



CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS
PRESENTACIÓN DE CASO

Amigdalitis hemorrágica como presentación de Sarcoma de Kaposi

Hemorrhagic tonsillitis as a presentation of Kaposi's sarcoma

Tahamara Alcalá Villalón^{1*}, Dinorah de la Caridad Oliva Venereo¹, Albadio Samir Pérez López¹

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: talvi@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Alcalá Villalón T, Oliva Venereo OC, Pérez López AS. Amigdalitis hemorrágica como presentación de Sarcoma de Kaposi. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 [citado]; 18(2):241-253. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2751>

Recibido: 15 de septiembre del 2018.

Aprobado: 01 de marzo del 2018.

RESUMEN

Introducción: Las lesiones en la cavidad oral son con frecuencia las primeras evidencias clínicas de la infección por VIH. Una amigdalitis hemorrágica debe hacer sospechar, entre otras causas, que exista un Sarcoma de Kaposi (SK). El SK, considerada una enfermedad marcadora de sida en la infección por VIH, afecta, fundamentalmente, la piel y con frecuencia la

mucosa de la cavidad oral.

Objetivo: Identificar una amigdalitis hemorrágica como forma de presentación de un Sarcoma de Kaposi asociado al VIH.

Presentación del caso: Paciente masculino de 22 años, que consulta por odinofagia y disfagia. En la faringoscopia se observan amígdalas hipertróficas y de aspecto hemorrágicas. Se



sospecha causa sistémica, entre ellas la infección por VIH. Se confirma debut clínico de sida por SK con lesiones predominantes de cavidad oral incluyendo las amígdalas.

Conclusiones: Las características hemorrágicas de una amigdalitis permitieron sospechar el

diagnóstico infección por VIH con Sarcoma de Kaposi predominante en cavidad oral.

Palabras claves: amigdalitis hemorrágica, VIH, sida, Sarcoma de Kaposi.

ABSTRACT

Introduction: Lesions in the oral cavity can be the first clinical evidences of HIV infection. Hemorrhagic tonsillitis should be suspicious of a Kaposi's sarcoma, among other causes. Kaposi's sarcoma (KS) is considered a marker of AIDS in HIV infection, which mainly affects the skin, but often acts upon the mucosa of the oral cavity.

Objective: To identify hemorrhagic tonsillitis as a form of presentation of Kaposi's sarcoma associated to HIV.

Case presentation: A 22-year-old male patient comes to the doctor's office complaining of odynophagia and dysphagia. Hypertrophic tonsils

of hemorrhagic aspect are observed in the laryngoscopy. Systemic cause is suspected, mainly, an HIV infection. A clinical onset of AIDS as a result of KS with predominant lesions in the oral cavity including the tonsils is confirmed.

Conclusions: The hemorrhagic characteristics of tonsillitis leads to a presumptive diagnostic of HIV infection with a Kaposi's sarcoma occurring predominantly in the oral cavity.

Keywords: Hemorrhagic Tonsillitis, HIV, AIDS, Kaposi's sarcoma

INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis, con su sintomatología de ardor faríngeo, odinofagia y/o disfagia, unido a manifestaciones generales, constituye una de las infecciones más frecuentes del tracto respiratorio superior. Afecta generalmente a niños y adolescentes menores de 15 años, con mayor incidencia en la etapa escolar, pero también puede ser motivo de consulta de personas adultas.⁽¹⁾

Esta enfermedad puede obedecer a diversas etiologías las más frecuentes son de origen viral o bacteriano. Habitualmente se presenta como inflamación de una o ambas amígdalas, con o sin

exudado blanco-grisáceo en forma de punteado o seudomembrana, con una evolución favorable generalmente aguda entre 5 a 7 días, en dependencia del agente etiológico.⁽²⁾

La afectación de las amígdalas palatinas puede ser también una forma de participación de enfermedades sistémicas, cuya presentación es generalmente más insidiosa o recurrente y su carácter progresivo.⁽¹⁾

