



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/427 - FARINGOAMIGDALITIS COMPLICADA

M. Leal Salido<sup>a</sup>, F. Marqués González<sup>b</sup>, E. Romero-Amor Costa<sup>a</sup> y C. Mateo Pascual<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 52 años que acude a consulta por disnea y dolor abdominal en epigastrio de 8 horas de evolución. El paciente presentó faringoamigdalitis aguda con odinofagia intensa y fiebre de hasta 38,8 °C, 1 semana antes, finalizando tratamiento con bencilpenicilina. Refiere empeoramiento y dificultad respiratoria en las últimas horas. No fiebre. No dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 122/83 mmHg. FC: 110 lpm. SatO<sub>2</sub> 94%. General: regular estado general. Taquipneico. Sudoración profusa. Aliento fétido. Cabeza y cuello: adenopatía laterocervical anterior bilateral dolorosa a la palpación. Orofaringe: hipertrofia amigdalar, no exudados. Tórax: AC: rítmico no soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distensión abdominal. Dolor y defensa a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Se deriva a urgencias; Analítica: Hb: 15,7. Leucocitos: 11.400 (85% L: 5,9%) AST: 50 ALT: 49 LDH: 339. PCR: 345 Cr: 1,38 FG: 58,4. Glucosa: 265. TAC cervical y torácico: Absceso izquierdo retrofaríngeo. Derrame pleural bilateral. Compatible con mediastinitis. Ganglios cervicales y torácicos aumentados.

**Orientación diagnóstica:** Mediastinitis necrotizante descendente secundaria a absceso retrofaríngeo izquierdo por amigdalitis bacteriana aguda.

**Diagnóstico diferencial:** IAM. Perforación esofágica/gástrica. Mediastinitis. Síndrome de Lemierre. Absceso periamigdalino/retrofaríngeo/laterofaríngeo. Obstrucción de la vía aérea por hipertrofia amigdalina.

**Comentario final:** La mediastinitis necrosante descendente tiene mayor incidencia en varones de 30-50 años, con diabetes mellitus, alcoholismo o inmunodepresión. Debe sospecharse en instrumentación esofágica o traqueal, cuadro faringoamigdalar o infección odontógena y ante disnea o dolor torácico. La causa más frecuente de mortalidad; diagnóstico tardío. Diagnóstico: alto índice de sospecha. TAC torácico de elección. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastino. Afectación espacio retrofaríngeo; desviación de la tráquea, y aumento tejidos blandos y presencia de gas. Infección polimicrobiana (S. anginosus y anaerobios). Tratamiento: Ingreso Unidad Críticos. Desbridamiento quirúrgico. Antibioterapia.

### Bibliografía

1. Cirino LM, Elias FM, Almeida JL. Descending mediastinitis: a review. Sao Paulo Med J. 2006;124:285-90.
2. Vaideeswar P, Tandon SP. Further descent of descending necrotizing mediastinitis. Ann Thorac Surg. 1999;68:1443.

**Palabras clave:** Infección. Mediastinitis. Dolor.