

Actinomicosis faringolaríngea

Pharyngolaryngery actinomycosis

Rosa Caridad Truffin Hernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5788-6736>

Osmany Gámez Díaz¹

Magdiel Labrada Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-9388-9624>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milian Castro”. Villa Clara, Cuba.

* Autor para la correspondencia: rosath@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La actinomicosis es una infección granulomatosa poco frecuente, que se suele presentar de forma indolente, con tendencia a la cronicidad. Es producida por bacterias grampositivas anaerobias o aerobias facultativas del género *Actinomyces*. Las manifestaciones más frecuentes son las cervicofaciales, torácicas, abdominales y pélvicas; en este último caso se relaciona con el uso de los dispositivos intrauterinos.

Objetivo: Identificar la sintomatología de la actinomicosis faringolaríngea y realizar un diagnóstico oportuno para un eficaz tratamiento.

Caso clínico: Paciente masculino, de 53 años de edad, de raza blanca, que presentó odinofagia, disfonía de varios días de evolución, disnea súbita, aumento de volumen del paladar blando y trismo. Al examen físico se observó amígdala con cambios necróticos, entre otros signos.

Conclusiones: El diagnóstico de esta enfermedad, que simula síntomas y evoluciona de manera insidiosa, debe estar presente en toda afección orofaríngea y laríngea que no mejore con los tratamientos habituales.

Palabras clave: actinomicosis; infección granulomatosa; microaerófilos.

ABSTRACT

Introduction: Actinomycosis is a rare granulomatous infection, which usually occurs indolently, with a tendency to chronicity caused by anaerobic or facultative gram-positive bacteria of the genus *Actinomyces*. The most frequent manifestations are the cervicofacial,

thoracic, abdominal and pelvic; and the latter case is related to the use of intrauterine devices.

Objective: To identify the symptoms of pharyngolaryngeal actinomycosis and to timely diagnose for an effective treatment.

Case report: A 53-year-old white male patient presented with odynophagia, several days of dysphonia, sudden dyspnea, soft palate volume increase and trismus. The physical examination showed tonsil with necrotic changes, among other signs.

Conclusions: The diagnosis of this disease, which simulates symptoms and evolves insidiously, must be present in every oropharyngeal and laryngeal condition that does not improve with the usual treatments.

Keywords: actinomycosis; granulomatous infection; microaerophilic.

Recibido: 19/05/2019

Aceptado: 12/06/2019

Introducción

La actinomicosis laríngea es una infección supurativa y granulomatosa muy poco común en cabeza y cuello, causada por bacilos grampositivos anaerobios o microaerófilos; esta puede extenderse a tejidos adyacentes dando lugar a abscesos y fístulas. Uno de los factores predisponentes es cualquier proceso que altere las barreras mucosas de forma total o parcial. La actinomicosis usualmente es causada por una bacteria llamada *Actinomices israelii*. Esta es un organismo común, que se encuentra en la nariz, laringe y en la garganta, normalmente no causa enfermedad.⁽¹⁾

Dada la localización normal de la bacteria en la nariz y en la garganta, la actinomicosis afecta más frecuentemente la cara y el cuello. Sin embargo, la infección algunas veces puede darse en el tórax (actinomicosis pulmonar), el abdomen, la pelvis u otras áreas del cuerpo. La infección habitualmente es prolongada y no es contagiosa, esto significa que no se propaga a otras personas.

Los síntomas ocurren cuando la bacteria entra en los tejidos faciales después de un traumatismo, cirugía o infección. Los desencadenantes comunes incluyen el absceso dental o la cirugía oral; también puede afectar a ciertas mujeres que han tenido un dispositivo intrauterino (DIU) para prevenir el embarazo. La actinomicosis primaria se manifiesta en pacientes inmunodeprimidos.

Una vez en el tejido, la bacteria causa un absceso, lo que produce una protuberancia dura de color rojo intenso a rojo púrpura, a menudo en la mandíbula, de donde proviene su nombre común de "mandíbula abultada"; finalmente, el absceso irrumpe a través de la superficie de la piel para producir un conducto sinusal que supura.^(2,3)

El objetivo de este trabajo fue identificar la sintomatología de la actinomicosis faringolaríngea y realizar un diagnóstico oportuno para un eficaz tratamiento.

Caso clínico

Paciente de 53 años de edad, masculino y de la raza blanca, que fue valorado en el servicio de Otorrinolaringología por presentar odinofagia, disfonía de días de evolución, con disnea súbita, aumento de volumen del paladar blando y trismo.

A la orofaringoscopia se constató desplazamiento parafaríngeo hacia la línea media y amígdala con cambios necróticos (Fig. 1).



Fig. 1 - Aumento de volumen de la úvula y paladar blando con lesión aftosa.

