



DIFTERIA AMIGDALAR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS OBSERVADOS EN 1979

F.A. Moraga Llop, J.L. Alonso Pizarro, J. Cros Pujol, M. Boronat Rom y A. Edo Martínez *

Introducción

La difteria es, en la actualidad, una enfermedad de presentación poco frecuente en nuestro medio. En algunas ocasiones, cuando las inmunizaciones no han sido correctas y en ambientes sociales bajos, circunstancias que suelen asociarse muchas veces, todavía continúan detectándose casos aislados de esta enfermedad, lo que justifica que el clínico la tenga presente en el diagnóstico diferencial de las amigdalitis membranosas. Por este motivo, hemos creído conveniente la presentación de dos casos de difteria amigdalar, observados el pasado año en nuestro Servicio de Urgencias.

Observaciones clínicas

CASO 1. Niña de 4 años de edad que consulta por presentar, desde hace tres días, fiebre (temperatura axilar: 38.1° C), odinofagia y, en los dos últimos días, observan además sangre roja mezclada con la saliva. Es diagnosticada de amigdalitis y tratada con amoxicilina, fenilbutazona y una dosis de penicilina-G-procaína.

Entre los antecedentes personales destacan la ausencia de inmunizaciones y un ambiente social bajo. La madre no refiere ninguna enfermedad anterior en relación con la actual y comenta que una hermana de esta paciente presenta unos síntomas parecidos (caso 2).

Exploración física. — Buen estado general. Afebril. Halitosis. Amígdalas hipertróficas, con presencia de membranas úlcero-necróticas, que se extienden

(*) *Clínica Infantil de la Seguridad Social. Barcelona. Direc. Prof. A. Ballabriga*

hacia línea media, de color blanco-grisáceo y que sangran con facilidad al intentar desprenderlas con el depresor; en amígdala derecha se observan además algunas vesículas. Adenopatías submaxilares bilaterales. El resto de la exploración no muestra alteraciones significativas.

Se instaura tratamiento con penicilina-G-procaína durante ocho días y posteriormente una dosis de penicilina-G-benzatina. En visitas sucesivas continúa afebril, con buen estado general y desaparecen progresivamente las lesiones amigdalares, con normalización total a los 12 días. En un control clínico, a los 30 días del inicio de la enfermedad, aparece voz gangosa y regurgitación nasal del alimento, apreciándose parálisis velopalatina y estrabismo en ojo izquierdo; estas manifestaciones neurológicas desaparecen 15 días después de su presentación.

Exámenes complementarios. — Hematocrito, 37 %. Recuento de leucocitos, 9.000/mm³. Fórmula: cayados, 5; segmentados, 56; linfocitos, 34 y monocitos, 5 %. Reacción de Paul-Bunnell, positiva a 1/8. En el cultivo de frotis faríngeo se desarrolló una flora bacteriana normal sin significación clínica; en el cultivo de un fragmento de membrana amigdalal, por siembra en placas de agar-sangre igual que el anterior, se desarrollan abundantes colonias de un bacilo gram-positivo, que bioquímicamente corresponde a *Corynebacterium Diphtheriae*, cuyo estudio toxicogénico, mediante inoculación al cobaya, es positivo. La investigación de virus en frotis faríngeo, por siembra en células de riñón de mono, mediante pruebas de neutralización, permite identificar el virus del *Herpes Simplex*.

CASO 2. Niña de 9 años de edad, hermana de la anterior enferma, que acude por indicación nuestra, y que presenta odinofagia desde hace cuatro días. También fue diagnosticada de amigdalitis y recibió idéntico tratamiento. Un día antes de ser visitada por nosotros presenta fiebre (temperatura axilar: 39.1° C). Los antecedentes y la exploración física son superponibles a los del caso 1, excepto las vesículas amigdalares que no se observan en esta enferma.

Exámenes complementarios. — Hematocrito, 36 %. Recuento de leucocitos, 9.500/³. Fórmula: eosinófilos, 1; cayados, 11; segmentados, 61; linfocitos, 22 y monocitos, 5 %. Reacción de Paul-Bunnell, negativa. En los cultivos de frotis faríngeo y de un fragmento de membrana amigdalal, realizados mediante siembras en placas de agar-sangre, se desarrollan algunas colonias de un bacilo gram-positivo, que bioquímicamente corresponde a *Corynebacterium Diphtheriae*, demostrándose su toxigenicidad. La investigación de virus en frotis faríngeo es negativa.

Se instaura el mismo tratamiento y sigue una evolución paralela a la hermana menor.

Los cultivos de control de frotis faríngeo practicados a las dos hermanas y a los demás miembros de la familia, fueron negativos. Se declararon ambos casos a Sanidad, que procedió a la vacunación masiva en la zona donde residían estas enfermas.

