

ACTINOMICOSE MANDIBULAR CRÓNICA. IMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS E INFECCIOSAS:

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

CHRONIC MANDIBULAR ACTIMYCOSIS. ANESTHETIC AND INFECTIOUS IMPLICATIONS: A CASE REPORT

Chaves, Ana¹; Madeira, Catarina²; Carvalho, Sandra³

¹ Interna do Internato Complementar de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia do Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal.
² Interna do Internato Complementar de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia do Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.
³ Assistente Hospitalar de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia do Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal.

RESUMO

Doente do sexo feminino, 18 anos, raça negra, natural da Guiné-Bissau, com quadro clínico com 8 anos de evolução, de sinais inflamatórios ao nível de ambos os ângulos da mandíbula, com nódulos palpáveis e drenagem espontânea de material aquoso não purulento, após exodontia de molar mandibular. Para diagnóstico definitivo foi colocada indicação para biópsia mandibular sob anestesia geral. Na avaliação pré-operatória destacava-se uma via aérea previsivelmente muito difícil: mallampati IV, micrognátia com abertura da boca muito limitada (1 cm), distância tiromentoniana < 6 cm e mobilidade cervical limitada, pelo que se programou intubação endotraqueal guiada por fibroscopia. Procedeu-se à intubação nasotraqueal guiada por fibroscopia com tubo 7,0 com cuff, sob sedação endovenosa com midazolam e fentanil, sem intercorrências. A apresentação deste caso tem como objectivo realçar as dificuldades inerentes ao diagnóstico de actinomicose com frequente necessidade de procedimentos invasivos, sob anestesia geral, o que condiciona um risco anestésico importante associado à dificuldade na abordagem da via aérea.

Palavras chave: actinomicose mandibular crónica, micrognátia, abordagem anestésica.

ABSTRACT

We report the case of an 18 years old African female, with an 8 years clinic evolution of inflammatory signs in both mandibular angles, with palpable nodularity and spontaneous drainage of non purulent aqueous material, after extraction of a mandibular molar. She was scheduled for mandibular biopsy under general anesthesia for definitive diagnostic. On preoperative evaluation she had a predicted extremely difficult intubation: mallampati grade IV, micrognathia with limited mouth opening (1cm), thyromandibular distance less than 6 cm and limited cervical mobilization. She was programmed for endotracheal intubation under fibroscopic guidedance. After endovenous sedation with midazolam and fentanil a fibroscopic nasotracheal intubation with a 7,0 cuffed endotracheal tube was established, without complications. This case demonstrates that actinomycolosis is difficult to diagnose with frequent recourse to invasive procedures like biopsy under general anesthesia to definitive diagnostic, witch involves an important anesthetic risk associated with difficult airway.

Keywords: chronic mandibular actinomycolosis, micrognathia, anesthetic management.

CORRESPONDÊNCIA

anateresachaves@gmail.com

Introdução

A actinomicose é uma doença transmissível causada por bacilos gram-positivos, mais frequentemente *Actinomyces israelii*.^I O ponto chave para o desenvolvimento da infecção é a ruptura da barreira mucosa, associada a má higiene oral, traumatismos ou corpos estranhos faciais, radioterapia ou cirurgias oncológicas da cabeça e pescoço e, no caso apresentado, alterações congênicas da mandíbula. Esta infecção caracteriza-se por uma tríade de cronicidade, progressão através de pontes teciduais com destruição associada e aspectos nodulares que mimetizam malignidade, de evolução subaguda e/ou supurativa a crônica.^{II, III}

Em 50 a 70% dos casos a apresentação é cervico-facial embora também possa ter uma apresentação torácica, abdominal ou genital feminina, entre outras.

Este caso clínico tem como objectivo enfatizar as dificuldades inerentes ao diagnóstico desta patologia bem como a interferência da mesma na abordagem anestésica.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 18 anos, raça negra, natural da Guiné-Bissau, proposta para biópsia mandibular diagnóstica sob anestesia geral (AG).

