Actinomicose ovariana em paciente não usuária de dispositivo intrauterino

Ovarian Actinomycosis in a non-IUD user

Taniela Marli Bes[1], Guilherme José Morgan[1], Eduardo de Barros Coelho Bicca[2], Eduardo Schmidt Jannke[3], Pedro Costa Paixão[3], Márcia Ribeiro Duarte[4], Heitor Alberto Jannke[5]

RESUMO

Neste relato é descrito caso de Actinomicose ovariana, estendendo-se ao epíploon, em mulher de 49 anos não usuária de DIU, com dor abdominal, febre, diarreia, massa abdominal palpável e irritação peritoneal, que foi submetida à laparotomia exploradora, seguida de ooferectomia unilateral, devido a abscesso tubo ovariano esquerdo.

UNITERMOS: Actinomicose, Dor Abdominal, Abscesso.

ABSTRACT

Here we report the case of ovarian Actinomycosis extending to the omentum, in a non-IUD user, a 49-year-old woman with abdominal pain, fever, diarrhea, palpable abdominal mass and peritoneal irritation, who underwent laparotomy followed by unilateral oophorectomy due to left tube ovarian abscess.

KEYWORDS: *Actinomycosis, Abdominal Pain, Abscess.*

INTRODUÇÃO

Actinomicose é uma infecção bacteriana, rara, causada pelo *Actinomyces israelli,* um bacilo anaeróbio facultativo, gram positivo, que habita a orofaringe, trato genital e intestinal (1-6). É mais frequente em mulheres (5) por volta dos 37 anos (1) e está habitualmente relacionada ao uso de dispositivo intrauterino (DIU), visto que o seu fio de controle impede a formação do muco protetor (7). Também possui risco aumentado em mulheres com múltiplos parceiros sexuais (3) e com cirurgias prévias (8). A actinomicose pélvica é bastante infrequente, acometendo tubas uterinas e ovários, sendo inicialmente indistinguível de outras doenças inflamatórias pélvicas (DIP) (3).

Dessa forma, com o objetivo de aplicar a actinomicose ovariana como hipótese diagnóstica precoce, evitando complicações, reportamos um raríssimo caso de paciente não usuária de DIU, o qual, mesmo de difícil diagnóstico, é de fácil tratamento, quando não complicado.

RELATO DO CASO

Paciente, feminino, 49 anos, que apresenta dor abdominal intensa e difusa, associada à febre e diarreia três dias antes. O exame clínico mostrava sinais de irritação peritoneal, com massa abdominal palpável em fossa ilíaca esquerda. O hemograma demonstrou intensa leucocitose com desvio à esquerda, enquanto a ultrassonografia pélvica e abdominal evidenciou líquido livre na cavidade peritoneal e massa volumosa em região anexial esquerda.

[1] Acadêmica de Medicina.
[2] Professor-adjunto de Patologia da Universidade Católica de Pelotas.
[3] Médico Residente da Universidade Federal de Pelotas.
[4] Médica Patologista.
[5] Professor-titular da Universidade Católica de Pelotas, especialista em Patologia.

Na laparotomia exploradora, encontrou-se tumor de aspecto inflamatório em topografia ovariana esquerda, o qual estava aderido à parede vesical, ao útero e ao intestino delgado, drenando intensa supuração para a cavidade abdominal. No transoperatório, foi realizada ooforectomia unilateral devido ao abscesso tubo-ovariano esquerdo.

O exame anátomo-patológico apresentou ovário pesando 173,0g e medindo 8,5 x 6,0 x 6,0 cm nos seus maiores eixos, assim como extensas áreas hemorrágicas e marcada deposição de fibrina na superfície externa, com porções de epíploon aderidas. Ao corte, o ovário mostrava múltiplas zonas cavitárias de conteúdo purulento e necrótico (figura 1), com áreas de padrão sólido, pardo-acinzentadas e foscas. Na microscopia, pela coloração por hematoxilina e eosina (HE), foram encontradas várias colônias bacterianas (figuras 2 e 3) características em meio à intensa supuração, as quais se mostraram, ainda, coradas positivamente na coloração por ácido periódico de Schiff (PAS) (figuras 2 e 3); ainda, na margem foram evidenciadas nítidas estruturas filamentares, selando o diagnóstico definitivo de actinomicose ovariana. Após a cirurgia, a paciente iniciou antibioticoterapia com Ampicilina, Metronidazol e Gentamicina. Na investigação complementar, com esfregaços vaginais da ectocérvice e fundo de saco, foram encontradas típicas colônias de actinomices. Assim, trocou-se o esquema antimicrobiano para Penicilina G Cristalina. Após ser realizado tratamento medicamentoso, a paciente ficou assintomática, e o citopatológico de colo uterino, de controle, foi negativo.

