

## Un caso de difteria naso-faríngea simulando un flemón periamigdalino

por los doctores

**Vilardosa y Núñez-Doménech**

A internistas y laringólogos, les interesa este tema; a los primeros porque pueden hallarse ante un caso análogo; a los segundos por no verse desagradablemente sorprendidos; al dilatar un flemón periamigdalino, de que no salga pus.

Se trata en este caso de una enferma, T. A., de 30 años, natural de Tortellá; antecedentes familiares y patológicos de especial interés.

Enfermedad actual. A final de diciembre de 1933, se sintió enferma, con escalofríos, fiebre alta y vómitos, que cedieron sin medicación especial ni el auxilio facultativo, siguiendo inapetente durante unos cinco días, al cabo de los cuales volvió a sentirse mal, con un cuadro de un fuerte resfriado que le obligó a encamar y llamar al médico.

Presentaba fiebre, dolor en la faringé, dolor que fué acentuándose. Hízose una exploración de las fauces, encontrando una fuerte tumefacción de las amígdalas, sin otro síntoma capital, estableciendo el internista, de momento, un diagnóstico de amigdalitis, cosa relativamente fácil dado el caso de que pocos días antes había estado

enferma una compañera suya, que dormía en la misma habitación, con iguales o parecidos síntomas. Prescribióse un tratamiento para el caso: toques de Neosalvarsán con glicerina, y una poción sudorífica.

Cinco días después, la enferma no había mejorado; solamente habíase reducido la amígdala izquierda, continuando la derecha muy abultada; más, si cabe, que al principio, presentando la enferma disfagia.

Al día siguiente la disfagia aumentó considerablemente, la deglución era casi imposible, hasta el extremo de quedar sin tomar alimento, la voz de la enferma era gangosa y parecía estar ocupado el cavum. Se le dieron dos inyecciones de Omnadina, debiendo la enferma quedar a dieta famis a causa de la considerable disfagia. La temperatura y el pulso eran casi normales, y decimos casi, porque la enferma presentó algún día pequeña febrícula, nunca rebasando los 37'5.

En estas condiciones, se llama en consulta un especialista laringólogo, el que a la exploración apreció una tumoración en la parte superior de la amígdala derecha,

con rubicundez de toda la faringe. Por palpación se apreció algo de fluctuación por encima de la amígdala. Al parecer, se trataba de un flemón periamigdalino, procediendo a su dilatación a pesar de que no saldría pus; pero así se buscaba un modo de establecer el drenaje. En efecto, con el auxilio de una pinza que se introdujo en el espacio supraamigdalor, se practicó una incisión con resultado negativo.

No salió, pues, pus, como se sospechaba ocurriría; a pesar de los esfuerzos por buscarlo, cuantas tentativas se hicieron fueron vanas. La sangría que se provocó en este acto, mejoró a la enferma, al menos de momento, pero la hinchazón no desapareció y las molestias reaparecieron a las pocas horas con más intensidad si cabe que anteriormente. Tampoco la ocupación del cavum desapareció.

Al día siguiente unos puntos blanquecitos ocupaban la amígdala; por la tarde los puntos se tornaban amarillentogrisáceos, al intento de arrancarlos se vió que cedían con facilidad, dejando una ulceración de aspecto congestionado, y al otro día se observó que se habían reproducido y formado nuevas membranas. ¿De qué podía tratarse?

Descartamos inmediatamente el diagnóstico de absceso tonsilar, pues si bien tenía gran analogía, ya que existía gran tumefacción, en cambio en el absceso no se forman membranas; podía ser una angina de Vincent, pero de ser ésta hubiese cedido fácilmente a los toques de Neo, y en último caso unas placas de sífilis que descartamos inmediatamente por el comienzo agudo con que se presentó la enfermedad actual, quedaba, pues, únicamente el posible diagnóstico de difteria, diagnóstico que establecimos positivamente al ver el resultado de las pruebas efectuadas.

Se practicó un Schik, se mandó al analista una partícula de membrana para su análisis y cultivo, siendo el resultado el hallazgo de unos bacilos diftéricos, lo que hizo se instituyera con urgencia una cura adecuada específica a base de toxina antidiftérica, inyectándose quince mil unidades en un lapso de tres días.

La enferma mejoró rápidamente, tanto, que el dolor desapareció al mismo día, pudiendo tomar alimentos que eran exclusivamente dieta láctea, dándose el alta a los siete días de establecido el diagnóstico.

Ocho días después fué llamado urgentemente el internista. La enferma, según su propia expresión, estaba paralizada del lado derecho; esta parálisis le empezó por el brazo, notando que no podía sujetar los objetos por faltarle fuerza, y rápidamente le invadió la pierna, debiendo ser conducida al lecho, ya que por su propia fuerza no podía. Es de notar que había tan sólo una ligerísima parálisis de velo de paladar que no causaba molestia alguna.

Sospechando una parálisis postdiftérica, se le inyectó nuevamente suero, cediendo ésta tan sólo con diez mil unidades.

