11236
31
2ej

ISSSTE

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"

Universidad Nacional Autónoma de México
División de Estudios de Postgrado
Facultad de Medicina

FALLA DE ORIGEN

COMPARACIÓN BACTERIOLÓGICA EN LA AMIGDALITIS CRÓNICA EN ADULTOS Y EN NIÑOS.

1995

Presenta: Dr José Luis Reyes Ocampo.

Para obtener el Diploma de Especialidad en:

Otorrinolaringología

Asesor de Tésis: Dr.José Antonio Ortega Islas.

1995

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr.José Antonio Ortega Islas

Asesor de Tésis y Profesor Titular del Curso

FACULTAD DE MEDICINA
ABR. 19 1995
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

Dr.Juan Manuel Barrera Ramírez

Jefe de Investigación

HOSPITAL REGIONAL GRAL IGNACIO ZARAGOZA
ISSSTE
COORD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DESARROLLO

Dr. Jorge Negrete Corona

Coordinación de Capacitación, Investigación y Desarrollo

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
SUBDIRECCION MEDICA
DIC. 6 1994
JEFATURA DE ENSEÑANZA

INDICE

	página
Agradecimientos	1
Antecedentes	2
Definición	4
Cuadro Clínico	4
Objetivos	6
Criterios de inclusión y exclusión	7
Definición del Universo	8
Material y métodos	9
Diseño	11
Resultados	12
Discusión	22
Conclusiones	23
Bibliografía	24

Agradecimientos:

A mis padres su total confianza, respecto, apoyo y circunspección.

A mis hermanos su gran calma y aceptación.

A Leticia mi gran amiga y consejera.

A mis maestros de la especialidad: Muy especialmente al:

Dr. José Antonio Ortega Islas, su oportunidad, sus conocimientos y poder ser mi asesor del presente.

Al Dr. Cesar Gutierrez E., Dr. J.Javier Hernández Covarrubias., Dra. Patricia Smith B., al compañero y maestro: Dr.Fernando Pineda C.

Sin dejar de mencionar al Dr.Alberto Ayala M., Dra.Ana María Vargas O. y mis compañeros de residencia.

Al biologo Juan Vicente Galvan S., su colaboración de las tablas y las gráficas de ésta tésis.

A mis compañeros y a mis amigos que colaboraron para subir esta gran cuesta.

A todos los anteriores y a los que pude omitir

G R A C I A S

Agradecimientos:

A mi padre: por su libertad de expresión, impulso y apoyo.

A mi madre: brindarme confianza, entereza, todos y cada uno de sus avatares y esfuerzos.

A mis hermanos: su aceptación, respeto y tranquilidad.

A Leticia: sus consejos, su mesura, su comprensión y cada una de sus acciones.

A L C I E L O

A todos los pacientes: quienes sin su colaboración no hubiera podido aprender suficiente de la ciencias y artes de la Medicina y la Cirugía.

A mis amigos y compañeros del Hospital, la Facultad de Filosofía y Letras y a los que me han ayudado de una forma u otra.

A todos aquellos que hicieron posible tan ardua empresa.

Si he omitido a alguien -disculpas- y a todos:

G R A C I A S

Antecedentes

Desde la antigüedad los habitantes de la porción central de América o lo que ahora conocemos como Mesoamérica, se sabe que los padecimientos otorrinolaringológicos existieron con relativa frecuencia, sin lugar a dudas contaban con gran cantidad de recursos terapéuticos para el manejo de tales padecimientos. Se conoce que distinguian entre una entidad patológica y otra con gran certeza. Tenian habilidad en varios padecimientos de garganta y podian discernir como se comportaba una amigdalitis a la que le daban como tratamiento el Xaltomatl con resultados satisfactorios. Había especialistas para tales padecimientos y se denominaban Tlamatepatli y si se requería cirugía se enviaba con el cirujano o Texoxotla-Ticit (1,2).

El médico de Cos, mejor conocido como el Padre de la Medicina, el gran Hipócrates, refiere en sus escritos a la amigdalitis como el resultado de un desequilibrio en los cuatro humores (1).

La cavidad oral, es un lugar muy importante para la realización de funciones vitales (los seres vivos que la presentan), también es conocida como la encrucijada aerodigestiva.

Al referirnos a la amigdalitis crónica es una patología frecuente en nuestro medio desde tiempos ancestrales. Conlleva elementos raciales de mestizaje; mezcla de español e indigena américano, hábitos higiénico-dietéticos, condiciones climatológicas, de hacinamiento y en buena parte, la negligencia.

Dentro de la patología de amigdalas puede ser diferente el tipo de microorganismos encontrados, Jokipii encontro Streptococcus pyogenes del grupo A, Streptococcus sp. grupo viridans y bacilos difteroides como posibles agentes causales de absceso periamigdalino (3).

