

# Masa pulmonar en paciente de 41 años

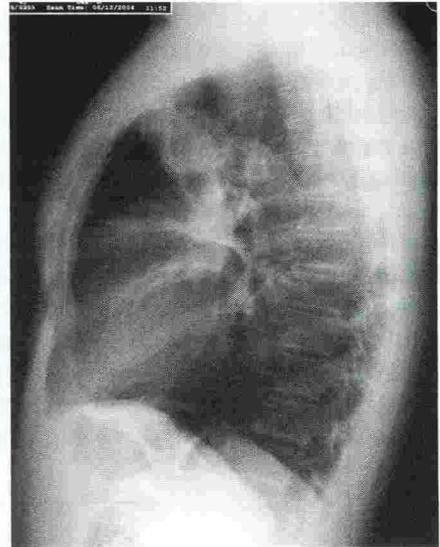
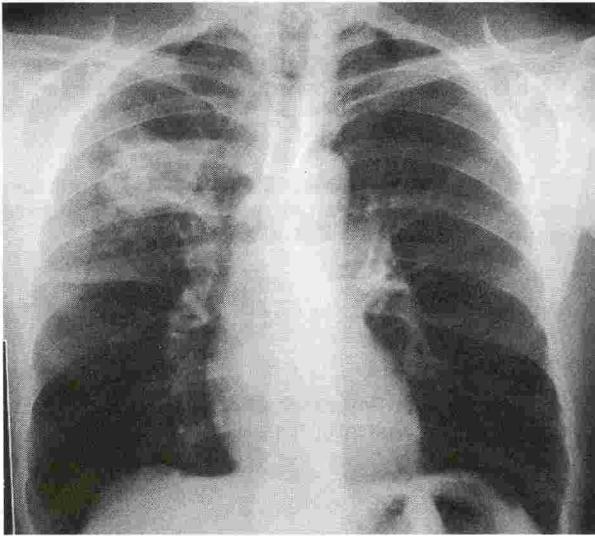
## Pulmonary mass in 41 years old patient

Aura Lucía Rivera B., MD\*; Jorge Alberto Carrillo B., MD\*\*; Paulina Ojeda L., MD\*\*\*

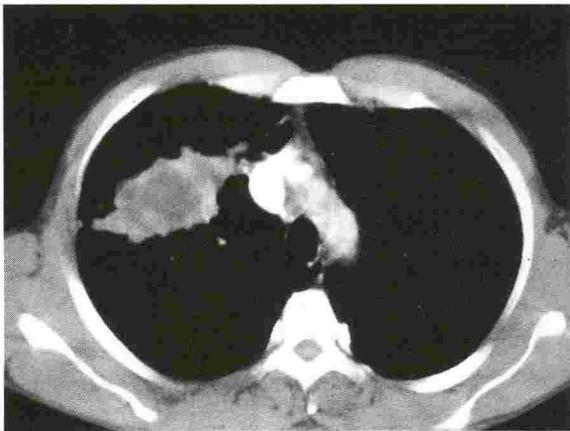
### HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 41 años de edad, sexo masculino, inmunocompetente, con cuadro clínico de nueve meses de evolución consistente en tos con expectoración mucosa y de cuatro días con hemoptisis. No refería fiebre ni pérdida de peso. Examen físico normal.

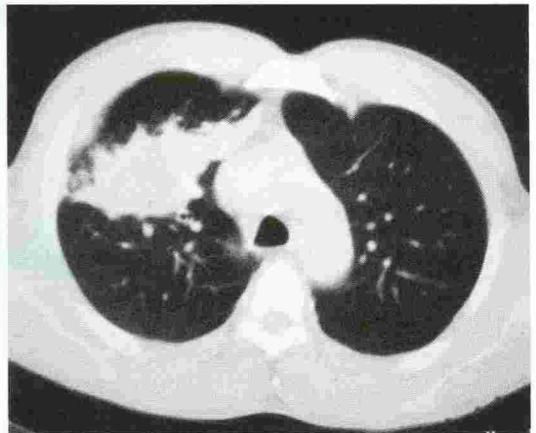
Se practicó fibrobroncoscopia, la cual evidenció endobronquitis purulenta. Baciloscopia negativa, KOH negativo.



**Figuras 1 y 2.** Radiografía de tórax P-A y lateral. Masa de contornos mal definidos con ocupación alveolar perilesional en el lóbulo superior derecho.



