

ACTINOMICOSE APENDICULAR. ESTUDO ANATOMO-CLÍNICO DE UM CASO *

Roberto A. Pinto PAES **
Evandro Letti VESCIO ***
Maria Josefa GONÇALVES **
José Donato de PRÓSPERO **
Fares RAHAL ***

RIALA6/506

PAES, R.A.P.; VESCIO, E.L.; GONÇALVES, M.J.; PRÓSPERO, J.D. & RAHAL, F. — Actinomicose apendicular. Estado anátomo-clínico de um caso. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 40(2):97-100, 1980.

RESUMO: É apresentado um caso de actinomicose apendicular, que resultou em apendicite aguda. São feitas considerações sobre aspectos anatomopatológicos e clínico-cirúrgicos desta entidade pouco freqüente. Pela raridade do caso, único nos arquivos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, os autores entendem ser válida esta comunicação isolada.

DESCRIPTORIOS: actinomicose apendicular, estudo anátomo-clínico.

INTRODUÇÃO

A actinomicose foi individualizada como entidade nosológica em 1840 por LANGENBECK¹, e posteriormente foi descrita em 1877 por BOLLINGER², na patologia veterinária, devendo-se a ISRAEL³, em 1878, sua descrição na patologia humana.

No Brasil, o primeiro caso de actinomicose humana foi publicado em 1888 por BULHÕES & MAGALHÃES⁴. Tratava-se de um caso com localização cutânea. Em 1908, AMARAL⁵ publica a primeira tese no Brasil sobre o estudo clínico da actinomicose humana, descrevendo a sintomatologia da localização abdominal. MOTTA⁶, em 1930, descreve um caso de actinomicose hepática e SALAZAR SOBRINHO⁷, em 1945, relata um caso de actinomicose do apêndice cecal. Em 1965, FRIMM *et alii*⁸ publicam dois casos de actinomicose com localização intestinal.

DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, com 36 anos de idade, negro, natural e procedente de São Paulo, Capital. Deu entrada no Pronto Socorro Central da Santa Casa de São Paulo, referindo dor na fossa ilíaca direita, havia três dias, tipo ferroadá, contínua, e que melhorava em decúbito dorsal. Refere ter tido febre nesses três dias, porém, não medida. Ao exame físico, o paciente apresentava-se em bom estado geral, sem febre, sem linfonodos palpáveis e sem lesões cutâneas. Os dentes estavam mal conservados, alguns estavam cariados havendo ausência de vários. O abdômen estava plano, flácido, intensamente doloroso ao nível da fossa ilíaca direita, onde se palpava plastrão com 10 cm de diâmetro. A punção da fossa ilíaca direita revelou coleção purulenta. Os demais órgãos e aparelhos nada apresentavam digno de nota.

* Realizado no Departamento de Patologia e no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP.

** Do Departamento de Patologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, SP.

*** Do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, SP.

O paciente foi então internado e submetido a cirurgia no mesmo dia. Feita incisão paramediana, para-retal interna, infra-umbilical, encontrou-se o apêndice vermiforme muito aumentado de tamanho e, com a manipulação, deu vazão a grande quantidade de pus. Foi praticada apendicectomia, com sepultamento satisfatório do coto apendicular, e drenada a cavidade abdominal. O quadro do paciente evoluiu com supuração da parede ao nível da incisão e no local do dreno. Foi medicado com penicilina cristalina 2.000.000 U.I., endovenosa, diariamente, durante 15 dias, e a infecção cedeu por completo. Tomou também Garamicina, 80 mg, intramuscular, de 8 em 8 horas, durante dez dias. Nos três últimos dias começou a receber Ampicilina, 3 g ao dia. Teve alta com retorno ambulatorial para controle, mantendo-se a Ampicilina naquela dosagem.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Ao exame histológico os cortes do apêndice cecal mostraram processo inflamatório, constituído por infiltrado linfocitário difuso e proliferação conjuntiva fibrosa difusa e irregular, comprometendo todas as túnicas do órgão. Em um dos cortes, na submucosa, havia coleção purulenta e proliferação histiocitária circundando massas granulosas, basófilas, que apresentavam caracteres de grãos actinomicóticos (figuras 1 e 2). Observou-se também, em meio à proliferação fibrosa, trajeto fistuloso, com exsudato purulento na luz. O exame bacteriológico do pus drenado da parede revelou a presença destes grãos.

