Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 963

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/4196 - UNA AMIGDALITIS POCO FRECUENTE

S. Cano de Lasala[a], E. Ripalda Ansa[b], A. Pérez Echeverría[a] y M. Contín Pescacen[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Sangüesa. Navarra. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Alsasua. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años con antecedentes de amigdalectomía y hernia cervical, que acude por odinodisfagia intermitente de dos semanas de evolución. Refiere haberse acentuado desde el día anterior acompañándose de dolor a nivel traqueal con dificultad para tragar saliva. Afebril, sin disnea ni sialorrea. No ha recibido ningún tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial: 150/100 mmHg. Frecuencia cardíaca: 72. Saturación oxígeno: 96%. Temperatura: 36 ºC. Auscultación cardiopulmonar: normal. Faringe: hiperémica con restos de amígdala derecha hipertrofiada. Úvula sin edema y no desplazada. Otoscopia: normal. Cuello: tiroides anodino, sin adenopatías. Streptotest: negativo. El paciente es tratado con corticoides intravenosos e inhalados sin mejoría por lo que es remitido a urgencias hospitalarias para valoración por otorrinolaringólogo. Tras la realización de una laringoscopia indirecta se visualiza hipertrofia y edema moderado de base de lengua con epiglotis normal. Es diagnosticado de amigdalitis lingual recibiendo tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico y deflazacort.

Orientación diagnóstica: Posible epiglotitis.

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis lingual, edema de glotis.

Comentario final: La amigdalitis lingual es una patología infecciosa poco frecuente que afecta casi exclusivamente a pacientes amigdalectomizados. La presentación clínica más habitual consiste en dolor faríngeo progresivo con odinofagia, sensación de cuerpo extraño, voz tomada, sialorrea, síndrome febril, otalgia refleja y, más raramente, disnea por obstrucción de vía aérea. El diagnóstico se basa en la historia clínica y en la laringoscopia indirecta donde se visualiza una amígdala lingual hipertrófica (con o sin placas pultáceas) y, a su vez, nos permite descartar una afectación de hipofaringe o laringe valorando el compromiso de la vía aérea. Para el tratamiento suelen ser eficaces los mismos antibióticos empleados para las amigdalitis agudas bacterianas junto con corticoides. Se recomienda seguimiento del proceso por el servicio de otorrinolaringología. En casos recurrentes o con marcada hipertrofia residual puede ser útil la cauterización reductora, criocirugía o láser CO2.

Bibliografía

1. Pino V, Marcos M, Ruiz T, et al. Amigdalitis Lingual. Presentación de 3 casos y revisión de la literatura. Anales ORL Iber-Amer. 2004;XXXI(6):557-63.

Palabras clave: Amigdalitis lingual. Epiglotitis.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.