**Figura 3.** TAC de tórax con ventana para mediastino. Masa de morfología ovoide y contornos espiculados con centro hipodenso.



**Figura 4.** TAC de tórax con ventana para parénquima pulmonar. Opacidades parenquimatosas perilesionales.

\*Médica Radióloga. Hospital Santa Clara. Universidad El Bosque.

\*\*Médico Radiólogo. Hospital Santa Clara. Universidad Nacional de Colombia.

\*\*\*Médica Patóloga. Hospital Santa Clara. Universidad El Bosque.

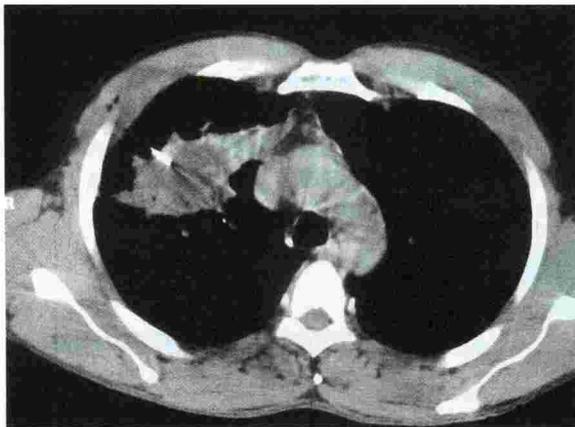
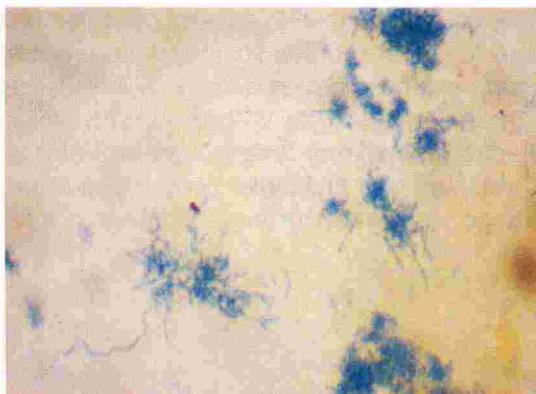
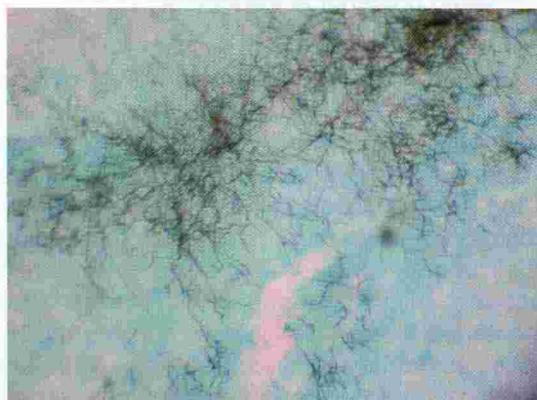


Figura 5. TAC de tórax BACAF bajo guía tomográfica.



BACAF Masa pulmonar bacterias filamentosas Gram (+) Coloración de Gram 10X.



BACAF Masa pulmonar. Acúmulo de bacterias filamentosas. Coloración GROCOT 40X.

## DIAGNÓSTICO

Actinomicosis pulmonar.

## DISCUSION

La actinomicosis es una infección poco frecuente causada por el *Actinomyces spp.* El *Actinomyceataceae* fue descrito en el siglo XIX y erróneamente clasificado como hongo. Su nombre se deriva del vocablo griego *aktino*, el cual se refiere a la apariencia radiada de los gránulos de sulfuro y *mykos*, por su condición "micótica". La primera descripción de actinomicosis en humanos fue publicada en 1857 y la presentación torácica se informó 25 años después. En la actualidad se sabe que la actinomicosis es causada por una bacteria Gram positiva filamentosanaerobia, de la familia de los *Actinomyceataceae* que se encuentra normalmente colonizando la orofaringe, el tracto gastrointestinal y los genitales femeni-

nos. Seis grupos de esta especie se han descrito en humanos, incluyendo el *A. israelii*, *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri* y *A. gerencseriae*, siendo el primero el responsable de la mayoría de las infecciones en el hombre (1).

