



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/427 - FARINGOAMIGDALITIS COMPLICADA

M. Leal Salido^a, F. Marqués González^b, E. Romero-Amor Costa^a y C. Mateo Pascual^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años que acude a consulta por disnea y dolor abdominal en epigastrio de 8 horas de evolución. El paciente presentó faringoamigdalitis aguda con odinofagia intensa y fiebre de hasta 38,8 °C, 1 semana antes, finalizando tratamiento con bencilpenicilina. Refiere empeoramiento y dificultad respiratoria en las últimas horas. No fiebre. No dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 122/83 mmHg. FC: 110 lpm. SatO₂ 94%. General: regular estado general. Taquipneico. Sudoración profusa. Aliento fétido. Cabeza y cuello: adenopatía laterocervical anterior bilateral dolorosa a la palpación. Orofaringe: hipertrofia amigdalina, no exudados. Tórax: AC: rítmico no soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distensión abdominal. Dolor y defensa a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Se deriva a urgencias; Analítica: Hb: 15,7. Leucocitos: 11.400 (85% L: 5,9%) AST: 50 ALT: 49 LDH: 339. PCR: 345 Cr: 1,38 FG: 58,4. Glucosa: 265. TAC cervical y torácico: Absceso izquierdo retrofaríngeo. Derrame pleural bilateral. Compatible con mediastinitis. Ganglios cervicales y torácicos aumentados.

Orientación diagnóstica: Mediastinitis necrotizante descendente secundaria a absceso retrofaríngeo izquierdo por amigdalitis bacteriana aguda.

Diagnóstico diferencial: IAM. Perforación esofágica/gástrica. Mediastinitis. Síndrome de Lemierre. Absceso periamigdalino/retrofaríngeo/laterofaríngeo. Obstrucción de la vía aérea por hipertrofia amigdalina.

Comentario final: La mediastinitis necrosante descendente tiene mayor incidencia en varones de 30-50 años, con diabetes mellitus, alcoholismo o inmunodepresión. Debe sospecharse en instrumentación esofágica o traqueal, cuadro faringoamigdalino o infección odontógena y ante disnea o dolor torácico. La causa más frecuente de mortalidad; diagnóstico tardío. Diagnóstico: alto índice de sospecha. TAC torácico de elección. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastino. Afectación espacio retrofaríngeo; desviación de la tráquea, y aumento tejidos blandos y presencia de gas. Infección polimicrobiana (*S. anginosus* y anaerobios). Tratamiento: Ingreso Unidad Críticos. Desbridamiento quirúrgico. Antibioterapia.

Bibliografía

1. Cirino LM, Elias FM, Almeida JL. Descending mediastinitis: a review. Sao Paulo Med J. 2006;124:285-90.

2. Vaideeswar P, Tandon SP. Further descent of descending necrotizing mediastinitis. *Ann Thorac Surg.* 1999;68:1443.

Palabras clave: Infección. Mediastinitis. Dolor.