

04/04/2018 por SVAMC

RESPUESTAS CASO CLÍNICO DE MARZO: INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA EN ADULTO JOVEN

Caso clínico:
Infección cervical profunda
en adulto joven

Mª Jesús Castaño Aroca
Microbiología y Parasitología
H. Universitari i Politècnic La Fe

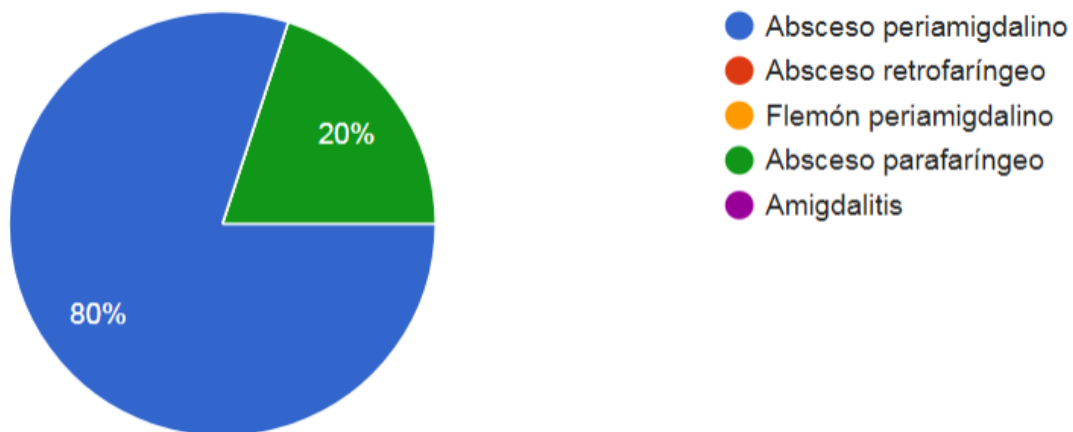
RESPUESTAS

SOCIEDAD VALENCIANA DE
microbiología
clínica

H. Politècnic

1) ¿CUAL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?

- a) **Absceso periamigdalino**
- b) Absceso retrofaríngeo
- c) Flemón periamigdalino
- d) Absceso parafaríngeo
- e) Amigdalitis



El absceso periamigdalino es una complicación supurativa de la amigdalitis, frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Generalmente, se localiza en el polo superior de la amígdala, entre la cápsula de la misma y la fascia del músculo constrictor superior de la faringe. Los hallazgos más característicos son fiebre, odinofagia unilateral, abombamiento del pilar amigdalino y desviación contralateral de la úvula, otalgia refleja y aparición de voz gangosa. La aspiración de pus por punción con aguja en el centro de la tumefacción, a la altura de la parte superior del pilar anterior, permite confirmar el diagnóstico.

Antes de llegar a la fase de absceso, las infecciones localizadas suelen pasar por una fase inflamatoria. En el flemón periamigdalino no se obtendría pus al realizar la punción-aspiración de la zona afectada.

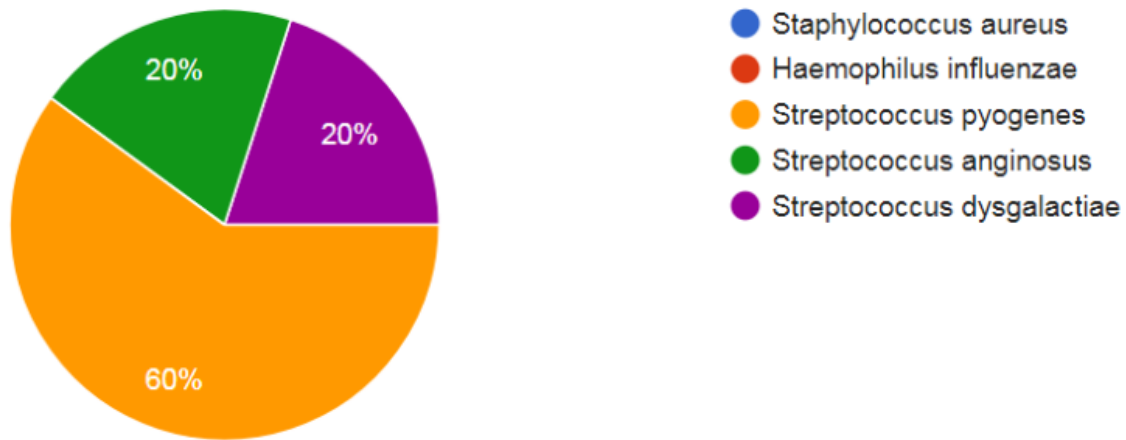
El absceso parafaríngeo se ubica lateral al músculo constrictor superior de la faringe y medial al músculo masetero. En este tipo de absceso, el abombamiento de la amígdala es poco evidente por lo que no se observa desviación de la úvula. Es frecuente la aparición de fiebre elevada, dolor severo y tumefacción cervical y en menor medida odinofagia, y trismo.

