

PRESENTACIÓN DE CASOS

Actinomicosis laríngea. Presentación de un caso

Laryngeal actinomycosis. A case report

**Waldo Jiménez González,^I Ilsa García Estrada,^{II} Nérido Enrique González Fernández,^{III}
Carlos Alfonso Sabatier,^{IV} Onasis Arguelles Pérez.^V**

I Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de I grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, granulomatosa y supurativa crónica, producida por actinomicetos anaerobios, principalmente el *Actinomyces israelii*. Las manifestaciones clínicas son muy diversas, simulando distintas patologías, incluso algunas de tipo maligno. Es una enfermedad poco común por lo que se dificulta su diagnóstico. Se presenta una paciente de 60 años con antecedentes de neoplasia laríngea que hace 14 años recibió radioterapia. Acude a consulta con disnea requiriendo traqueotomía de urgencia, se constata imagen de aspecto tumoral y parálisis bilateral de las cuerdas vocales, se toma biopsia que informa actinomicosis

laríngea. Se expone su tratamiento y evolución. Palabras clave: actinomicosis, laringe.

ABSTRACT

Actinomycosis is a granulomatous and chronic suppurative infectious disease caused by *Actinomyces israelii*. The clinical manifestations are very diverse, simulating different pathologies, even some of bad nature. It is a not very common illness for what the diagnosis is not easy to give. A 60 year-old patient is presented with antecedents of laryngeal carcinoma that 14 years ago received radiotherapy. He goes to consultation with breathing problems requiring urgent tracheotomy, an image of tumoral aspect is verified and bilateral paralysis of the vocal chords. We take biopsy that informs laryngeal actinomycosis. The treatment and evolution is exposed. Key words: actinomycosis, larynx.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, granulomatosa y supurativa crónica, producida por bacterias grampositivas, anaerobias o microaerófilas, la mayor parte de las cuales pertenecen al género *Actinomyces*, que colonizan la boca, el colon y la vagina. Sin embargo, la disrupción de estas barreras puede producir la infección.¹

El agente causal más frecuente es el *Actinomyces israelii*,² aunque con menor frecuencia, la producen también *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri*, *A. gerencseriae* y *Propionibacterium propionicum*.^{1, 3}

Las manifestaciones clínicas iniciales son muy diversas, simulando distintas patologías, incluso algunas de tipo maligno,³ es de difícil diagnóstico y baja incidencia.¹

Las localizaciones más frecuentes son la cervicofacial (50%), la región torácica (30%) y la región abdominal (20%),^{3,4} a nivel laríngeo se han reportado pocos casos.⁴

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 60 años, con antecedentes de carcinoma epidermoide de laringe T₁N₀M₀ que recibió radioterapia hace 14 años. Acude a consulta en abril del 2011 con un síndrome obstructivo laríngeo agudo, que requirió traqueotomía de urgencia.

En el mes de mayo de ese año se le realiza laringoscopia directa y biopsia, detectándose imagen tumoral submucosa de la pared posterior de la laringe a nivel de los aritenoides, úlcera en esfínter cricofaríngeo, no lesión intraluminal. El informe anatomopatológico refiere tejido fibroso y de granulación, sin evidencias de malignidad. Posteriormente comienza con disfagia a los alimentos sólidos, se interconsulta con gastroenterología y se intenta realizar endoscopia esofágica no pudiendo avanzar el equipo por la fibrosis.

En agosto se realiza nasofibroendoscopia, constatándose edema de aritenoides, cuerdas vocales paralizadas, bandas ventriculares y cuerdas vocales aumentadas de volumen, se aprecia lesión de aspecto tumoral en pared posterior laríngea.

Se realiza laringoscopia directa y biopsia, en septiembre, y se constata parálisis recurrencial bilateral así como lesión tumoral úlcero necrosante con áreas exofíticas en la región post cricoidea que se extiende al seno piriforme izquierdo. El informe anatomopatológico refiere tejido fibrótico con áreas de calcificación y abundantes colonias de actinomicos.

Se ingresa a la paciente instaurando tratamiento con penicilina cristalina 4 millones por vía endovenosa cada 6 horas durante 23 días. Se continúa con penicilina rapilenta a dosis de un millón de unidades por vía intramuscular cada 12 horas durante un mes; posteriormente se continuó con ampicilina a dosis de dos gramos diarios durante 21 días.

