



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3080 - UNA AMIGDALITIS DIFERENTE

L. Rojas Feixas<sup>a</sup>, I. Aguilar López<sup>b</sup>, E. Rodríguez Guerrero<sup>c</sup> y J. García-Revillo Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 3er 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 disqueratósicas, compatible con contenido de “quiste branquial complicado”. Baciloskopias 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:** Adenofleón 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, 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Ergón; 2016.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Odinofagia. Amígdala.