Por otra parte la bacteriología en los cuadros de amigdalitis aguda en hombres jovenes reportada por Ylikoski y col. fue Streptococcus ß hemolítico del grupo A y por agentes virales; adenovirus o virus de Epstein-Barr (4).

Otras entidades de la región amigdalina es factible que cursen con bacteriología diferente como agente causal. Hone y cols. hallo a la Chlamydia pneumoniae implicada en los cuadros de amigdalitis aguda (3,4,5).

Existen diversos tratamientos para el manejo de las anteriores patologías, los hay asociados y con dosis variables, todos pretenden la recuperación de la salud en el menor tiempo posible y así poder evitar menor perdida de horas/hombre (6,7).

Debido a la elevada frecuencia de presentación de la amigdalitis crónica y a la falta de estudios en nuestro país al respecto, decidimos llevar a cabo el presente.

Definición:

Estandarizar la definición de amigdalitis crónica no ha sido fácil. Ha cambiado recientemente, Abelló y cols. la definen: Cuadros clínicos con pocas o nulas manifestacciones, brotes agudos de amigdalitis con manifestaciones de una infección estreptococcica ante el fracaso reiterado de los mecanismos de defensa, hipertrofia amigdalina, que crea problemas mecanicos de deglución. Además de ataques de amigdalitis recurrente producidos por virus (6,7,8).

El Diccionario de Medicina Dorland enuncia a la amigdalitis crónica: Inflamación de las amigdalas, en especial de las palatinas, acompañada de hipertrofía permanente que suele requerir amigdalectomía (9).

La Real Academia Española en su Diccionario de la Lengua Española; Amigdalitis: Patología inflamatoria de las amígdalas y Crónica: Aplicase a las enfermedades largas o dolencias habituales. Por lo tanto: Es la patología inflamatoria de las amigdalas de larga duración y con dolencias habituales (10).

Cuadro clínico:

Las manifestaciones clínicas son muy diversas, desde cursar practicamente asintomática, difusa o con los siguientes signos

y sintomas:

- Parestesias faríngeas, dolor difuso en región amigdalina, disfagia u odinofagía, astenia, palidez, mialgías, artralgías, otalgía en ocasiones, suele cursar afebril y en la agudización con 38-38.5°C con estado de postración, halitosis y otros síntomas en ocasiones difusos.

A la exploración física:

Puede existir adenopatía en región digástrica y yugular, por lo regular no dolorosa. Las amigdalas hiperémicas, reacción periamigdalina, en ocasiones hipertróficas o atróficas. Con material caseoso fetido, a veces enquistado.

Son posibles las manifestaciones renales (glomerulonefritis), enfermedad reumática progresiva, cardíacas y articulares.

Los estudios de laboratorio revelan leucocitosis discreta, cifra elevada de antiestreptolisinas, aceleración de la velocidad de sedimentación globular y proteína "C" reactiva positiva (2,8,11).

Objetivo general:

Conocer la bacteriología de la amigdalitis crónica en nuestro medio, debido a que no existen estudios suficientes en nuestro país al respecto.

Comparar la bacteriología del grupo (A) de niños con el grupo (B) de adultos.

Objetivo específicos:

Identificar la bacteriología de la amigdalitis crónica de los pacientes de la consulta externa del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

- Conocer la bacteriología de la amigdalitis crónica en niños.
- Reconocer la bacteriología en amigdalitis crónica en adultos.
- Comparar la bacteriología de la amigdalitis crónica en el grupo (A) de niños con el grupo (B) de adultos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de amigdalitis crónica de 1 año de evolución como mínimo.
- Se formaron dos grupos: uno de niños (A) y otro de adultos (B).
- El grupo (A) de niños, pacientes entre 3 a 17 años de edad.
- El grupo (B) de adultos, pacientes de 18 a 76 años de edad.
- No padecer enfermedades sistémicas o inmunológicas.
- No tomar medicamentos ni antibióticos durante el estudio.

Criterios de exclusión:

- Empleo de cualquier medicamento o antibiótico en su cita a la toma de cultivo y 7 días previos a esta.
- Presencia de periodo agudo de la misma enfermedad.
- Enfermedad concomitante el día de la toma de la muestra para cultivo.
- Presencia de hipertermia el día de la toma de la muestra para cultivo o durante 3 días previos a esta.
- No presentar ayuno de 8 horas como mínimo.
- Haber realizado enjuague o aseo bucal.

Definición del Universo:

Se estudiaron a los pacientes en dos grupos. El grupo (A), de niños comprendio edades entre los 3 y 17 años de edad.
Y el grupo (B) de adultos de 18 a 76 años de edad.

Todos captados por medio de la consulta externa del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, quienes tuvieron diagnóstico de amigdalitis crónica.

