

Adenoamigdalitis hemorrágica espontánea, revisión de la literatura y presentación de tres casos

Spontaneous hemorrhagic adenotonsillitis, literature revision and presentation of three cases

María José Yumha L¹, Paul Boettiger B², Roberto Arias A³.

RESUMEN

La amigdalitis hemorrágica espontánea define al sangrado no iatrogénico de las amígdalas. Es una patología generalmente secundaria a infecciones locales comunes como la amigdalitis, siendo una consecuencia de una erosión de vasos de pequeño calibre localizados en el órgano sangrante y que ha logrado su control en la actualidad gracias al advenimiento de la antibioticoterapia precoz. Se presenta constantemente dentro de las indicaciones de amigdalectomía, pero, en su mayoría, se asume como entidad teórica dada esta baja incidencia y prevalencia. Es importante para su manejo adecuado, mantener la indicación y procurar que ésta no sea olvidada por parte de los especialistas. En esta revisión, presentamos tres casos clínicos de adenoamigdalitis hemorrágica espontánea, revisión de la literatura, destacando un paciente con sangrado exclusivo del adenoides, entidad no descrita previamente en la literatura.

Palabras clave: Amigdalitis hemorrágica espontánea, adenoiditis hemorrágica, sangrado amigdalino espontáneo, amigdalectomía.

ABSTRACT

Spontaneous hemorrhagic tonsillitis defines non iatrogenic bleeding of the tonsils. It is a clinical entity generally secondary to common local infections like tonsillitis, being a consequence of an erosion of the small peripheral vessels, and that has been controlled in present time thanks to the advent of early antibiotic therapy. It is constantly presented amongst the indications for tonsillectomy, but, it is mostly assumed as a theoretic entity given its low incidence and prevalence. It is important, for its correct management, to maintain the indication and to seek for it not to be forgotten by the area's specialists. In this article, we present three clinical cases of hemorrhagic adenotonsillitis, detailing one where exclusive bleeding of the adenoids, an entity not yet described in the literature, is present.

Key words: Spontaneous hemorrhagic tonsillitis, hemorrhagic adenoiditis, spontaneous tonsillar bleeding, tonsillectomy.

¹ Interna de Medicina, Universidad de Chile.

² Médico Otorrinolaringólogo. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

³ Médico Otorrinolaringólogo. Clínica Indisa.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia amigdalina de causa no iatrogénica, es una entidad poco frecuente en la actualidad. El surgimiento de tratamiento antibiótico precoz y etiológicamente adecuado, ha sido la causa primordial de la disminución de su incidencia¹. Se ha dividido en dos grandes grupos según los vasos sanguíneos afectados. Aquellas producidas por erosión en grandes vasos, presentándose en su mayoría como complicaciones de abscesos cervicales profundos, fueron la principal causa de amigdalitis hemorrágica en la era preantibiótica². Las de pequeños vasos, son las más frecuentes en la actualidad y se relacionan en su mayoría a la presencia de amigdalitis agudas y crónicas. Se han descrito en aproximadamente el 1,1% del total de los pacientes que cursan con estas infecciones superficiales¹. Otras patologías como el sarampión³, el síndrome mononucleósico de diversas etiologías⁴, alteraciones de la coagulación como la enfermedad de von Willebrand^{5,6}, hemofilias, vasculitis, aneurismas y pseudoaneurismas¹, hipertensión arterial severa (durante una crisis hipertensiva)⁷ y el cáncer⁸, han sido igualmente mencionadas como posibles predisponentes al sangrado amigdalino.

En la literatura internacional, la mayor incidencia ocurre a edades tempranas de la vida. El compromiso vital es raro, aunque se ha reportado un caso de mortalidad asociada a este cuadro^{9,10}. Los cultivos posoperatorios permiten identificar en gran parte de los casos, la presencia de bacterias, siendo *Streptococcus pyogenes* el principal agente asociado^{1,11}. La principal localización del sangrado ocurre en la amígdala palatina, en el polo superior izquierdo¹. Compromiso del adenoides exclusivo es extremadamente raro, no habiéndose encontrado en la literatura descripción de este cuadro clínico. En nuestro país no existe un reporte ni caracterización de la incidencia y prevalencia de los casos espontáneos ya sean amigdalino ni adenoides.