En la laringoscopia indirecta se observó edema de los aritenoides, epiglotis y mucosa laríngea (Fig. 2)

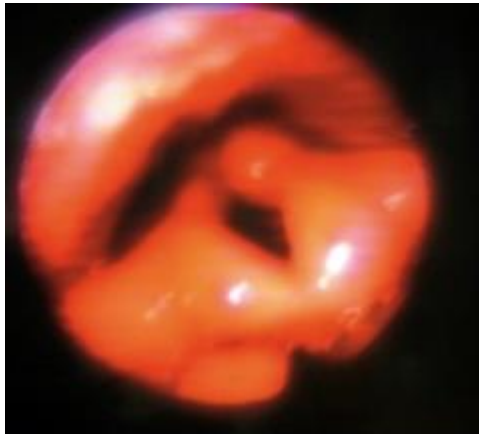


Fig. 2 - Edema de las estructuras de la laringe.

La biopsia constató las colonias de actinomices (Fig. 3).

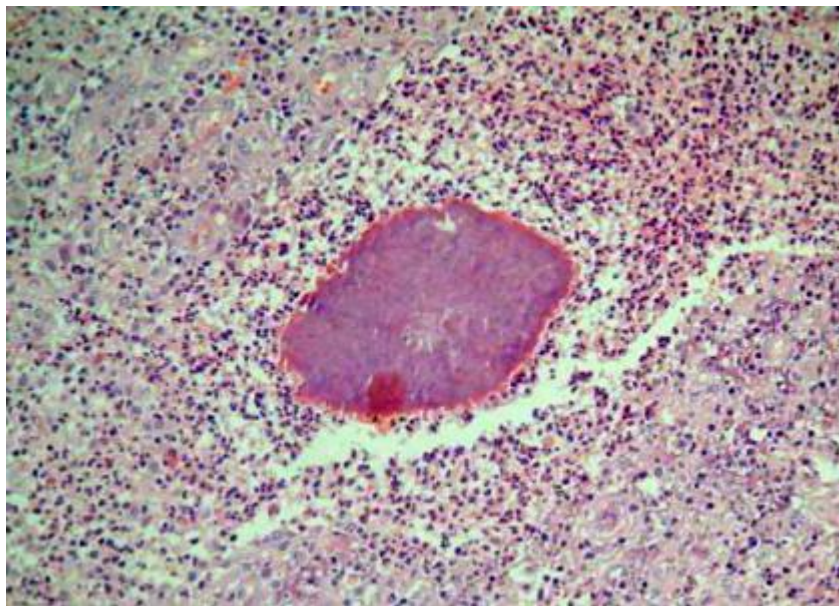


Fig. 3 - Infiltrado inflamatorio de neutrófilos, plasmocitos y macrófagos.

El tratamiento empleado fue la penicilina cristalina a dosis altas intravenosas durante dos semanas, seguido de la amoxicilina por tiempo prolongado (seis meses), aunque individualizar el tratamiento en estos pacientes es lo más acertado.

Discusión

En 1910, *Arrowsmith* describió el primer caso de actinomicosis laríngea en un paciente de 19 años;⁽¹⁾ esta enfermedad posterior a la era antibiótica ha reducido su incidencia. La bibliografía reporta publicaciones con limitado número de casos.^(2,3) *Bernes*⁽⁴⁾ describió 19 casos de actinomicosis laríngea y las revisiones de *Toico*⁽¹⁾ reportan solo 22 casos de 1950 a 2006; existen pocos reportes actuales en la población general, lo que convierte a esta enfermedad infrecuente en la bibliografía moderna.⁽²⁾

El *Actinomyces israelii* es el organismo identificado con más frecuencia en el 52 % de los casos; y de manera ocasional pueden encontrarse el *A. viscosus*, *naeslundii* y *odontolyticus*.⁽⁵⁾

La infección puede ser localizada frecuentemente en la parótida y la glándula submandibular, seguida de la región cervicofacial, torácica, abdominal, pélvica o cutánea primaria. Puede estar diseminada por contigüidad o por vía hematogena. La diseminación linfática y por aspiración son poco frecuentes y no existe la transmisión persona a persona.^(4,6)

En la forma abdominal, el intestino (habitualmente el ciego y el apéndice) y el peritoneo están infectados, el paciente presenta dolor, fiebre, vómitos, diarrea o estreñimiento, pueden haber una o varias masas abdominales, que producen signos de obstrucción intestinal parcial. En la forma torácica, el compromiso pulmonar es similar al de la tuberculosis. En la forma generalizada, la infección se disemina por vía hematogena a numerosas áreas, como la piel, los cuerpos vertebrales, el encéfalo, el hígado, los riñones, los uréteres y, en las mujeres, los órganos pelvianos.^(2,4)

El comportamiento clínico puede imitar una gran variedad de afecciones, con manifestaciones variables; incluso puede simular una lesión maligna al actuar como el gran enmascarador.⁽⁷⁾

En la fase aguda la manifestación clínica es inespecífica y en la crónica se caracteriza por crecimiento lento, progresivo, doloroso, con zonas induradas e inflamadas con tejido de granulación y fibrosis.^(8,9)

La actinomicosis primaria afecta a pacientes inmunodeprimidos y no suele manifestarse en la cabeza y el cuello, mientras que la secundaria ocurre posterior a un traumatismo, por caries o manipulación dentaria al generar pérdida de la continuidad de la mucosa oral, lo que favorece el proceso infeccioso. Además, puede aparecer luego de procedimientos quirúrgicos o radiación en lesiones malignas.⁽¹⁰⁾

La actinomicosis como afección poco común puede llevar a complicaciones severas si se retrasa el diagnóstico, el tratamiento recomendado con antibióticos intravenosos y debridación quirúrgica debe realizarse a la brevedad para evitar extensión y complicaciones graves.