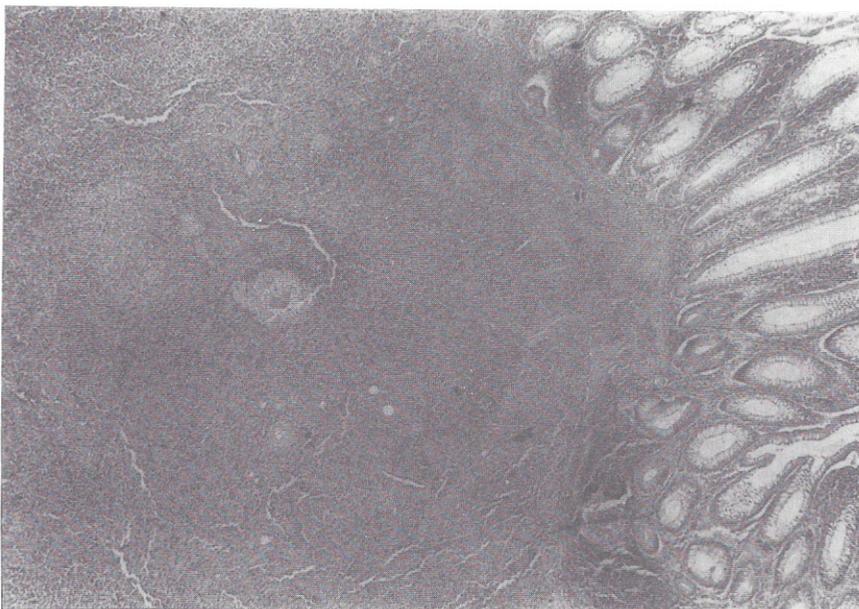


FIGURA 1 — Apêndice cecal: abscesso na submucosa em cuja porção central há um grão actinomicótico. H.E. 40 x.

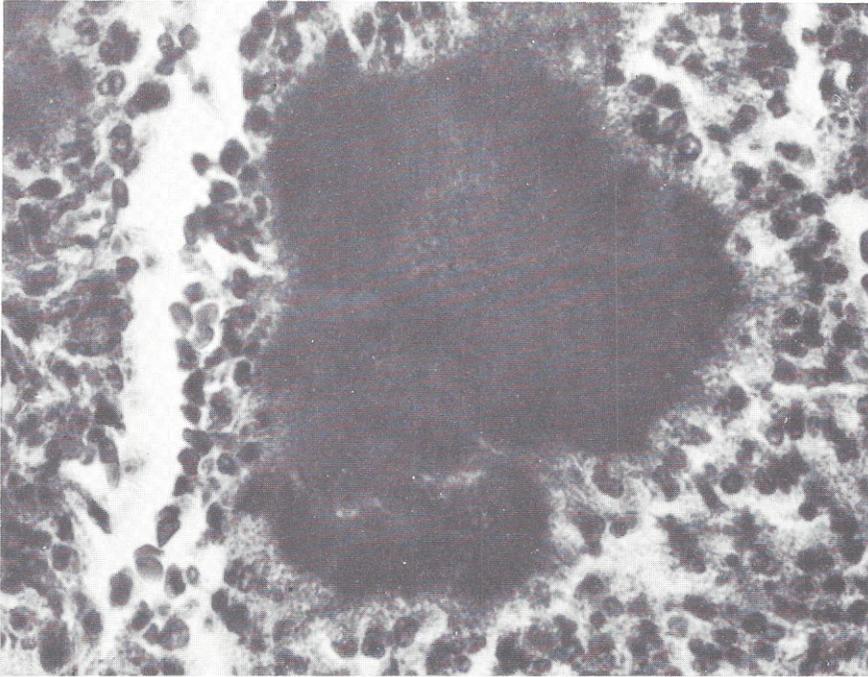


FIGURA 2 — Detalhe do grão de actinomicose, onde se vêem as claves e o exsudato purulento em torno. H.E. 160 x.

