

CARTA CLÍNICA

Amigdalitis unilateral: angina de Plaut-Vincent



Unilateral tonsillitis: Plaut-Vincent angina

Introducción

La faringoamigdalitis aguda es uno de los diagnósticos más frecuentes en atención primaria, y en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es eminentemente clínico y visual, sin necesidad de pruebas complementarias. Para el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana son una herramienta de ayuda para seleccionar los pacientes que se beneficiarían de una prueba de detección rápida de antígeno estreptocócico. En algunos casos, es de utilidad la realización de un estudio analítico para poder descartar una mononucleosis infecciosa, entre otras enfermedades¹⁻⁴.

Caso clínico

Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés que acude a su centro de salud presentando un cuadro febril, con malestar general y odinofagia intensa. Un mes antes había acudido por un cuadro de amigdalitis aguda que se resolvió con tratamiento médico (antibióterápia y antiinflamatorios). A la exploración se observa una amigdalitis unilateral derecha (fig. 1) y se palpa una adenopatía laterocervical ipsilateral. Se le pauta tratamiento antibiótico (penicilina) y sintomático. A los pocos días vuelve nuevamente a la consulta sin objetivar mejoría clínica, por lo que se decide remitir al servicio de urgencias de otorrinolaringología (ORL) del hospital.

Exploración ORL hospitalaria: llama la atención la gran palidez de la paciente. En orofaringe se objetiva amígdala derecha inflamada, con placa amarillenta/grisácea que la cubre por completo. Se palpa una adenopatía laterocervical derecha. El diagnóstico inicial es de amigdalitis unilateral de Plaut-Vincent. Se hace toma para frotis faríngeo y se solicita estudio analítico.

Hemograma: hematíes: $1,32 \times 10^6/\mu\text{l}$; hemoglobina: 4,8 g/dl, hematocrito: 13,9%. VCM: 106,8 fl; leucocitos: $4,96 \times 10^3/\mu\text{l}$; plaquetas: 36.000/ μl . Fórmula leucocitaria manual: blastos: 87%; S-2; linfocitos: 11. Presencia de un 87% de blastos de estirpe mieloide, elevada relación N/C,



Imagen 1 Angina ulceronecrotica de Plaut-Vincent.

con nucléolo prominente. Algunos núcleos indentados. No se observan astillas ni bastones de Auer.

En el hemograma se evidencia pancitopenia (anemia + neutropenia + trombocitopenia) y se observa blastosis compatible con leucemia aguda mieloblástica.

Se le instaura tratamiento con piperacilina/tazobactam y pasa a cargo del servicio de hematología del hospital.

En el frotis faríngeo, aunque no se aislaron espiroquetas se observa flora polimicrobiana con bacilos fusiformes.

Discusión

El caso que presentamos es el de una amigdalitis de características específicas, la amigdalitis de Plaut-Vincent o «boca de trinchera», que presentaba una evolución tórpida y con unos resultados analíticos tan impredecibles como llamativos.

Se trata de una amigdalitis aguda específica de tipo ulceronecrotico unilateral, ocasionada por una asociación fusoespirilar: microorganismos anaerobios (*Fusobacterium*

necrophorum) + espiroquetas^{2,3,5-8}. Se produce frecuentemente en pacientes jóvenes, con mala higiene bucal o inmunodeprimidos^{2,8}.

En la exploración física se aprecia una amígdala ulcerada, principalmente en el polo superior, de bordes irregulares y consistencia blanda, cubierta de una membrana amarillenta, friable, que se desprende con facilidad dejando un lecho hemorrágico, asimismo se presenta con dolor e inflamación de encías, linfadenopatía satélite homolateral, halitosis y astenia²⁻⁸. El diagnóstico es clínico y se puede confirmar mediante estudio microbiológico del frotis faríngeo por examen directo de la úlcera, en donde mostraría la asociación fusospirilar de bacterias anaerobias, bacilo Plaut-Vincent y espiroquetas como *Treponema vincentii*; necesario ocasionalmente para realizar un diagnóstico diferencial con otras amigdalitis específicas (sífilis, difteria, candidiasis...)⁸. En los casos de amigdalitis ulceronecrotica debe descartarse una leucemia o agranulocitosis aguda mediante la realización de un hemograma⁹.

El tratamiento es sintomático junto con antibioterapia (penicilina G o V a altas dosis o betalactámicos y metronidazol), así como cuidados de higiene bucodental tras el episodio agudo^{2,3,5,8}. Es obligada una derivación urgente hospitalaria⁶. Una de las posibles complicaciones, aunque infrecuente, es la tromboflebitis de la vena yugular, con riesgo de embolia séptica y ocasionar el síndrome de Lemierre^{4,8}.

Como comentario final señalar que en algunas ocasiones un cuadro clínico aparentemente banal puede esconder una patología mucho más seria y no es infrecuente que un proceso infeccioso agudo revele un paciente inmunodeprimido y sea la primera manifestación de un cuadro hematológico grave. Por todo ello, es muy importante realizar una exploración completa, fijándose en el aspecto de la mucosa orofaríngea y amigdalar, la simetría amigdalar, la presencia o ausencia de adenopatías y el estado general del paciente.

Responsabilidades éticas

Se han seguido los protocolos del centro de trabajo con relación al tratamiento de la información relativa al paciente, contando con el consentimiento del mismo.

Bibliografía

1. Vilà LI, Moragas MOreno A, Bayona Faro C. Infecciones del tracto respiratorio superior. Actualización en Medicina de Familia. AMF. 2018;14:504-12.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5.ª ed Barcelona: Elsevier; 2015. p. 772.
3. Fauci A. Harrison: Principios de Medicina Interna. 17.ª ed México: McGraw-Hill; 2009. p. 212.
4. Cots JM, Alós JJ, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34:541-616.
5. Libro virtual de formación en ORL. III cavidad oral y faríngea. Capítulo 77, Faringoamigdalitis específicas.
6. Gómez Ocaña JM, Revilla Pascual E, Fernández-Cuesta Valcarce MA, El-Asmar Osman A. Las 50 principales consultas en Medicina de Familia. Un abordaje práctico basado en la evidencia. 2011, capítulo 1, p. 2-5.
7. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en urgencias. 3.ª ed León: Esteve; 2007. p. 411.
8. De la Fuente Cañibano R, Alañón Fernández MA, Morales Puebla JM. Angina ulceronecrotica unilateral: amigdalitis de Plaut-Vincent. FMC. 2016;23:247-8.
9. Gebhardt B, Herrmann K, Roessner A, Vorwerk U. Differential diagnosis of unilateral necrotic tonsillitis. Laryngorhinotologie. 2010;89:266-9.

M. Rodríguez-Rodríguez^{a,*}, V. Rodríguez-Rosell^b
y J. Rodríguez-Asensio^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Coto, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Jario, Coaña, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.rodriguez2@gmail.com
(M. Rodríguez-Rodríguez).