En este reporte describimos la presencia de tres casos de adenoamigdalitis hemorrágica espontánea, una entidad poco conocida y diagnosticada, que puede presentar graves complicaciones y debería por tanto manejarse con premura. Detallamos un caso en que el compromiso hemorrágico era exclusivo de las adenoides para evidenciar

características clínicas relevantes y compararlas con las de la literatura internacional.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente de 5 años de sexo masculino visto en el año 2012. No refiere padecer antecedentes mórbidos de relevancia. Presenta un cuadro clínico caracterizado por sangrado por vía oral de aproximadamente 5 horas de evolución por el cual decide consultar en el servicio de urgencia. A la anamnesis dirigida, negaba historia de sangrado y amigdalitis previas. Es evaluado clínicamente al ingreso y aparenta estar en buenas condiciones generales, estable hemodinámicamente. Se realiza examen físico completo, pesquisándose en el segmentario de cabeza y cuello, sangrado de origen amigdalino. Se solicita evaluación por otorrinolaringólogo, quien realiza endoscopia nasal y faríngea, confirmando la presencia de sangrado leve y en napa de amígdalas y adenoides. Se toman exámenes, destacando pruebas de coagulación en rango normal. Bajo este contexto, se decide intervención quirúrgica para manejo definitivo. Es realizada adenoamigdalectomía en pabellón de urgencia como tratamiento de la hemorragia. El procedimiento es realizado sin incidentes. El paciente evoluciona de manera favorable, sin episodios de hemorragia en el posoperatorio.

CASO 2

Paciente de 3 años de sexo femenino, consulta en el año 2013. No refiere presentar antecedentes clínicos relevantes. Presenta un episodio reciente de sangrado oral y nasal abundantes, sin cuadros previos de sangrado ni infecciones amigdalinas, por lo que consulta en el servicio de urgencia. Es evaluada al ingreso, encontrándose en buenas condiciones generales. No presenta compromiso hemodinámico. Se realiza examen físico, sin lograr evidenciar sangrado por vía nasal ni foco hemorrágico antiguo en esa localización, sin embargo, se aprecia hemorragia que recubre en su totalidad la cavidad oral. Se evalúa por otorrinolaringólogo quien, mediante endoscopia

nasofaríngea encuentra sangrado activo y en napa desde las amígdalas y adenoides, determinando necesidad de resolución quirúrgica. En pabellón, con anestesia general, se realiza adenoamigdalectomía, cauterizando pequeños vasos en el lecho sangrante. Evolucionando de manera favorable, sin hemorragia posoperatoria.

CASO 3

Paciente de 6 años de edad de sexo femenino evaluada en el año 2015. No presenta antecedentes personales de relevancia, aunque, dentro de los familiares, destaca que su madre presentaba hematomas de forma frecuente. La paciente consulta con un médico particular por un cuadro de un día de evolución de fiebre. Es diagnosticada como faringoamigdalitis aguda y manejada con ibuprofeno. En esa instancia se realiza test pack faringoamigdalino y un cultivo faríngeo. El primero resulta negativo y el segundo, positivo para flora habitual.

Al día siguiente, consulta en el servicio de urgencia por la presencia de hemorragia bucal, sospechándose en primera instancia hemorragia digestiva alta. Al ingreso se encuentra febril, taquicárdica, normotensa. Al examen físico se observa faringe congestiva con restos hemáticos. En los exámenes de ingreso destaca una anemia leve (Hcto: 33; Hb:11,7), parámetros inflamatorios elevados, proteína C reactiva: 4,69. El hemograma revela 8.800 leucocitos con segmentados en 73% y baciliformes 11% y una discreta alteración de las pruebas de coagulación (TP: 77,8%; INR: 1,14; TTPK: 44,6).

Durante la instalación de sonda nasogástrica es evidenciado un episodio descrito como hematemesis lo que sugiere una hemorragia digestiva alta. Realizada la endoscopia digestiva alta de urgencia es descartado el sangrado del tracto digestivo. Por lo anterior se sugiere patología hemorrágica de origen faríngeo.

Se solicita evaluación por otorrinolaringólogo, quien decide evaluación en pabellón bajo anestesia general. Bajo visión endoscópica nasal se evidencia gran sangrado de origen retrofaríngeo, observándose una gran cantidad de coágulos y sangre fresca, no logrando visualizar el tejido adenoideo en ningún momento por la hemorragia.

