

Amigdalitis hemorrágica. Presentación de un caso

Hemorrhagic tonsillitis. A case report

Benjamín Walbaum G¹, Matías Winter D², Bárbara Huidobro D².

RESUMEN

La amigdalitis hemorrágica es una complicación poco frecuente de los cuadros faringoamigdalinos con reducido número de casos reportados en la literatura.

Presentamos el caso de una paciente de 28 años que consultó al servicio de urgencia por un cuadro de un día de evolución de odinofagia, fiebre y tos hemoptoica, diagnosticándose una amigdalitis hemorrágica que requirió amigdalectomía de urgencia por la persistencia del sangrado. En la biopsia se encontró la presencia de actinomicas. Se manejó con terapia antibiótica por 14 días y evolucionó favorablemente sin complicaciones.

Esa patología a pesar de ser un cuadro infrecuente, debe considerarse dentro de los posibles diagnósticos de sangrado de la vía aérea alta.

Palabras clave: Amigdalitis hemorrágica, amigdalectomía y actinomicas.

ABSTRACT

Hemorrhagic tonsillitis is a rare complication of tonsillitis, with only few case reports in the literature.

We report the case of a 28-year-old patient evaluated at our emergency department because of one-day sore throat, fever, cough and hemoptysis. Hemorrhagic tonsillitis was diagnosed that required emergency tonsillectomy that same day. The presence of Actinomyces was later described on the biopsy.

Patient was managed with antibiotic therapy for 14 days and evolved favorably without complications.

Despite being a rare sickness, hemorrhagic tonsillitis should be included in our differential diagnose of upper airway bleeding.

Key words: Hemorrhagic tonsillitis, tonsillectomy and Actinomyces.

¹ Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Médico Otorrinolaringólogo. Departamento de ORL, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recibido el 21 de julio de 2015. Aceptado el 26 de septiembre de 2015.

INTRODUCCIÓN

La amigdalitis es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencia y en la atención diaria de otorrinolaringología¹. De acuerdo a reportes basados en cultivos tomados de pacientes adultos y pediátricos es causada principalmente por cuadros virales inespecíficos en el contexto de infecciones de la vía respiratoria alta. Seguido por infecciones secundarias a estreptococo beta hemolítico grupo A responsable de 5% a 15% de todas las amigdalitis o faringitis² y de las principales complicaciones secundarias a amigdalitis como enfermedad reumática, glomerulonefritis postestreptocócica, flegmones y abscesos.

La amigdalitis hemorrágica, desde el advenimiento de la era antibiótica, es una complicación atípica de cuadros faringoamigdalinos, presentándose mayormente asociada a abscesos periamigdalinos y amigdalitis aguda o crónica^{3,4}. La amigdalitis hemorrágica se define como un sangrado amigdalino persistente por más de 1 hora o un sangrado mayor a 250 cc independiente del tiempo de sangrado⁴. Su tratamiento no está del todo definido debido a lo poco frecuente del cuadro y los escasos casos reportados en la literatura. Las recomendaciones descritas en la literatura van desde un manejo médico conservador hasta la amigdalectomía⁵.

El sangrado estaría explicado por un aumento importante del flujo sanguíneo, dilatación de los vasos, edema, congestión vascular y necrosis

superficial de las amígdalas en el contexto de la reacción inflamatoria que produce la infección^{4,6}. La hemorragia es principalmente de origen venoso, con un sangrado difuso del parénquima o de focos aislados secundarios a úlceras⁷.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años con antecedentes de enfermedad celíaca, dermatitis atópica y rinitis alérgica en control, sin historia de amigdalitis recurrente, ingresa al servicio de urgencia por historia de un día de odinofagia, mialgias, fiebre, compromiso del estado general, náuseas, que posteriormente progresa con tos y expectoración con restos hemáticos que se hacen más frecuentes y de mayor cuantía.

