

## ACTINOMICOSE DE CÓLON DIREITO

JOÃO GOMES NETINHO - TSBCP  
GENI SATOMI CUNRATH - ASBCP  
JANICE SILVA

NETINHO JG, CUNRATH GS & SILVA J - Actinomicose de cólon direito. *Rev bras Colorpct*, 1999; 19(1): 19-21

**RESUMO:** A actinomicose de cólon direito pela sua rara ocorrência mas com quadro clínico definido levou os autores a relatarmos este caso. Estudamos esta entidade nos seus aspectos de patogenia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. Esta infecção atinge principalmente a região cérvico-facial, torácica e abdominal (intestino, útero e anexos). Quando ocorre no intestino, o local menos incomum é a região ileocecal. Mas pode ser visto, excepcionalmente, no cólon e na região anorretal. Ressaltamos que o comprometimento a nível entérico é ainda mais raro, podendo se manifestar após uma operação por apendicite aguda. O tratamento cirúrgico e medicamentoso adequados levam à cura sem deixar seqüelas.

**UNITERMOS:** actinomicose; actinomicose de cólon; actinomicose abdominal

A actinomicose é uma infecção bacteriana crônica, granulomatosa e supurativa, caracterizada pela propagação contígua, formação de abscessos e fístulas que eliminam grãos ("grânulos de enxofre"). Há quatro maneiras de se manifestar clinicamente: cérvico-facial, torácica, abdominal e disseminada<sup>(1)</sup>.

O agente causador desta infecção é o *Actinomyces israelii* que é componente da flora normal da cavidade oral. A *Actinomyces* torácica ocorre após a aspiração da bactéria da orofaringe, particularmente nos pacientes com mecanismos de defesa alterados.

Na forma abdominal da actinomicose a localização menos rara é na região ileocecal. No entanto pode afetar qualquer lugar do cólon, desde a região ileocecal até o ânus.

No comprometimento ileocecal a infecção se origina usualmente após um quadro de apendicite aguda perforada o que provavelmente facilita a saída do microorganismo da luz apendicular. Nada de anormal se observa na cirurgia, mas 2 a 3 semanas após, desenvolve-se uma massa dura na fossa ilíaca direita e em torno do trajeto do dreno, se a ferida foi drenada. A massa é indolor e cresce continuamente, podendo atingir o fígado ou rim. Se não ocorrer supuração, será difícil distinguir o processo de doença de Crohn, câncer de ceco ou cólon direito, abscesso apendicular e tuberculose. Persistindo o quadro, haverá saída de secreção purulenta podendo-se diagnosticar a doença pela natureza do pus, com seus grânulos amarelados e os actinomicetos nele contidos<sup>(2)</sup>.

O tratamento cirúrgico e medicamentoso apresenta bons resultados, sem recidiva, seqüelas ou morte<sup>(3)</sup>.

### Relato do Caso

Paciente de 62 anos, masculino, branco, lavrador, proveniente de Ibirá - SP, deu entrada no serviço de emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP com história de dor epigástrica mal caracterizada há oito dias, que nos últimos dois dias localizou-se na fossa ilíaca e flanco direito, tornando-se contínua e de forte intensidade, com irradiação para região lombar direita.

Concomitante ao quadro referia anorexia, febre de 38°C e parada de eliminação de flatos e fezes. Negava alterações urinárias, cardiovasculares e pulmonares. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico, com frequência cardíaca de 100 batimentos por minuto, pressão arterial de 120 x 80 mmHg, descorado ++/++ e desidratado. O abdome era doloroso à palpação difusamente, mais intenso em fossa ilíaca e flanco direito com Blumberg +, massa palpável em fossa ilíaca direita, ruídos hidroaéreos hipoativos e gânglios em cadeias inguinais bilaterais de aspecto inflamatório. Os exames complementares mostraram radiografia de abdome agudo com alça de delgado distendida em fossa ilíaca direita, hemograma com 15.700 leucócitos/mm<sup>3</sup> com desvio à esquerda e sedimento urinário normal.

O paciente foi levado à laparotomia exploradora onde foi encontrada uma massa de consistência endurecida de aspecto neoplásico que envolvia o ceco, íleo terminal e metade proximal do cólon ascendente, com infiltração do mesocólon e ausência de lesões nas demais estruturas abdominais. Foi realizada hemicolectomia direita com anastomose ileo-transversal látero-terminal. O paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. O exame anatomopatológico diagnosticou actinomicose (Fig. 1) de cólon direito com formação de abscesso em região pericecal.