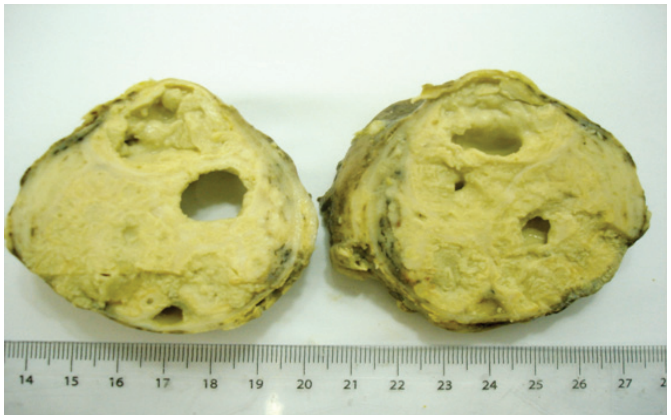


FIGURA 1 – Cortes de ovário aumentado de volume com cavidades de conteúdo purulento.

DISCUSSÃO

O *Actinomyces Israelli* é um patógeno oportunista, que pode habitar de forma saprófita determinadas regiões do organismo humano, mas pode tornar-se patológico no trato geniturinário (3), sendo que as formas buco-cérvico-facial, pulmonar e íleo-cecal são as formas clínicas clássicas. A contaminação pode ocorrer por contato direto com o agente causador através de penetração em tecido lesado, manipulação cirúrgica (3), prática de sexo oral e disseminação hematogênica (9).

O risco de *Actinomyces* em esfregaços cervicais de usuárias de DIU é muitas vezes maior em relação às usuárias de outros métodos anticoncepcionais (3), tornando o presente caso ainda mais inusitado, visto que ocorreu em paciente não usuária de DIU.

A doença pode manifestar-se localmente ou atingir estruturas anatômicas adjacentes (1), como nesse caso, que se estendeu ao epíploon (figura 4). Ela é caracterizada por múltiplos abscessos e pela formação de tecido de granulação e fibroso (2, 4). Sua clínica cursa com dor abdominal, febre, náuseas, leucocitose, DIP (2, 5), calafrios, hipermenorreia (3) e fístulas em fases mais avançadas (10). A actinomicose pélvica, em particular, manifesta-se na forma de salpingo-ooforite (11). É uma patologia de difícil diagnóstico, sendo as hipóteses iniciais, geralmente, de tumor uterino, ovariano (1-3, 5), ou doenças inflamatórias do intestino (6).

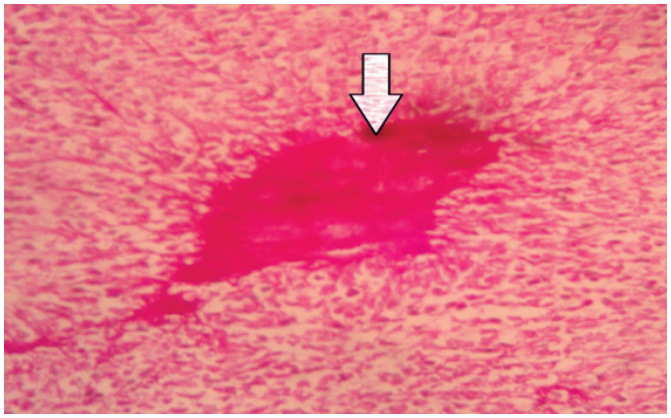


FIGURA 2 – Colônia de *Actinomyces* em tecido ovariano corada positivamente (PAS, 100X).

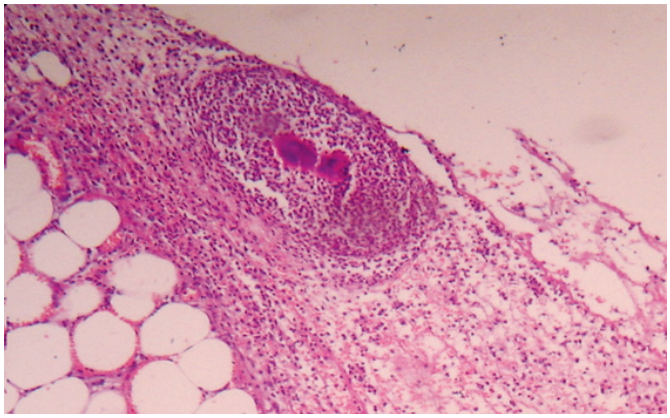


FIGURA 3 – Colônia de *Actinomyces* em microabscesso de epíploon (HE, 40X).

