

Actinomicosis cervicofacial y tromboflebitis yugular supurativa: informe de un caso y revisión de la literatura

Actinomycosis and suppurative jugular thrombophlebitis: Case report and literature review

María Elena Jiménez Domínguez¹, Luis Manuel Sánchez Navarro², Roberto Arenas³,
Jorge Luis Sánchez Delgado⁴, Soyla López⁵

¹ Residente de cuarto grado, Medicina Interna, Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso", Oaxaca.

² Dermatólogo adscrito, Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso", Oaxaca.

³ Dermatólogo consultor, Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso", Oaxaca.

⁴ Estudiante de pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca

⁵ Patóloga adscrita, Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso", Oaxaca.

RESUMEN

Actinomicosis cervicofacial es un padecimiento crónico caracterizado por la presencia de abscesos, fístulas y fibrosis. Puede simular procesos malignos y enfermedad granulomatosa, y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier inflamación de tejidos blandos en cabeza y cuello. Las lesiones características se desarrollan lentamente a lo largo de semanas o meses, y se adhieren a la piel suprayacente confiriéndole un aspecto azulado o rojizo, secundario a congestión venosa.

Se describe el caso de una mujer de 33 años con dermatosis localizada en cara lateral izquierda de cuello, caracterizada por una placa eritematosa de aspecto tumoral, con úlceras y escasas fístulas, y posterior diseminación a espalda con oclusión total de la vena yugular izquierda.

PALABRAS CLAVE: Actinomicosis cervicofacial, síndrome de Lemierre.

ABSTRACT

Cervicofacial actinomycosis is a chronic condition characterized by abscesses, fistulas and fibrosis. It often simulates malignancies and granulomatous disease, and should be considered in the differential diagnosis of soft tissue swellings of the head and neck. Characteristic lesions develop slowly over weeks or months and adhere to the overlying skin, giving it a bluish or reddish tinge due to venous congestion.

This paper describes a 33 year-old female presenting with a dermatosis of the neck, consisting of a tumor-like erythematous plaque, with ulcers and some fistulas, that later spread to her upper back causing total occlusion of the left jugular vein.

KEYWORDS: Cervicofacial actinomycosis, Lemierre's syndrome.

Introducción

Actinomicosis es una enfermedad granulomatosa endógena, crónica, rara y lentamente progresiva, causada por bacterias filamentosas anaeróbicas Gram positivas de la familia *Actinomycetaceae* (género *Actinomyces*), en particular *Actinomyces israelii*. *Actinomyces* pertenece al grupo de anaerobios no formadores de esporas, cuya morfología celular abarca desde difteroides hasta filamentos cocoides.²

La variedad de actinomicosis más frecuente es la cervicofacial, que representa 97.6% de todos los casos, mientras que las menos comunes son actinomicosis torácica, abdominal, pélvica y del sistema nervioso central.¹

La enfermedad se produce casi exclusivamente por invasión directa y rara vez por diseminación hematogena. Una

característica distintiva de la actinomicosis cervicofacial es la tendencia a propagarse, independientemente de las barreras anatómicas, como planos faciales o drenaje linfático.⁴

Los factores de riesgo más comunes incluyen infecciones dentales, traumatismo bucal y maxilofacial.³ La dermatosis se caracteriza por aumento de volumen, deformación de la región, abscesos y fístulas que drenan un exudado seropurulento donde se encuentran granos.¹⁻³

Caso clínico

Mujer de 33 años de edad con antecedente de infecciones faríngeas recurrentes y periodontitis.

El cuadro inició con dolor cervical y dorsal persistente, de 6 meses de evolución, escala visual análoga (EVA) 10/10,

CORRESPONDENCIA

Dr. Luis Manuel Sánchez Navarro ■
González Ortega No. 601, Centro, C.P. 68000, Oaxaca, Oaxaca. Tel.:

sin irradiaciones. Recibió tratamiento con analgésicos no especificados, pero no se obtuvo mejoría. Al día siguiente desarrolló fiebre persistente no cuantificada, de predominio vespertino. Cinco meses después, apareció dermatosis en la región lateral izquierda de cuello, caracterizada por una placa de 7 cm de diámetro, eritematosa, infiltrada y de aspecto tumoral, con una úlcera en su parte superior y fístulas en la base, dolorosa a la palpación, de crecimiento progresivo y con salida espontánea de abundante secreción purulenta. La tumoración se extendió a la región dorsal, de aspecto liso y con aumento de la red venosa superficial

La exploración física reveló signos vitales normales, los hallazgos patológicos incluyeron:

- a. Cavidad bucal con mucosa en regular estado de hidratación, mala higiene dental y datos de periodontitis; amígdalas eutróficas.
- b. Dermatitis en cara lateral izquierda del cuello, caracterizada por una placa eritematosa, ulcerada y fistulosa, con contornos mal definidos y consistencia fluctuante, de aproximadamente 7 cm de diámetro, dolorosa a la palpación y con salida de secreción purulenta (Figura 1).
- c. Masa de aspecto tumoral en región dorsal a nivel de T₄, de consistencia fluctuante, con bordes bien definidos y sin solución de continuidad (Figura 2).

