

347/3417 - LA AMIGDALITIS SE COMPLICÓ

G. Pérez Peis y M. de Dios García

Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años sin alergias ni antecedentes personales de interés que consulta en el centro de salud de urgencias por fiebre y odinofagia. La principal sospecha diagnóstica es faringoamigdalitis pultácea, por lo que se inicia tratamiento con claritromicina 500 mg cada 12 horas durante siete días. A las 48 horas consulta por empeoramiento de la odinofagia y fiebre persistente a pesar del tratamiento, por lo que se administra metamizol im y urbason 80 mg im. Una semana tras el inicio del cuadro, la fiebre persiste y aparecen nuevos síntomas como malestar general, dolor costal y sensación disneica. Por ello acude en esta ocasión a urgencias hospitalarias. A su llegada presenta una saturación del 90% basa y sudoración profusa. En la analítica realizada se observan signos de sepsis y en la radiografía se aprecia una imagen a nivel de lóbulo medio sugerente de proceso neumónico. Dado que las imágenes radiológicas no concuerdan con la gravedad del cuadro y el antecedente de amigdalitis de mala evolución, se decide realizar TAC de cuello y tórax. Las imágenes obtenidas podrían sugerir un posible síndrome de Lemierre junto a lesiones en el parénquima pulmonar. En un primer momento el paciente ingresa a cargo de medicina interna pero debido a un empeoramiento progresivo se procede al ingreso en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, auscultación con taquicardia y crepitantes en lóbulo medio pulmonar. Amígdalas hipertróficas con placas y exudados pultáceos sin abombamiento del paladar. Gasometría: pH 7,45, PCO₂ 30, PO₂ 60. Hematimetría: leucocitos 22.960 con 21.160 neutrófilos y 15.000 plaquetas. Rx tórax: imagen con condensación en lóbulo medio derecho. TAC tórax y cuello: Asimetría de venas yugulares internas, no permeable a nivel distal, junto con múltiples condensaciones a nivel de pulmón derecho.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Lemierre.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Lemierre, endocarditis infecciosa, neumonía, complicada mediastinitis, absceso periamigdalino.

Comentario final: Es importante seguir el tratamiento antibiótico empírico según las guías y reconocer de manera precoz las posibles complicaciones de las faringoamigdalitis agudas.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Speelman D. Suppurative (septic) thrombophlebitis. UpToDate, 2018 [consultado el 28 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-uptodate-com/contents/suppurative-septic-thrombophlebitis?search=sindrome%20de%20lemierre&source=search_result&selectedTitle=1~22&usage_type=

default&display_rank = 1

Palabras clave: Síndrome de Lemierre.