Tamaño de la muestra:

Grupo (A) de niños fueron 38

Grupo (B) de adultos fueron 22

Con un total: Grupo (A) 38, más grupo (B) 22 = 60 pacientes.

Definición de los sujetos de observación:

Todos los pacientes estudiados contaban con diagnóstico de amigdalitis crónica.

Ningún paciente presentó patología agregada como: Reflujo gastro esofágico, tumoraciones de la región, embarazo o uso de medicamento.

Material y métodos:

Recursos humanos:

- Q.F.B. María del Rocío López Alvarez
- Q.F.B. María Esther Lourdes Marín García
- Técnica laboratorista: Magdalena Reyes Ojeda
- Tesista: Dr.José Luis Reyes Ocampo.
- Asesor de tesis y Jefe del servicio de Otorrinolaringología: Dr.José Antonio Ortega Islas.
- Médicos del servicio de otorrinolaringología

Material para la toma de cultivo:

60 hisopos estériles.

60 cuestionarios (hoja de anotaciones).

1 lampara frontal Welch Allyn

60 abatelenguas

20 cubrebocas

1 rollo de tela adhesiva

1 bolígrafo

1 sillón de otorrinolaringología

Material para transportar la muestra

Tubos de ensaye, uno por cultivo (estériles), con medio de transporte de Stuart.

Material para el cultivo:

Cajas de Petri, tres por cada cultivo, contienen:

1. Agar sangre de carnero al 5%
2. Agar dextrosa Sabouraud al 4%
3. Agar base MacConkey

Los 3 cultivos (medios) pretendieron cubrir el mayor número de bacterias implicadas en amigdalitis crónica.

Diseño:

Por medio de la consulta externa del servicio de otorrinolaringología de la unidad hospitalaria se captaron los pacientes, quienes tuvieron diagnóstico de amigdalitis crónica con la presencia de 3-5 brotes de amigdalitis de repetición (caracterizado por: disfagia, hipertermia de 38°C o más, vómito, ataque al estado general importante), por año y 1-2 en adultos, por más de 3 años.

Seleccionados los pacientes se les realizó un cuestionario, previo a la toma del cultivo, donde se valuaron algunos antecedentes importantes referentes a su padecimiento.

Cumplido lo anterior se procedio a la toma de la muestra para el cultivo. Se llevó a cabo en el consultorio de otorrinolaringología, sentado el paciente en sillón a propósito. El médico tesista con lámpara frontal pide al paciente abrir su boca y con la ayuda de abatelenguas rechaza lengua, con hisópo estéril se toma muestra de la parte media y del polo superior de la amigdala palatina. En caso de encontrar amigdalas con criptas abiertas y con secreción (no caseum), se tomó de ese sitio la muestra para el cultivo. Se guardó y tapó en tubo de ensaye con medio de transporte de Stuart. Inmediatamente después se etiquetaron tubos y se llevaron a laboratorio, donde las técnicas de laboratorio o Químicas Farmacobiológas sembraron la muestra en los medios de cultivo: Agar sangre de carnero al 5%, aga dextrosa Sabouraud al 4% y agar base MacConkey, a los que le dan lectura a los 7-9 días posteriores.

Resultados:

El tiempo de realización de la investigación fue de Abril 1994 a Septiembre del mismo año. El número de pacientes 60, todos con diagnóstico de amigdalitis crónica con 1 año de evolución como mínimo.

Se formaron dos conjuntos: El grupo (A) de niños y el grupo (B) de adultos.

El grupo (A) reunió pacientes de 3 a 17 años de edad.

El grupo (B) pacientes de 18 a 76 años de edad.

El grupo (A) de la muestra integrado por 38 pacientes infantiles (63% de la muestra) y el grupo (B) por 22 adultos (37% del total) Ver gráfica No.1

En la tabla No.1 podemos apreciar la frecuencia de presentación de cada microorganismo en los dos grupos: el (A) y el (B). La bacteriología preponderante es: Streptococcus sp. grupo viridans, neisseria sp. y staphylococcus aureus.

Un estudio semejante en cuanto a cantidad de pacientes estudiados es el de Uppal con 64 (12).

En la tabla No.2 se puede advertir la distribución de frecuencia por microorganismo. Frecuencia simple, porcentaje de frecuencia en los grupos (A) de niños y (B) de adultos, además de la frecuencia relativa.

La distribución por sexo del grupo (A), se aprecia en la gráfica No.2 . Constituido por 29 niños y por 9 niñas.

La gráfica No.3, observamos la variable sexo del grupo (B). Integrado por 16 mujeres y por 6 hombres, con un total de 22 pacientes del mismo grupo.

Las bacterias preponderantes en nuestro estudio son: Streptococcus sp. grupo viridans, neisseria sp y staphylococcus aureus, como lo podemos ver en la gráfica No.4. También podemos comparar la bacteriología hallada en los dos grupos: el (A) y el (B).