COMENTÁRIOS

Segundo diversos autores^{4, 5, 11, 12}, as lesões actinomicóticas localizam-se, com maior frequência, na região cérvico-facial (60% dos casos), torácica (20%) e abdominal (20%). Na actinomicose abdominal, a localização ceco-apendicular é a mais freqüente (55% dos casos), seguida pela localização gastroduodenal (13%), hepatobiliar (8%) e reto-sigmóidea (8%)^{10, 14}. Trata-se de infecção cujo agente causal freqüente é o *Actinomyces israelii*, bactéria anaeróbica, embora outros actinomicetos possam provocar a doença. Apesar de estar mais relacionada a bactérias que a fungos, este agente é mais estudado na micologia por causa de precedentes históricos. O *A. israelii* é um habitante normal da cavidade oral, encontrando-se em forma saprófita, por exemplo, em cáries dentárias ou tecidos desvitalizados, nas criptas amigdalinas, com

níveis de oxigênio compatíveis com o desenvolvimento deste anaeróbio. Este microorganismo tende a crescer em colônias dentro das lesões teciduais, formando massa densa e central, envolta por filamentos irradiados, as "clavas" às vezes vistos macroscopicamente, constituindo os "grãos actinomicóticos".

Neste caso, pode-se aceitar como ponto de partida para a infecção a cavidade oral, com posterior invasão da mucosa apendicular, formação de fístulas e posterior perfuração, que produziram o abscesso peritoneal.

A baixa freqüência de actinomicose de localização intestinal, no Brasil, e a raridade da apendicite aguda, actinomicótica, pois este foi até agora o único caso observado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, além da insuficiente divulgação dos aspectos clínicos e a comunicação deste caso. anatomopatológicos desta entidade, justificam

RIALAG/506

PAES, R.A.P.; VESCIO, E.L.; GONÇALVES, M.J.; PRÓSPERO, J.D. & RAHAL, F. — Appendicular actinomycosis. Anatomoclinic study of one case. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 40(2):97-100, 1980.

ABSTRACT: The authors report a case of appendicular actinomycosis which changed into acute appendicitis. The anatomopathological, clinical, and surgical aspects of this infrequent localization of the disease are considered.

DESCRIPTORS: actinomycosis in caecal appendix, anatomoclinic study.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, Z.A. — *Estudo clínico da actinomicose*. Rio de Janeiro, 1908. [Tese — Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro]
2. BOLLINGER, O. apud COPE, V.Z.⁴.
3. BULHÕES, O. & MAGALHÃES, P.S. apud AMARAL, Z.A.¹.
4. COPE, V.Z. — *Actinomycosis*. London, Oxford University Press, 1938. 248 p.
5. COPE, V.Z. — Visceral actinomycosis. *Brit. med. J.*, 2:1311-6, 1949.
6. FRIMM, C.E.; MARIGO, C. & DEGNI, M. — Actinomicose intestinal. Revista clínica, patológica e terapêutica — Apresentação de casos. *Hospital*, Rio de J., 64:173-201, 1963.
7. ISRAEL, J. — Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen. *Virchows Arch. Abt. A. Pathol. Anat.*, 74: 15-53, 1878.
8. LANGENBECK, B. apud FRIMM *et alii*⁶.
9. MOTTA, C. — Actinomicose hepática. *Anais Fac. Med. S. Paulo*, 5:167-75, 1930.
10. MOUSSEAU, P.A. & MOUSSEAU-BRODU, M.C. — L'actinomicose abdominale. *J. Chir.*, 106:565-88, 1973.
11. PUTMAN, H.C., JR.; DOCKERTY, M.B. & WAUGH, J.M. — Abdominal actinomycosis. An analysis of 122 cases. *Surgery*, 28: 781-800, 1950.
12. RAMON Y CAJAL JR., S.; PENHA, M.; CAMPO, C.; ISPIZUA I. & BULLON, A. — Actinomicosis gástrica intramural. Observaciones anatomoclínicas sobre un caso y revisión de la literatura. *Rev. esp. Enferm. Apar. dig.*, 50:445-52, 1977.
13. SALAZAR SOBRINHO, J. — Actinomicose do apêndice. *Brasil méd-cir.*, 7:225-7, 1945.
14. VORHAUER, W.; BRIERE, J.; VEYSSIER, P. & CHELLOUL, N. — Actinomicose thoracique et abdominale. Étude anatomopathologique de 5 observations. *Sem Hop. Paris*, 52:1435-40, 1976.

Recebido para publicação em 6 de junho de 1980.