



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/317 - ¡ESTA AMIGDALITIS NO VA BIEN!

D. Rodríguez Rodríguez¹, P. Martínez López², R. Muñoz Martos³ y M. Ortega Recio⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Málaga Norte. Axarquía. Málaga.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga. ⁴Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 18 años. Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés clínico. No Intervenciones quirúrgicas. Niega hábito tabáquico u otros hábitos tóxicos. Acude a consulta por presentar odinofagia de 7 días de evolución, sin disfagia ni trismus. Sensación de ocupación en orofaringe. Refiere haberse visto en su domicilio pérdida de sustancia de la amígdala izquierda, que previamente presentaba hipertrofiada. Niega mucosidad, tos, ni expectoración. No ha presentado fiebre durante el proceso. No ha mejorado con el tratamiento con paracetamol y antiinflamatorios. Ante evolución tórpida del cuadro se deriva de forma preferente para valoración por otorrinolaringología, que toma biopsia de la lesión para completar estudio y añade tratamiento con clindamicina a espera de resultados.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Afebril. Alerta, orientada, normocoloreada, normoperfundida, bien hidratada, lenguaje bien articulado. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. Orofaringe levemente eritematosa. Amígdalas muy hipertrofiadas, crípticas y extravélicas. En amígdala izquierda se aprecia gran erosión con pérdida de sustancia importante en polo inferior presentando fondo sañoso, de aspecto neoplásico. No adenopatías cervicales palpables asociadas. TAC con contraste IV de cuello: hipertrofia bilateral amigdalar, con irregularidad y excavación en lado izquierdo que puede corresponder a ulceración o cambios postinstrumentalización. Engrosamiento del cavum, posiblemente secundario a hipertrofia de tejido adenoideo. Adenopatías laterocervicales bilaterales de tamaño significativo. Anatomía patológica de biopsia: Material necrótico inflamatorio que engloba aisladas colonias de actinomyces. No se observa neoplasia en la muestra.

Orientación diagnóstica: Actinomycosis amigdalar.

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis viral/bacteriana, linfoma no Hodgkin, carcinoma epidermoide amigdalar.

Comentario final: Los actinomyces forman parte de la microbiota de la orofaringe, pudiendo producir daño tisular ante infecciones dentales o traumatismos oromaxilofaciales. El diagnóstico se establece por cultivo. Su tratamiento consiste en administración de penicilina entre 6 a 12 meses y ante mala evolución resección quirúrgica. Este caso nos sirve para recordar la importancia del

médico de familia en la detección de casos anormales para poder prestar a nuestros pacientes una atención lo más eficaz posible, conociendo en qué casos es necesaria una derivación preferente.

Bibliografía

1. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E, Marco F. Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona: Editorial Antares; 2018. p. 282-3.

Palabras clave: Amigdalitis. Actinomyces.