



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1897 - DOCTOR, NO PUEDO TRAGAR

D. Leal Rodríguez<sup>a</sup>, C. Fernández Expósito<sup>b</sup>, M. Rodríguez Cortés<sup>c</sup>, F. Peiró Monzó<sup>d</sup>, I. Tejero Cabello<sup>e</sup> y J. Blanco Paños<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Zona 1. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona 1. Albacete. <sup>f</sup>Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 11 años atendido en urgencias por mal estado general, vómitos ocasionales, fiebre de 39 °C, intensa odinofagia con sialorrea y halitosis de 2 días de evolución. Desde hace 24 horas en tratamiento con amoxicilina oral sin mejoría. También presenta aumento de volumen a nivel laterocervical derecho submandibular doloroso a la palpación con aumento de temperatura y eritema local que alcanza mejilla ipsilateral. No rinorrea ni tos asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso: 50 kg frecuencia cardíaca: 100 lpm temp: 38,8 °C. Coloración normal de piel y mucosas. Bien perfundido e hidratado. No exantemas ni petequias. Eupneico. Tumoración submandibular derecha que no borra ángulo de 2 × 4 cm aproximadamente, dolorosa, dura, no adherida. Eritema en mejilla derecha. No adenopatías a otro nivel. Orofaringe: marcada hipertrofia unilateral de amígdala palatina derecha con abundante exudado blanco-grisáceo y de aspecto hemorrágico sin abombamientos ni desplazamiento de úvula. En el hemograma: leucocitos 20.270/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 16.100, linfocitos 1.690), ELISA S. pyogenes en frotis faríngeo: positivo y cultivo frotis faringoamigdalares: aísla Streptococcus pyogenes sensible a penicilina, eritromicina y clindamicina.

**Juicio clínico:** Amigdalitis estreptocócica ulceronecrótica derecha con adenitis reactiva locorregional.

**Diagnóstico diferencial:** Angina de Vincent: amigdalitis úlcero-necrótica unilateral de características clínicas similares a las de nuestro paciente aunque asociada a boca séptica e intensa halitosis. La etiología es la asociación de una bacteria anaerobia, el bacilo fusoespirilar y una bacteria treponémica como Treponema vincentii. El tratamiento de la angina de Vincent es la penicilina, G o V, que se puede dar sola o en asociación con metronidazol.

**Comentario final:** En un principio sospechamos una angina de Vincent, ante el mal estado general del paciente y la intolerancia oral se decidió ingreso hospitalario para administración de tratamiento intravenoso con amoxicilina/clavulánico 1 g cada 8 horas y metilprednisolona 60 mg de inicio, con posterior evolución favorable y alta al 4to día con tratamiento antibiótico oral.

## **Bibliografía**

1. Bird JH, Biggs TC, King EV. Controversies in the management of acute tonsillitis: an evidence-based review. Clin Otolaryngol. 2014;39(6):368-74.
2. Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med. 2001;344(3):205-11.

**Palabras clave:** Amigdalitis Ulceronecrótica.