Foi instituída como terapêutica, penicilina cristalina 16 milhões de unidades/dia por 30 dias e após eritromicina 2 g/dia durante seis meses.

Atualmente com 10 meses de seguimento o paciente encontra-se assintomático e sem sinais de recidiva.

### DISCUSSÃO

O *Actinomyces israelii*, principal agente da actinomicose, é componente da flora normal da cavidade oral. É uma

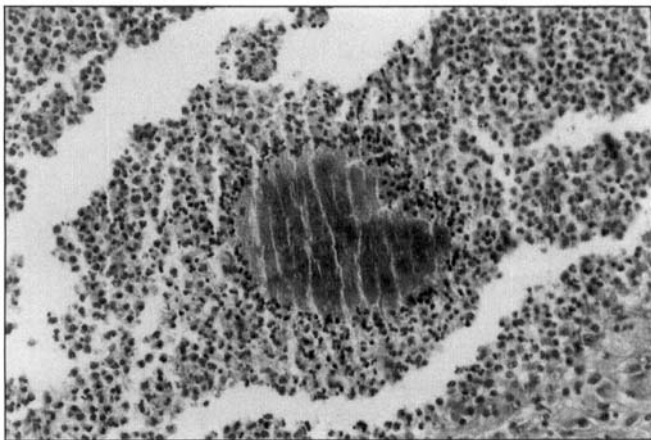


Fig. 1 - Achado anatomopatológico onde é visto actinomiceto central circundado por abscesso.

microbactéria de baixa virulência incapaz de penetrar na mucosa íntegra. Têm sido identificadas outras bactérias associadas, tais como o *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, contribuindo para a patogenia da lesão, de tal forma que a actinomicose é uma infecção mista<sup>(3)</sup>.

Na forma abdominal geralmente o quadro se manifesta após uma apendicectomia com apêndice roto, o que não foi o caso deste paciente. Supõe-se que pode até ter ocorrido uma forma leve de apendicite resolvida clinicamente, mas que evoluiu para a formação de uma massa na região ileocecal, levando a um quadro abdominal agudo infeccioso com oclusão intestinal.

As hipóteses diagnósticas pré-operatórias fundamentaram-se basicamente na enorme massa abdominal. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histopatológico.

Uma das manifestações da actinomicose abdominal pode ser o abscesso hepático que não foi encontrado neste paciente<sup>(4)</sup>.

O agente etiológico mais comum na infecção humana é o *Actinomyces israelii*, mas pode ser causada também pelo *A. naesundii*, *A. viscosus*, *A. odontolyticus*, *A. meyeri*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Propionibacterium acnes*, *P. propionicum* e *Rothia dentocariosa*. Os actinomicetos são bactérias anaeróbias ou facultativas, Gram-positivas e não são ácido-resistentes, difíceis de serem cultivados. Todos pertencem à flora oral, intestinal e vaginal normal, não sendo isolados no meio ambiente<sup>(3, 5, 8, 11)</sup>. Incidem no mundo todo e não estão relacionadas ao sexo, idade, raça, profissão e área geográfica. Ocorrem em outras espécies animais (bovinos e suínos) mas não são transmissíveis ao homem<sup>(5, 7, 8, 10)</sup>. Os mecanismos de defesa normais do hospedeiro são altamente eficazes contra esta bactéria, sendo necessário um trauma inicial causando uma solução de continuidade e presença de tecidos desvitalizados para viabilizar a invasão tecidual. Se a resposta supurativa não erradica a bactéria, ocorre uma reação inflamatória granulomatosa com intensa fibrose. A disseminação ocorre por contiguidade sem respeitar os limites do órgão lesado produzindo trajetos fistulosos<sup>(5, 7, 8, 10, 11)</sup>. Caracteriza-se histologicamente por ser um processo supurativo granulomatoso e fibrótico no qual os grãos são uma importante característica. Quando corados pela hematoxilina-eosina os grânulos apresentam um centro basofílico com raios eosinofílicos<sup>(5-8, 10, 11)</sup>. Apresenta-se de quatro formas: a