En los últimos años se comienza a reportar la afectación en la orofaringe del Sarcoma de Kaposi (SK), asociado a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).^(3,4,5)



El SK, también llamado Angiosarcoma de Kaposi o sarcoma hemorrágico idiopático múltiple, es una angiomatosis sistémica de evolución maligna, que se manifiesta primariamente como nódulos vasculares múltiples en la piel y otros órganos.⁽⁶⁾ Es la neoplasia más frecuente en los enfermos con VIH y una entidad marcadora de la etapa sida de la enfermedad. Se caracteriza clínicamente por manchas, placas o nódulos de color violáceos fundamentalmente cutáneos, pero también puede afectar las mucosas, ganglios linfáticos y órganos profundos.^(7,8) La afectación de mucosas es frecuente a nivel oral y puede ser la manifestación inicial de SK en 15 por ciento de los

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 22 años, raza negra, estado civil acompañado, ocupación estibador, que desde hace 7 meses comienza con molestias en “la garganta que le dificultaba tragar” por lo cual acudió en varias ocasiones a Cuerpo de Guardia de Otorrinolaringología donde se le diagnosticó amigdalitis aguda y se le indicó tratamiento con antibióticos de forma ambulatoria de manera reiterada, con los cuales mejoraba solo parcialmente. En esta ocasión acude por odinofagia y disfagia nuevamente, además de notar aumento de volumen lateral derecho del cuello desde hacía varios días y refirió haber perdido aproximadamente 20 kg de peso en los últimos 6 meses. Se decide su ingreso en el servicio de Otorrinolaringología (ORL).

Antecedentes patológicos personales: solo las amigdalitis referidas

Hábitos tóxicos: no refiere

No otros elementos al interrogatorio de interés.

casos.^(5,7,8)

La infección por el VIH continúa siendo un problema de salud a nivel mundial; se reporta que 36 millones de personas vivían con VIH a finales de 2017. En Cuba, hasta mediados del año 2017 han sido diagnosticados un total de 28 mil casos, predominando la enfermedad en hombres y en edades entre 15 y 49 años.^(9,10)

El **objetivo** de nuestro trabajo es presentar un paciente con una amigdalitis hemorrágica de curso prolongado, que hizo sospechar y confirmar que se trataba de un Sarcoma de Kaposi asociado a la infección por VIH.

Datos de interés al examen físico:

Paciente delgado, pero no emaciado.

Peso actual: 55 Kg. Talla: 178 cm. IMC: 17,3 Kg/m²

Mucosas húmedas ligeramente hipocoloreadas. SHLP: adenopatías cervicales posteriores bilaterales niveles II y III, de más de 2 cm, firmes, no pétreas, no dolorosas, adheridas a planos profundos, la mayor de aproximadamente 4 cm en región lateral derecha alta.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido globalmente, no estertores, FR: 20 x min.

Examen de vías aéreas digestivas superiores (VADS): ambas amígdalas palatinas hipertróficas y crípticas, eritematosas, con extensas zonas de color rojo violáceo de aspecto hemorrágico. (Figura 1 y 2) Hemorragias en la pared posterior de la faríngea. Se observan 2 lesiones de menos de 1 cm, en forma de placas, de color rojo



ligeramente violáceo, en el velo del paladar. (Figura 3) Se observó lesiones blanquecinas en

forma de punteado, con zonas eritematosas asociadas, en velo del paladar.

Figura 1. Amígdalas hipertroficadas de aspecto hemorrágico que involucra toda la orofaringe.



Figura 2. Imagen a mayor distancia, después de colutorios de limpieza. Se observan hemorragias en ambas amígdalas y pared posterior.



Figura 3. Lesiones en placa rojo violáceas en paladar.



Piel: se observaron algunas lesiones de pequeño tamaño, en forma de placas, de color violáceo, la mayor de aproximadamente 1.5 cm localizada en punta de la nariz, otras pequeñas en cara interna

del brazo derecho, otra en parte lateral del tórax. (Figura 4) Estas lesiones no fueron clasificadas al inicio del ingreso.

