

347/264 - ¡NO TODAS SON FARINGITIS!

C. David Iglesias^a, R. Casas Sepúlveda^b, C. Orejuela Carmona^c y L. García Haba^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Toledo. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias del centro de salud por disfagia, odinofagia y disfonía de 1 día de evolución, sin otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Se observa faringe hiperémica sin placas ni exudados, caries dentales y auscultación cardiopulmonar normal, siendo diagnosticado de faringitis aguda, administrando metilprednisolona 80 mg y pautando tratamiento sintomático. Al día siguiente acude refiriendo empeoramiento y aparición de dificultad respiratoria. Se vuelve a explorar observando edema de úvula, amígdala izquierda inflamada, hipotensión e hiperglucemia sin mejoría tras administración de 3 bolos de 8 unidades de insulina rápida (24 unidades en total) y 1.000 cc suero fisiológico por lo que se deriva a urgencias. En urgencias, dada la sintomatología, es valorado por ORL que le realiza analítica (hiperglucemia, leucocitosis con neutrofilia) y fibroscopia observando edema importante de epiglotis con salida de material purulento ingresando para antibioterapia IV por absceso periamigdalino. Ante la no mejoría le realizan TC de cuello.

Orientación diagnóstica: Absceso epiglótico y región periamigdalina izquierda con estrechamiento moderado de la laringe supraglótica. Diabetes mellitus tipo 2

Diagnóstico diferencial: Absceso periamigdalino. Absceso parafaríngeo. Abscesos retrofaríngeos. Absceso parotídeo. Angina de Ludwig. Mononucleosis infecciosa. Linfoma. Celulitis o flemón periamigdalino.

Comentario final: Absceso periamigdalino: es la infección cervical más frecuente localizada en el espacio periamigdalino, producido principalmente por infecciones dentales por anaerobios y *Streptococcus pyogenes*. Cursa habitualmente con odinofagia, disfonía (voz de patata caliente) disfagia y otalgia refleja con o sin fiebre y dificultad respiratoria. Es diagnosticado por la clínica y exploración, utilizando para su diagnóstico diferencial con el resto de abscesos cervicales punción del pilar amigdalar y si se sospecha extensión al espacio parafaríngeo se completará el estudio con un TC de cuello. El tratamiento suele ser ambulatorio mediante antibiótico y antiinflamatorio pero en algunas ocasiones precisan tratamiento quirúrgico y drenaje. En el caso de nuestro paciente se intentó tratamiento incial con antibioterapia IV pero ante la no mejoría se realizó realizándose amigdalectomía izquierda, drenaje del absceso y traqueotomía.

Bibliografía

1. <https://www-fisterra-com.sescam.a17.csinet.es/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

Palabras clave: Odinofagia. Caries. Amígdala.