobectomy for an initial suspicion of malignancy. The definitive diagnosis of actinomyces was made after identifying the typical organisms in a Gram stain and culture, although it is difficult at times and only a surgical biopsy confirms the origin. The prognosis is good once the infection is diagnosed. Antibiotic treatment must be administered in high doses for a prolonged period of time, reserving surgery for treating associated complications.

Keywords: pulmonary actinomyces, thoracic surgery, respiratory failure.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una enfermedad infecciosa lentamente progresiva, causada por bacterias anaerobias grampositivas del género *Actinomyces*, que se adquieren por aspiración de secreciones de la orofaringe, extensión de una infección cervicofacial o por diseminación hematogena de un foco distante¹. Puede simular una neoplasia pulmonar debido a su clínica y radiología inespecífica, siendo el diagnóstico en ocasiones dificultoso². Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de actinomicosis pulmonar tras una bilobectomía por sospecha inicial de malignidad.

RESUMEN DEL CASO

Varón 51 años con bronquitis crónica y enolismo moderado. Nueve años atrás, desarrolló una neumonía del lóbulo superior derecho (LSD), cuya tomografía axial computerizada (TAC) mostraba bullas apicales e infiltrado alveolar en LSD. Años más tarde, fue derivado a Neumología tras dos meses de tos, expectoración, fiebre, dolor torácico derecho, disnea moderada (escala mMRC 2) y pérdida de peso (atribuido a odontalgia). La analítica fue anodina y la radiografía de tórax mostraba atelectasia y bullas en LSD. El TAC mostraba una bulla apical derecha, atelectasia y una imagen nodular con cavitación. Se evidenció en la espirometría un trastorno pulmonar restrictivo leve-moderado y en la fibrobroncoscopia ligera estenosis de bronquio superior derecho siendo negativas las muestras de microbiología. La citología fue negativa para células

Recibido: 15.06.2019. Aceptado: 08.09.2019

L. M. Charco Roca
llanos_sanz6@hotmail.com

malignas. Se realizó también una PAAF de nódulo guiado por TAC, negativa.

El paciente recibió amoxicilina-clavulánico y levofloxacino seis semanas, refiriendo mejoría del cuadro. A los meses, el TAC mostró crecimiento del nódulo y adenopatías traqueobronquiales, hiliares bilaterales y axilares derechas (Figura 1)

Se realizó un PEC-TAC que informó de nódulo apical derecho altamente sospechoso de malignidad. Se remitió a Cirugía Torácica para valorar resección de LSD y determinar la naturaleza histológica del tumor.

Se sometió a bilobectomía derecha con linfadenectomía, en la que se seccionó iatrogénicamente el nervio frénico derecho. Se trasladó para control postoperatorio a la UCI de Anestesia donde, en las primeras 48 horas, presentó un cuadro de disnea y desaturación hasta SpO₂ 78 - 80% con VMK reservorio. El TAC descartó tromboembolismo pulmonar, observándose en la radiografía un colapso completo de pulmón

derecho (Figura 2a) Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico escalándose al tercer día a piperaciclina-tazobactán. Anatomía Patológica informó del aislamiento de *Actinomyces* sp en pieza quirúrgica, por lo que se inició tratamiento con doxiciclina.

El paciente precisó ventilación mecánica no invasiva al inicio, siendo necesario intubación orotraqueal al día 15 por empeoramiento respiratorio. Dada la previsión de destete ventilatorio prolongado se realizó traqueostomía el día 21, pudiendo desconectarse de la ventilación mecánica progresivamente. Fue dado de alta de la UCI con FiO₂ 30% y gasometría en rango de la normalidad. En la radiografía presentaba elevación de diafragma derecho con patrón alveolo-intersticial izquierdo (Figura 2b)

DISCUSIÓN

La insuficiencia respiratoria es una complicación multifactorial común tras una resección pulmonar.

