



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3080 - UNA AMIGDALITIS DIFERENTE

L. Rojas Feixas^a, I. Aguilar López^b, E. Rodríguez Guerrero^c y J. García-Revilla Fernández^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. ^dMédico Residente de 3º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años natural de Marruecos que consulta en nuestra consulta de Atención Primaria por odinofagia, fiebre y malestar general de 20 días de evolución que no mejora con tratamiento pautado con antibioterapia y antiinflamatorios. Sin antecedentes personales de interés ni intervenciones quirúrgicas. No fumadora. Se deriva a Otorrinolaringología para valoración por su parte y completar estudio si fuera necesario. Destacar que tiene una niña con alimentación lactancia materna en estudio por Pediatría por adenitis tuberculosa.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración cervical: paquete adenopático de lado derecho cervical duro al tacto y con signos inflamatorios. Orofaringe: hipertrofia amigdalar derecha ulcerada, laringe e hipofaringe normales. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Analítica: bioquímica y coagulación normal. Hemograma con Hb 11,5, VCM 82, leucocitosis 14.500, resto dentro de la normalidad. Mantoux: positivo. TAC cervical con contraste: masa cervical derecha desde orofaringe, base de lengua y región amigdalar con material de aspecto purulento perilesional. Adenopatías regionales inflamatorias. Anatomía patológica PAAF región cervical: negativo para células malignas. Material purulento y detritus celular englobando numerosas células escamosas sueltas, algunas disqueratóticas, compatible con contenido de “quiste branquial complicado”. Baciloscopias y cultivo de esputo negativos. PCR para TBC en esputo negativo (muestra posiblemente de baja calidad). Biopsia incisional amigdalar: tejido granulomatoso, células multinucleadas sin datos de malignidad, BAAR (+). Rx PA tórax: infiltrado retículo-nodular difuso. Broncoscopia con lavado y cepillado bronquial, con reporte de BAAR (+) y negativo a malignidad.

Orientación diagnóstica: Tuberculosis amigdalar con quiste branquial sobreinfectado. Foco pulmonar TBC primario.

Diagnóstico diferencial: Adenoflemón cervical, quiste branquial sobreinfectado, angina de Vincent, carcinoma ORL.

Comentario final: La tuberculosis amigdalina es una enfermedad de muy baja frecuencia, que en países en vías de desarrollo puede sugerirse ante un cuadro de odinofagia persistente y disfagia con mala respuesta al tratamiento médico. Es importante considerar buscar de forma dirigida los sitios primarios más frecuentes de diseminación, como pulmón, gastrointestinal, entre otros.

Bibliografía

1. Calvo Bonachera J, Medina Gallardo JF, Bernal Rosique I, et al. Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento. Estudio convencional de contactos. Profilaxis y tratamiento de infección latente. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología, 3ª ed. Madrid: Ergón; 2016.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Tuberculosis. Odinofagia. Amígdala.