



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

284/61 - UNA REACCIÓ AL·LÈRGICA INFECCIOSA

M. Beà Bernaus, D. Giménez Pastor, A. Martín Small, I. Urrosolo Martínez, R. Aparicio de Castro i N. Merchan Encinas

Metge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. Centre de Salut Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas: Home de 36 anys sense antecedents d'interès va consultar al seu CAP per molèsties faríngies de 24 hores d'evolució, sense síndrome febril, ni tos, ni mucositat. No recorda desencadenants del procés. Presència d'ambient epidemiològic en domicili de faringitis aguda. Es va evidenciar edema d'úvula pel qual es va administrar metiprednisolona 40 mg intramuscular i dexclorfenilamina 5 mg intramuscular. Es va prescriure antihistamínic oral a domicili. Retorna 48 hores posteriors per dispnea i persistència de molèsties faríngies, es va visualitzar edema d'úvula i es va administrar corticoides i antihistamínics intramusculars i es va prescriure prednisona 30 mg i antihistamínics a domicili. Acudeix a Hospital a les 96 hores posteriors a la primera visita per dispnea en decúbit lateral esquerra, odinofàgia, molèsties faríngies sense síndrome febril i amb els antecedents d'haver sigut diagnosticat en dos ocasions d'edema d'úvula, amb tractament corticoideu i antihistamínics sense millora.

Exploració i proves complementàries: PA 120/80 mmHg, FC 77 bpm, Sat O₂ basal 97%, T_a 36,9 °C. ACV: rítmic sense bufs, AR: mvc, eupneic, no taquipneic. Orofaringe: edema d'úvula, augment de parts toves de regió periamigdalina dreta sense evidenciar exsudat amigdalí. Amígdala esquerra presenta signes inflamatoris. Es palpa adenopatia mòbil, dolorosa al tacte, no indurada, de 2 cm en regió latero cervical dreta.

Analítica: leucòcits 13.400 (neutròfils 10.000), Hb 14,6 g/dL, Hct 43%, VCM 87fL, plaq 279.000, creat 0,7 mg/dL, FG > 90, proteïna C reactiva 16,28 mg/L. Rx tòrax: ICT 0,5, sans costofrènics lliures, no s'evidencia infiltrats ni tumoracions.

Judici clínic: Home de 36 anys que presenta molèsties faríngies d'una setmana d'evolució, sense síndrome febril evidenciat amb empitjorament del seu estat basal en els últims dies en forma de dispnea i odinofàgia. Va acudir en dos ocasions al CAP orientant el procés com a edema d'úvula, de fet a la seva arribada a Urgències Hospital es va administrar adrenalina 0,3 mg subcutània i hidrocortisona 200 mg, es va mantenir monitoritzat, en no observar correcta evolució es va repetir anamnesis amb orientació diagnòstica d'abscessos periamigdalars dret. Es va procedir a desbridament. Va ser donat d'alta amb tractament corticoide, antibiòtic i antiinflamatori (prednisona 30 mg, amoxi/clav 875/125 i dexketoprofeno 25 mg).

Diagnòstic diferencial: Angioedema al·lèrgic: medicaments, insectes, aliments. Angioedema hereditari. Amigdalitis aguda. Uvulitis. Epiglottitis. Faringitis aguda. Laringitis aguda.

Comentari final: És imprescindible realitzar anamnesis i exploració física pertinent (constants vitals) en cada visita mèdica. Quan el pacient reconsulta a les poques hores del procés agut l'anamnesi i l'exploració física han de ser extenses, per tal d'ampliar el diagnòstic diferencial. Davant un pacient que no millora amb el

tractament i empitjora, havent realitzat correcta adherència terapèutica, cal replantejar el diagnòstic inicial. La limitació del temps a la consulta d'Atenció Primària no hauria de justificar errades diagnòstiques.

Bibliografia

1. Campagne EM, del Castillo Martín F, de Andrés CB, et al. Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: estudio de 13 años. *Anales de Pediatría*. 2006;65:32-6.
2. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2016;34(9):585-94.