-Figura 1: TAC

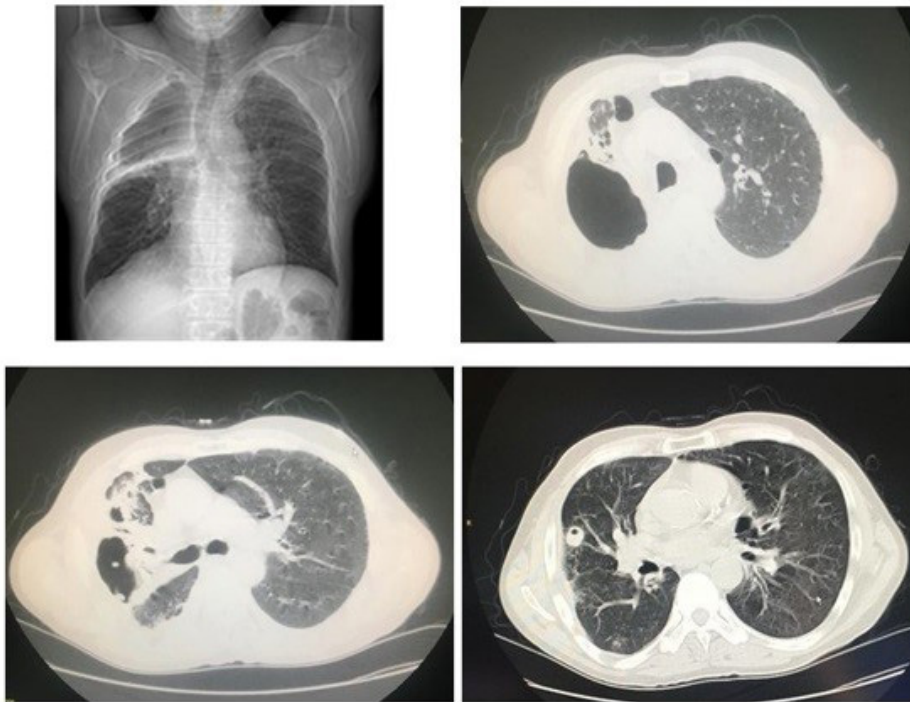


Figura 1. TAC preoperatorio. Bullas apicales derechas con atelectasia. Se muestra una imagen nodular espiculada con cavitación periférica en la porción caudal de la atelectasia.

