

## CARTA CLÍNICA

### Una evolución inusual en un paciente con amigdalitis aguda



### An unusual outcome in a patient with acute tonsillitis

Presentamos el caso clínico de una mujer de 38 años, sin antecedentes médicos de interés, apendicectomizada y portadora de anillo vaginal anticonceptivo, sin alergias a medicamentos y que consulta por urgencias ante un dolor facial paroxístico, punzante e intenso (según escala visual analógica de nivel 8) de características neuropáticas, que se exacerba con la masticación y la deglución y que refiere a nivel de cuello, oído y región mandibular del lado derecho. Comenta un cuadro previo de 3 días de evolución de infección en amígdala derecha y dolor de garganta, con malestar general y fiebre, su médico le ha pautado analgesia y antibioterapia desde el día anterior, pero no refiere mejoría. Al examen físico, se evidencia una faringe muy congestiva con significativa inflamación y abombamiento a nivel de pilar amigdalino derecho, con placa necrótica en tonsila derecha, sin desviación de úvula y con adenomegalias menores de 2 cm en región submandibular y laterocervical bilaterales. En región facial, dolor a la palpación en cuello y ángulo mandibular y retroauricular derecho sin dolor en punto de Arnold, no trismus y no crepitación a nivel temporomandibular. Neurológicamente no presenta parestesias ni signos meníngeos, tampoco signos de focalidad neurológica. La auscultación cardiopulmonar es normal. Se realiza analítica donde se aprecia leucocitosis leve con desviación izquierda. Se indica TC de cuello urgente para descartar una posible colección parafaríngea u otra afección profunda (neoplásica, vascular o inflamatoria) que a nivel de cuello produzca compromiso nervioso<sup>1</sup>.

Nos planteamos otros posibles diagnósticos tales como la neuralgia del trigémino<sup>2</sup>, el cual descartamos por ser este en crisis diarias con periodicidad circadiana y en nuestro caso no existían antecedentes de crisis previas y el dolor en la neuralgia del trigémino se irradia a órbita asociando habitualmente agitación y signos vegetativos homolaterales, la hemicránea paroxística y otras cefaleas de origen trigeminoautónomas<sup>3</sup>; la neuralgia del ganglio geniculado

que cursa como dolor a nivel del conducto auditivo y se produce después de un herpes zoster del ganglio afectado (antecedentes que en nuestro caso no se cumplían) la neuralgia del nervio laríngeo superior con paroxismos muy similares a los de nuestra paciente a nivel de garganta y que, por lo tanto no podía descartarse completamente en nuestro caso, afecciones vasculares que producen algias faciales como son la aracnoiditis, el aneurisma de arteria vertebral o la arteria hipoglosa persistente, la petrositis, el traumatismo, la elongación de apófisis estiloides o síndrome de Eagle, el síndrome de Tolosa-Hunt que se descarta por no existir oftalmoplejía, la disfunción de la articulación temporomandibular y la neuralgia posherpética, entre otros muchos<sup>1,2,4</sup>. Como diagnóstico presuntivo y definitivo tras los resultados del TC de cuello nos quedamos con una neuralgia clásica del glossofaríngeo secundaria a compresión por absceso tonsilar derecho<sup>5-7</sup>.

La neuralgia del glossofaríngeo es aproximadamente 100 veces menos frecuente que la neuralgia trigeminal (aunque estas pueden asociarse<sup>3</sup>) la zona gatillo se localiza en la región amigdalina, el surco amigdalogloso y la porción lateral de la faringe (por debajo de la amígdala y la porción posterior del suelo de la boca). La presencia de un dolor de fondo permanente subsistiendo de forma alternante con unos paroxismos menos fulgurantes es lo que induce a pensar en una forma secundaria<sup>6</sup>. Revisando la bibliografía, es una afección más frecuente en el sexo femenino, en la edad media de la vida y en el lado izquierdo, pudiendo también producir síncope, bradicardia y asistolia por estimulación del nervio vago<sup>5</sup>.

Se debe sospechar la presencia de una celulitis o absceso periamigdalino en una faringoamigdalitis aguda ante la presencia de dolor intenso de predominio unilateral, disfagia y trismus<sup>4</sup>.

El tratamiento médico de la causa, que en nuestro caso fue el drenaje del absceso y la antibioterapia intravenosa, ayudó a la completa resolución del cuadro clínico, sin necesidad de descompresión del nervio glossofaríngeo mediante rizotomía percutánea o cirugía, ni tampoco del uso concomitante de anticonvulsivantes para el dolor neuropático. El TC realizado no solo confirmó la sospecha clínica, también descartó compromiso respiratorio u otra afectación en celdillas mastoideas o estructuras vecinas<sup>4,6</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Suárez P, Clark GT. Burning mouth syndrome: An update on diagnosis and treatment methods. *J Calif Dent Assoc.* 2006;34:611-22.
2. Goadsby PJ, Cittadini E, Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: Paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania. *Semin Neurol.* 2010;30:186-91.
3. Pareja JA, Goadsby PJ. Hemicrania continua. En: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, editores. *The headaches.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 851-7.
4. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Semerger.* 2015;41:370-81.
5. Katusic S, Williams DB, Beard CM, Bergstralh E, Kurland LT. Incidence and clinical features of glossopharyngeal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945-1984. *Neuroepidemiology.* 1991;10:266-75.
6. Glossopharyngeal neuralgia treated with gamma knife surgery: Treatment outcome and failure analysis. *J Neurosurg (suppl).* 2005;102:155-7.
7. Minagor A, Sheremata WA. Glossopharyngeal neuralgia and MS. *Neurology.* 2000;54:1368-70.

L. de la Rosa\*, C. Tejero Pallarés y S. Gayoso Martin

*Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [lissett.12@yahoo.es](mailto:lissett.12@yahoo.es) (L. de la Rosa).