



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/16 - ODINOFAGIA E IBUPROFENO. ¿Y ALGO MÁS?

A. Hernández Costa^a, A. Velasco Soria^b, T. Ricart Pena^c, I.B. González Riquelme^d, M. Franco Sánchez^e y F. Arregui Montoya^f

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Murcia-San Andrés. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia. ^eMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. ^fMédico Residente de 1^{er} año. Servicio Cardiología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años natural de Senegal, residente en España desde 2006, sin antecedentes médico quirúrgicos previos. Trabaja con ganado, acude por odinofagia de diez días de evolución a la exploración física presenta una faringe hiperémica sin otros hallazgos, por lo que se prescribe ibuprofeno. Al mes acude de nuevo por bultoma en zona tiroidea de reciente aparición a la palpación se detecta un nódulo en línea media de región pretraqueal, blando, no doloroso y no adherido. Desde atención primaria solicitamos una ecografía donde se aprecia tiroides homogéneo de tamaño normal, con imagen hipoanecoica y vascularización periférica discreta. Ante estos hallazgos solicitamos PAAF que el paciente pospone 4 meses por viaje a su país. Desde microbiología del HCUVA nos informan de la aparición en cultivo de tuberculosis complex, tenemos dificultad para contactar con el paciente, que localizamos mediante asociación neri. Se pide radiografía tórax, serología VIH, VHB, VHC, bioquímica y hemograma. Pautamos tratamiento conjunto con isoniacida + rifampicina + pirazinamida (i+r+p) y piridoxina B6 2 veces/semana y derivamos al servicio de infecciosas para seguimiento. Las pruebas se completan con serología negativa y radiografía de tórax normal.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración de orofaringe y cuello en la primera y segunda visita. Se solicita ecografía tiroidea tras la detección del nódulo en región pretraqueal y ante el aumento de vascularización en ecografía, solicitamos PAAF. Posteriormente radiografía de tórax y analítica con serología.

Juicio clínico: Adenitis tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: Adenitis infecciosa. Adenitis granulomatosa. Neoplasia de tiroides. Linfoma. Quiste congénito. Tumor vascular.

Comentario final: Ante una masa cervical, realizar una anamnesis y exploración física completas, permite orientar el diagnóstico hacia benignidad, malignidad y etiología. A partir de ahí podremos solicitar las pruebas complementarias precisas para concluir en un diagnóstico certero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raveendran R, Oberoi JK, Wattal C. Multidrug-resistant pulmonary & extrapulmonary tuberculosis: a 13 years retrospective hospital-based analysis. *Indian J Med Res.* 2015;142:575-82.
2. Kanjanopas K, Siripan N, Phoophitphong R. Tuberculosis cervical lymphadenopathy and the role of surgical treatment. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2014;45:1419-24.
3. Iglesias Candal E, Patiño Seijas B, López Cedrún Cembranos JL. Manejo de las masas cervicales. *Fisterra*, 2012.