En caso de actinomicosis cérvico-faríngea, debe hacerse diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos o abscesos del cuello en pacientes sin factores de riesgo, o en grupos de prevalencia baja. Por ello el diagnóstico oportuno repercutirá en la evolución clínica y en el control; no obstante, por tratarse de una afección inusual, pasa inadvertida, lo que retrasa el tratamiento óptimo.^(4,5)

La actinomicosis laríngea es de difícil diagnóstico y a veces se confunde con un proceso neofornativo; es necesario la realización de biopsia y estudios microbiológicos donde se precise el germen. El estudio histopatológico revela la presencia de gránulos de *Actinomyces israelii*.⁽¹⁰⁾

Entre otros estudios la radiografía de tórax puede mostrar adenopatías mediastinales, bronquiectasias, cavitación e imágenes tumorales. En la tomografía computarizada se observan imágenes de consolidación de espacio aéreo que alternan con atrapamiento de aire, derrame pleural y paquipleuritis, entre otras.

En su tratamiento siguen siendo de elección los betalactámicos, sobre todo las penicilinas, que requieren de forma rutinaria tratamientos con altas dosis y muy prolongados en el tiempo. Las tetraciclinas, eritromicina, clindamicina, minociclina y doxiciclina son buenas alternativas para aquellos enfermos alérgicos al tratamiento habitual.

La enfermedad progresa lentamente; el pronóstico se relaciona en forma directa con el diagnóstico temprano y es más favorable en la forma cervicofacial y empeora progresivamente en las formas torácica, abdominal y generalizada, en especial si está comprometido el sistema nervioso central.

La respuesta al tratamiento puede ser lenta debido a la naturaleza relativamente avascular de las lesiones. El tratamiento debe continuarse durante al menos 8 semanas o un 1 año, hasta que los signos y los síntomas desaparezcan. Algunos autores plantean^(4,8) que la oxigenación hiperbárica puede ser útil; los autores de este trabajo refieren que por no ser frecuente esta enfermedad, no tienen experiencia con este tratamiento.

Se concluye, que el diagnóstico de la actinomicosis faringo-laríngea, que simula síntomas y evoluciona de manera insidiosa, debe estar presente en toda afección oro-faríngea y laríngea que no mejore con los tratamientos habituales. El diagnóstico se confirma con los resultados de la biopsia y su pronóstico suele ser bueno.

Referencias bibliográficas

1. Tinoco I, Aragón V, Gómez M, Sánchez E. Otras infecciones crónicas. Actinomicosis. *Medicine*. 2018;12(53):3132-41.
2. Sánchez E, Revelles H. Sarcoidosis faringo-laríngea. *Rev ACORL*. 2013;41(1):74-6.
3. Richard F, Jacobs R, Schutze G. Actinomicosis. En: Nelson. Tratado de Pediatría. España: Elsevier; 2016.
4. Bernés L, Jiménez M, Hernández V. Actinomicosis cérvico-faríngea, la gran imitadora. *An Orl Mex*. 2016;61(4):296-299.
5. Villoslada R, Feito J, Serradilla J, Blanco P, Martínez R, Racines E, Santos A. Actinomicosis laríngea, a propósito de un caso. *Rev Orl Mex*. 2018;9(6):3-35.
6. Montiel F. Flora bacteriana habitual. *ARS MEDICA Rev Cien Méd*. 1997;26(3).
7. Muzio L, Favia G, Lacaita M, Lillo A. The contribution of histopathological examination to the diagnosis of cervico-facial actinomicosis: a retrospective analysis of 68 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014;33:1915-8.
8. Raj K, Vinay K, Saikia N, Kumaran M. Oral squamous cell carcinoma mimicking cervico-facial actinomyces: a rare presentation and review of literature. *J Cutan Med Surg*. 2015;19:346-8.
9. Sari M, Yazici M, Baglam T, Inanli S, Eren F. Actinomyces of the larynx. *Acta Otolaryngol Belgica*. 2007;127:550-2.
10. Shikino K, Ikusaka M, Takada T. Cervicofacial actinomyces. *J Gen Intern Med*. 2014;30:2-63.

Conflicto de intereses

Los autores refieren que no existe conflicto de intereses en la realización de este trabajo.