

Reyes Hernández, Katy Lizeth*
 Reyes Hernández, Diana Piedad*
 Hernández Lira, Samuel**
 Reyes Hernández, Ulises*
 Reyes Gómez, Ulises***
 Pérez Pacheco, Ofelia***
 Garzón Sánchez, Ernesto*****

Uvulitis infecciosa, reporte de caso | Infectious Uvulitis, a case report

Fecha de aceptación: junio 2014

Resumen

ANTECEDENTES. La uvulitis se considera una celulitis aguda de la úvula que provoca eritema, edema, dolor y fiebre. Cuando es de etiología infecciosa su diagnóstico y tratamiento temprano evita su progresión a epiglotitis. Los agentes causales son el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), *Haemophilus Influenzae* y estreptococo b hemolítico del grupo A (SBHGA).

CASO CLINICO. Masculino de 17 años, consulta por odinofagia, cosquilleo faríngeo, febrícula 5 días de evolución, conocido por enfermedad de Graves Basedow; la exploración física lo mostró febril con inflamación importante de la úvula, edematosa y adenopatías submaxilares bilaterales. Una prueba rápida para estreptococo se reportó positiva. Se aplica penicilina procaínica de 800 000 Us intramuscular cada 24 horas por tres dosis seguida al 4º día de penicilina G benzatínica de 1 200 000 Us intramuscular, en dosis única. La revisión de control a las 72 horas mostró mejoría importante con desaparición de la fiebre y mejor estado general, el cultivo de la úvula documentó SBHGA.

CONCLUSIONES. La uvulitis infecciosa es una entidad rara, con el advenimiento de las inmunizaciones, el agente causal más frecuente a considerar es el SBHGA, sensible en su gran mayoría a las penicilinas.

Palabras clave: Diagnóstico temprano, uvulitis infecciosa, niños, *Streptococcus pyogenes* (SBHGA).

Abstract

BACKGROUND. The uvulitis is considered an acute cellulitis of the uvula, it causing erythema, edema, pain and fever. When its etiology is infectious, early diagnosis and treatment often prevents progression to epiglottitis. The etiologic agents are *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* and streptococcus b hemolytic streptococci (SBHGA)

CASE REPORT. Masculine of 17 years old, consult for pharyngeal ticklishness odynophagia, with fever of 5 days of evolution, with antecedent of Graves Basedow disease. Physical examination showed a feverish patient with significant inflammation of the uvula, also edematous and bilateral submandibular lymphadenopathy. A quick test of Streptococcus was reported positive. Procaine penicillin of 800.000 us IM was applied each 24 hours for 3 days followed at 4 days of benzatinic G penicillin of 1.200.000 us IM in unique dose with good response. The control revision at 72 hours showed significant improvement with defervescence and better general condition, the cultivation of the uvula documented SBHGA

CONCLUSION. The infectious uvulitis is a rare entity, with the advent of immunizations, the causal agent only to consider what is the SBHGA, the most of them sensitive to penicillins.

Keywords: Early diagnosis, infectious uvulitis, children, b hemolytic streptococcus of group A. (SBHGA).

*Unidad de investigación en Pediatría del Instituto San Rafael, SLP.
 **Médico interno de pregrado Universidad Regional del Sureste, Oaxaca.

***Departamento de investigación Clínica Diana de especialidades, Oaxaca

****Ex director del hospital de la niñez oaxaqueña, Oaxaca.

Correspondencia: Dr. Ulises Reyes Gómez
 Dirección Médica Clínica Diana de especialidades, Símbolos Patrios 747, Col. Reforma Agraria, Oaxaca.

Telefax: (0195151) 4 36 90

Dirección electrónica: reyesgu_10@hotmail.com

Introducción

La uvulitis se define como una celulitis aguda de la úvula que provoca eritema, edema, dolor, fiebre y tos irritativa. Deberá sospecharse infección aguda cuando la úvula sea la estructura más inflamada comparativamente a la faringe, en un niño febril. Para fines prácticos por su etiología se clasifica en infecciosa y no infecciosa.¹ Los agentes infecciosos implicados son: el estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBHGA), *H. Influenzae* tipo B y el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). La importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano evita su evolución a epiglotitis. Con el advenimiento de las inmunizaciones universales a neumococo y *H. influenzae* tipo B los casos de uvulitis serán cada vez menos frecuentes en niños pequeños, no así en escolares y adolescentes en quienes las tasas de anticuerpos tienden a declinar. La entidad específica más relacionada con uvulitis es el SBHGA. No se han descrito casos originados por virus.² Reportamos un caso de uvulitis infecciosa en un adolescente.