Es evaluada por otorrinolaringólogo quien describe amígdalas hipertróficas GIII (Figuras 1 y 2), equimóticas con coágulos difusos y sangre fresca de escasa cuantía en faringe, además de adenopatías submandibulares sensibles, sin otros signos característicos al examen físico. Test pack faríngeo negativo para estreptococo beta-hemolítico, hemograma sin anemia, sin linfocitosis y con plaquetas normales, además pruebas de coagulación dentro de rango normal.

Se decide hospitalizar con diagnóstico de amigdalitis hemorrágica para manejo antibiótico.

Dada la persistencia del sangrado, más el aumento en la cantidad, asociado a odinofagia intensa 9/10 y sensación de globus faríngeo se decide amigdalectomía.



Figura 1. Amigdalitis hemorrágica.

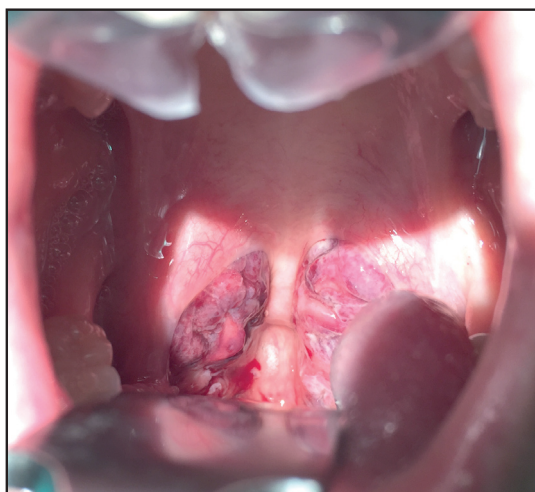


Figura 2. Se observan amígdalas equimóticas y sangre fresca en faringe.

En la cirugía se observaron amígdalas equimóticas, muy friables al tomarlas y sangre fresca difusa. No se observó sangrado en jet. Las amígdalas no se encontraban adheridas y se identificó el plano logrando sacarlas de forma completa. Para la hemostasia se usó tapones con subgalato de bismuto y electrocauterio, usando la técnica habitual practicada en nuestro centro.

Es dada de alta a las 24 horas en buenas condiciones, con indicación de mantener tratamiento antibiótico con amoxicilina con ácido clavulánico por 14 días.

En la biopsia se describe tejido linfoide amigdalino revestido parcialmente por epitelio escamoso, con hiperplasia folicular y focos de inflamación aguda supurada y presencia de colonias de *actinomicetes*, hallazgo frecuente en biopsia de amígdalas, sin observar vasos anómalos o algún otro elemento que explique el sangrado.

Se decide evaluación por Infectología, quien recomienda no agregar nuevo esquema antibiótico ni prolongar el tratamiento.

La paciente es evaluada 30 días después de la intervención encontrándose en muy buenas condiciones, con lechos sanos y sin evidencia alguna de complicación.

DISCUSIÓN

La amigdalitis hemorrágica es una complicación muy infrecuente de amigdalitis aguda o crónica

y se puede presentar en pacientes sanos sin alteraciones de la coagulación⁷ ni asociado a otras complicaciones.

El tratamiento de elección depende en gran medida de la forma de presentación del cuadro y las características del paciente. Se puede realizar tanto una amigdalectomía en agudo o diferido, como preferir manejo médico conservador, con electrocauterio en el punto sangrante o solo tratamiento antibiótico⁷.

En nuestro caso se decidió la amigdalectomía bilateral de urgencia dado el compromiso importante de ambas amígdalas, las características difusas en napa del sangrado y la persistencia de la hemorragia a pesar de las medidas iniciales de hemostasia^{8,9}.