Figura 2a y 2b la Rx simple de torax

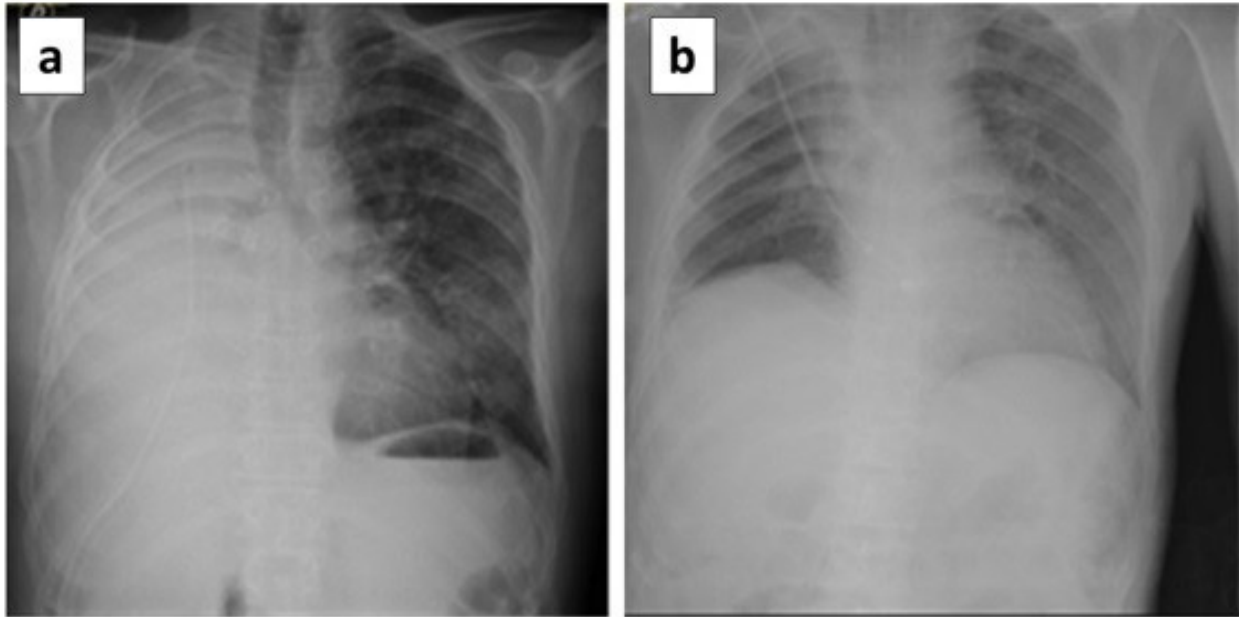


Figura 2. a) radiografía de tórax al ingresar en la UCI (48 horas tras la operación). b) radiografía de tórax en el momento del alta de la UCI (35 días tras la operación)

Existen numerosos factores predisponentes: falta de higiene bucal, alcoholismo, traumatismos orales, enfermedad pulmonar crónica, desnutrición, radiación orofacial o cervical y la inmunosupresión. En nuestro caso se identificaron como factores, complicaciones dentarias y alcoholismo.

Los síntomas son inespecíficos e incluyen tos, expectoración, dolor torácico, pérdida de peso y fiebre. La actinomicosis pulmonar suele presentarse como lesión fibrótica, ocasionando que una cuarta parte de los casos se diagnostiquen erróneamente como malignidad pulmonar⁴.

El hallazgo radiológico más común es la consolidación parenquimatosa, seguida de adenopatías mediastínicas o hiliares, cavitación, opacidad en vidrio deslustrado y derrame pleural⁵, semiología que plantea un amplio diagnóstico diferencial que requiere toma de biopsias para concretar el diagnóstico de la forma menos invasiva. El diagnóstico definitivo se establece por la identificación de microorganismos en la tinción de Gram y cultivo junto con gránulos de azufre que es patognomónico⁶. Sólo se obtienen cultivos positivos en el 50%, probablemente por la proliferación de bacterias sinérgicas, cultivo inadecuado o tratamiento previo con antibióticos⁵.

En nuestro paciente, nunca se aisló el germen en hemocultivos ni muestras respiratorias.

Tradicionalmente, el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica establece el diagnóstico definitivo⁶. El pronóstico es bueno una vez diagnosticada la infección. El tratamiento antibiótico debe administrarse a dosis elevadas y prolongado en el tiempo. La terapia de elección es penicilina G sódica intravenosa 6 semanas, seguida de amoxicilina o penicilina V oral hasta completar un total de 6 - 12 meses. La cirugía se reserva para tratar complicaciones específicas como empiema o abscesos localizados.

CONCLUSIONES

La actinomicosis pulmonar es una enfermedad bacteriana rara que puede simular una neoplasia. Debemos realizar métodos de diagnóstico apropiados para excluirla, ya que se trata de una enfermedad generalmente curable siempre que se diagnostique precozmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur respir J* 2003; 21:545-551
2. Kolditz M, End A, “Actinomycosis of the lung and pleura,” in *Complex Pleuropulmonary Infections*, G. Rohde and D. Subotic, Eds., *Eur Respir Monogr* 2013; 61: 66–80.
3. Martín-Peral P, González-Moya JE, García-Agudo L, et al. Thoracic actinomycosis: a difficult-to-diagnose disease. *Rev Clin Esp*. 2012 Jul;212(7): 53-6.
4. Shreenivasa A, Vishak KA, Sindhu K, et al. Massive Haemoptysis due to Obscure Aetiology: Perils and Management Dilemmas. *Case Rep Infect Dis*. 2018 Nov 27; 2018:8159896. doi: 10.1155/2018/8159896. eCollection 2018.
5. Han JY, Lee KN, J, Lee JK et al., “An overview of thoracic actinomycosis: CT features, *Insights Imaging* (2013) 4:245–252.
6. Loukil M, Khalfallah I, Bouzaidi K, et al. Pulmonary actinomycosis. Diagnostic and therapeutic features. *Rev Pneumol Clin*. 2018 Dec;74(6):508-513.