El grado de hipertrofía amigdalina en la amigdalitis crónica fue diferente en el grupo (A) y grupo (B). En los niños prevaleció la hipertrofía grado II-III y en los adultos, los grados I y II. Ver gráficas No.5 y No.6 respectivamente.

Gráfica No.1

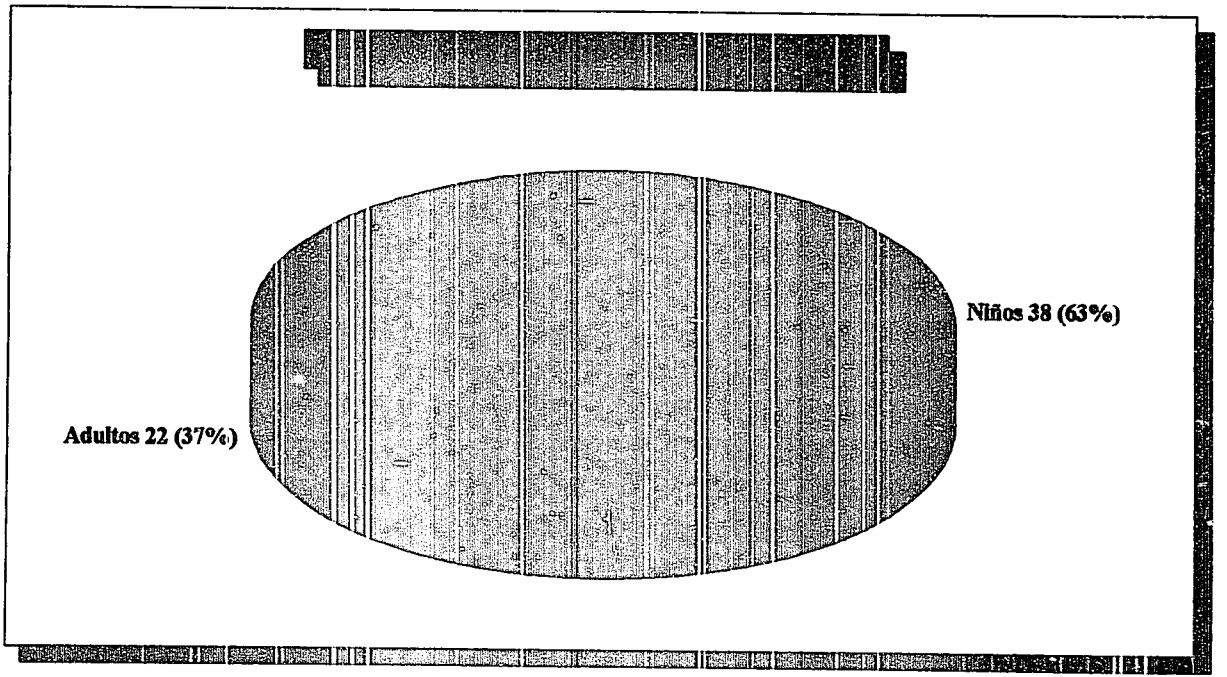


Tabla No.1

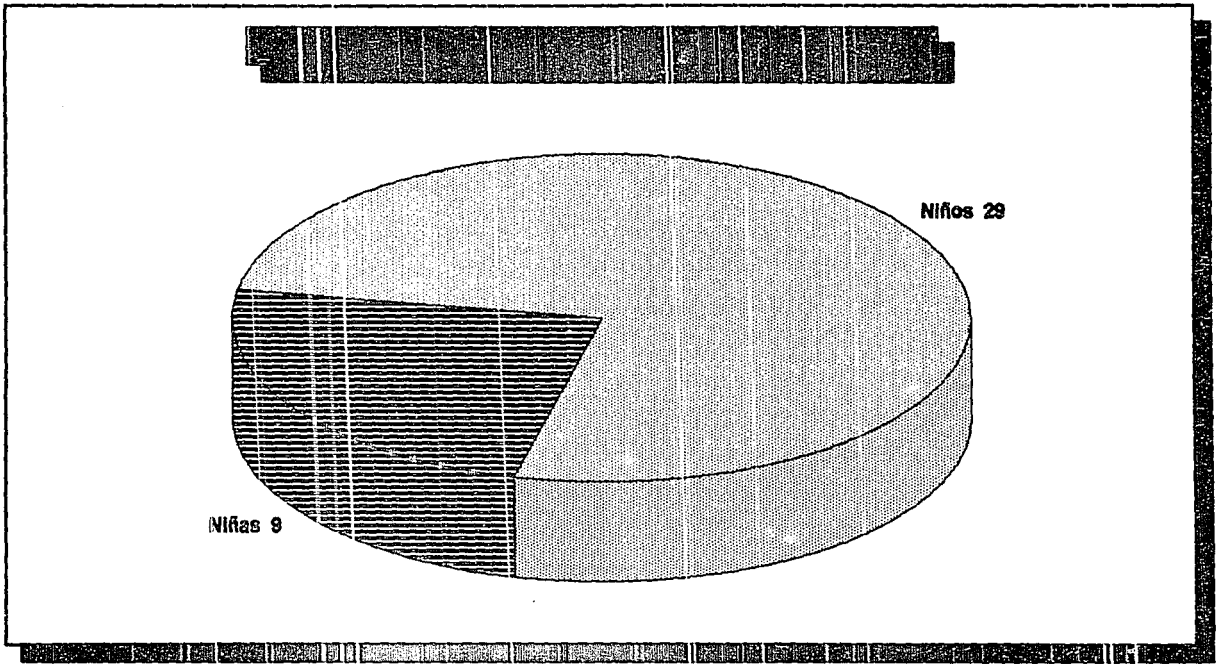
Tabla de Frecuencia de Microorganismos entre Niños y Adultos