La observación de colonización actinomicótica es frecuente de encontrar en pacientes con o sin patología amigdalina. Se encuentran como comensales en la mucosa oral y encontramos mayormente en población adulta con una prevalencia que va entre 2% y 30%^{10,11}. En general no tiene mayor importancia clínica y aparece descrito como hallazgo en reportes histológicos posterior a amigdalectomía. Faltan aún estudios para aclarar la posible relación entre este hallazgo y patología amigdalina. Estudios basados en reportes descritos por la literatura sugieren que existiría una asociación con el desarrollo de amigdalitis recurrente e hipertrofia amigdalina^{11,12}, no obstante, no existen estudios

de causalidad y solo se basarían en hallazgos histopatológicos. Por otro parte, en pacientes en que se pesquisa invasión por *actinomicetes*, que se traduce en cambios inflamatorios característicos a la evaluación histológica, estaría indicado el tratamiento antibiótico prolongado. Esto, debido a que, al igual que las infecciones micobacterianas, la actinomycosis tiene la capacidad de sobrevivir a nuestra respuesta inmune adquirida, generando granulomas fibróticos con núcleo necrótico hipovascularizado^{13,14}. Por ende, con baja penetrancia antibiótica, y por tanto resistente a la terapia.

En nuestro caso, se decidió manejo antibiótico por 14 días con buena evolución y sin complicaciones, debido a que al analizar la biopsia más la clínica no parecía existir una infección invasora.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser un cuadro poco frecuente debemos considerar las complicaciones hemorrágicas de las amigdalitis dentro de la evaluación de los sangrados de vía aérea y de los pacientes que consulten por cuadros faringo-amigdalinos. Teniendo claridad de su manejo, hospitalizando a los pacientes y no posponiendo la resolución quirúrgica si no se logra hemostasia precoz. Además debemos continuar estudiando la posible relación que podría existir entre la colonización por *Actinomicetes* y patología faringoamigdalina como hipertrofia, amigdalitis recurrente y amigdalitis hemorrágica como nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

- SCHAPPERT SM, RECHTSTEINER EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2006, Natl Health Stat Report. 2008.
- SNOW V, MOTTUR-PILSON C. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med* 2001; 134: 506
- SALINGER S, PEARLMAN SJ. Haemorrhage from pharyngeal and peritonsillar abscess. *Arch Otolaryngol* 1933; 18: 464-509.
- GRIFFIES WS, WOTOWIC PW, WILDES TO. Spontaneous tonsillar hemorrhage. *Laryngoscope* 1988; 98: 365-8.
- DARROWS D. Dilemas en el abordaje de la amígdala. *Manual de Otorrinolaringología IAPO*, pag: 81-87.
- TAMIMI SF, TWALBEH M, AL-AMR I, GUDAH K. Spontaneous hemorrhage from tonsils. A review of three cases. *Saudi Medical Journal* 1996; 17(3): 397-8.
- LEVY S, BRODSKY L, STANIEVICH J. Hemorrhagic tonsillitis. *Laryngoscope* 1989; 99: 15-8.
- DARROW DH, SIEMENS CH. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002; 112; 6-10.
- MCCORMICK MS, HASSETT P. Spontaneous haemorrhage from the tonsil (a case report). *J Laryngol Otol* 1987; 101: 613-6.
- MOHANTY S. Actinomycosis of faucial tonsil masquerading as oropharyngeal malignancy. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 58: 82.
- OZGURSOY OB, KEMAL O, ET AL. Actinomycosis in the etiology of recurrent tonsillitis and obstructive tonsillar hypertrophy: answer from a histopathologic point of view. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 37: 865-9.
- BHARGAVA D, BHUSNURMATH B, SUNDARAM KR, RAMAN R, AL OKBI HM, AL ABRI R, ET AL. Tonsillar actinomycosis: a clinicopathological study. *Acta Trop* 2001; 80: 163-8.
- LERNER PI. The lumpy jaw. Cervicofacial actinomycosis. *Infect Dis Clin North Am* 1988; 2: 203.
- AYDIN A, ERKILIC S, BAYAZIT YA. Relation between Actinomycosis and histopathological and clinical features of the palatine tonsils: a comparative study between adult and pediatric patients. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2005; 126: 95-8.