Figura 4. Lesiones en piel.



Se ingresa con diagnóstico de Amigdalitis hemorrágica de curso prolongado.

Exámenes complementarios:

- Hematocrito: 0,34 %
- Leucograma: leucocitos totales: $5,6 \times 10^9$ /L. Diferencial con segmentados en 0.44 linfocitos en 0.53 y eosinófilos en 0.03
- Conteo de plaquetas. 230×10^9 /L
- Velocidad de sedimentación globular (VSG): 44 mm x h.
- Creatinina: 88 mmol/l
- Perfil hepático: normal
- Coagulograma: normal. Dosificación de factores de la coagulación (realizado por cortesía del Instituto de Hematología): dentro de valores normales.
- Serología VDRL: No reactiva.
- Radiología del Tórax: área cardiaca normal. No alteraciones pleuropulmonares.
- ELISA para VIH: positivo. Se repite
- Segunda determinación ELISA de 3ª generación para VIH: positivo
- Conteo de linfocitos T-CD4: 385 células/mm³
- Citología de ganglio cervical derecho: presencia de linfocitos y grupos de células fusocelulares, no se excluye compromiso ganglionar de proceso de piel.

Evolución en sala de ORL: Se inició tratamiento antimicrobiano parenteral con Ceftriaxona 1g EV cada 12 horas e hidratación en espera de complementarios.

No se evidenció mejoría después de 10 días de tratamiento antibiótico.

Ante la presencia de una amigdalitis hemorrágica de evolución tórpida y resultado de ELISA para VIH positivo se interconsulta el caso con Infectología.

Se sospecha que las lesiones de piel correspondan con Sarcoma de Kaposi, lo cual fue confirmado clínicamente por Dermatología.

Se reúnen para discutir el caso los especialistas de ORL, Medicina Interna (Infectología) y Dermatología donde se concluye que la amigdalitis hemorrágica

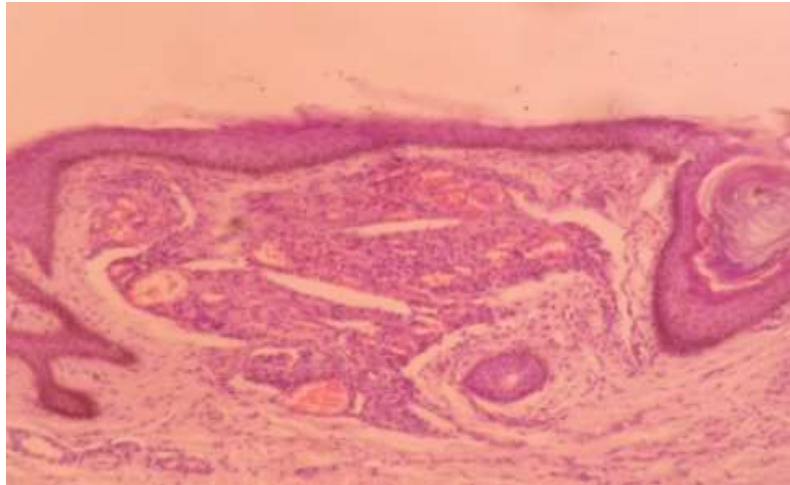
y el resto de las lesiones corresponden a Sarcoma de Kaposi de cavidad oral.

No se tomó biopsia de amígdala por el carácter hemorrágico de las mismas. Se decidió biopsia de piel.

Biopsia de Piel: compatible con Sarcoma de Kaposi. Se confirma con IHQ-CD34 positivo (marcador de vaso sanguíneo) y HHV 8: Positivo. (Figura 5)



Figura 5. Estudio histológico de biopsia de piel donde se observa proliferación en la dermis de vasos de paredes finas revestidas y rodeadas por células fusiformes.