*Consideraciones.*

Nos encontrábamos ante una enferma de 30 años, la cual, descontando los primeros días, no tuvo fiebre, cosa que hacía suponer la ausencia de pus en la amígdala, y también la rareza de una infección diftérica, aunque no hay que olvidar que el ascenso térmico, hasta sin tratamiento suero-terápico, disminuye de nuevo con relativa rapidez, pues se observan casos de diftéricos inyectados a los 3.º y 4.º días, que a pesar de tener considerable extensión de exudado, están apiréticos, aunque esta apirexia no significa mejoría ni mayor benignidad.

nidad de la infección, pues se observa que precisamente los casos más graves de difteria en días ulteriores de la enfermedad no sólo no presentan fiebre, sino que hasta muestran hipotermias.

La amígdala hacía prominencia hacia afuera, fluctuaba, aunque poco, y al insinuar la pinza en la fosita supraamigdalina dió salida a un líquido seroso acompañado de sangre, pero no de pus. La enferma mejoró algo debido a la sangría provocada *in situ*, permitiéndole de momento deglutir, aunque con disfagia; mas como quiera que ésta no era la causa de la enfermedad, empeoró luego rápidamente.

El cavum no pudo ser explorado ni antes de la intervención ni después, debido al edema de la región amigdalar. La rinoscopia posterior era muy dificultosa. La anterior dió por resultado el hallazgo de hipertrofia de cornetes, que no cedió con adrenococaína, debido particularmente al éxtasis sanguíneo.

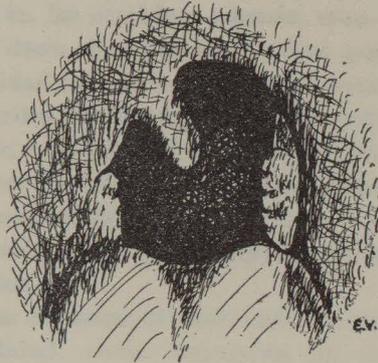
Claro está que podíamos haber sospechado, como más tarde hicimos, de una localización nasofaríngea de difteria, pero fué necesario en este caso traumatizar la amígdala, para que descendiese del cavum el bacilo y se fijase precisamente encima de la herida que se hizo con la pinza. El instrumental fué hervido concienzudamente, no pudiendo creerse que éste fuese el portador de gérmenes.

Tanto el comienzo, con fiebre alta y vómitos, con la particularidad de descender posteriormente la fiebre, la mayor frecuencia con que se presenta en esta edad en las mujeres, la ocupación del cavum, el diagnóstico bacteriológico y la notable rapidez con que mejoró la enferma al serle administrado el suero antidiftérico, permiten hacernos creer que la infección diftérica fué primitiva y alojada en la rino-faringe, que inflamó los tejidos del rino-

cavum y de la región amigdalar, haciendo muy difícil una concienzuda exploración, siendo necesario descongestionar esta región y hasta traumatizarla para que apareciese la infección a la vista.

En el dibujo esquema que presentamos y que es una reproducción de lo que en realidad se ve, se observa que más que un verdadero tipo de flemón periamigdalino, es un edema de los tejidos periamigdalares y de la rino-faringe.

De este caso deducimos la necesidad de una cooperación del laringólogo y del in-



ternista; el primero, en este caso, sin la dilatación del supuesto flemón, que hizo localizar la infección en lugar asequible para la exploración, y sin la práctica sobre estas infecciones del segundo, que le hizo sospechar, difícilmente se hubiese llegado a un exacto diagnóstico, con grave peligro para el enfermo.

De todos modos es aconsejable el emplear en casos dudosos el suero antidiftérico; pues si bien es inofensivo en caso de no ser una infección diftérica, es una poderosa arma en caso de serlo, como en este caso fué.

## RESUM

Descriuen els autors un cas de diftèria nasofaríngea que simulava un flemó peri-amigdalí, podent-se fer el diagnòstic gràcies a la cooperació del laringòleg, que dilatant el flemó localitzà la infecció en un lloc asequible a l'exploració i de l'internista que sospitant la naturalesa de la infecció, ràpidament instaura un tractament que cal emprar sempre en cas de dubte, tal com es el sèrum anti-diftèric.

## RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent un cas de diphtérie naso-pharyngienne laquelle ressemblait un phlegmon peri-tonsillaire. Pour arriver au diagnostic correcte il a fallu la co-operation du laryngologiste qui en dilatant le phlegmon a

localisé l'infection dans un endroit accessible à l'exploration, et du médecin ordinaire qui, soupçonnant la nature de l'infection a commencé immédiatement le traitement par le sérum anti-diphtherique. Ce traitement doit être appliqué dans tous les cas douteux.

## SUMMARY

The authors describe a case of naso-pharyngeal diphtheria which appeared to be a peritonsillar phlegmon. The correct diagnosis was made thanks to the laryngologist who, by dilating the phlegmon, localised the infection in a part that permitted examination, and to the visiting doctor who, suspecting the nature of the infection, immediately began the anti-diphtheric-serum treatment, which should always be administered in doubtful cases.