Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):353

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/387 - ODINIFAGIA DE MALA EVOLUCIÓN

S. Rodrigo González[a], E. de Dios Rodríguez[b], A. Pérez Santamaría[c], C. de Manueles Astudillo[c] y A. García Pérez[d]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. [c]Médico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [d]Médico Residente de 1er año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 14 años de edad sin antecedentes de interés que acude a consulta por tos y odinofagia de 3 días, pautándose AINES. A los dos días acude por empeoramiento con odinofagia, disnea de moderados esfuerzos y accesos de tos con aumento de volumen en cuello. Ortopnea de 2 almohadas. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,3 ºC. FC 92 lpm. SatO2 basal 91%. Consciente y orientado; bien perfundido y normohidratado. Taquipneico con tiraje a 3 niveles. No tolera decúbito. CyC: fascies normal, no adenopatías cervicales. COF: hiperemia sin hipertrofias ni exudados. Crepitación submandibular izquierda, laterocervical y ambos huecos supraclaviculares. Tórax: rítmico sin soplos. AP: disminución del murmullo hemitórax izquierdo y sibilancias espiratorias. Abdomen normal. No focalidad neurológica. El paciente es derivado a urgencias con oxigenoterapia donde realizan Rx de tórax: enfisema intersticial que afecta a tejidos blandos del cuello con neumomediastino.

Juicio clínico: Infección respiratoria con hipoxemia. Enfisema subcutáneo cervical. Neumomediastino.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis aguda, absceso periamigdalino, catarro de vías altas, neumonía.

Comentario final: Ante unas molestias faríngeas en paciente joven debemos saber que la mayoría son provocadas por virus y sólo precisan control de síntomas (sospechar origen vírico: rinorrea, tos, afonía, diarrea, conjuntivitis...); sólo en caso de sospechar origen bacteriano (más frecuente estreptococo beta hemolítico) debemos iniciar antibioterapia. Debido a la mala evolución del paciente por disnea y ortopnea junto con la hipoxia, nos hace sospechar patología pulmonar, motivo por el cual es derivado a urgencias para control radiológico. La crepitación a la palpación de tejidos es sugestiva de enfisema subcutáneo, que en nuestro paciente podría haber sido causado por rotura de bullas pulmonares tras los accesos de tos. Debido a los hallazgos, el paciente es ingresado para oxigenoterapia y control de síntomas, siendo alta a los 3 días tras recibir tratamiento con antibioterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia y adrenalina nebulizada.

Bibliografía

1. Kaufman E; Leviner E; Galli D; Garfunkl AA. Subcutaneous air emphysema - A rare condition. J Oral Med. 1984;39:47-50.
2. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guide- lines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis. 2002;35:113-25.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.