



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3767 - UNA SIMPLE AMIGDALITIS

N. Fernández Valverde<sup>a</sup>, N. Cubelos Fernández<sup>b</sup>, M. Piro<sup>c</sup> y A. Peñalver Andrada<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 18 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a su MAP y refiere un cuadro de odinofagia, disfagia y fiebre desde hace 2 días; en la exploración ORL se objetiva exudado en amígdalas; es diagnosticada de amigdalitis aguda y se inicia tratamiento con amoxicilina/clavulánico 1/8h/8 días. La paciente reacude 12 días después, refiere haber terminado el tratamiento y encontrarse asintomática hasta ayer por la noche que comienza con odinofagia, disfagia y otalgia derecha, sin fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. TA normal; Tº 37,3 °C. ORL: hiperemia e hipertrofia amigdalar derecha con exudado, fluctuación dudosa, leve desviación de úvula; otoscopia bilateral sin alteraciones; leve trismus; no alteración de la voz; no adenopatías.

**Orientación diagnóstica:** Sospecha de absceso periamigdalino como complicación de amigdalitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Faringoamigdalitis vírica. Mononucleosis infecciosa. Faringoamigdalitis estreptocócica. Angina Plaunt Vincent.

**Comentario final:** Debido a la sospecha de un absceso periamigdalino se remite a la paciente al servicio de Urgencias Hospitalarias para realización de analítica y valoración por otorrino de guardia tras lo cual es ingresada para realización de tratamiento intravenoso. Los abscesos periamigdalinos son una complicación común de las amigdalitis agudas, suelen ser de etiología polimicrobiana. Clínicamente se caracteriza por odinofagia y dolor faríngeo unilateral que puede acompañarse de otalgia refleja ipsilateral. En la exploración encontramos una amígdala hipertrofiada con un acúmulo de pus que provoca desviación de la úvula, tumefacción y/o edema de paladar blando y fiebre alta, además puede asociar trismus y alteración de la voz. El diagnóstico es clínico si bien puede apoyarse en un hemograma y una bioquímica básica con PCR y PCT. El tratamiento es hospitalario y se basa en drenaje del absceso y tratamiento con AINEs, corticoides IV y antibióticos IV (amoxicilina/clavulánico 1 g/8h + metronidazol 500 mg 1/8h o clindamicina 600 mg 1/6h).

## Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Tonsilitis. Absceso periamigdalino.