

Resolución del caso presentado en el número anterior

Angina de Vincent

Vincent angina

Dra. Florencia Escarrá^a, Dra. María I. Sormani^a, Dra. Mirta Litterio^a, Bqca. Adela Isasmendi^b, Dr. Maximiliano De Bagge^c y Dra. Adriana Parra

RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años de edad, con vacunas completas, sexualmente activa, residente en la CABA y sin antecedente de viajes en el último año, que consultó por una lesión blanquecina de tipo membranoso que no se desprendía ante la fricción sobre el paladar blando, la úvula y la amígdala derecha, de 5 días de evolución, con aumento progresivo de tamaño. Se asociaba a fiebre, disfagia y odinofagia intensa, adenopatías subángulo mandibulares bilaterales dolorosas, otalgia refleja y lesiones gingivales ulceradas.

Se realizó un análisis de laboratorio que informaba leucocitos: 9620/mm³; hemoglobina: 13; plaquetas: 246 000/mm³. El hepatograma y el proteinograma eran normales.

Se descartó, mediante estudios serológicos, infección por virus de Epstein-Barr, VIH, HVS I y II, y sífilis.

Se tomó un hisopado de fauces para cultivo y PCR: PCR negativa para HVS I y II; en el cultivo, no desarrolló *Corynebacterium diphtheriae* ni *Neisseria gonorrhoeae*. En el examen directo con tinción de Gram, se observó una asociación fusoespirilar (*Figura 1*) compatible con angina de Vincent.

Recibió tratamiento ambulatorio con 875 mg de amoxicilina -125 mg de ácido clavulánico cada 12 h por 10 días, analgésicos y 1 mg/kg/día de metilprednisona por 3 días con excelente evolución clínica (*Figura 2*).

a. Servicio de Control Epidemiológico e Infectología.
b. Servicio de Microbiología.
c. Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dra. Florencia Escarrá: florescarra@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 2-5-2018
Aceptado: 9-5-2018

Como citar: Escarrá F, Sormani MI, Litterio M, Isasmendi A, et al. Angina de Vincent. Arch Argent Pediatr 2019;117(1): 59-60.

ANGINA DE VINCENT

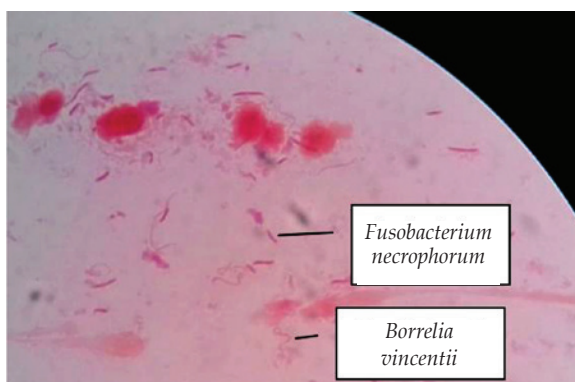
La angina de Vincent (Plaut-Vincent) es una amigdalitis ulceronecrótica unilateral ocasionada por la asociación simbiótica de fusobacterias y espiroquetas ("asociación fusoespirilar"): *Borrelia vincentii* y *Fusobacterium necrophorum*, que, como bacteria anaerobia obligada, ve favorecida su sobrevida por la necrosis del tejido.

Es más frecuente en pacientes jóvenes con higiene dental deficiente, hábito de fumar, estrés emocional y/o inmunosupresión. En pacientes con infección por VIH, las lesiones pueden ser muy extensas, con importante inflamación.^{1,2}

El cuadro clínico consiste en la aparición insidiosa de úlceras dolorosas en las encías y la superficie de las amígdalas, recubiertas de una membrana grisácea, que sangran con facilidad, originan aliento fétido y suelen acompañarse de fiebre o febrícula, adenopatías y afección del estado general. El aspecto de las lesiones puede variar y plantear dificultades para el diagnóstico diferencial de la enfermedad.

En cuanto a los diagnósticos diferenciales de las amigdalitis ulceronecróticas unilaterales, se deben tener en cuenta, en primer término, la faringitis gonocócica, la infección por VIH y la amigdalitis sifilítica.

