



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2681 - AMIGDALITIS RECURRENTE EN ADULTO MAYOR

A.M. Bozzone^a, C. Ajhuacho Flores^a, B. de Gispert Uriach^b y Ó. Manzano Fernández^a

^aMédico Residente de 4º año. CAP Trinitat Vella. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Trinitat Vella. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, diagnosticado de trombocitosis esencial en seguimiento por Hematología, sin otros antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos. Consulta en agosto de 2014 en atención primaria por episodio de odinofagia y disfonía de 1 mes de evolución, sin fiebre ni cuadro tóxico asociados. Se solicita analítica y se deriva a ORL preferente, iniciando estudio. Desde el inicio del cuadro, presenta molestias leves pero persistentes en faringe con episodios recurrentes de odinofagia, cuya exploración es compatible con amigdalitis aguda derecha, al inicio con presencia de exudado y posteriormente úlcera amigdalina de aspecto necrótico. La úlcera remite tras tratamiento antibiótico. Realiza seguimiento con ORL y 5 meses después inicia cuadro similar en amígdala izquierda, con exudado pero sin ulceración. Durante este tiempo presenta sudoración nocturna ocasional. En la evolución, presenta de forma concomitante, fiebre, tos y odinofagia, es diagnosticado de neumonía lobar, que mejora bajo tratamiento antibiótico.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera consulta, en exploración física se encuentra con buen estado general, normocoloreado, afebril, destacando amígdalas hipertróficas, sin exudados ni placas. En consultas sucesivas se objetiva amígdala derecha con exudado que evoluciona a amígdala de aspecto úlcero-necrótico. Se palpan adenopatías supraclaviculares y laterocervicales no dolorosas de predominio izquierdo. Se realiza TAC de cuello en octubre, que muestra engrosamiento de partes blandas con ulceración en amígdala derecha, no permitiendo descartar proceso neoproliferativo. Al mismo tiempo, se efectuó PAAF de amígdala derecha con ausencia de malignidad. En los sucesivos controles se va evidenciando un aumento de tamaño de amígdala izquierda con exudado grisáceo. Se repite PAAF de ambas amígdalas en enero de 2015, nuevamente negativa para células malignas. Continúa con controles en ORL. Ante la evolución tórpida del cuadro, en abril 2015 se repite PAAF amigdalina izquierda, que es compatible con linfoma, efectuando amigdalectomía izquierda. La anatomía patológica muestra linfocitos de gran tamaño con inmunofenotipo B monoclonal (linfoma del manto). El TAC de estadificación muestra afectación adenopática supra e infradiaphragmática, infiltración difusa de la médula ósea, captación paratiroidea bilateral y de amígdala derecha. Opacidad pulmonar subcentimétrica en LID. La punción de médula ósea muestra infiltración nodular.

Juicio clínico: Linfoma del manto. Tratamiento quimioterápico.

Diagnóstico diferencial: Ante una amigdalitis aguda de evolución tórpida o sin respuesta a tratamiento, debemos plantearnos como diagnósticos diferenciales: mononucleosis, angina de Plaut-Vincent, actinomicosis, chancro sifilítico, tuberculosis, complicaciones supurativas secundarias a una

amigdalitis infecciosa o flemón, tumores parafaríngeos o de estructuras vecinas, carcinoma o linfoma amigdalár.

Comentario final: A pesar que a amigdalitis es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, hay que tener presente que cuando el proceso es recurrente, con mala respuesta al tratamiento, sobre todo en pacientes mayores de edad, es importante el seguimiento y las derivaciones oportunas a especialistas a fin de descartar patologías poco frecuentes que se presentan en la práctica clínica, como en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khosravi Shahi P, del Castillo Rueda A, Pérez Manga G. Linfoma del Manto. An Med Interna. 2007;24:142-5.
2. Mohammadiapanah M, Omidvai S, Mosalei A, Ahmadloo N. Treatment results of tonsillar lymphoma: a 10-year experience. Ann Hematol. 2005;84(4):223-6.