



Actinomicosis cérvico-faríngea, la gran imitadora

Téllez-Bernés LM¹, Jiménez-López M², Hernández-Avendaño V³

Resumen

Arrowsmith describió el primer caso de actinomicosis; sin embargo, la era antibiótica dio fin a las infecciones por actinomicetos. El organismo identificado con mayor frecuencia es *Actinomyces israelii*. Las manifestaciones clínicas son variables; por ende, puede imitar gran variedad de afecciones. La actinomicosis primaria se manifiesta en pacientes inmunodeprimidos y la secundaria debido a traumatismo o manipulación dentaria. Comunicamos el caso de un paciente de 27 años de edad, valorado en el servicio de urgencias por faringodinia y disfonía de dos meses de evolución, con disnea súbita, aumento de volumen en el paladar blando y trismo. A la exploración de la cavidad oral se identificó desplazamiento parafaríngeo hacia la línea media y amígdala con cambios necróticos. En la cirugía se observó pérdida de la arquitectura de la amígdala, material necrótico y gas fétido. Se realizó debridación quirúrgica sin complicaciones. La evolución clínica de la actinomicosis puede confundirse con proceso neoplásico o infeccioso bacteriano en grupos de prevalencia baja; un índice de sospecha bajo, por tratarse de una afección inusual, puede retrasar el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: actinomicosis, cérvico-faríngea, *Actinomyces israelii*, absceso amigdalino.

An Orl Mex 2016 September;61(4):296-299.

Cervico-pharyngeal actinomycosis, the great deceiver.

Téllez-Bernés LM¹, Jiménez-López M², Hernández-Avendaño V³

Abstract

Arrowsmith described the first case of actinomycosis; however, the beginning of the antibiotic era ended infections due to actinomicets. The most frequently isolated organism is *Actinomyces israelii*. Clinical manifestations are variable and can mimic a number of diseases. Primary actinomycosis can occur on immunosuppressed patients, and secondary disease occurs because of trauma and dental manipulation. This paper reports the case of a 27-year-old male, who presented with a history of sore throat and changes in the voice for 2 months. On admission, he presented shortness of breath and limited

¹ Médico adscrito, servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Regional de Puebla, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

² Médico adscrito, servicio de Cirugía General, Hospital General Regional Núm. 1 Carlos MacGregor Sánchez Navarro, Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Cirujano de Cabeza y Cuello. Médico adscrito, servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recibido: 25 de julio 2016

Aceptado: 20 de octubre 2016

Correspondencia

Dra. Maricela Jiménez López
marice.jimenez@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Téllez-Bernés LM, Jiménez-López M, Hernández-Avendaño V. Actinomicosis cérvico-faríngea, la gran imitadora. An Orl Mex. 2016 sep;61(4):296-299.



oral opening, as well as increased volume of right palate. CT scan showed a mass on the right parapharyngeal space, displacement of the soft palate and irregular right tonsil. He was taken to the operating room finding loss of architecture of the tonsil, necrotic material and fetid gas. The surgery was uneventful and patient was discharged. This clinical presentation can be mistaken with tumors of abscess on low prevalence groups; the low probability of detecting the diagnosis, because it is unusual, can delay the treatment.

KEYWORDS: actinomycosis; *Actinomyces israelii*; cervico-pharyngeal; tonsil abscess

Correspondence

Dra. Maricela Jiménez López
marice.jimenez@yahoo.com

ANTECEDENTES

En 1910, Arrowsmith describió el primer caso de actinomicosis laríngea en un paciente de 19 años; posterior a la era antibiótica se redujeron las infecciones por actinomicetos. La bibliografía reporta publicaciones con limitado número de casos, como Beysiegle (1993), que describió 19 casos de actinomicosis laríngea. Las revisiones en Medline reportan sólo 22 casos de actinomicosis laríngea, de 1950 a 2006, y pocos reportes actuales en población general, lo que convierte a esta enfermedad en un caso poco frecuente en la bibliografía moderna.¹

La actinomicosis cervicofacial es una infección supurativa y granulomatosa, difícil de diferenciar de una lesión inflamatoria de la cabeza y el cuello mediante análisis clínico. Es causada por microorganismos grampositivos, anaerobios o bacterias microaerófilas que se encuentran de manera común en la placa dental y la cavidad oral. Es inusual por su baja virulencia y potencial de invasión.² *Actinomyces israelii* es el organismo identificado con más frecuencia, en 52% de los casos;^{2,3} y de manera ocasional, *A. viscosus*, *A. naeslundii* y *A. odontolyticus*. La infección puede ser: a) localizada; la parótida y glándula

submandibular son los sitios más frecuentes, seguida de la cervicofacial,^{2,4} torácica, abdominal, pélvica o cutánea primaria; o b) diseminada por contigüidad o hematógena.⁵ La diseminación linfática y por aspiración son poco frecuentes y no existe la transmisión persona a persona.¹

El comportamiento clínico puede imitar una gran variedad de afecciones, con manifestaciones clínicas variables; incluso puede simular una lesión maligna^{1,6} al actuar como el gran enmascarador.

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.

La actinomicosis primaria afecta a pacientes inmunodeprimidos y no suele manifestarse en la cabeza y el cuello, mientras que la actinomicosis 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.^{1,3,7,8} Además, puede aparecer luego de procedimientos quirúrgicos o radiación en lesiones malignas.¹

Debido al cuadro clínico insidioso y poco específico, el diagnóstico definitivo se establece en el estudio histológico o crecimiento bacteriano y con poca frecuencia por serología o determinación por cadena de la polimerasa,¹ que es esencial para establecer el tratamiento oportuno.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 27 años de edad, residente de la sierra norte de Puebla, dedicado al escoutismo, alérgico al complejo B como único antecedente. Padece faringodinia y disfonía leve constante de dos meses de evolución, tratado con analgésicos y antibióticos no especificados, sin alivio. Se agregó trismo y exacerbación de la disfonía progresiva 20 días previos a su valoración inicial.