Os exames de imagem são inespecíficos e raramente levam ao diagnóstico correto (2, 4), sendo a tomografia computadorizada a modalidade mais utilizada, pois revela a extensão da inflamação e o grau de comprometimento visceral (8), assim como a biópsia aspirativa guiada por ultrassom (11). O exame anátomo-patológico com coloração por PAS ou a imunofluorescência são o padrão ouro para o diagnóstico (2, 3).

O *Actinomyces Israelli* tem boa resposta à penicilina em altas doses e por períodos prolongados, sendo recomendado o tratamento cirúrgico quando há resposta inadequada ao antibiótico ou formação de abscessos. Após a ressecção cirúrgica completa, muitas vezes a antibioticoterapia se torna desnecessária (8). Se o patógeno for encontrado em citopatológicos de colo uterino, o antibiótico está indicado com intenção de erradicá-lo (8). Os esfregaços citopatológicos ectocervicais foram positivos para a bactéria, o que reforça a rota ascendente como via de envolvimento ovariano, no presente caso.

COMENTÁRIOS FINAIS

Ressaltamos a importância de se considerar a actinomicose ovariana como alternativa diagnóstica, mesmo em paciente não usuária de DIU e em faixa etária não habitual, principalmente quando apresentar as alterações clínicas sugestivas de DIP, uma vez que o diagnóstico precoce aumenta a chance de resposta ao tratamento conservador e diminui a incidência de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Anteby EY, Rahav G, Hanoch J, Shimonovitz S, Yagel S, Laufer N. Ultrasound-Guided Transvaginal Aspiration in the Management of Actinomyces Pelvic Abscess. Infect Dis Obstet Gynecol. 1996;4:298-300.
2. Chen KC, Lin CM, Hsieh TS, Lo WO, Cheng YL, Chen SK. Pelvic Actinomycosis with Vesical Invasion.J Urol R.O.C. 2000;11:31-4.
3. Costa Z, Ruas NMC, Sobrinho CLN, Barbosa GGA, Sadigursky M, Junior AAB. Actinomyces-like organisms in the cervical Papanicolaou-stained smears of intrauterine device (IUD) users. R Ci med biol. 2004;3(2):159-64.
4. Kim SH, Kim SH, Yang DM, Kim KA.Unusual Causes of Tubo-Ovarian Abscess: CT and MR Imaging Findings.RadioGraphics. 2004;24:1575-89.
5. Marella VK, Hakimian O, Wise GJ, Silver DA. Pelvic Actinomycosis. Urologic Prespective. Int Braz J Urol. 2004;30(5):367-76.
6. Sakrak O, Muderrisoglu I, Bedirli A, Ince O, Canoz O. Abdominal Actinomycosis Appearing as an Intraabdominal Tumoral Mass. Turk J Med Sci. 2003;33:53-5.
7. Tamer A, Gunduz Y, Karabay O, Mert A. Abdominal Actinomycosis: a Report of Two Cases. Acta Chir Belg. 2006;106:351-3.
8. Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. Int J Surg.2007;5:441-8.
9. Lee YK, Bae JM, Park YJ, Park SY, Jung SY. Pelvic actinomycosis with hydronephrosis and colon stricture simulating an advanced ovarian cancer. J Gynecol Oncol. 2008;19(2):154-6.
10. Tzeng YS, Chu PW, Peng YJ, Hsiao CW, Yeh CC, Liu JY. et al.Pelvic Actinomycosis Mimicking Advanced Colon Cancer.J Med Sci. 2004; 24(2):113-6.
11. Lely RJ, Van Es HW. Pelvic Actinomycosis in Association with an Intrauterine Device.Radiology. 2005;236(2):492-4.

✉ Endereço para correspondência
Taniela Marli Bes
Rua Santa Cruz, 1470/1505
96.015-710 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 3303-4544 / (53) 9942-1085
💻 tanielabes@hotmail.com

Recebido: 25/7/2012 – Aprovado: 15/9/2012