



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1293 - EXUDADO AMIGDALINO, ¿TIENE UNA AMIGDALITIS BACTERIANA?

M. Salas Salas<sup>a</sup>, L. Contreras Briones<sup>a</sup>, B. Ortiz Oliva<sup>b</sup> y F. Contreras Anguita<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 20 años sin antecedentes personales de interés consulta por odinofagia y fiebre de 38 °C de 6 días de evolución que no mejora a pesar de tratamiento antibiótico con penicilina G-benzatina im, 1,2 MUI, dosis única, y amoxicilina 500 mg. El cuadro se acompaña de cefalea y astenia de moderados esfuerzos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Está bien hidratado y perfundido. Aparenta regular estado general. Eupneico en reposo. Sin lesiones cutáneas. ORL: faringe hiperémica, tumefacción amigdalar y exudado blanquecino bilateral. No abombamiento de pilares faríngeos. No edema de úvula. No trismus. Adenopatías submandibulares bilaterales de gran tamaño que se extienden a lo largo del territorio cervical posterior y supraclavicular. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal, masas ni megalias. El resto de exploración normal. Hemograma: 13.690 leucocitos con linfocitosis reactiva (72,4%L, 20,7%N). Bioquímica: GOT 556 U/L, GPT 857 U/L, GGT 154 U/L; LDH 491 U/L, bilirrubina, iones y función renal normal. Coagulación: T<sub>p</sub> 13,5, INR 1,18, T<sub>tpa</sub> 37,1. Reactantes de fase aguda: PCR 19,1 mg/L. Serología: CMV negativo; VEB (Ag VCA, Ac (IgG +, IgM +).

**Orientación diagnóstica:** Mononucleosis infecciosa (MI).

**Diagnóstico diferencial:** Faringoamigdalitis bacteriana. Mononucleosis-like (CMV, VIH y toxoplasma): menores manifestaciones de faringitis y Paul Bunnell negativo. Hepatitis virales.

**Comentario final:** La MI es un cuadro autolimitado que afecta sobre todo a jóvenes y cuya tríada clásica es: faringitis, fiebre y adenopatías. Existe una linfocitosis reactiva. Se suele acompañar de cansancio y elevación de transaminasas; puede haber rash o esplenomegalia (por infiltración linfocítica, asociando cambios estructurales que hacen al bazo susceptible de rotura (0,5%)), así como otras complicaciones (meningitis, encefalitis, anemia hemolítica con crioglobulinas, síndrome hemofagocítico). A veces es indistinguible de la faringoamigdalitis bacteriana para la cual terminamos prescribiendo antibiótico de manera innecesaria, siendo el tratamiento de la MI únicamente sintomático (reposo, analgesia, antiinflamatorios e hidratación). El uso innecesario de tratamiento antibiótico comporta mayores efectos secundarios y costes económicos, genera resistencias y supone la «medicalización» de problemas banales.

### Bibliografía

1. Llor Vilá C, Moragas Moreno A, Hernandez Anadón S. Infecciones del tracto respiratorio. AMF. 2011;7(3):124-35.
2. Noguerol Álvarez M, Ramírez Menéndez C. Esplenomegalia. AMF. 2015;11(11):623-31.

**Palabras clave:** Exudado. Antibiótico. Mononucleosis.