El absceso retrofaríngeo afecta a los ganglios linfáticos situados entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral y es común en niños menores de 5-6 años de edad. Al igual que el absceso parafaríngeo, el absceso retrofaríngeo se manifiesta con fiebre elevada, dolor severo y tumefacción cervical, pero el abombamiento se localiza en la pared faríngea posterior siendo característica la rigidez de nuca e incluso el estridor y la disnea por obstrucción de la vía aérea.

2) ¿CUAL ES LA ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DEL ABSCESO PERIAMIGDALINO?

- a) Staphylococcus aureus.
- b) Haemophilus influenzae.
- c) Streptococcus pyogenes.

- d) Streptococcus anginosus.
- e) Streptococcus dysgalactiae.

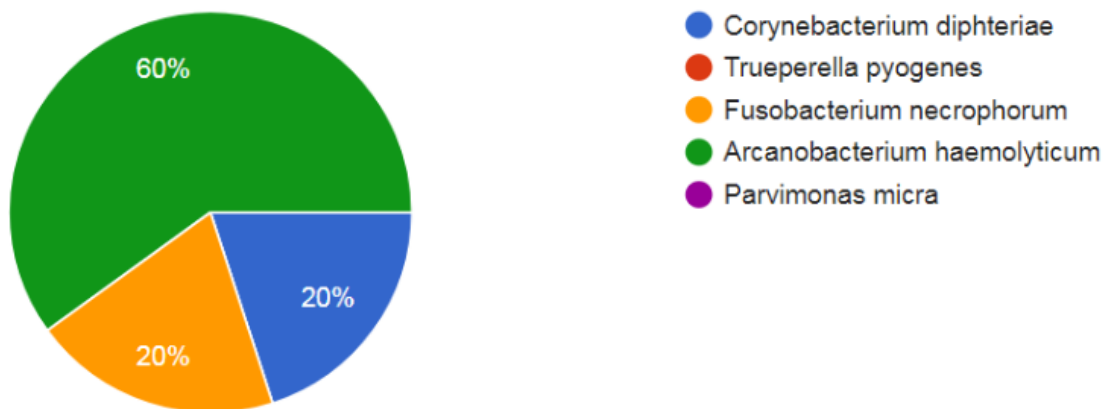


Suele tratarse de una infección polimicrobiana con participación de la microbiota aerobia (S. pyogenes, S. aureus, H. influenzae) y anaerobia (Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium, y Peptostreptococcus spp.).

El microorganismo más frecuentemente aislado es el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (Streptococcus pyogenes) aunque también puede deberse a estreptococos beta-hemolíticos de los grupos C o G, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae o bacterias anaerobias como Bacteroides spp., Fusobacterium spp., Peptostreptococcus spp., Prevotella spp. o Porphyromonas spp.

3) SEGÚN LA MORFOLÓGICA DE LA COLONIA AISLADA ¿CUAL PUEDE SER EL AGENTE CAUSAL?

- a) Corynebacterium diphtheriae.
- b) Trueperella pyogenes.
- c) Fusobacterium necrophorum.
- d) Arcanobacterium haemolyticum.**
- e) Parvimonas micra.



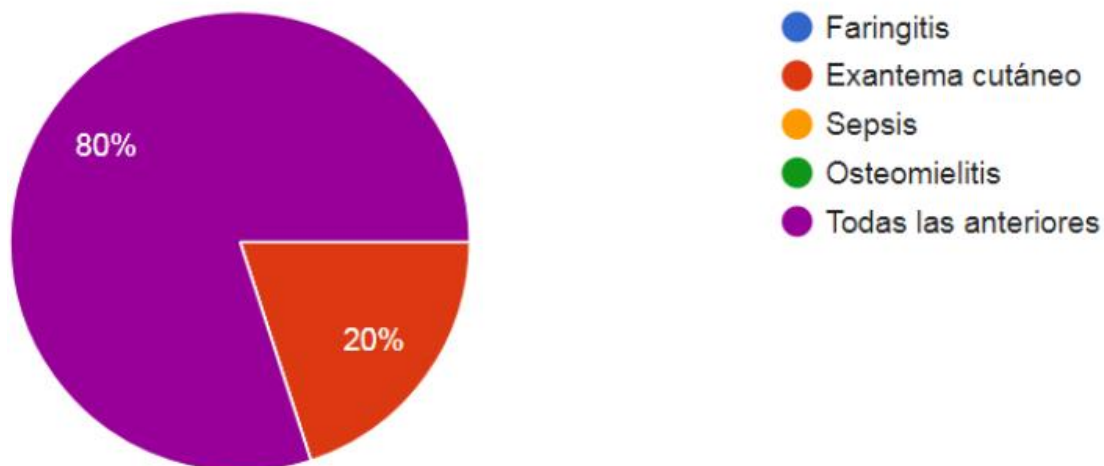
Arcanobacterium haemolyticum (antes *Corynebacterium haemolyticum*) es un bacilo gramvariable, pleomórfico, catalasa negativo, anaerobio facultativo. El tamaño de la colonia, el grado de hemólisis o su coloración a la tinción de Gram varían considerablemente según la atmósfera y el tiempo de incubación. En las primeras 18-24 horas de incubación, forma colonias pequeñas, blanquecinas, opacas, con hemólisis ausente o poco aparente. Además, se muestra como un bacilo grampositivo fino que se agrupa por los extremos adquiriendo las características formas en V o de “letras chinas” por lo que puede confundirse con especies de *Corynebacterium* spp. Posteriormente se hace granuloso y segmentado y se tiñe como Gram negativo, pudiendo pasar desapercibido, especialmente en infecciones polimicrobianas.