La tinción de Gram de la secreción purulenta aspirada del absceso dorsal mostró la presencia de bacilos Gram positivos compatibles con actinomicetos que forman granos (Figuras 3 y 4).

La radiografía de tórax reveló ensanchamiento mediastinal superior, en tanto que el ultrasonido Doppler confirmó flujos normales en la yugular derecha y en la arteria



Figura 1. Placa eritematosa con úlcera sup. y fístulas inferiores.



Figura 2. Aspecto tumoral en región dorsal, fluctuante.

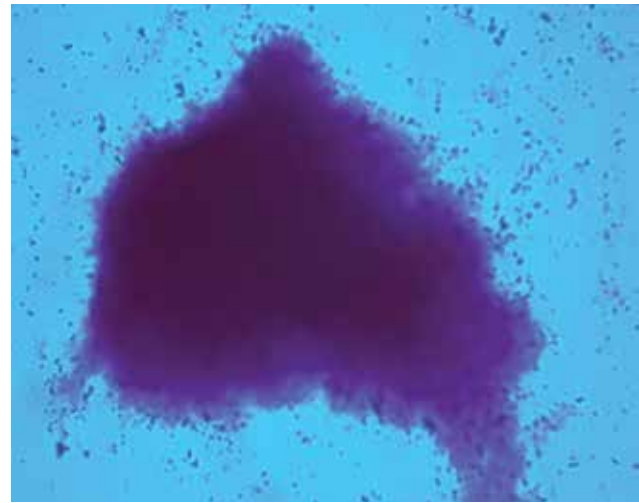


Figura 3. Microfotografía 100x en tinción de Gram que muestra masa de microorganismos filamentosos Gram+.

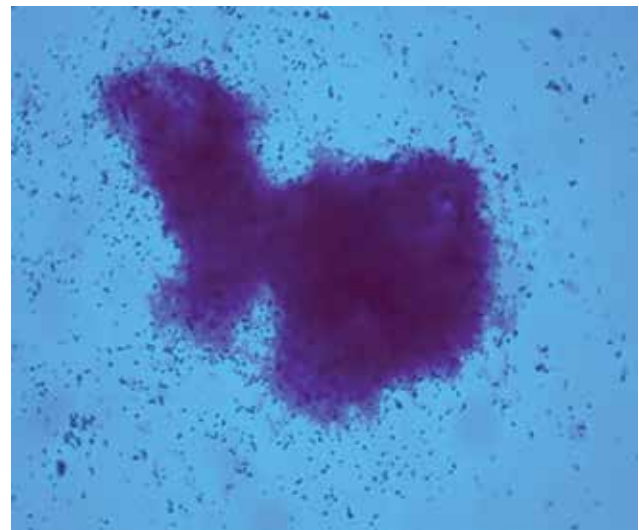


Figura 4. Microfotografía 100x en tinción de gram que muestra un grano de actinomicetos.

carótida derecha, así como la presencia de un trombo en la yugular izquierda, con obstrucción de 100%.

La tomografía de tórax simple y contrastada, en corte coronal, mostró lesión tipo absceso con bordes delimitados en ápice de pulmón izquierdo y paravertebral izquierdo; derrame pleural bilateral mínimo; y fractura por aplastamiento de T4, con disminución en la densidad ósea de T2, T3 y T5 (Figura 5).



Figura 5. Absceso en ápice pulmón izquierdo, derrame pleural mínimo bilateral.

La tomografía de cuello con corte axial en fase contrastada puso en evidencia la ausencia de yugular izquierda (Figura 6). La imagen anatómica en corte real, tridimensional, a color mostró también la ausencia de yugular izquierda (Figura 7).

Se instituyó tratamiento antibiótico con ampicilina (2 gr IV c/6 hrs.) y clindamicina (600 mg IV c/8 hrs.) durante 21 días, y enoxaparina (60 mg subcutánea c/12 hrs.) intrahospitalariamente.

A su egreso, se indicó tratamiento ambulatorio con ampicilina (1 gr VO c/6 hrs.) por 6 meses y anticoagulación con rivaroxaban (15 mg VO c/24 hrs.). Esto condujo a la resolución de la dermatosis y la oclusión yugular.

Discusión

La asociación de actinomicosis cervicofacial con tromboflebitis yugular supurativa es conocida como síndrome de Lemierre, sepsis postangina o necrobacilosis,⁵ entidad caracterizada por trombosis venosa con inflamación y bacteriemia.

La tromboflebitis yugular supurativa afecta los vasos de la vaina carotídea a consecuencia de una infección que puede progresar desde la orofaringe hacia el espacio parafaríngeo o lateral.⁶

El trastorno afecta a adultos jóvenes previamente sanos, con edad promedio de 20 años⁷ y antecedente de faringitis o trastornos como infección dental primaria o mononucleosis infecciosa. El lapso transcurrido entre el cuadro infeccioso y la aparición de tromboflebitis yugu-



Figura 6. Ausencia de vena yugular izquierda.