La presentación cervicofacial es la más frecuente (50%). El compromiso pleuropulmonar representa el 15% de los casos de actinomicosis y se asocia a aspiración de secreciones orofaríngeas o gastrointestinales. Se han descrito casos de infección abdominal (ileocecal), pélvica (genital), cardíaca, esplénica, hepática, cerebral, del tracto urinario y del sistema musculoesquelético. En estos pacientes se encuentran masas densas con compresión o invasión local de las estructuras adyacentes y de las barreras anatómicas incluyendo tejido fibroso, cartílago y hueso, simulando lesiones neoplásicas.

Característicamente el compromiso pleuropulmonar se presenta en pacientes inmunocompetentes, con edades comprendidas entre los 15 y 35 años,

aunque puede encontrarse a cualquier edad y el cuadro clínico incluye: tos, expectoración purulenta (con gránulos de sulfuro), fiebre, dolor torácico y pérdida de peso. Ocasionalmente el derrame pleural drena espontáneamente a la pared torácica, complicación conocida como "empiema necessitatis". Es frecuente en el examen físico de estos pacientes la presencia de gingivitis y una pobre higiene oral (1,2).

Los hallazgos radiológicos de la actinomicosis torácica son inespecíficos y pueden sugerir patología infecciosa o neoplásica. Los estudios de imágenes son útiles para definir la extensión del proceso inflamatorio, realizar biopsias percutáneas y para el seguimiento posterior al tratamiento (3,4,6).

Las alteraciones en la radiografía convencional están relacionadas con la evolución del cuadro. Inicialmente se encuentran opacidades parenquimatosas de patrón alveolar, no segmentarias, que pueden ser multifocales (hallazgos similares a los descritos en patologías infecciosas de otra etiología). Con el progreso de la enfermedad, sin tratamiento adecuado, el parénquima comprometido puede presentar necrosis y cavitación, con formación de absceso pulmonar. La infección puede extenderse a la cavidad pleural con derrame de volumen variable y empiema (3,4). El compromiso de la pared torácica, que incluye osteomielitis costal, se presenta por extensión del derrame pleural

La TC es más útil que la radiografía convencional en la valoración del paciente con sospecha de actinomicosis torácica, especialmente por la posibilidad de realizar ventanas óseas que permitan la identificación temprana de erosiones costales y osteomielitis. Los hallazgos tomográficos incluyen consolidación parenquimatosa multilobar, nódulos, cavitación, engrosamiento y derrame pleural, adenomegalias hiliares y mediastinales. La consolidación asociada a áreas de baja atenuación en su interior es característica de la fase crónica y se acompaña de opacidades alveolares con presencia de broncograma aéreo que pueden extenderse a la pleura adyacente y a la pared torácica (3). El derrame pleural asociado puede ser escaso, moderado o masivo y en ocasiones se observa derrame pericárdico secundario a pericarditis.

Otros hallazgos imagenológicos frecuentes incluyen la presencia de masas usualmente periféricas las cuales pueden ser uni o multifocales y ocupan los lóbulos superiores (38-56%) o los inferiores (25-88%), la cavitación con paredes gruesas e irregulares (27-62%) y la invasión a la pared torácica (12- 60%) (3,5).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debido a su presentación clínica y a los hallazgos imagenológicos, el diagnóstico diferencial de la actinomicosis incluye: tuberculosis, entidades neoplásicas (carcinoma escamocelular primario de pulmón, lesiones metastásicas o linfoma), vasculitis (granulomatosis de Wegener), otras lesiones cavitadas (bacteriana, fúngicas, parasitarias y no-cardiosis), y otras entidades como bronquiectasias quísticas, secuestro broncopulmonar e infartos pulmonares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. G.F. Mabeza and J. Macfarlane. Pulmonary actinomyosis. *Eur Respir J* 2003; 21:545-551.
2. Jensen BM, Kruse-Anderson S, Anderson K. Thoracic actinomyosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1989;23:181-184.
3. Kwong JS, Müller NL, Godwin JD, Aberle D, Grymaloski MR. Thoracic actinomyosis: CT findings in eight patients. *Radiology* 1992;183:189-192.
4. Hsieh M-J, Lui H-P, Chang J-P, Chang C-H. Thoracic actinomyosis. *Chest* 1993;104:366-370.
5. B D. Sarodia, C Farver, S Erzurum, J R. Maurer. A Young Man With Two Large Lung Masses. *Chest*. 1999;116:814-818.
6. Tastepe AI, Ulasan NG, Liman ST, Demircan S, Uzar A. Thoracic actinomyosis. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1998; 14(6):578-83.