En marzo del año 2012 es intervenida quirúrgicamente realizándose laringectomía total y faringectomía total circular, quedando con tres estomas: faringostoma, esofagostoma y traqueostoma.

Anatomía patológica informa actinomicosis faríngea con trayecto fistuloso a la laringe.

En junio es llevada al quirófano para realizar el cierre de los estomas faríngeo y esofágico con colgajo miocutáneo de músculo pectoral.

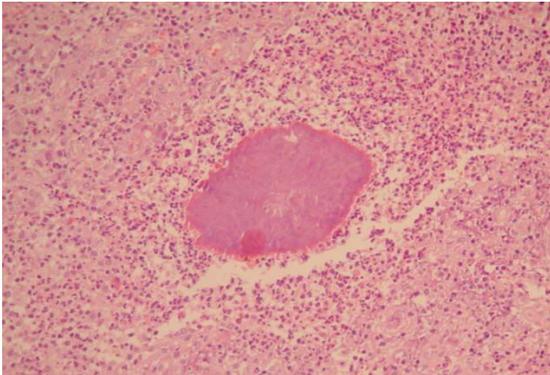


Figura 1. Colonia de Actinomices

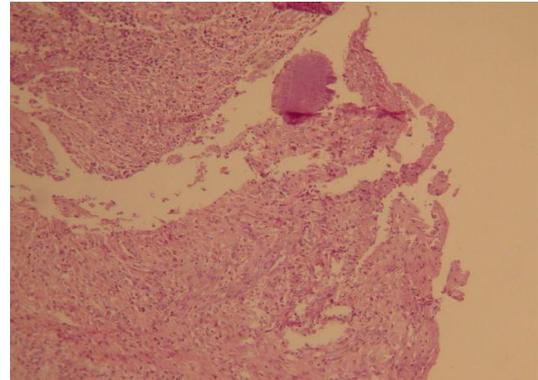


Figura 2. Trayecto fistuloso de la laringe con colonia de Actinomices

DISCUSIÓN

Clínicamente existen elementos que nos hacen sospechar una actinomycosis:

- 1) la combinación de evolución crónica, la trasgresión de las fronteras hísticas, y signos sugestivos de tumoraciones;
- 2) la aparición de un conducto fistuloso que de manera espontánea muestra resolución, pero reaparece, y
- 3) la infección refractaria o recidivante después de tratamiento breve, dado que la curación de la entidad establecida obliga a emprender tratamiento prolongado.⁵

Establecida la actinomycosis se propaga en forma continua mediante avance lento, y penetra planos hísticos.⁶

En el comienzo puede surgir inflamación aguda en el sitio de la infección, pero el signo definitorio es su fase de cronicidad, que se manifiesta por lesiones que por lo común son induraciones únicas o múltiples. Se observa necrosis central, que incluye neutrófilos y granos de azufre, y es un signo que prácticamente confirma el diagnóstico. Clásicamente se han descrito como "leñosas" las paredes fibróticas de la lesión. No se han identificado los factores del hospedador o bacterianos que ocasionen

el trastorno. Con el paso del tiempo se forman conductos fistulosos que se abren en la piel, órganos vecinos o huesos. En casos raros puede haber siembra hematógica a distancia. Como se señaló, estas características peculiares de la actinomicosis remedan cáncer, y suele confundirse con éste.^{7,8}

Los cuerpos extraños parecen facilitar la infección, así como se ha descrito la relación de la actinomicosis con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los trasplantes y la radioterapia o quimioterapia. En estos pacientes, las infecciones ulcerosas de las mucosas y las anomalías de las defensas del hospedador podrían facilitar el desarrollo de la actinomicosis.⁹

Rara vez se considera el diagnóstico de actinomicosis cuando imita una neoplasia maligna. Con frecuencia estos casos los diagnostica el anatomopatólogo después de haberse sometido al paciente a una intervención quirúrgica.^{5,6}

El diagnóstico suele confirmarse por la identificación microscópica de gránulos de azufre dentro del pus o los tejidos. A veces se identifican a simple vista los gránulos, los trayectos fistulosos húmedos o el pus que emana de ellos.^{7,8,10}

La actinomicosis debe tratarse con dosis altas de antimicrobianos por largo tiempo. Es probable que se necesite el tratamiento intensivo mencionado ante las dificultades que tienen los antimicrobianos para penetrar las masas de pared gruesa, que aparecen a menudo en la infección y los propios gránulos de azufre. Es necesario individualizar el tratamiento, pero una directriz razonable en las infecciones graves es la aplicación intravenosa de 18 a 24 millones de unidades de penicilina diariamente, durante dos a seis semanas, seguida de la ingestión del mismo fármaco o de amoxicilina durante seis a 12 meses.