A la exploración se le encontró con disnea de medianos esfuerzos, trismo moderado, piezas dentales en buen estado de conservación e higiene y aumento de volumen en el paladar blando, indurado, de predominio derecho, con desplazamiento contralateral de la úvula; la amígdala derecha asimétrica, con pérdida de la morfología y escaso material blanquecino, espeso y fétido; el cuello con adenomegalias ipsilaterales a la lesión en relevo ganglionar IA y II.

La biometría reportó leucocitosis de 19,500, con predominio de 88% por neutrófilos segmentados. En la tomografía de cuello (Figura 1) se observó aumento de volumen en el espacio parafaríngeo derecho, con desplazamiento del paladar blando y la úvula hacia la izquierda, además de irregularidad de la amígdala derecha.

Debido a la existencia de secreción de aspecto purulento y necrosis, se sometió al paciente a tratamiento quirúrgico, donde se identificó pérdida de la arquitectura de la amígdala derecha

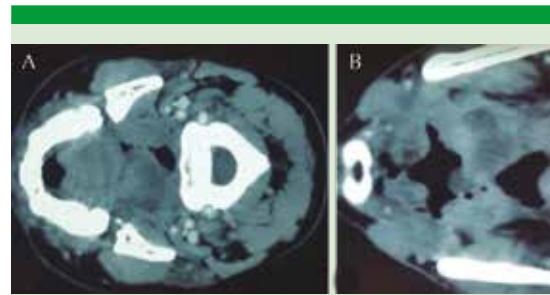


Figura 1. A. Tomografía computada del cuello que muestra aumento de volumen en el espacio parafaríngeo derecho y desplazamiento del paladar blando. B. Acercamiento de la imagen, con zonas de densidad heterogénea, edema y colección de gas.

con abundante tejido necrótico, pus y fetidez, con extensión al paladar blando. Se desbridaron las áreas afectadas, sin complicaciones; se inició tratamiento médico intravenoso con ceftazidima 1 g/8 horas, clindamicina 600 mg/8 horas, dexametasona 8 mg/8 horas, tres dosis y analgésicos. El paciente evolucionó a la mejoría, con estancia hospitalaria de 14 días.

El estudio histopatológico reportó amigdalitis crónica y aguda con absceso periamigdalino, sin evidencia de malignidad y gránulos de *Actinomyces israelii* (Figura 2). En el control

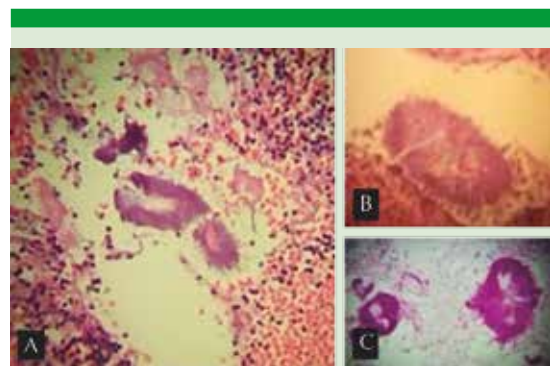


Figura 2. *Actinomyces israelii* demostrado en distintas tinciones. A y B. Tinción de hematoxilina y eosina. C. Tinción de Pass.



posoperatorio (Figura 3) el área operatoria mostró fibrosis con retracción cicatricial de la úvula y control óptimo de la lesión.

DISCUSIÓN

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



Figura 3. Imagen postratamiento que muestra asimetría y retracción de la úvula debidas al proceso cicatricial.

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, comportándose como el gran enmascarador en cualquier área.

Además de tener un curso inusual como enfermedad poco frecuente, dificulta su diagnóstico preciso desde el inicio, con evolución insidiosa e inespecífica, aun sin factores de riesgo específicos, lo que limita su reconocimiento ante la inexperiencia y un estudio específico previo.

CONCLUSIONES

Tener presente esta entidad clínica ante una evolución tórpida e insidiosa con hallazgos similares a abscesos o tumores nos permitirá alcanzar apoyo terapéutico óptimo y oportuno.

REFERENCIAS

1. Danic D, Penavic IP, Rubin O, Pandak N, et al. Actinomycosis and osteochondrosiradionecrosis of the hyoid bone and thyroid cartilage. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;37:62-64.
2. Lo Muzio L, Favia G, Lacaíta M, De Lillo A, et al. The contribution of histopathological examination to the diagnosis of cervico-facial actinomycosis: a retrospective analysis of 68 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014;33:1915-1918.
3. Márquez RMD, González JL, Blas MJ. Actinomycosis cervicofacial. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Med Int Mex* 2004;20:230-232.
4. Shaheen SO, Ellis FG. Actinomycosis of the larynx. *J R Soc Med* 1983;76:226-228.
5. Chanussot C, Meza M, Espinosa M, Arenas R. Actinomycosis cervicofacial: comunicación de un caso con diabetes e insuficiencia renal crónica. *Dermatol Rev Mex* 2011;55:155-158.
6. Raj KA, Vinay K, Saikia UN, Kumaran SM. Oral squamous cell carcinoma mimicking cervico-facial actinomycosis: a rare presentation and review of literature. *J Cutan Med Surg* 2015;19:346-348.
7. Sari M, Yazici M, Baglam T, Inanli S, Eren F. Actinomycosis of the larynx. *Acta Otolaryngol* 2007;127:550-552.
8. Shikino K, Ikusaka M, Takada T. Cervicofacial actinomycosis. *J Gen Intern Med* 2014;30:263.