Caso clínico

Masculino de 17 años, originario de Cuilapam de Guerrero, Oaxaca consulta por odinofagia, cosquilleo faríngeo, fiebre 5 días de evolución de forma intermitente hasta de 39.5 grados centígrados, conocido por enfermedad de Graves Basedow; la exploración física lo mostró febril 38.7, tensión arterial 110/75 mmhg, pulso 89 por minuto. Frecuencia respiratoria 18 por minuto. La exploración específica documentó inflamación importante de la úvula, edematosa y adenopatías submaxilares bilaterales (foto 1); campos pulmonares limpios bien ventilados, el resto de la exploración se consideró normal. Una prueba rápida para estreptococo se reportó positiva, la citometría hemática con leucocitosis de 14 200, 8% de neutrófilos en banda. Se indica penicilina procaínica de 800 000 Us intramuscular cada 24 horas por tres dosis seguida al cuarto día de penicilina G benzatínica de 1 200 000 Us intramuscular en dosis única. La revisión de control a las 72 horas (foto 2) mostró mejoría importante con desaparición de la fiebre y mejor estado general, el cultivo de la úvula documentó SBHGA.

Foto 1

Nótese el gran tamaño de la úvula comparado con el grosor que guardan las amígdalas

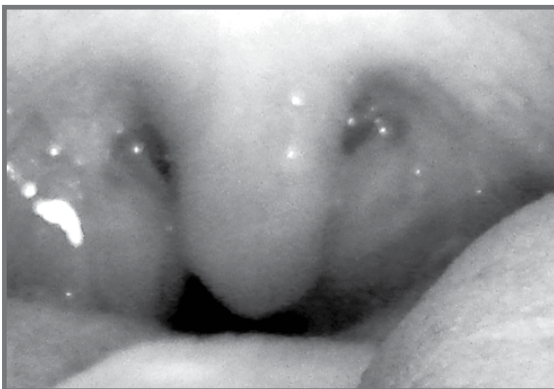
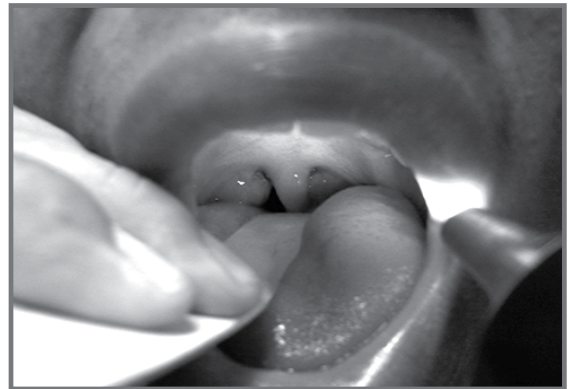


Foto 2

Su evolución a las 72 horas muestra menor tamaño uvular por disminución en forma importante de su edema-



Discusión

Los cuadros de uvulitis infecciosa están relacionados con el agente principal, por ello es posible verlo en los escolares y adolescentes de 5 a 15 años de edad (el llamado grupo de edad estreptocócica). La sorprendente estacionalidad de la uvulitis infecciosa se ha identificado, sobre todo, en regiones templadas. Los picos de incidencia se observan en la parte final del invierno y la primera etapa de la primavera con una media en el verano (julio-agosto) son muy típicos y van muy relacionados con la complicación de la faringitis, los efectos que contribuyen a este ciclo incluyen un aumento de contacto entre niños una vez que alcanzan la edad escolar, aquellos entre 5 y 10 años de edad experimentan el más alto índice de infección, se encuentra una frecuencia sustancialmente menor en niños menores de 3 años de edad. Hay un pico secundario a la edad de aproximadamente 12 años y de los 18 a 20 años como el presente caso. En general, la remoción del tejido linfóide amigdalino no es una garantía con base en los frecuentes episodios de faringitis estreptocócica sola. El SBHGA se transmite principalmente por contacto directo con gotitas respiratorias más que por diseminación aérea o contaminación (fómites). De modo que la diseminación dentro del grupo familiar o en los salones de clases es frecuente. El contagio es máximo durante las primeras dos semanas después de haber desarrollado el microorganismo. De igual forma, en el grupo de edad que va de los 3 meses a 5 años, se informaron en Estados Unidos casos de uvulitis vinculados con epiglotitis por *H. influenzae*, en Nueva Jersey, Pennsylvania, Illinois e Inglaterra. Las infecciones por SBHGA y *H. influenzae* son más frecuentes en verano y primavera, pero ambas pueden ocurrir en cualquier estación.³ La uvulitis por lo general se manifiesta como sensación de plenitud de la orofaringe y dificultad para hablar. Se puede acompañar de dificultad para respirar y disfonía. Al revisar a un niño escolar con febrícula, odinofagia, faringitis e inflamación de la úvula, deberá sospecharse de uvulitis infecciosa, el diagnóstico en su gran mayoría es clínico. En algunos casos, se refiere sensación de obs-