En los enfermos alérgicos a la penicilina se ha demostrado que las tetraciclinas, minociclina y doxiciclina constituyen buenas alternativas, al igual que la eritromicina y la clindamicina.^{4,8}

Si hay afección de una estructura de gran importancia, o si resulta ineficaz el tratamiento médico idóneo, quizá convenga la intervención quirúrgica.¹¹

Nuestra paciente se asemeja a todo lo descrito anteriormente, con una tumoración inicial en laringe, que nos hizo pensar erróneamente en un proceso maligno, y fue la biopsia, realizada bajo anestesia general, y el estudio anatomopatológico del material obtenido el que nos llevó al diagnóstico. Algunos autores han reportado que la actinomicosis cervicofacial ocasiona obstrucción de las vías aéreas altas en algunos pacientes, quienes han requerido traqueotomía de urgencia, como sucedió en el caso expuesto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chanussot C, Meza M, Espinosa M, Arenas R. Actinomicosis cervicofacial: comunicación de un caso con diabetes e insuficiencia renal crónica. *Dermatología Rev Mex* 2011;55(3):155-58. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2011/rmd113h.pdf>
2. Kutluhan A, Salviz M, Yalciner G, Kandemir O, Yesil C. The role of the actinomyces in obstructive tonsillar hypertrophy and recurrent tonsillitis in pediatric population. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2011 (consultado en diciembre 2012);75:391-94. Disponible en: URL: <http://www.elsevier.es>
3. Rodríguez-Valero M, Bravo-Escobar GA, Prado-Calleros H, Vick-Fragoso R, Arroyo-Escalante S. Actinomicosis cervicofacial. *An Orl Mex* 2011;56(1):43-6.
4. Aguirrebengoa K, Romaña M, López L, Martín J, Montejo M, González de Zárate P. Actinomicosis orocervicofacial. Presentación de 5 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20(2):53-56. Disponible en: URL: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/28/28v20n02a13027317pdf001.pdf>
5. Harrison R. *Principios de Medicina Interna*. 14ª edición. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2006.p.5326-341.
6. Marino A, Granic X, Martínez B. Actinomicosis periapical intrasinusal: presentación de caso clínico. *Oral* 2010;35:658-60. Disponible en: URL: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=214&IDARTICULO=32975&IDPUBLICACION=3565>
7. Mamais C, Dias A, Walker SR, Vydianat H. Parotid Actinomycosis Mimicking Metastatic Lymphadenopathy. *West Indian Med J* 2011;60(3):349. Disponible en: URL: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442011000300020&lng=es&nrm=iso&tlng=en

-
8. Frías Salcedo JA, Taddeo Molina MM, Hernández Chávez JR. Actinomicosis adenoidea: caso clínico y revisión de la literatura. *Enf Inf MIcrobiol* 2011;31(2):71-75. Disponible en: URL: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=15&IDARTICULO=29672&IDPUBLICACION=3223>
 9. Carneiro Menezes M, De Souza Tornin O, Assayag Botelho R, Pinheiro de Brito J, Knabben Ortellado D, Ríos Torres L. et al. Actinomicose laríngea: relato de caso. *Radiol Bras* 2006;39(4):309-11. Disponible en: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010039842006000400015&script=sci_arttext&tIng=es
 10. Cohen PR, Tschen JA. Tonsillar actinomycosis mimicking a tonsillolith: colonization of the palatine tonsil presenting as a foul-smelling, removable, unilateral, giant tonsillar concretion. *International Journal of Dermatology* 2010;49:1165-68.
 11. Batur Calis A, Eltaf Ozbal A, Basak T, Turgut S. Laryngeal actinomycosis accompanying laryngeal carcinoma: report of two cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006;263:783-85. Disponible en: URL: <http://link.springer.com/staticcontent/0.6043/lookinside/846/art%253A10.1007%252Fs00405-006-0057-3/000.png>

Recibido: 4 de diciembre de 2012

Aceptado: 5 de febrero de 2013

Waldo Jiménez González. Calle A #506 Apto 7 e/. 21 y 23, Vedado, Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: wjimenez@cimeq.sld.cu.