Comentarios

La difteria es la principal enfermedad bacteriana que, debida a la inmunización activa en masa, es poco frecuente en la actualidad (1). La campaña de vacunación, iniciada en España a partir de 1965, ha producido una disminución espectacular del número de casos declarados (2). En estos



últimos años, a partir de 1976, se declararon anualmente 10,4 y 8 casos, y en 1979 la cifra aumentó a 17, dos de los cuales pertenecen a la provincia de Barcelona y corresponden a las enfermas que son el motivo de esta publicación (datos del Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Salud Pública). Estos casos suelen corresponder a personas no inmunizadas o insuficientemente vacunadas, como ocurre en nuestras pacientes.

Entre las características clínicas más destacables de la angina diftérica, que, ocasionalmente, de forma aislada o combinada, pueden presentarse en algunas amigdalitis atípicas, hay que señalar la presencia de membranas de color blanco-grisáceo, fuertemente adheridas a la mucosa subyacente, las cuales sangran con facilidad al intentar desprenderlas y que, además de recubrir ambas amígdalas, tienden a invadir velo del paladar, úvula, resto de faringe, etc.; la fiebre no suele ser elevada (^{1 3 4}).

En la difteria amigdalar debe establecerse el diagnóstico diferencial con las amigdalitis atípicas, con presencia de membranas o pseudo-membranas, como son la mononucleosis infecciosa, otras amigdalitis víricas, especialmente las herpéticas, algunas amigdalitis estreptocócicas, la angina úlcero-membranosa de Plaut-Vincent y otras amigdalitis asociadas a hemopatías, como la agranulocitosis y la leucocitosis (^{3 5}). Se han comunicado también otras etiologías que son muy raras en niños (^{5 6}).

El diagnóstico clínico debe confirmarse mediante cultivos de las secreciones faríngeas que han de incluir a los contactos más próximos, con la finalidad de detectar portadores asintomáticos, de gran importancia epidemiológica (⁴).

La mayoría de autores consultados (^{1 3 4}) coinciden en que ante una amigdalitis atípica membranosa, con fundada sospecha clínica de que pueda tratarse de una difteria, debe procederse a un tratamiento con penicilina y antitoxina diftérica, hasta que se recibe el informe bacteriológico. La antitoxina ha de administrarse con las debidas precauciones ya que, al tratarse de un suero heterólogo, puede ocasionar reacciones adversas graves.

En nuestras enfermas se instauró inicialmente tratamiento con penicilina, decidiéndose por el momento no administrar la antitoxina, ya que en el primer dictamen bacteriológico, recibido a los dos días, se comunicaba únicamente el hallazgo de un virus, en una de las pacientes, el cual correspondió al virus del *Herpes simplex*, que también puede producir una amigdalitis exudativa importante (⁶). La identificación posterior del bacilo diftérico coincidió con la curación de las enfermas, las cuales presentaron, un mes después del inicio de la enfermedad, complicaciones neurológicas características de la difteria, que no dejaron secuelas.

La experiencia vivida con estas dos enfermas nos permite destacar las siguientes conclusiones:



1. La vacunación de la población infantil y las revacunaciones en los adultos, cada 10 años, deben practicarse sistemáticamente.
2. Ante un enfermo con sospecha de angina diftérica debe realizarse una anamnesis cuidadosa sobre las inmunizaciones recibidas.
3. Es conveniente practicar un cultivo de frotis faríngeo, para bacterias y virus, en cualquier niño con una amigdalitis atípica membranosa.

Resumen

Los AA. describen los casos de difteria en dos hermanas. Se destacan los buenos resultados obtenidos con la vacunación y se insiste en la sospecha sistemática en aquellos niños con amigdalitis membranosa atípica.

Resum

Els autors descriuen uns casos de diftèria a dues germanes. Hom destaca els bons resultats obtinguts amb la vacunació i s'insisteix en la sospita sistemàtica que ha d'encetar tot nen amb una amigdalitis membranosa atípica.

Summary

The authors describe two sisters suffering from tonsillar diphtheria. Mention is made about the good results obtained thanks to the systematic vaccination. Atypical membranous tonsillitis should rise the possibility of diphtheric infection.

Bibliografía

1. Hodes, H.L.: Difteria. *Clin. Pediatr. Norteam.* 2.441, 1979.
2. Mezquita López: citado por R.T.D. Emond, B³.
3. Emond, R.T.D.: Difteria. *Medicine*, 11:26, 1975.
4. Serigo Segarra, A.: Medicina Preventiva y Social, León, Editorial-Litografía Everest, tomo 2, pág. 1.738, 1972.
5. Barnett, H.L.: Pediatría, Barcelona, Editorial Labor, S. A., tomo 1, pág. 713, 1977.
6. Nelson, W. E., Vaughan, V.C., McKay, R.J.: Tratado de Pediatría, Barcelona, Salvat Editores, S. A., 7a. Edición Española, pág. 635, 1980.