

Trabajo de la Clínica Médica "A" y de la Clínica Quirúrgica "F"
(Profs.: F. Herrera Ramos y Héctor Ardao)

ACTINOMICOSIS TORACICA (*)

Dres. Nobel Tarallo, Mario Medina y Roberto Rubio

El problema de las micosis de la región torácica es de gran interés pues su frecuencia se ha modificado, y el concepto que tenemos actualmente de su significación y de su patogenia se hacen más importantes.

Hemos estudiado una actinomicosis pleuropulmonar que por su relativa escasa frecuencia nos ha llevado a traer el caso a esta Sociedad.

Historia. Se trata de un enfermo de 23 años, procedente de Rivera, de donde lo envían por intensos dolores de hemitórax derecho, con un síndrome toxi-infeccioso caracterizado por profusos sudores y fiebre, 37:5 a su ingreso, con gran repercusión sobre su estado general: adelgazamiento de 7 kilos en el mes que lleva de evolución clínica.

Del examen general destacamos: el facies tóxico y de dolor, los sudores y el signo de mioedema positivo. Numerosas caries dentarias de 3º y 4º Grado. Pequeñas micropoliadenopatías generalizadas.

En el tórax, una tumefacción en la cara anterior de hemitórax derecho, a nivel de 4º y 5º cartílagos costales, con abombamiento del 4º espacio, con infiltración local de piel y celular subcutáneo y un exquisito dolor a nivel de esa zona que impide la fina exploración. Submatidez en torno a ella.

El estudio **Radiológico:** mostró un proceso infiltrativo hiliar y parahiliar derecho, a topografía anterior en el perfil, donde se aprecian zonas de desintegración. (Figs. 1 y 2).

La **Broncoscopia**, no evidenció lesiones bronquiales. Carina fina y móvil. Se observaron secreciones mucopurulentas en el bronquio superior derecho.

En los exámenes biológicos se comprueba una moderada anemia, 3.700.000, y leucocitosis de 8.900, a predominio de polinucleares, 80 %.

Velocidad de sedimentación de 25 mm. En el Proteinograma, con 8gr.3 de Proteínas totales, hay una inversión del Coeficiente A/G, con 5gr.25 de Globulinas, donde se destacan 18 % de α_2 y 20 % de γ .

Se realizó un citograma por punción de la tumefacción, que mostró una infiltración de polinucleares neutrófilos.

Se practicó una **Exploración biópsica** de la pared torácica que dio salida a escasa cantidad de pus de aspecto inespecífico, sin gránulos.

El fragmento de pared biopsiado estaba constituido por tejido adiposo, recortado por gruesas bandas de tejido fibroescleroso, con proceso inflamatorio crónico en actividad, productivo e infiltrativo leucocitario, histológicamente inespecífico. No hay supuración ni necrosis.

El examen parasitológico del pus mostró gránulos de Actinomicos, que fue identificado como Actinomicos Israeli.

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 23 de octubre de 1963.

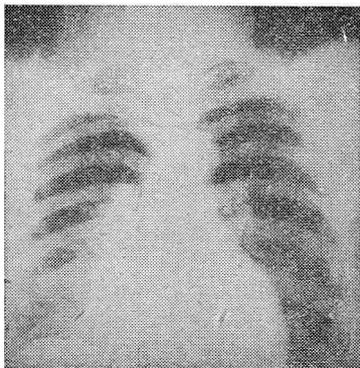


Fig. 1



Fig. 2

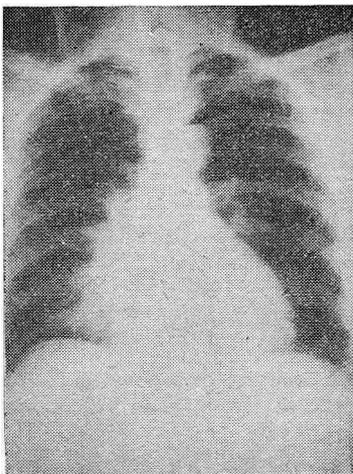


Fig. 3



Fig. 4

COMENTARIOS

El diagnóstico de una Actinomicosis pulmonar lleva en sí 2 problemas. En primer lugar si se trata de una actinomicosis y en segundo lugar si es debida a *Actinomyces Bovis* o *Israelii*, como se le denomina desde 1949 por decisión del Medical Research Council, o si el germen etiológico es una *Nocardia*. Ello tiene una importancia patogénica: la

infección pleuropulmonar por Actinomicetes es endógena, en general a punto de partida dentario, mientras que la infección por Nocardia es exógena; y una significación terapéutica: la Nocardia es sensible principalmente a las sulfas, mientras que el Actinomicetes es sobre todo a la penicilina.

Nuestro enfermo fue tratado con 6.000.000 U. de penicilina diarias, en forma prolongada, desde hace 6 semanas, y continúa con ella. Ha evolucionado con una gran recuperación del estado general y la desaparición de la tumefacción parietal, con la persistencia actual de un proceso residual de parénquima (Figs. 3 y 4), que dada la evolución habitual, puede ir a la fibrosis, por lo que agregamos esteroides a la terapéutica.

El problema de las micosis del Aparato Respiratorio, ha llevado a algunas clasificaciones. Ellas pueden ser: secundarias a activación de huéspedes normales de las vías respiratorias, es decir, endógenas, o, exógenas.

Los factores determinantes de la patogenicidad son:

- a) Descenso de las defensas.
- b) Activación de la virulencia.
- c) Transformación de la forma adulta en forma levaduriforme, más patógena.

d) Terapia con esteroides o antibióticos (excepto penicilina para el actinomicetes), en especial la estreptomycinina, que puede estimular al germen.

Nuestro enfermo presenta una actinomicosis torácica producida por Actinomicetes Bobis o Israeli, probablemente a punto de partida endógeno; su vía de llegada creemos que ha sido la aspiración a partir de la cavidad bucal, dadas las pésimas condiciones dentarias existentes y la falta de otras localizaciones.

La forma clínica corresponde entonces a una forma torácica primaria a iniciación pleuropulmonar, de acuerdo con la clasificación de Mc. Bates y J. Cruickshank.

Queremos recalcar en nuestro paciente, la falta de sintomatología funcional respiratoria, el síndrome tosiinfeccioso con profusos sudores y la importancia del toque del estado general y del dolor parietal. El dolor es un síntoma de gran valor, pues nos sirve de orientación en el diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar, enfermedad con la que presenta manifiesta similitud clínica.

Los distintos autores señalan dentro de las actinomicosis una frecuencia del 15 % para las actinomicosis torácicas.

En el Hospital de Clínicas, desde 1954 a 1963, se han comprobado 10 casos de actinomicosis, 3 de ellos a localización torácica: 30 %.