



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3095 - AMIGDALITIS DE ETIOLOGÍA POTENCIALMENTE GRAVE

Á. Irigoyen Sierakowski^a, B. Navarro Vicente de Vera^b, I. Ioakeim^c, D. Idoipe Rubio^d, P. Isarre García de Jalón^e e I. Pérez Pañart^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ^bAnestesiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^cInvestigador. Universidad de Zaragoza. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 21 años que acude a la consulta del centro de salud por cuadro de 24h de evolución con odinofagia, fiebre elevada y malestar general.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Temperatura timpánica: 40,2 °C. TA 98/61. FC 123 l/min. Saturación de O₂ 99%. Faringe: engrosamiento amigdalario con exudado blanquecino. Adenopatías latero-cervicales posteriores. Resto sin hallazgos. Se deriva a urgencias: Radiografía de tórax: normal. Análítica sanguínea: leucocitos 12.600/mm³ (91,6% neutrófilos); gasometría venosa: alcalosis respiratoria; proteína C reactiva 7,16 mg/dl, creatinina 1,01 mg/dl. Se cursan hemocultivos. No disponible Streptotest.

Juicio clínico: Amigdalitis estreptocócica.

Diagnóstico diferencial: Mononucleosis infecciosa, amigdalitis por otras etiologías.

Comentario final: La paciente fue dada de alta con tratamiento con amoxicilina 500 mg cada 8h presentado gran mejoría en las primeras 24h. A las 48h alertan desde laboratorio de microbiología por crecimiento de *Fusobacterium necrophorum*, por lo que la paciente es avisada para añadir al tratamiento clindamicina 600 mg/8h. Tras el resultado del antibiograma, con resultado de sensibilidad para amoxicilina, se retira la clindamicina y se prosigue hasta completar el tratamiento de 10 días con resolución completa del cuadro. *F. necrophorum* es un bacilo anaerobio gram-negativo que forma parte de la microflora de la orofaringe en humanos. Está relacionado con las infecciones faringoamigdalinas, sobre todo en adultos y adolescentes, pudiendo ser la segunda causa bacteriana después del estreptococo del Grupo A. Es el principal agente etiológico del síndrome de Lemierre, caracterizado por la aparición de tromboflebitis a nivel de la vena yugular interna, generalmente entre 1 y 3 semanas después de haber padecido una faringoamigdalitis. Las principales complicaciones de este síndrome son las derivadas de tromboembolias sépticas. La baja incidencia de este síndrome y el desconocimiento sobre el mismo, hacen que pueda ser fácilmente infra diagnosticado. No obstante, dada su potencial gravedad es importante tenerlo en mente, sobre todo en aquellas faringoamigdalitis o abscesos periamigdalinos con evolución tórpida.

Bibliografía

1. Holm K, Bank S, Nielsen H, Kristensen LH, Prag J, Jensen A. The role of *Fusobacterium necrophorum* in pharyngotonsillitis - A review. *Anaerobe*. 2016;42:89-97.

2. Kuppalli K, Livorsi D, Talati NJ, Osborn M. Lemierre's syndrome due to *Fusobacterium necrophorum*. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(10):808-15.

Palabras clave: Faringoamigdalitis. *Fusobacterium necrophorum*. Síndrome de Lemierre.