História da doença actual caracterizada por sinais inflamatórios ao nível de ambos os ângulos da mandíbula, com nódulos palpáveis e drenagem espontânea de material aquoso não purulento, com 8 anos de evolução após exodontia de molar mandibular.

Transferida do país de origem para consulta de Cirurgia Plástica por suspeita de neoplasia mandibular e avaliação das deformidades faciais quanto à sua indicação cirúrgica, sobretudo a limitação mobilidade da articulação temporo-mandibular, com interferência na mastigação.

Pré-operatório

Doente do sexo feminino, 18 anos, raça negra, 56 kg e 1,62 m de altura.

Na consulta de anestesia a doente apresentava bom estado geral, corada e hidratada. Vigil, consciente e orientada temporo-espacialmente. Apirética. Pressão arterial: 112-60 mmHg; pulso: 94 bpm, rítmico regular e amplo.

Crânio e face: tumefacção bilateral do ângulo da mandíbula com cicatrizes de fistulização à pele e fistula drenante à esquerda. Tumefacção do um terço cervical superior. Sem adenopatias palpáveis.

Avaliação da via aérea: via aérea previsivelmente muito difícil; mallampati IV, micrognátia com abertura da boca muito limitada (1 cm), distância tiromentoniana < 6 cm e mobilidade cervical limitada.

Sem alterações torácicas, abdominais ou dos membros.



Figura 1. Micrognátia e sinais inflamatórios mandibulares condicionados pela actinomicose.

Exame neurológico sumário normal.

Nos exames complementares diagnóstico destacava-se eosinofilia. Serologia do VIH e hepatites negativas. TAC cervico-facial: "marcadas alterações da morfologia da mandíbula atribuíveis à franca destruição dos ramos ascendentes e côndilos sem articulação ao temporal, condicionadas pelo processo inflamatório activo, mas também em relação com hipoplasia congénita com micrognátia(...). Quistos bilaterais das regiões subcondilianas com zonas de deiscência e com conteúdo quístico com continuidade às partes moles subjacentes(...). Classificada ASA II para o estado físico, segundo a American Society of Anesthesiology.

Programou-se intubação endotraqueal guiada por fibroscopia.

Intra-operatório

Procedeu-se à intubação nasotraqueal guiada por fibroscopia com tubo 7,0 com cuff, sob sedação endovenosa com midazolam e fentanil. Posteriormente técnica de AG balanceada, com manutenção inalatória, sem intercorrências.

Pós-operatório

Terapêutica antibiótica empírica com penicilina G cristalina por via endovenosa.

Exame anatomo-patológico directo do material de biópsia: "produto constituído por osso necrosado, numerosas colónias com as características histológicas de *Actinomyces*, focos de infiltrado com neutrófilos e tecido de granulação".

Após isolamento de *peptostreptococcus micros* no exsudado colhido aquando da realização de biópsia óssea a terapêutica foi alterada para clindamicina por via endovenosa (durante 20 dias, passando depois à via oral). Realizou terapêutica com amicacina endovenosa por isolamento de *Klebsiela pneumoniae* no líquido de drenagem das fistulas, que foi posteriormente interrompida

por se considerar tratar-se de colonização nosocomial. Para investigação da eosinofilia fez colheita de fezes para detecção de quistos, ovos e parasitas, que foi negativa, sendo positiva a serologia para *larva migrans*. Cumpriu terapêutica com albendazol por via oral, tendo o diagnóstico sido posteriormente confirmado por *immunoblotting*.

Aos 6 meses de seguimento a doente apresentava-se sem sinais inflamatórios agudos ao nível da face e com indicação para intervenção cirúrgica reconstrutiva da face.