FIGURA 1: Coloración de Gram en la que se observa el desplazamiento de la flora orofaríngea en favor de la espiroqueta (*Borrelia vincentii*) y el bacilo Gram-negativo anaerobio (*Fusobacterium necrophorum*)



La infección gonocócica faríngea se adquiere a través del sexo oral y, excepcionalmente, a través del beso. Representa del 3 % al 7 % de las infecciones por gonococo en varones heterosexuales y el 10-20 % en mujeres heterosexuales y hombres que tienen sexo con hombres. La mayoría son asintomáticas, pero, en algunos casos, pueden provocar faringoamigdalitis franca y adenopatías cervicales que se resuelven espontáneamente. La faringe, rara vez, es el único lugar infectado.

La infección primaria por VIH se asocia con ulceraciones bucofaríngeas dolorosas de aspecto inespecífico, localizadas, principalmente, en el velo del paladar o en la región amigdalina. El estudio etiológico suele ser negativo, pero se sugiere tomar muestras para descartar una infección por citomegalovirus o por herpesvirus, así como una neoplasia.

En la sífilis primaria, el chancro sifilítico puede ocurrir en la faringe y causar ulceración unilateral de la amígdala con base indurada y adenopatía voluminosa. También en la sífilis secundaria, puede observarse una amigdalitis bilateral asociada a una faringitis difusa, con amígdalas eritematosas, aumentadas de volumen y recubiertas por una fina película de exudado gris pálido.³

La presencia de membranas blanco-grisáceas obliga a descartar difteria, cuya infección subaguda de las fauces produce febrícula, ronquera, dolor y una pseudomembrana necrótica que puede extenderse a la laringe e inducir estridor y obstrucción mortal.³ En la Argentina, no se registran casos desde el año 2006, pero crece la

preocupación por esta enfermedad, ya que, desde 2017, Brasil, Haití, Colombia, R. Dominicana y Venezuela han notificado casos. Entre los confirmados en Venezuela (976 desde el inicio del brote), la población más afectada fue el grupo de 5 a 19 años. La tasa de letalidad acumulada es de 14,5 %.⁴

La gingivostomatitis herpética es de comienzo agudo y presenta fiebre, malestar general y decaimiento, disfagia y odinofagia intensa, que, muchas veces, se acompaña de otalgia. En el examen clínico, se observan pequeñas perlas hialinas que se extienden al paladar blando, las amígdalas y la úvula. Al cabo de pocas horas, las vesículas se rompen y dejan erosión del epitelio cubierta por un exudado fibrinoso.⁵

En los casos de amigdalitis ulceronecroticas bilaterales, hemorrágicas, a menudo, con gingivitis asociada, debe descartarse leucemia o agranulocitosis aguda.²

Como otros diagnósticos diferenciales, se deberán considerar la faringitis bacteriana, la mononucleosis infecciosa, el carcinoma de amígdala, lesiones traumáticas, infecciones micóticas y enfermedades autoinmunes, como la dermatomiositis y el pénfigo.¹

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante el estudio microbiológico del hisopado faríngeo, que muestra la asociación fusospirilar entre el bacilo Gram-negativo anaerobio, *Fusobacterium necrophorum* o bacilo de Plaut-Vincent, y la espiroqueta, *Borrelia vincentii*.

El tratamiento antibiótico recomendado varía según los autores; las opciones incluyen penicilina, amoxicilina-clavulánico, ampicilina-sulbactam, clindamicina o betalactámicos más metronidazol durante 7-10 días.³

Las complicaciones son infrecuentes, pero se debe tener en cuenta la tromboflebitis de la vena yugular (síndrome de Lemierre), con riesgo de émbolos sépticos, especialmente, pulmonares, y la sepsis grave.■

FIGURA 2. Mejoría de la lesión luego de 48 horas de tratamiento antibiótico



REFERENCIAS

1. Valente RM, Lorient DM, Poledore I, et al. Úlcera bucal. *Arch Argent Dermatol* 2006; 56(2):75-6.
2. De la Fuente Cañibano R, Alañón Fernández MA, Morales Puebla JM. Angina ulceronecrotica unilateral: amigdalitis de Plaut-Vincent. *FMC, Form Med Cont Aten Prim* 2016; 23(4):247-8.
3. Bennett JE, Dolin R, Blaser M. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2015.
4. PAHO/OMS. Actualización epidemiológica: Difteria en las Américas. 16 de abril de 2018, Washington, DC, 2018. [Acceso: 10 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=44499&lang=es.
5. González Macchi ME, Bernáldez P. Infecciones faríngeas en niños Inmunodeprimidos. *Revista FASO* 2014; 21(2):33-7.