DISCUSIÓN

Antes del uso de los antibióticos, los procesos infecciosos faringoamigdalinos eran prolongados y por eso se incrementaba el flujo sanguíneo amigdalar provocando, en algunos casos, la erosión de los vasos sanguíneos con sangrado amigdalar. La presencia de amígdalas hemorrágicas hoy en día es una complicación infrecuente de amigdalitis agudas o crónicas debido al diagnóstico serológico efectivo frente a procesos virales y al amplio uso de antimicrobianos en la práctica clínica para el tratamiento de afecciones bacterianas.⁽¹¹⁾

La presencia de amígdalas hipertróficas y de aspecto hemorrágico debe hacer plantear causas locales y sistémicas.^(12,13)

Dentro de las causas locales se describen como predisponentes al sangrado amigdalino la presencia de: absceso periamigdalino; tumores benignos (como hemangioma cavernoso o linfangiomas); tumores malignos (como

carcinoma escamoso de cavidad oral, angiosarcoma, melanomas malignos y linfomas); traumatismos directos sobre la amígdala y malformaciones aneurismáticas o pseudoaneurismas.^(14,15,16,17,18,19)

En el caso de las causas sistémicas se señalan: alteraciones de la coagulación (como la enfermedad de von Willebrand y hemofilias); leucemias y agranulocitosis; algunas enfermedades infecciosas de curso sistémico (como mononucleosis infecciosa, sífilis, tuberculosis bucal); metástasis de tumores primarios en otras localizaciones; sarcoidosis; infección por VIH.^(11,13,20)

De las causas locales en nuestro paciente se descartó el absceso periamigdalino porque no existía fiebre ni toma del estado general a pesar de la historia de “amigdalitis recurrentes”. No se planteó un hemangioma cavernoso ya que el mismo es de presentación unilateral.⁽²¹⁾ Los linfangiomas son lesiones de tipo benigno y

congénito, que están presentes desde el nacimiento y se detectan en las primeras décadas de la vida en el 90% de los casos. Suelen predominar en sitios con drenaje linfático abundante, por lo que 90% de los casos aparecen en la cabeza y el cuello, más comúnmente en la piel y el tejido subcutáneo, aunque también se han descrito en la laringe, la parótida, las amígdalas, la cavidad oral y la lengua.⁽¹⁴⁾ La bilateralidad de las lesiones palatinas en este caso, hicieron que se descartara esta entidad. Los pseudoaneurismas son generalmente complicaciones vasculares secundarias a procedimientos quirúrgicos lo cual hizo que se descartara este proceso también. Un pseudoaneurisma o aneurisma falso se define como una dilatación por rotura de la pared arterial que no incluye las tres capas de la arteria.⁽¹⁹⁾

El carcinoma de amígdala es un tumor relativamente frecuente entre los tumores epiteliales de la región de la cabeza y el cuello, que suele ser moderadamente o mal diferenciado y tiene un poder de invadir rápidamente regiones vecinas de la orofaringe rica en redes submucosas de linfáticos, por lo que los pacientes se presentan ya en estadios avanzados con metástasis ganglionares en aproximadamente el 50% de los casos.^(15,20) En el caso de nuestro paciente la evolución recurrente, las características de afectación fundamentalmente palatina bilateral y las características de las adenopatías cervicales, que no sugerían una causa metastásica, hicieron que se descartara este proceso.

El planteamiento de una patología sistémica como causa del cuadro amigdalino siempre fue sospechado por los especialistas de ORL en este paciente y motivó los estudios indicados.

Se descartaron las leucemias agudas y crónicas porque no existieron otros elementos clínicos ni hematológicos que caracterizan estos procesos.⁽²²⁾ De los trastornos de la coagulación es la enfermedad de von Willebrand la que se reporta con mayor frecuencia asociada a hemorragia aguda orofaríngea. Esta enfermedad se acompaña de antecedentes familiares y personales de sangrado, bajo otras circunstancias diversas como extracciones dentales o heridas, lo cual no caracterizaba la historia de nuestro paciente.^(11,23)

La mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr (VEB) es una infección sistémica de gran polimorfismo sintomático en ORL. En general, la infección por VEB es asintomática o es una enfermedad autolimitada que dura 2-3 semanas.⁽²⁴⁾ En raras ocasiones, la enfermedad puede acompañarse de complicaciones entre las que se mencionan las hemorragias palatinas de tipo petequeal en 25 al 60 por ciento de los casos. Las petequias suelen ser múltiples, de 1-2 mm de diámetro, surgen en grupos y por lo general se observan en la unión del paladar duro con el blando. Esta enfermedad se acompaña de adenopatías cervicales, a menudo simétricas de posterior, submaxilares, anteriores e incluso pueden aparecer a nivel axilar e inguinal. Los ganglios son movibles y algo dolorosos a la palpación. A pesar de que este paciente se encontraba entre el rango de edad de esta entidad, el periodo clínico se consideró muy



prolongado y con muy poca participación edénica para esta afección.⁽²⁴⁾

Se ha descrito la presencia de chancro sifilítico en localizaciones no genitales incluyendo las amígdalas palatinas: habitualmente son ulceraciones no dolorosas, generalmente únicos, aunque se han descrito como lesiones múltiples cuando los pliegues se hallan yuxtapuestos (chancros que se besan).⁽²⁵⁾ La serología negativa para sífilis descartó esta posibilidad. La localización orofaríngea es extremadamente infrecuente como forma de tuberculosis extrapulmonar y generalmente se acompaña de linfangitis tuberculosa, hecho que fue descartado con la citología ganglionar.^(26,27)

El estudio por ELISA demostró que el paciente era portador del VIH. Ante esta evidencia y teniendo en cuenta el carácter de las lesiones orales y cutáneas se concluye que presentaba un Sarcoma de Kaposi asociado al VIH.

Las lesiones en la cavidad oral son con frecuencia las primeras evidencias clínicas de la infección por VIH.⁽²⁸⁾ El Sarcoma de Kaposi (SK), considerada una enfermedad definitoria de sida en la

infección por el VIH, afecta fundamentalmente la piel; pero se describe que en una tercera parte de los pacientes es afectada ampliamente la mucosa de la cavidad oral.⁽²⁹⁾ Su afectación es muy frecuente en paladar duro de una manera asintomática, pero puede involucrar encías, amígdalas, faringe, laringe y tráquea, interfiriendo con la deglución y la fonación. Las lesiones que afectan la mucosa oral muchas veces confluyen causando ulceración y sangramientos como en éste.^(4,5,8)

Lo interesante resultó ser que, predominaran las lesiones orales de SK sobre las lesiones en la piel, y que tomaran el aspecto de una amigdalitis hemorrágica, hecho infrecuente y poco reportado en la literatura.

En nuestro paciente el diagnóstico de Sarcoma de Kaposi fue sincrónico con el diagnóstico de infección por VIH, hecho conocido como debut clínico de sida, lo cual tiene relevancia en la evolución de la enfermedad, porque significa el inicio tardío del tratamiento antirretroviral (TARV).⁽³⁰⁾

CONCLUSIONES

Las características hemorrágicas de la amigdalitis con evolución tórpida, hicieron sospechar una enfermedad sistémica. Se confirma infección por

VIH y Sarcoma de Kaposi con predominio de afectación mucosa oral.

REREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peyton S, Woolley A, W Peyton Shirley. Pharyngitis and Adenotonsillar disease. In: W. Flint P, H. Haughey B, J. Lund V, K. Niparko J, A. Richardson M, K. Thomas R, et al. (Eds.). Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery.

