Semergen. 2015;41 (Espec Congr):778

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/277 - Me duele la garganta doctora, pero es una sensación rara

A.M. Parrella Martín-Gamero, S. Sánchez Lozano, M.G. Montes Ramírez y S. Berbel León

Médico de Familia. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años acude a consulta refiriendo molestias en garganta desde hace una semana pero que no empeora a la deglución. No refiere fiebre ni otros síntomas catarrales acompañantes. Se explora al paciente y se objetiva únicamente una ligera hiperemia faríngea por lo que se le pauta tratamiento analgésico y líquidos. A la semana vuelve a acudir a consulta refiriendo empeoramiento de la clínica ya que además de mayor dolor presenta fiebre de hasta 38º, dificultad para la ingesta de sólidos y tener un bulto en el cuello.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración el paciente presenta adenopatías dolorosas a la palpación submandibulares y una zona de empastamiento en el suelo de la boca. Se pauta amoxicilina-clavulánico, paracetamol 1 g y se deriva preferente al ORL. En la exploración de la cavidad oral se objetiva edema del suelo de boca con edema de Wharton, induración en línea media no pétrea dolorosa a la palpación. Por fibroscopia: edema de la región derecha de base de la lengua,, edema blando de cara lingual de epiglotis, vía aérea con buen paso, no obstrucción de vía aérea. A la palpación de la base de la lengua: semielástica, no pétrea y del suelo de la boca: induración submandibular, no se palpan otras masas en cadenas yugulares. TAC cervical: con CIV: en el suelo de la boca se identifican hallazgos que sugieren proceso inflamatorio/infeccioso en fase de abscesificación. Se pauta tratamiento con amoxicilina clavulánico 1 g cada 12h durante 10 días y prednisona 50 mg 2 comp durante 3 días. El paciente evoluciona satisfactoriamente y se le da de alta con control ambulatorio no llegando a precisar cirugía.

Juicio clínico: Absceso del suelo de la boca.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Absceso intraamigdalino, periamigdalino, retrofaríngeo, parafaríngeo: preestileo o retroestileo. VIH, sífilis: chancro orofaríngeo. Candidiasis faríngea, mononucleosis infecciosa, sarcoidosis, herpangina, toxoplasmosis, enf. Hodgkin, linfoma no Hodgkin, adenoflemón, metástasis de carcinoma de vías altas.

Comentario final: En consulta podemos ver patología que inicialmente parece banal pero con la exploración física y pruebas complementarias llegamos muchas veces a diagnósticos no esperables que revisten cierta gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zamora G, Reyes J. Angina de Ludwig: Manejo en el Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Central Militar. Rev Sanid Milit Mex. 1999;53(4):241-4.

2. Chow WA. Infecciones de la cavidad oral, el cuello y la cabeza. En: Mandell, Douglas, Bennet, editores. Enfermedades infecciosas. Principios y Práctica. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2002.

3. Bascones Martínez A, Aguirre Urízar JM, Bermejo Fenoll A, et al. Consensus statement on antimicrobial treatment of odontogenic bacterial infections. Av Odontoestomatol. 2005;21.

4. Lemonick, MD. Ludwig&#39s Angina: Diagnosis and Treatment. Hospital Physician, July 2002.

5. Barton ED, Bair AE. Selected topics: Difficult airways. Ludwig’s angina. J Emerg Med. 2007;34(2):163-9.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.