Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1244

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 160/2364 - ODINOFAGIA Y DOLOR RETROESTERNAL EN PACIENTE JOVEN

*J.J. Navalón Prieto[a], M. Prado Coste[a], F.J. Lucas Galán[b], M. Ruipérez Moreno[b], M. Minuesa García[b], L. Tarjuelo Gutiérrez[c], M. López Valcárcel[c], L. Moreno de la Rosa[d], J. Rodríguez Toboso[e] y J. Rodríguez Coronado[d]*

*[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 25 años con alergia al polen, sin otras patologías conocidas de interés, acude a urgencias por cuadro de 24 horas de evolución consistente en odinofagia intensa y dolor retroesternal que empeora con la ingesta, acompañado de sensación distérmica y febrícula de 37,7 ºC. No episodios de disfagia ni impactación alimenticia. Había sido valorado por su MAP ese mismo día con diagnóstico de Amigdalitis y pautando tratamiento con Augmentine 875/125 mg 1/8h e ibuprofeno 600 mg 1/8 h. Sin embargo el paciente acude a urgencias debido a la intensidad del dolor.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a urgencias, CyO, afebril y hemodinámicamente estable. Exploración ORL faringe hiperémica sin exudados con ulcera superficial de contornos irregulares en cara anterior de úvula. Resto de exploración sin hallazgos. Se pauta tratamiento sintomático sin mejoría. Por ello, se ingresa en Digestivo para estudio. Se realiza endoscopia digestiva alta evidenciándose úlceras pequeñas (< 2 cm), superficiales y con apariencia de volcán a lo largo de todo el esófago tomando muestra de los bordes, objetivándose células epiteliales multinucleadas y con inclusiones virales sugestivas de infección por VHS. Se realizo batería de cribado serológico para descartar estado de inmunodepresión y serologías microbianas resultando negativas. Se pautó tratamiento antiviral con Aciclovir 400 mg iv/8h y posteriormente valaciclovir 1 g/8 hasta completar 10 días de tratamiento con buena evolución del cuadro.

**Juicio clínico:** Esofagitis por VHS.

**Diagnóstico diferencial:** Esofagitis infecciosa (Candida, VSH, CMV, VIH, micobacterias, bacterias, protozoos), esofagitis eosinofílica, esofagitis química, enfermedad por reflujo gastroesofágico, mucositis.

**Comentario final:** La esofagitis infecciosa suele ir asociada a una enfermedad o a un factor predisponente. cuya identificación ayuda al diagnóstico diferencial. En el caso de Candida, puede ser debida al uso de antibióticos, corticoides, tratamiento antisecretor, estados de hipoclorhidria, alcoholismo, malnutrición, edad avanzada, radioterapia de cuello y cabeza sida, toma de

inmunosupresores y las alteraciones de la motilidad esofágica como la acalasia,. La infección por VHS puede darse en individuos normales pero es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos. La infección por CMV se da esencialmente en pacientes con sida y en trasplantados. La infección por micobacterias es rara incluso en pacientes inmunodeprimidos, siendo más frecuente en países en desarrollo, donde las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis (TBC) son más prevalentes. Las infecciones esofágicas bacterianas se han descrito preferentemente en pacientes con neutropenia secundaria a neoplasia hematológica. Por otro lado, en este caso también es importante distinguir la esofagitis eosinofilica, cuadro característico de varones jóvenes y de causa alérgica (infiltrados eosinofílicos en mucosa esofágica) en relación a sensibilización a alergenos de determinados alimentos o del ambiente. Cabe recordar que nuestro paciente era alérgico al polen, aunque finalmente el conjunto de pruebas complementarias descartan esta última causa como etiología de su esofagitis.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bustamante Balén M, Pertejo Pastor V.. Esofagitis Infecciosas. Elsevier. 2013. p 49-57. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo5.pdf.

2. Molina Infante J, Lucendo Villarín AJ. Esofagitis eosinofílica. Elsevier. 2012. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/esofagitis_eosinofilica.pdf.

3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, eds. En: Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 303-4.

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