No se identifica foco de sangrado y las amígdalas aparentan encontrarse normales. Se decide dejar un taponamiento posterior con sonda Foley en la fosa nasal derecha y uno anterior con Merocell® en la fosa nasal izquierda para el manejo hemostático inicial.

Inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y clindamicina profiláctico por el riesgo de infección asociado al uso de taponamiento y de la exposición mucosa por el sitio de hemorragia.

Como complemento diagnóstico se solicitan imágenes. La tomografía computarizada (TC) de cavidades paranasales informa compromiso inflamatorio nasosinusal con imágenes sugerentes de taponamiento nasal derecho que alcanza más allá del límite de las coanas hasta la orofaringe y discreta desviación del tabique nasal. En la TC de cuello destaca prominencia del tejido adenoideo retrofaríngeo y de ambas amígdalas palatinas.

Se realiza exploración quirúrgica para evaluar el origen del sangrado y realizar eventualmente el manejo definitivo. Tras 24 horas de evolución, la paciente ingresa a pabellón. Al retirar los taponamientos en ambas fosas nasales e inspeccionar con endoscopia, el cirujano observa hemorragia muy leve y principalmente al tacto que proviene de ambas amígdalas palatinas y un gran sangrado originado en el tejido adenoideo, por lo que decide realizar extirpación del tejido sangrante, completándose adenoamigdalectomía. Este procedimiento es realizado sin complicaciones aunque con hemostasia difícil. En la medida que se llega al plano quirúrgico adecuado, principalmente en el adenoide, el sangrado pasaba a ser lo habitual para este procedimiento. Además se coloca Surgiflo® en el lecho adenoideo y se deja taponamiento posterior con Sinus 600®. Posterior a la cirugía la paciente presenta en sus exámenes un descenso del tiempo de protrombina por lo que debe recibir vitamina K. Permanece 24 horas en ventilación mecánica. Es extubada sin incidentes. No presenta sangrado posoperatorio. Control de exámenes revela hemoglobina de 7,9 y hematocrito de 22 por lo que recibe una unidad de transfusión de glóbulos rojos.

La paciente se mantiene hospitalizada por 72 horas posterior a la extubación, sin presentar nuevos episodios de sangrado evolucionando sin complicaciones. Luego se controla de forma ambulatoria siendo dada de alta a los 10 días de la

cirugía, con cicatrización normal y sin presentar sangrados posteriores.

El informe anatomopatológico posterior revela adenoides de 2,6 x 1,8 x 2,4 cm. con tejido linfoepitelial de tipo adenoideo con inflamación crónica activa intensa, flegmonosa y necrotizante. La amígdala derecha mide 2,6 x 2 x 1,3 cm y la izquierda 2,5 x 2 x 1,2 cm. Se identifica en ambas actividad con acentuado infiltrado linfocitario y plasmocitario con numerosos polimorfonucleares neutrófilos, focos supurados y focos de hemorragia. Glándulas mucosecretoras y tejido musculoesquelético sin atipias. No se reconocen microorganismos.

DISCUSIÓN

En la actualidad, los pacientes con hemorragia amigdalina presentan en su mayoría una predisposición infecciosa que, mediante inflamación del tejido afectado y el aumento de la irrigación de la zona, facilita la erosión de los vasos periféricos que lo constituyen, traduciéndose en un sangrado localizado o difuso que puede tener diversas manifestaciones y repercusiones clínicas^{1,10}.

Siendo su principal forma de presentación el sangrado por vía bucal, cabe destacar la importancia de reconocerla en los diagnósticos diferenciales que confundirían nuestro actuar inicial. En el caso N° 3 expuesto de forma más extensa, la presentación clínica fue descrita como hematemesis, siendo planteado como diagnóstico el de hemorragia digestiva y su investigación retrasando el manejo definitivo de la patología de la paciente. Se debería considerar como posible alternativa diagnóstica igualmente en casos de epistaxis, hemoptisis e incluso melena¹⁰.

Es más frecuente el compromiso de amígdalas palatinas, pero en el caso descrito, observamos principalmente sangrado de origen adenoideo.