actinomicose cérvico-facial (60%), abdominal (20%), torácica (15%) e disseminada (5%)<sup>(5-8, 10, 11)</sup>. A forma abdominal surge semanas ou meses após uma perfuração da mucosa do trato gastrointestinal. A maioria dos casos ocorre na fossa ilíaca direita, sendo difícil diferenciar de um quadro de apendicite aguda. Pode afetar outras estruturas abdominais por contiguidade, especialmente o fígado, podendo acometer também o rim, coluna lombar, pelve, parede abdominal e pulmões. A presença de fístulas com drenagem de grânulos sugere o diagnóstico e deve-se considerá-la até em casos de fístulas e abscessos perianais e peri-retais<sup>(5, 7, 10-12)</sup>. A incidência de actinomicose abdominal vem aumentando com o uso do DIU (dispositivo intra-uterino) com comprometimento de anexos e outras estruturas pélvicas<sup>(6, 7, 11)</sup>. A doença ileocecal pode ser confundida com apendicite, carcinoma de ceco, doença de Crohn, tuberculose e amebíase. Quando atinge a região anorretal a Actinomicose é semelhante à doença de Crohn e tuberculose<sup>(1, 2, 4)</sup>. O diagnóstico é feito pela detecção do *A. israelii* na secreção purulenta das fístulas ou aspirado do abscesso. Os grãos sulfurosos podem ser facilmente reconhecidos.

O tratamento é com penicilina ou tetraciclina. Há atualmente tendência de se tratar inicialmente com altas doses de tetraciclina por se achar que ela é mais efetiva. Mas o resultado do tratamento com a penicilina é muito bom e preferido pela maioria dos autores. Também podem ser prescritos amoxicilina, eritromicina, clindamicina ou ampicilina. O tratamento é prolongado, embora ainda não esteja definido por quanto tempo deva ser realizado. O resultado é excelente, havendo melhora acentuada, sendo que, atualmente, raramente ocorrem seqüelas, recidivas ou óbitos.

---

#### NETINHO JG, CUNRATH GS & SILVA J - Actinomycosis of right colon.

**SUMMARY:** Right colon actinomycosis for its rare occurrence, but with a well-defined clinical picture led the authors to report this case. They study this entity in its aspects of pathogenesis, clinical manifestation, diagnosis and treatment. They point out that the compromising of the intestinal level is even rarer and can be manifested after an acute appendicitis operation. Adequate surgical and medicamentous treatment lead to the cure without sequelae.

**KEY WORDS:** actinomycosis; colon actinomycosis and abdominal actinomycosis

---

#### REFERÊNCIAS

1. D Rutz DJ. Actinomicose. Cecil Tratado de Medicina Interna 1984; 2: 1557-1558.
2. Coligher J. Cirurgia do Ânus Reto e Colo 1990; 2: 1110-1111.
3. Veronesi R, Focaccia R. In: Tratado de Infectologia Micose. Severo LC, Londero AT, cap 82, vol. II, pág. 1015-1057 (Actinomicetoses 1029-1034) 2ª ed. 1996.
4. Miyamoto MI, Fang F. Pyogenic liver abscess involving Actinomyces: case report and review. Clin Infect Dis 1993; 16: 303-309.
5. Bannura G. Abdominal actinomycosis. Rev Med Chile 1994; 122(11): 1307-1315.

6. Bennhoff DF. Actinomycosis - Diagnostic and therapeutic considerations and review of 32 cases. *Laryngoscope* 1984; 94(9): 1198-1217.
7. Kaya E, Yilmazlar T, Emiroglu A, Zorluoglu A, Bayer. Actinomycosis colonic - Report of case and review of the literature. *Surg Today* 1995; 25(10): 923-926.
8. Nayar M, Chandra M, Chitraratha K et al. Incidence of actinomycosis infection in women using contraceptive devices. *Acta Cytol* 1985; 29:111.
9. Nugteren SK, Ouwendijk RJ, Jonkman JG, Straub M, Dees A. Colitis and lower abdominal mass by actinomyces israelii in a patient with IUD. *Neth J Med* 1996; 49(2): 7376.
10. Muller R, Winkler R, Dunker H, Heussermann H. Acute abdomen in abdominal actinomycosis. *Leber-Magen-Darm* 1996; 26(2): 1091-12.
11. Robins Cotran, Kumar. *Patologia Estrutural Funcional*, 4ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
12. Goldwag S, et al. Case report: percutaneous drainage of periappendiceal actinomycosi. *Clin Radiol* 1991; 44: 422-424.
13. McNeil MM, Brown JN. The medically important aerobic actinomycetes. epidemiology and microbiology. *Clin Microbiol Rev* 1994; 7: 357-417.
14. Farthing MIG, Barsoum MM, Habr-Gama A. In *Surgery of the Anus, Rectum and colon*, Keighley MRB, Willians NS, vol. 2, Tropical Coloproctology, cap 68, 2223-2261, 1993.

**Endereço para correspondência:**

João Gomes Netinho  
Rua San Francisco, 481  
Condomínio Débora Cristina  
15093-000 – São José do Rio Preto – SP