A. haemolyticum puede confundirse macroscópicamente con *Streptococcus pyogenes*, estreptococos hemolíticos de los grupos C o G o especies de *Corynebacterium* spp. o de *Trueperella* spp.

La morfología microscópica lo diferencia de las especies de *Streptococcus* spp.; la ausencia de catalasa de especies de *Corynebacterium* spp.; el crecimiento rápido de *Trueperella pyogenes* (antes *A. pyogenes*); y su capacidad de crecer en aerobiosis de *Parvimonas micra* y de *Fusobacterium necrophorum*.

4) ¿QUÉ OTROS CUADROS SE HAN RELACIONADO CON LA INFECCIÓN POR *A. HAEMOLYTICUM*?

- a) Faringitis.
- b) Exantema cutáneo.
- c) Sepsis.
- d) Osteomielitis.
- e) **Todas las anteriores.**

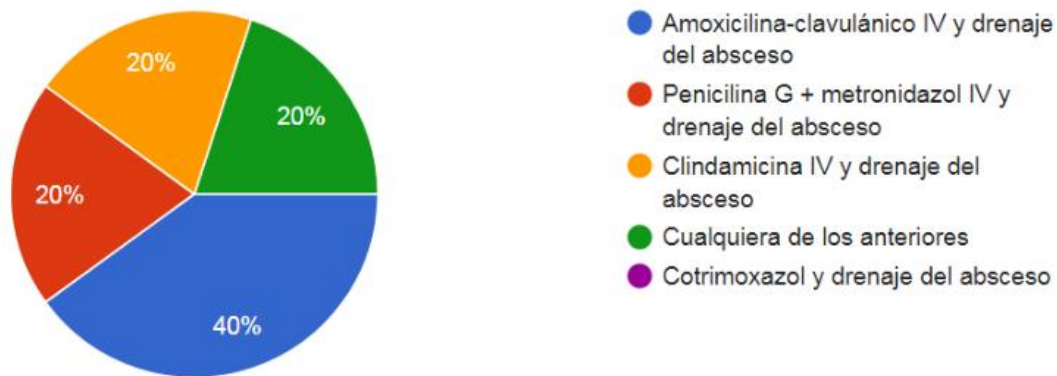


El reservorio ambiental principal de *Arcanobacterium haemolyticum* es la piel y mucosa faríngea del humano, aunque, por lo general, es un colonizador respiratorio poco frecuente. Es responsable del 0.5-2.5% de las faringitis bacterianas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Produce principalmente faringitis y exantema

escarlatiniforme similar al ocasionado por *Streptococcus pyogenes*, pero también se ha visto implicado en absceso periamigdalino, infecciones de úlceras o de heridas traumáticas, bacteriemia, sepsis, endocarditis, osteomielitis, artritis, cistitis, neumonía o empiema pleural.

5) ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN EL ABSCESO FARÍNGEO POR *A. HAEMOLYTICUM*?

- a) Amoxicilina-clavulánico IV y drenaje del absceso.
- b) Penicilina G + metronidazol IV y drenaje del absceso.
- c) Clindamicina IV y drenaje del absceso.**
- d) Cualquiera de los anteriores.
- e) Cotrimoxazol y drenaje del absceso.



En el tratamiento de un absceso periamigdalino es importante el drenaje del mismo y la administración de antibióticos por vía parenteral. Una vez que se observe mejoría general y local, el manejo puede ser ambulatorio.

El tratamiento de elección es un macrólido o clindamicina. Como alternativa se puede emplear una fluorquinolona, teicoplanina, vancomicina, gentamicina o una cefalosporina. In vitro, *A. haemolyticum* es sensible a penicilina, pero se han descrito fracasos terapéuticos por tolerancia a este antibiótico. Es resistente a cotrimoxazol y, en ocasiones, a sulfonamidas y oxacilina.