trucción o bloqueo faríngeo que condiciona tos e irritación y sialorrea. En casos avanzados se hace por la exploración física de la bucofaríngea, que muestra una úvula edematosa y eritematosa. Se confirma con el aislamiento de SBHGA de un cultivo de faringe, de úvula o ambos, un factor de riesgo para uvulitis lo es una úvula alargada.⁴ En los enfermos con uvulitis y epiglotitis, la presentación clínica es peculiar de epiglotitis con fiebre de inicio repentino, disfagia, y datos de dificultad respiratoria.⁵ Pacientes amigdalectomizados ocasionalmente presentan cuadros de uvulitis de etiología estreptocócica afebriles pero con gran disfagia y odinofagia, ocurre sobre todo en escolares y adolescentes. El diagnóstico de la uvulitis infecciosa se confirma por aislamiento de *S. pyogenes* de un cultivo de faringe, de úvula o de ambos, los Tests de métodos rápidos de detección de SBHGA, nos permiten iniciar un manejo temprano de los casos. Frecuentemente en la formula blanca existe leucocitosis entre 12 a 15 000 x mm³ con bandemia no mayor a 1000 x mm³ y Antiestreptolisinas (ASTO) mayor de 250 U Todd.

La eosinofilia sugiere una reacción alérgica como la causa, mientras que un complemento sanguíneo bajo de C4 sugiere angioedema.⁶

Se ha descrito que la uvulitis no infecciosa en su mayoría es idiopática, siendo los factores predisponentes el sobrepeso y la tendencia a roncar. Se incluye alérgenos del aire y alimentarios (mariscos), el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y antagonistas de la angiotensina II receptor (ARA II). También se ha asociado con el consumo de cannabis y cocaína, la aplicación de *Elaterium ecballium*, una planta que pertenece a la familia *Cucurbitaceae*, con propiedades anti-inflamatorias que es utilizada en el tratamiento de la sinusitis y rinitis, así como uvulitis traumática (causada por endoscopia, intubación orotraqueal o lesión de orofaringe).⁷ Otros diagnóstico diferenciales en la clínica incluyen gingivoestomatitis por herpes simple, herpangina, epiglotitis, faringitis intensa y absceso periamigdalino o retrofaringeo.⁸ El panel clínico y de exámenes para muchos de estos diagnóstico diferenciales incluye: primero los antecedentes de atopia complementado con: citometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, test de alergia, incluidas pruebas de alergia a alimentos, radiografía de tórax, senos paranasales, espirometría, entre otros, pero siempre individualizando los casos.⁹

La radiografía lateral de cuello solo está indicada para evaluar la posibilidad de absceso retrofaringeo. Otra utilidad de ésta es para diferenciar epiglotitis o absceso retrofaringeo, se indica tratamiento de la vía aérea y antibióticos para la primera e incisión y antibióticos para el segundo. Cuando la porción lateral del cuello es normal y la úvula esta inflamada,

se confirma uvulitis que puede ser acompañada o no de faringitis.

El tratamiento se encamina en forma primaria a la faringitis o epiglotitis asociada, si están presentes, aunque se recomienda tratamiento antimicrobiano a todos los casos de uvulitis infecciosa, ya que esta es un paso previo a la epiglotitis. La penicilina es el fármaco de elección para administrarse vía oral durante 10 días o por vía parenteral, puede bastar la aplicación de una sola inyección de una preparación de penicilina G benzatínica. En individuos con sospecha o certeza de ser alérgicos a la penicilina, el tratamiento debe ser alternativo, con agentes no betalactámicos, tales como eritromicina o clindamicina. Otros esquemas en no alérgicos ampliamente probados en México por Rodríguez y grupos de expertos, incluyen penicilina procaínica intramuscular cada 24 horas por 3 dosis seguida de penicilina G benzatínica al cuarto día, o bien dosis única de penicilina G benzatínica.^{10,11} Finalmente en pacientes menores de 18 años con faringitis y en este caso uvulitis por SBHGA, la instauración de tratamiento breve con penicilina es tan eficaz como el tradicional tratamiento de penicilina G benzatínica.¹²