Figura 7. Ausencia total de vena yugular izquierda.

lar suele ser inferior a una semana y la mayoría de los pacientes refiere dolor localizado en cuello y faringe, en ocasiones con el hallazgo clínico de ulceración o eritema en orofaringe.⁶⁻⁸ A la exploración física suele detectarse hipersensibilidad, edema y/o induración sobre la vena yugular, en el ángulo de la mandíbula o a lo largo del esternocleidomastoideo.⁹

Debe sospecharse de tromboflebitis yugular supurativa en enfermos con antecedente de faringitis, embolia pulmonar séptica y fiebre persistente que no cede con tratamiento antimicrobiano.^{8,10}

Nuestra paciente presentaba fiebre, eritema, dolor y escurrimiento purulento en el sitio de la tumoración (cara lateral izquierda de cuello) secundario a actinomycosis cervicofacial.⁴ El hallazgo tomográfico de ausencia de la vena yugular izquierda, aunado al diagnóstico de actinomycosis, concuerda con la descripción del síndrome de Lemierre.

Los organismos causantes suelen ser miembros de la flora orofaríngea normal y de ellos, el más común es el anaerobio *Fusobacterium necrophorum*, que ha sido aislado en individuos sanos así como en pacientes con tromboflebitis yugular supurativa y amigdalitis.¹¹ Otros agentes incluyen diversas especies de *Fusobacterium* (por ejemplo, *F. nucleatum*)⁸ y organismos como *Eikenella corrodens*,¹² *Porphyromonas asaccharolytica*,¹³ estreptococos (incluido *S. pyogenes*)¹⁴ y bacteroides.⁶ En general, es posible aislar los patógenos en sangre y en los sitios de infección.

La radiografía de tórax puede revelar infiltrados, cavitación y abscesos pulmonares con empiema.⁹ Sin embargo, la herramienta radiológica más útil para evaluar la tromboflebitis venosa yugular supurativa es la tomografía computarizada con contraste, donde pueden apreciarse defectos de relleno o trombos, con o sin inflamación de tejidos blandos. La ecografía sirve para evaluar la presencia de trombosis de la vena yugular y/o la extensión del trombo.⁸

Los hallazgos histológicos incluyen inflamación y supuración en la pared de la vena. El trombo, con o sin pus, puede detectarse al interior de la luz venosa, así como evidencia de inflamación perivasculare.¹⁰ Las complicaciones de la tromboflebitis supurativa incluyen embolia pulmonar séptica y neumonía secundaria.¹⁵

REFERENCIAS

1. Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*, 4ª ed. México, Mc-Graw-Hill Interamericana, 2011, pp. 281-289.
2. Kwartler JA, Limaye A. "Pathologic quiz case 1. Cervicofacial actinomycosis". *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115(4): 524-527.
3. Gaona M, Pérez V, Gozalbo G, Gutiérrez H. "Actinomycosis". *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León* 2008; 39(1): 19-21.
4. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. "Actinomycosis". *BMJ* 2011; 343 d6099
5. Riordan T, Wilson M. "Lemierre's syndrome: more than a historical curiosity". *Postgrad Med J* 2004; 80(944): 328-334.
6. Sinave CP, Hardy GJ, Fardy PW. "The Lemierre syndrome: suppurative thrombophlebitis of the internal jugular vein secondary to oropharyngeal infection". *Medicine (Baltimore)* 1989; 68(2): 85-94.
7. Baker CC, Petersen SR, Sheldon GF. "Septic phlebitis: a neglected disease". *Am J Surg* 1979; 138(1): 97-103.
8. Golpe R, Marín B, Alonso M. "Lemierre's syndrome (necrobacillosis)". *Postgrad Med J*. 1999; 75(881):141-144.
9. Chirinos JA, Lichtstein DM, García J, Tamariz LJ. "The Evolution of Lemierre syndrome: Report of 2 cases and review of the literature". *Medicine (Baltimore)* 2002; 81(6): 458-465.
10. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, et al. "Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter – related infection: 2009 Update by the Infectious Disease Society of America". *Clin Infect Dis* 2009; 49(1): 1-45.
11. Jensen A, Hagelskjaer Kristensen L, Praga J. "Detection of *Fusobacterium necrophorum* subsp. *funduliforme* in tonsillitis in young adults by real-time PCR". *Clin Microbiol Infect* 2007; 13(7): 695-701.
12. Celikel TH, Muthuswamy PP. "Septic pulmonary emboli secondary to internal jugular vein phlebitis (postanginal sepsis) caused by *Eikenella corrodens*". *Am Rev Respir Dis* 1984; 130(3): 510-513.
13. Morizono S, Enjoji M, Sonoda N, Fukushima M, et al. "Lemierre's syndrome: *Porphyromonas asaccharolytica* as a putative pathogen". *Intern Med* 2005; 44(4): 350-353.
14. Anton E. "Lemierre Syndrome caused by *Streptococcus pyogenes* in an elderly man". *Lancet Infect Dis* 2007; 7(3): 233.
15. O'Neill JA Jr, Pruitt BA Jr, Foley FD, Moncrief JA. "Suppurative thrombophlebitis – a lethal complication of intravenous therapy". *J Trauma* 1968; 8(2): 256-267.