Tabla No.2

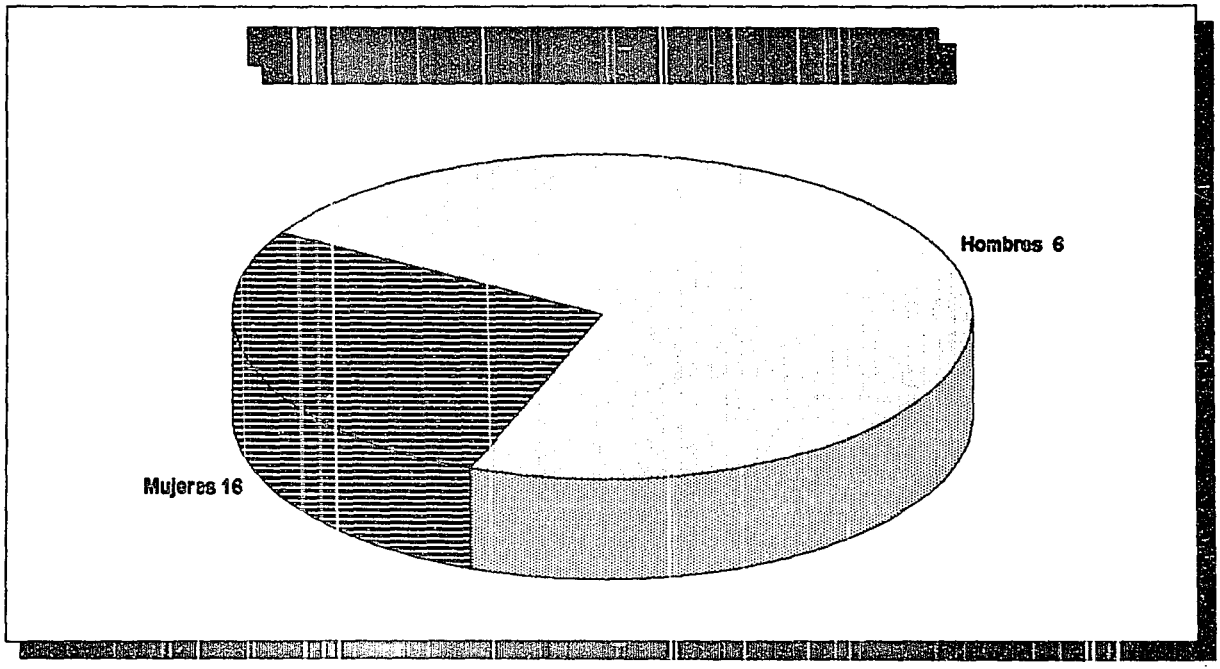
TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR MICROORGANISMO				
	FRECUENCIA SIMPLE	% Niños	% Adultos	FRECUENCIA RELATIVA
Streptococcus sp. gpo. viridans	57	60 %	35 %	95.0%
Neisseria sp. hemolítico	57	60 %	35 %	95.0%
Staphylococcus aureus	18	25 %	6.6 %	30.0%
Streptococcus sp. no hemolítico	15	15 %	10 %	25.0%
Candida sp.	2	0.0%	3.3 %	3.3%
Enterobacter aerogenes	1	1.6 %	0.0%	1.7%
E. coli	3	0.0%	5 %	5.0%
Staphylococcus sp. coag. negativo	3	3.3 %	1.6 %	5.0%
Neisseria sp. beta hemolítico	1	0.0%	1.6 %	1.7%
Streptococcus sp. beta hemolítico gpo. D	1	1.6 %	0.0%	1.7%
Streptococcus sp. beta hemolítico gpo. G	1	1.6 %	0.0%	1.7%
Streptococcus agalactiae beta hemolítico gpo. B	6	10 %	0.0%	15.0%
Streptococcus pyogenes beta hemolítico gpo. A	9	13.3 %	1.6 %	10.0%

