Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2783

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2739 - DOCTOR, CADA VEZ ME CUESTA MÁS TRAGAR

D. Simarro Díaz[1], M. Alonso Santiago[2], E. Abascal Oyarzábal[3] y A. Artime Fernández[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Santander. Cantabria. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Santander. Cantabria. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años que no presenta enfermedades ni toma medicación de manera habitual acude al Centro de Salud por febrícula de 37,5 desde hace un día aproximadamente y odinofagia. Es diagnosticado de faringoamigdalitis y se le pauta Amoxicilina 500 mg cada 12 horas durante 10 días. Acude de nuevo a las 48 horas refiriendo más dificultad para tragar con dolor, sensación de un bulto en la parte izquierda del cuello y fiebre de 38,2. A la exploración se sospecha absceso peroamigdalino izquierdo y es derivado a Urgencias para valoración y completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración orofaringe: se observa protrusión de amígdala izquierda con edema de pilar posterior. Fibroendoscopia: Desviación septal izquierda. Cavum libres. Edema de pilar posterior izquierdo. Valléculas y senos piriformes libres. Plano glótico normal. No asimetrías de paredes faríngeas. Cuello: palpación no dolorosa, sin empastamiento. Se realiza punción con salida de contenido purulento que se manda para cultivar en el cual crece Streptococcus pyogenes. Analítica: 14.800 Leucocitos. PCR 12. Resto normal.

Orientación diagnóstica: El absceso periamigdalino (APA) es la infección más frecuente de los tejidos profundos del cuello y la complicación más usual de la faringoamigdalitis aguda. Un 10-20% de los pacientes tienen antecedentes de amigdalitis frecuentes. Ocasionalmente ocurre en pacientes sin amigdalitis y en amigdalectomizados. El tabaco parece ser un factor de riesgo. Es más frecuente en la adolescencia. Dada la localización del proceso requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que puede producir compromiso de la vía aérea por compresión, drenaje espontáneo y broncoaspiración.

Diagnóstico diferencial: Absceso periamigdalino. Mononucleosis infecciosa. Mastoiditis.

Comentario final: Tras cinco días de tratamiento endovenoso con Augmentine y posteriormente de forma oral en domicilio durante una semana el paciente se encuentra recuperado. Analítica en valores normales. Como médicos de Atención Primaria y de Urgencias debemos incidir en los signos de alarma que se pueden presentar en las diferentes enfermedades para que los pacientes no duden en consultar de nuevo y así evitar efectos secundarios potencialmente graves.

Bibliografía

1. Galioto N. Peritonsillar Abscess. American Family Physician. 2017;95(8):501-6.
2. Powel J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngology. 2012;37:136-45.

Palabras clave: Absceso. Faringoamigdalitis. Odinofagia.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.