5th ed. Philadelphia EE. UU: Mosby; 2010. p. 2782-802

2. Tami T. Enfermedades de la faringe: En Lee Goldman, Andrew I. Schafer (Eds). Tratado de Medicina Interna de Cecil y Goldman. 24ª



Edición. España: Elsevier; 2013. p. 2473- 2476

3. Lando Borges SA, González Real LH, Backes Schreiner R. Sarcoma de Kaposi em pacientes HIV: novamente uma realidade. REAS [Internet]. 2019 [cited 29/03/2019]; 11(6):e352. Available from:

<https://www.acervocientifico.com.br/index.php/saude/article/view/352>

4. Moralejo B, Valls-Otañón A, Marí-Roig A. Sarcoma de Kaposi de diagnóstico intraoral. Rev Esp Cirug Oral Max [Internet]. 2017 Dic [consultado 29/03/2019]; 39(4): 245-246. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582017000400245&lng=es

5. García O N, Castillo E M, Más M, Dueñas L. Algunas consideraciones sobre el Sarcoma de Kaposi bucal epidémico. AMC [Internet]. 2007 Abr [consultado 29/03/2019]; 11(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200019&lng=es

6. Álvarez S.R. Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/sida en el hospital Dr José Daniel Rodríguez Maridueña. [tesis para el título de médico], Ecuador: Universidad de Guayaquil, 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30640/1/ALVAREZ%20ZAMORA%2c%20SEMIRA%20ROCIO.pdf>

7. Figueroa E, López L. D, Navarrete G. Sarcoma de Kaposi. Revisión de la literatura, un enfoque en la etiopatogenia. Dermatología CMQ [Internet]. 2018 [consultado 29/03/2019]; 16 (2):128-133. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2018/dcm182d.pdf>

8. Grant Thompson D, Peláez Pila M, Peláez Pila R, Rodríguez Guerra C. Sarcoma de kaposi de cavidad bucal en pacientes con sida. AMC [Internet]. 2002 [consultado 29/03/2019]; 6 (Suppl 2): 907-912. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552002000800015&lng=es

9. Onusida. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2018. Hoja informativa – día mundial del sida de 2017. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017; [consultado 09/03/2019]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

10. Vigil-Escalera Infante A. Alta supervivencia de pacientes con VIH en Cuba. Diario Juventud Rebelde, Cuba: [Internet]. 2017 Dic [consultado 09/03/2019]; Secc. Cuba .Colum 3. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/index.php/cuba/2017-12-07/alta-supervivencia-de-pacientes-con-vih-en-cub>

11. Yumha M J., Boettiger P, Arias R. Adenoamigdalitis hemorrágica espontánea, revisión de la literatura y presentación de tres casos. Rev. Otorri. Cir. Cab. Cue [Internet]. 2016 Abr [consultado 24/03/2019]; 76(1): 77-81. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000100011&lng=es

12. Walbaum G B, Winter D M, Huidobro D B. Amigdalitis hemorrágica: Presentación de un caso. Rev. Otorri. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2016 Abr [consultado 24/03/2019]; 76(1): 82-85. Disponible en:



https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S0718-48162016000100012&lng=es

13. Salem A, Healy S, Pau H. Management of spontaneous tonsillar bleeding: review. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2010 [cited 24/03/2019]; 124(5): 470-473. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-laryngology-and-otology/article/management-of-spontaneous-tonsillar-bleeding-review/353C49907288641A1F3AB5DC76D4D7C5>

14. Armada-Vega I. Linfangioma amigdalino. *An Orl Mex*. [Internet]. 2016 [consultado 24/03/2019]; 61(1):66-69. Disponible en: https://nietoeditores.com.mx/nieto/Otorrinolaringologia/2016/dic-feb/linfangioma_amigdalino.pdf

15. Alvarado A M., Restrepo M T. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. *Dom Cien* [Internet]. 2016 Ago [consultado 24/03/2019]; 2(núm. esp): 167-185. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761579.pdf>

16. Cuestas G, Martínez A, Demarchia M V., Martínez M P., García H, Morandib A Et al. Linfoma de amígdala en niño con asimetría tonsilar. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2015 [consultado 24/03/2019]; 113(4):e219-e222. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a19.pdf>

17. Alvarez N C, Fernández M R, Enterría G A, Madrigal R M. Linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal: Caso clínico. *Rev. Otorri. Cir. Cab Cuel* [Internet]. 2017 Jun [consultado 30/03/2019] ; 77(2): 204-206. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S0718-48162017000200014&lng=es