Tamaño de la muestra = 60 en Niños y Adultos

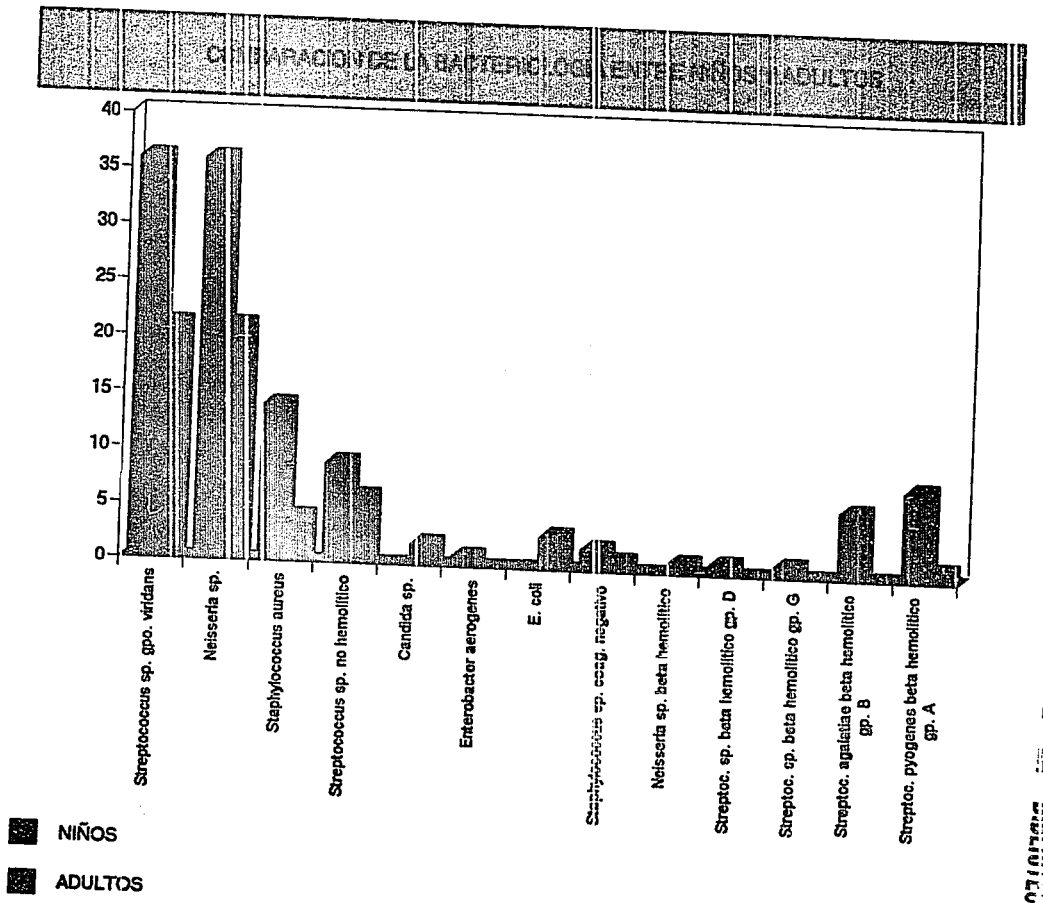
Gráfica No.2



Gráfica No.3

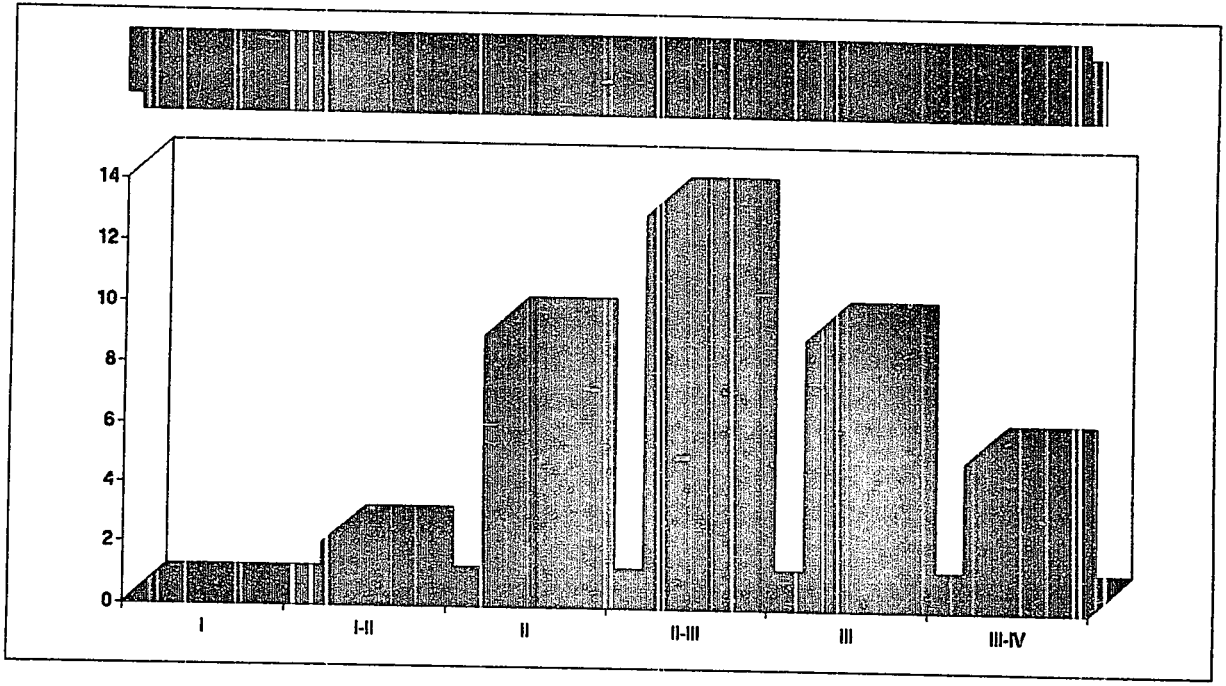


Gráfica No.4

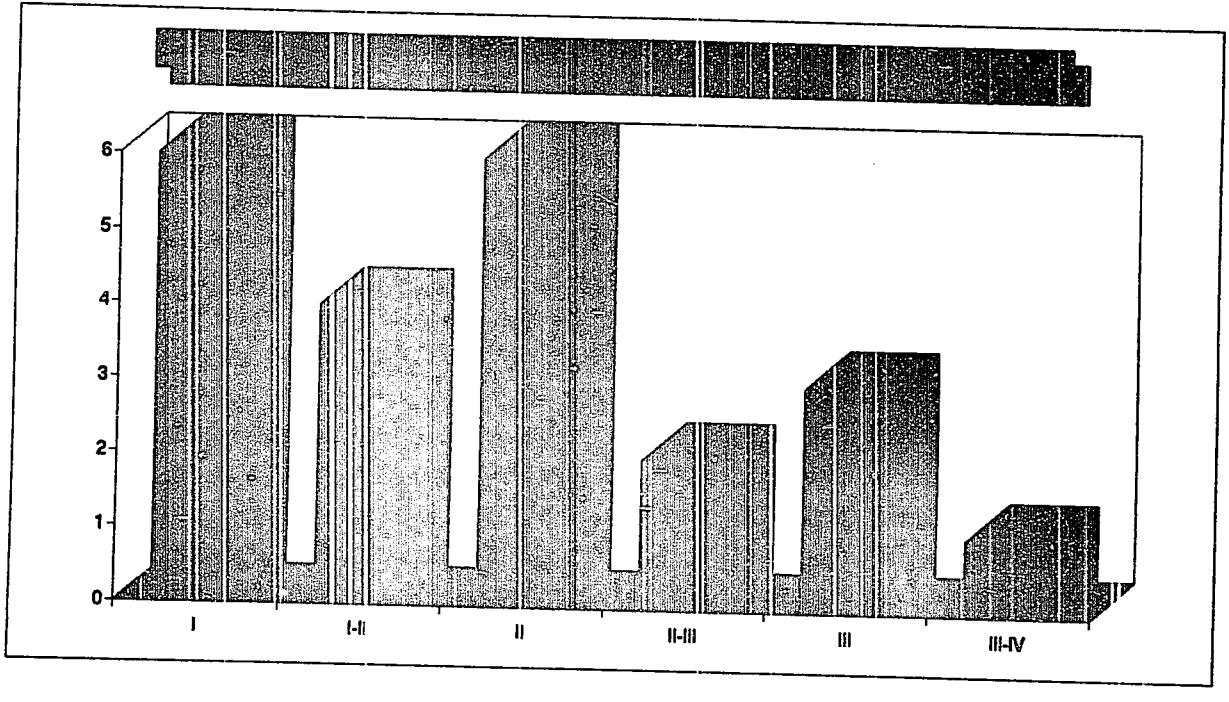


ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Gráfica No.5



Gráfica No.6



Discusión:

En función de los resultados y el modo de obtención de estos, es interesante las semejanzas encontradas por otros autores en sus estudios; Kielmovitch encuentra el predominio de Streptococcus sp.grupo viridans, Haemophylus influenzae y Neisseria sp. Stenfors obtiene Staphylococcus aureus, Haemophylus influenzae y Streptococcus ß hemilítico del grupo A como flora imperante en su estudio. Con igual resultado de las bacterias halladas que Stenfors, Surow define su investigación (13,14,15).

