



264/88 - DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. García Gollonet^a, J. Cano García^b, M. Bernal Hinojosa^c y E. Espínola Coll^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años sin antecedentes de interés. Acude a nuestra consulta por odinofagia y sensación febril, diagnosticamos de faringitis aguda y pautamos tratamiento sintomático. Consulta de nuevo en la misma semana, en esta ocasión por deterioro generalizado, disfagia intensa, fiebre de 40 °C y dolor torácico tipo pleurítico. En esta ocasión decidimos derivar a urgencias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, eupneico. Normotenso, taquicárdico y febril. Orofaringe: exudado blanquecino en sábana ambas amígdalas, úvula no desplazada. Analítica de sangre: leucocitos 28.300 con 21.500 neutrófilos absolutos, coagulación normal inicialmente, GOT 108, PCR 389, PCT 5,92. Radiografía tórax: derrame pleural izquierdo, dudoso ensanchamiento mediastínico. TC tórax: neumomediastino con múltiples colecciones, aumento de atenuación de la grasa mediastínica y burbujas aéreas en mediastino anterior, medio y posterior, con extensión a espacios cervicales, hallazgos indicativos de mediastinitis aguda. Derrame pleural izquierdo con atelectasia.

Juicio clínico: Mediastinitis necrosante descendente (MND).

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis aguda, absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo.

Comentario final: El paciente requirió drenaje quirúrgico del absceso mediastínico e ingreso en UCI durante un mes por shock séptico, realizándose traqueostomía. Posteriormente cursó con neumonía aspirativa con derrame pleural bilateral. Tras dos meses de ingreso hospitalario y evolución favorable fue dado de alta con seguimiento en consultas de Otorrinolaringología. Las causas más frecuentes de mediastinitis aguda son la postesternotomía, la perforación esofágica y la infección bucofaríngea, esta última llamada MND. El tratamiento es casi siempre quirúrgico y el shock séptico es el factor de peor pronóstico posquirúrgico.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª edición. México: McGraw-Hill; 2012.
3. Guía terapéutica en Atención Primaria, 6ª ed. semFYC.