



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1902 - SAOS COMO EXPRESIÓN DE HIPERTROFIA AMIGDALAR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO

F. Leiva Cepas^a, C. Martínez-Card^b, N. Ramos Rodríguez^c y A. López Matarín^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Occidente. Córdoba. ^bDUE. Centro de Salud de Roquetas Sur. Almería. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Trujillo del Río. Palma del Río. Córdoba. ^dMédico de Familia. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años de edad. Fumador de 45 cigarrillos/día. Sin otros antecedentes personales de interés. Acude a nuestra consulta por astenia, insomnio, cefalea. Refiere que lleva así varios meses. Se insiste en dejar el hábito tabáquico. El paciente se deriva a neumología donde se indica el mismo tratamiento tras no ser identificado como SAOS, sí como roncador simple. El paciente vuelve a consultar, donde se deriva a ORL para valoración por hipertrofia amigdal, donde identifican adenopatía cervical izquierda que es biopsiada. Posteriormente el paciente es intervenido de amigdalectomía mejorando favorablemente de su astenia.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, consciente, orientado. Estable hemodinámicamente, no disnea en reposo. ORL: hipertrofia amigdal. Cuello: adenopatía lateral izquierda adherida a planos profundos. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal sin hallazgos. Analítica: discreta linfocitosis, de probable origen reactivo. TAC cervical: lesión adenopática compatible con metástasis. Biopsia: lesión quística revestida por un epitelio escamoso sin signos de malignidad, compatible con quiste branquial o tirogloso,

Juicio clínico: Roncador simple por hipertrofia amigdal con afectación del descanso nocturno. Quiste branquial.

Diagnóstico diferencial: SAOS, síndrome linfoproliferativo, riesgo cardiovascular elevado, quiste tirogloso y/o branquial.

Comentario final: La astenia por sospecha de SAOS es un motivo frecuente de consulta, con etiología principal el tabaco y la obesidad, un pequeño porcentaje de casos se deben a obstrucciones de la vía aérea superior, que no suele ser explorada en las consultas de Atención Primaria. Así mismo, la hipertrofia amigdal era generada por una linfadenitis reactiva a un quiste branquial complicado. Si la exploración de este paciente hubiese sido más exhaustiva, desde el principio se hubiesen acortado los plazos, pues el proceso linfoproliferativo en un paciente joven ha de ser descartado rápidamente por su frecuencia. Explorar es la mejor arma para el diagnóstico en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Kornblut A. The tonsils and adenoids. Otolaryngol Clin North Am. 1987;20:207-415.

2. Bardwell WA, Ancoli-Israel S, Dimsdale JE. Comparison of the effects of depressive symptoms and apnea severity on fatigue in patients with obstructive sleep apnea: a replication study. *J Affect Disord.* 2007;97:181-6.
3. Parish JM, Lyng PJ. Quality of life in bed partners of patients with obstructive sleep apnea or hypopnea after treatment with continuous positive airway pressure. *Chest.* 2003;124:942-7.

Palabras clave: Amígdala. SAOS. Adenopatía.