Nuestros resultados son similares a los anteriores, prevalecen: Streptococcus sp. grupo viridans, Neisseria sp. y Staphylococcus aureus. La discrepancia de la bacteriología descubierta, nos puede hacer pensar que no estamos muy lejos de la patología de los países de "primer Mundo" y nuestra tecnología no es nada deleznable.

Por otra parte, mencionar la dificultad y la falta de elementos normativos para el adecuado diagnóstico de la amigdalitis crónica en nuestro país puede ocasionar confusión y diferencias para determinar tal patología. Incluso entre los estudiosos de la materia.

Definitivamente quiere decir mucho nuestra idiosincrasia, condiciones de higiene, alimentación, medio ambiente (contaminación), la automedicación (tan frecuente en nuestro medio), la negligencia y otros elementos contribuyen a que perviva esta patología.

Conclusiones:

Nuestro estudio presento la bacteriología predominante como sigue: Streptococcus sp. grupo viridans, Neisseria sp. hemolítico y Staphylococcus aureus. Podemos advertir el predominio de Streptococcus agalactiae ß hemolítico grupo B en el grupo (A), mientras que el grupo (B) no presenta ningún caso. Streptococcus pyogenes ß hemolítico grupo A con una frecuencia de 9; donde 8 pertenecen a el grupo de niños (A) y el resto (1), al grupo (B).

Debemos entender que la amigdalitis crónica no es una patología común y corriente, ya que puede ocasionar consecuencias graves, requiere de un estudio completo para su manejo y tratamiento y no ser tomada " a la ligera" por parte de todos nosotros.

Debido a la escazes de bibliografía al respecto, decidimos realizar el presente. Ya que en otros países, aunque sean "desarrollados" continuan muchas investigaciones al respecto.

También pudimos observar como en el estudio de Kielmovitch, la hipertrofia amigdalina no tiene relación directa con el grado de severidad del padecimiento (13).

Aquí un estudio que nos puede reflejar la bacteriología en la amigdalitis crónica en niños y adultos, además se puede completar con otras investigaciones al respecto.

Bibliografía:

1.- Barquín, M. Historia de la Medicina su problemática actual, México D.F., Mendez Oteo, 1984.

2.- Escajadillo, J.R. Oídos, Nariz, Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello, México D.F., El Manual Moderno, 1993.

3.- Jokipii, A.M. et.al. Semiquantitative Culture Results and Pathogenic Significance of Obligate Anaerobes in Peritonsillar Abscesses. Jour Clin Microbiol; 1988 May; 26 (5); p 957-61

4.- Ylikoski, J., Karjalainen, J. Acute Tonsillitis in Young Men: Etiological Agents and Their Differentiation. Scan J Infect Dis; 1989; 21; 169-174

5.- Hone, S. et.al. The role of Chlamydia pneumoniae in severe acute tonsillitis. Jour Laryngol Otol; 1994 Feb; 108, p 135-7

6.- Nord, C. et.al. Beta-lactamase Producing Anaerobic Bacteria in the Oropharynx and Their Clinical Relevance. Scand J Infect Dis, Suppl. 1988; 57: p 50-54

7.- Brook, I. Treatment of patients with acute recurrent tonsillitis due to group A ß-haemolytic streptococci: a prospective randomized study comparyng penicillin and amoxicillin/clavulanate potassium. Jour of Antimicrob Chemot; 1989; 24: p 227-233

8.- Abelló, P. et.al. Otorrinolaringología, Barcelona, Doyma, 1992.

9.- Bia, F. et.al. Diccionario de Medicina Dorland, 26 ed., México, Interamericana/W.B.Saunders, 1986 (Vol.1).

10.- García Gómez, Emilio, et.al. Diccionario de la Lengua Española/Real Academia Española, 21ed., Madrid, Espasa-Calpe, 1994 (Vol.1).

11.- Swartout, H. El Guardian de la Salud, California, Ediciones Interamericanas, 1964.

12.- Uppal, K., Bais, A. Tonsillar microflora-superficial surface vs. deep. Jour Laryngol Otol; 1989 Feb; 103; 175-177

13.- Kielmovitch, I. et.al. Microbiology of Obstructive Tonsillar Hypertrophy and Recurrent Tonsillitis. Arch Otol Head Neck Surg; 1989 Jun; 115, p 721-724

14.- Stenfors, L., Raisanen, S. Attachment of bacteria to tonsillar epithelium during acute tonsillitis. Jour Laryngol Otol; 1991 Jan; 105 (1); p 29-32

15.- Surow, J. et.al. Bacteriology of Tonsil Surface and Core in Children. Laryngoscope; 1989 March; p 261-266

16.- Balows, A., et.al. Manual of Clinical Microbiology. Fifth Ed., Edit in Chief Albert Balows. Washington D.C., 1991.