El manejo inicial de las hemorragias amigdalinas debe orientarse a la mantención de la hemostasia^{6,9}. La indicación de amigdalectomía es, dependiendo de la serie, absoluta o relativa según la evolución de los pacientes. Levy describió en su serie de 11 pacientes, amigdalectomía definitiva como manejo en sólo 3, y en el seguimiento del

resto, la presencia de nuevos episodios de amigdalitis (no hemorrágica) en 5 de ellos¹⁰. Darrow describe que deberíamos considerar la extracción amigdalina en aquellos pacientes con sangrado abundante en los que no es posible realizar coagulación del sangrado por otros métodos, o en los que el tratamiento es dificultoso por poca cooperación¹². Salem apoya lo anterior, habiendo descrito un esquema de tratamiento que considera como última línea la amigdalectomía en aquellos pacientes que persisten sangrando a pesar del manejo médico inicial, en los niños, o en los adultos con mala disposición a otros tratamientos¹⁰. Como complicación del tratamiento, destaca la amigdalitis hemorrágica secundaria, mucho más frecuente que la espontánea, que se presenta con características similares a aquellas de pacientes sin sangrado espontáneo previo, donde debe cuidarse igualmente la compensación hemostática y hemodinámica¹³. Si bien es planteable un manejo menos invasivo, especialmente en aquellos pacientes sin sangrado activo, nuestros pacientes eran todos pediátricos, en los que la colaboración para ciertos procedimientos es dificultosa, y además mostramos una paciente que presentaba una hemorragia con hemostasia de difícil manejo, requiriendo incluso transfusión, por lo que el manejo quirúrgico definitivo pareció la opción óptima para disminuir las posibles complicaciones.

CONCLUSIÓN

La amigdalitis hemorrágica espontánea es una entidad de incidencia y prevalencia desconocida, en nuestro país en la actualidad. Debemos estar atentos ante las diferentes manifestaciones clínicas que podrían manifestarse como este cuadro. El diagnóstico precoz y el manejo inicial y definitivo adecuados tienen una gran importancia en la disminución de la morbimortalidad asociada a esta entidad. Se presenta constantemente dentro de las indicaciones de amigdalectomía, pero en su mayoría, se asume como entidad teórica dada su baja incidencia y prevalencia. Es importante para su manejo adecuado, mantener la indicación y procurar que ésta no sea olvidada por parte de los especialistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. GRIFFIES WS, WOTOWIC PW, WILDES TO. Spontaneous tonsillar hemorrhage. *Laryngoscope* 1988; 98(4): 365-8.
2. SALINGER S, PEARLMAN SJ. Haemorrhage form pharyngeal and peritonsillar abscess. *Arch Otolaryngol* 1933; 18(4): 464-509.
3. JOHN DG, THOMAS PL, SEMERARO D. Tonsillar haemorrhage and measles. *J Laryngol Otol* 1988; 102: 64-6.
4. KOAY CB, NORVAL F. An unusual presentation of an unusual complication of infectious mononucleosis: haematemesis and melaena. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 335-6.
5. LEE DL, SOO G, VAN HASSELT CA. Spontaneous tonsillar hemorrhage due to von Willebrand's disease. *J Laryngol Otol* 2010; 124 (4): 450-2.
6. KUMRA V, VASTOLA AP, KEISERMAN S, LUCENTE FE. Spontaneous tonsillar hemorrhage. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 124: 51-2.
7. MURTY GE, SAMANI NJ, MOLONEY JR. Bleeding tonsils. *BMJ* 1991; 302: 236.
8. JURKIEWICZ-LOBODZINSKA M, GERWEL A, SIEWRUK-KALICKA A. Bleeding as an initial symptom of tonsillar carcinoma. *Otolaryngol Pol* 2007; 61: 315-8.
9. BYARD RW. Tonsillitis and sudden childhood death. *J Forensic Leg Med* 2008; 15: 516-8.
10. SALEM A, HEALY S, PAU H. Management of spontaneous tonsillar bleeding: review. *J Laryngol Otol* 2010; 124: 470-3.
11. LEVY S, BRODSKY L, STANIEVICH J. Hemorrhagic tonsillitis. *Laryngoscope* 1989; 99: 15-8.
12. DARROW DH, SIEMENS C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002; 112(8 Pt 2 Suppl 100): 6-10.
13. KIM YS, HONG SJ, CHOI J, LEE SH, KWON SY, CHOI JH. Spontaneous Tonsillar Hemorrhage and Post-Tonsillectomy Hemorrhage. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2010; 3(1): 56-8. <http://dx.doi.org/10.3342/ceo.2010.3.1.56>.