18. Durão C., Pimentel J, Hebe A, Pacheco R, Montalvão P, Magalhães M. Melanoma maligno da mucosa da cabeça e pescoço - Casuística do IPO de Lisboa. *Rev Portuguesa Otorri E Cir Cér-Fac* [Internet]. 2015 [consultado 24/03/2019]; 53(3):167-171. Disponible en: <https://journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/595/481>

19. Abraham E, Nuricumbo A, Castro S. Pseudoaneurisma lingual postamigdalectomía. *Rev Mexicana Ang* [Internet]. 2015 Ene-Mar [consultado 24/03/2019]; 43 (1): 28-32. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2015/an151e.pdf>

20. Tovío EG, Carmona MC, Díaz AJ, Harris J, Lanfranchi HE. Expresiones clínicas de los desórdenes potencialmente malignos en cavidad oral. *Revisión integrativa de la literatura. Univ Odontol*. 2018 ene-jun [Internet]. 37(78):1-18. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKE>

21. Soares Silva T, Cavalcante do Nascimento A, Ferreira Filho J. Diagnóstico e tratamento de hemangioma cavernoso intraoral – relato de caso. *Jornada Odontológica dos Acad Cat, Centro Universitário Católica de Quixadá* [Internet]. 2018 Oct [consultado 24/03/2019]; 4 (1)1-6. Disponible en: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/joac/article/view/2467/2051>



22. Palomeque Vera JM, Gómez Hervás J, Fernández Prada M. Hemorragia espontánea amigdalina como presentación inicial de leucemia mieloide aguda promielocítica. Actual. Med. [Internet]. 2013 Ene-Mar [consultado 24/03/2019]; 98 (790): 165-166. Disponible en: <https://www.actualidadmedica.es/archivo/2013/790/cli02.html>
23. Marques P C, Leite S T. Cuidados nos pacientes com hemofilia e doença de von Willebrand na cirurgia eletiva otorrinolaringológica. Rev. Bras. Otorri [Internet]. 2003 Jan [consultado 31/03/2019] ; 69 (1): 40-46. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000100008&lng=en
24. Luzuriaga K, Sullivan J. Infectious Mononucleosis. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 24/03/2019]; 362:1993-2000. Available from: <http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/INFECTIOUS%20MONONUCLEOSIS%20%20Clinical%20Practice%20NEJM%205.2010.pdf>
25. Navazo-Eguía A I, Rioja E, Echebarria C, Terán D, Cordero C, Ibañez C. Manifestaciones orales de la sífilis. Caso clínico. Rev. ORL [Internet]. 2017 [consultado 31/03/2019]; 8(4):253-257. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6177841.pdf>
26. Quinteros R, López V, Gutiérrez D, Cardemil F. Infecciones por micobacterias en otorrinolaringología: Revisión de la literatura. Rev. Otorri. Cir. Cab Cue [Internet]. 2016 Abr [consultado 24/03/2019]; 76 (1): 111-120. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000100016&lng=es
27. Lugo Machado J A, Canche Martin E. Tuberculosis Amigdalina con foco pulmonar primario: Reporte de un caso. Horiz. Med. [Internet]. 2015 Jul [consultado 30/03/2019]; 15(3): 61-63. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000300011&lng=es
28. Donoso-Hofer F. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2016 Oct [consultado 31/03/2019] ; 33(Suppl 1): 27-35. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182016000700004&lng=es
29. Maya A, Segovia S, Madrigal S, Abrego I, Salas-Alanis J C. Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada. Rev Esp Cirug Oral Max [Internet]. 2018 Mar [consultado 29/03/2019]; 40(1): 22-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582018000100022&lng=es
30. Puente Saní V, Arias Deroncerés IJ. Inicio del sida o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. MEDISAN [Internet]. 2016 Ago [consultado 17/03/2019] ; 20(8):1009-1012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000800001&lng=es



Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

