



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

387/169 - CUANDO UNA FARINGOAMIGDALITIS ES ALGO MÁS: ABSCESO EN ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Rivera Panizo¹, A. del Rey Rozas², A. Altadill Bermejo³, J. Rodríguez Duque⁴, J. Villar Ramos⁵, M. Tobalina Segura⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.⁴Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, sin antecedentes de interés, comienza con dolor faríngeo intenso que aumenta de forma progresiva en los últimos 3 días, que le dificulta la deglución y la ingestión de alimentos. Presenta sensación distérmica sin fiebre termometrada en tratamiento con paracetamol e ibuprofeno alternante. Se inició tratamiento antibioterápico pautado por su médico de atención primaria con amoxicilina oral a dosis bajas hace 4 días sin clara respuesta clínica, motivo por el que vuelve a consultar.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. T^a: 36,7 °C. AC: ritmo sinusal, sin soplos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni regalías. Faringe: dificultad para la exploración ante ligero trismus. Signos inflamatorios agudos y aumento de la región periamigdalina anterosuperior derecha, edema y congestión de la amígdala derecha, la úvula y la parte posterior de la arcada dentaria superior. No se palpan adenopatías cervicales.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma con leucocitosis ($15,2 \times 10^9/L$) y desviación izquierda, PCR: 3 mg/dl, resto en rango normal.

Juicio clínico: Absceso periamigdalino en paciente adulto.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar diagnóstico diferencial con otro tipo de infecciones a ese nivel como celulitis periamigdalina, absceso amigdalino, absceso retrofaríngeo, absceso del espacio lateral, mononucleosis infecciosa (infección con VEB), aspiración de cuerpo extraño, infección dentaria, infección de las glándulas salivales, adenitis cervical, mastoiditis, aneurisma de la carótida interna.

Comentario final: Ante una faringoamigdalitis que no responde de forma adecuada a tratamiento antibiótico ambulatorio (vía oral) hay que sospechar otro tipo de patologías como la formación de un absceso como en el caso que se presenta, patología que no se debe pasar por alto en atención primaria ya que aunque no es habitual en pacientes adultos, puede desencadenar en complicaciones graves. Ante la mala respuesta y la sospecha de absceso periamigdalino con la clínica del paciente, se decide su ingreso para tratamiento antibiótico endovenoso y drenaje del absceso. Los abscesos periamigdalinos en la era antibiótica son poco frecuentes y tienen una corta estancia hospitalaria con una evolución rápida tras el drenaje del mismo. Ocurre

más frecuentemente en niños y adultos jóvenes, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis con mala respuesta independientemente de la edad del paciente. El diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante la exploración de la faringe, aunque en ocasiones se realizan pruebas de imagen como TC. Las bacterias más frecuentemente reportadas en esta afección son: anaerobios obligados, estreptococo b hemolítico del grupo A y bacterias aerobias productoras de beta-lactamasa, siendo en su gran mayoría gérmenes gram positivos, seguidos por un número de gérmenes no identificados y finalmente gérmenes gram negativos en un pequeño porcentaje. El tratamiento de elección para el absceso periamigdalino es la aspiración o la incisión y drenaje tan pronto como sea diagnosticado, aplicando tratamiento antibiótico con penicilinas y metronidazol, en ocasiones requiriendo la vía endovenosa y la hospitalización del paciente.

Bibliografía

Ozbek C, et al. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol. 2004;118(6):439-42.

Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2002;65(1):93-6.