Cuando se trata de uvulitis/epiglotitis, el tratamiento de la vía aérea es lo prioritario. La base del manejo es la intubación nasotraqueal o traqueotomía como una intervención última. Con el advenimiento de los esteroides inhalados del tipo de la budesonida y el uso de adrenalina racémica nebulizada más una cefalosporina parenteral muchos cuadros son mejorados y no requerirán ni intubación y menos aún traqueotomía.^{13,14}

Hablando de prevención, la cartilla nacional de vacunación incluye la vacuna contra neumococo, la cual conjuga un polisacárido con una proteína (protege contra 7 serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F). Otra vacuna para edades mayores a 2 años es de polisacárido que confiere protección contra 23 serotipos (23VALENTE: 1, 2, 3, 4, 5 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F). Actualmente las nuevas vacunas incluyen la decavalente y trecevalente. La 10-valente incluye los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, e incorpora los serotipos 1, 5 y 7 La 13-valente: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 1, 5, 7F e incorpora también los serotipos 3, 6A y 19^a.¹⁵ Habrá que vigilar que todo niño cuente con el esquema correcto que es a los 2, 4 y 6 meses con un refuerzo al año de edad. La vacuna contra *H. influenzae* está incluida como un polisacárido de *H. influenzae* (Hib del tipo b) en la vacuna pentavalente acelular. También en esquema de 2, 4 y 6 meses por vía intramuscular. En nuestro país en este momento no se cuenta con vacuna para SBHGA, lo importante es el tratamiento oportuno de los casos para evitar que se desarrolle epiglotitis, con esquemas que logren la erradicación.

Referencias

1. Lathadevi TH, Karadi NR, Thobbi VR, Guggarigoudar PS, Kulkarni HN. "Isolated uvulitis: An uncommon but not a rare clinical entity", *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 57(2): 139-40.
2. Alcoceba E, Gonzalez M, Gaig P, Figuerola E, Auguet T, Olona M. "Edema of the Uvula: Etiology, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment", *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010; 20(1): 80-6.
3. Mills DL, May K, Mihlon F. "Peritonsillar Abscess with Uvular Hydrops", *West J Emerg Med.* 2010; 11(1): 83-5.

4. Cevik Y, Vural S, Kavalci C. "Insolated uvular angioedema: Enfermedad de Quincke", *Int J Emerg Med* 2010; 3 (4): 493-4.
5. Department of Emergency Medicine, Medical College of Pennsylvania, Philadelphia, "Clinical characteristics of acute uvulitis". *American Journal of Emergency Medicine* 1994; 12(1): 51-2.
6. Reyes GU, Reyes HK, Angelo QH. "Uvulitis" en: Castañeda NJL (editor) *Prontuario de Infectología Pediátrica* 4ª ed. Asociación Mexicana de Infectología Pediátrica México: Editorial Trillas; 2014.
7. Miller JR, Gerhardt AM. "Uvular edema secondary to snoring under deep sedation", *Anesth Prog Prim* 2006, 53(1): 13-6.
8. Arunachalam SP, Ramachandra SR. "Quincke's oedema of the uvula associated with mucous retention cyst-a case report", *Indian J. Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 52(2): 159-161.
9. LeBlanc C, Jenkins C, Godsoe S. "Acute Uvulitis in the ED", *The Canadian Journal of Diagnosis*, October 2008.
10. Rodríguez RS. Infecciones de vías respiratorias en pediatría 2ª ed. México: editorial Atelie; 1994: 1-74.
11. Pinckering KL (edit) *Red Book* 26ª edición American Academy of Pediatrics 2000.p. 326-37.
12. Altamimi S. *Cochrane Acute Respiratory Infections Group* 2012: 4.
13. Martínón SJ, Martínón TF. "Estridor y obstrucción respiratoria de aparición aguda" en: Casado FJ, Serrano A (edits) *Urgencias y tratamiento del niño grave* 2ª edición Madrid: editorial Ergon; 2007.p. 335-41.
14. Reyes GU, Ávila CFJ, Reyes HU. "Uvulitis" en Ávila CFJ. *Neumología Pediátrica*: México: editorial Mc Graw Hill; 2014.
15. Reyes GU, Cruz GL, Arista VA, López CG, Garzón SE, Colón CF. "Neumococo, nuevas actuales y nuevas vacunas" *Bol Clin Hosp Inf Son* 2011; 28(1): 27-30.