Discussão e Conclusões

Este caso demonstra que a actinomicose condiciona dificuldades diagnósticas, podendo mimetizar uma neoplasia pela sua apresentação clínica como uma massa cervico-facial de evolução indolente. Esta doente foi enviada do seu país de origem para esclarecimento diagnóstico, o que conduziu à necessidade de biópsia sob AG, condicionando um risco anestésico importante associado à dificuldade na abordagem da via aérea. Do ponto de vista anestésico, a microstomia e micrognátia marcadas, a imobilidade da articulação tempero-mandibular destruída e todo o edema cervico-facial com mobilidade cervical muito limitada antecipavam uma via aérea de risco para a situação de “não intubo, não ventilo”, pelo que a programação de uma intubação endotraqueal guiada por fibroscopia sob ventilação espontânea surge como o método de eleição para a abordagem desta doente.^{IV}

Neste caso, após indução anestésica, a oxigenação e ventilação por máscara facial podem ser problemáticas por défice de adaptação e/ou obstrução à passagem do ar após perda dos reflexos da via aérea. A utilização de acessórios da via aérea, como é o caso da máscara laríngea, também não constitui uma alternativa viável, uma vez que esta doente não abria a boca mais do que 1 cm, o que é claramente insuficiente mesmo para a colocação de uma máscara laríngea pediátrica. Mesmo as manobras *life saving* das situações em que não se consegue garantir a oxigenação e ventilação do doente são pouco seguras e fiáveis, uma vez todas as estruturas anatómicas cervicais estão alteradas pelo processo infeccioso cervical e a traqueotomia de emergência pode fracassar.

Do ponto de **vista infeccioso** este caso ilustra bem as características clínicas das infecções por *Actinomyces spp*, com uma evolução clínica prolongada e cicatrização viciosa numa doente com terreno anatómico propício e traumatismo oral provavelmente associado a higiene oral deficiente.^{II,V,VI,VII} O recurso a métodos invasivos para obter amostras para análise microbiológica não é raro, apesar do pequeno número de **casos** em que se consegue a identificação microbiológica da espécie, tal como

aconteceu no caso desta doente. Outra característica da actinomicose aqui presente é a existência de co-patogénios que parecem facilitar o início e perpetuação da infecção (isolamento de um peptostreptococcus micros no exsudado das fistulas).

Segundo a literatura o envolvimento perimandibular dos tecidos moles é a apresentação clínica mais frequente, sendo que a osteomielite por actinomicose é menos habitual, embora presente com gravidade no caso desta doente, provavelmente pelas alterações ósseas congénitas que esta apresentava.

Estas infecções caracterizam-se pela necessidade de um tratamento antibiótico prolongado durante 6 a 12 meses,^V encontrando-se a doente sob terapêutica antibiótica oral aos seis meses de seguimento.

A título de conclusão, esta doente apresenta um quadro infeccioso raro e difícil de diagnosticar que colocou a indicação para a realização de biópsia diagnóstica sob AG, destacando-se que a entubação guiada por fibroscopia em ventilação espontânea constitui a primeira escolha na abordagem da via aérea desta doente, nomeadamente em procedimentos reconstrutivos da face futuros.

BIBLIOGRAFIA

- I. Brooks GF, Butel JS, Morse SA. *Medical Microbiology*. 23rd ed. Lange 2004.
- II. Gupta DS, Gupta MK, Naidu NG. Mandibular osteomyelitis caused by *Actinomyces*. *J. Maxillofac Surg.* 1986; **14** (5): 291-3.
- III. Harrison's. *Principles of Internal Medicine*. 14th ed. McGraw-Hill 1998.
- IV. Ronald Miller. *Miller's Anesthesia*. 6th ed. Churchill Livingstone 2005.
- V. Mandel G, Bennett JE, Delin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Churchill Livingstone 2005.
- VI. Murray PR, Rosenthal KS. *Medical Microbiology*. 5th ed. Mosby 2005.
- VII. Robinson J, Vaudry W, Dobrovolsky W. Actinomycosis presenting as osteomyelitis in the pediatric population. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2005; **24** (4): 365-69.