

347/1944 - UNA ODONTALGIA ESPECIAL

M. Antón González^a, L. Cotillas García^b, M. Varela Patiño^c y P. Moro Longoria^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Área Oeste. Valladolid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Área Oeste. Valladolid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años. Sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias de Atención Primaria por odontalgia de 6 días de evolución junto con voz nasalizada y dificultad para la deglución, a pesar de tratamiento antibiótico y analgesia.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 37,5 °C. Trismus, sialorrea, dolor a la percusión de pieza 38, compromiso completo de istmo, tumefacción de pilar faríngeo izquierdo. Se deriva a urgencias. analítica destaca leucocitosis con neutrofilia y PCR 328. Tomografía computarizada (TC): edema y tumefacción abscesificada que afecta a tejidos blandos desde la base del cráneo hasta la altura de la tercera vértebra cervical de la hemicara izquierda. Estenosis de orofaringe y desplazamiento hacia la derecha

Orientación diagnóstica: Absceso periamigdalino.

Diagnóstico diferencial: Absceso parafaríngeo, absceso retrofaríngeo, absceso parotídeo, angina de Ludwig.

Comentario final: El absceso periamigdalino es la infección de tejidos profundos más frecuente. Sigue aparecer como complicación de infecciones dentarias o amigdalitis aguda, que progresó en profundidad y queda confinada por la fascia periamigdalina. Las manifestaciones más frecuentes son: fiebre, trismus, odinofagia y disfonía (voz de "patata caliente"). La exploración suele ser difícil por el trismus, es característico el abombamiento de la región amigdalina afectada. El riesgo de desarrollar un segundo absceso es del 10-15%. El diagnóstico se confirma con la punción y aspiración del pus siendo, además, terapéutica junto con antibioterapia intravenosa. Si existe sospecha clínica de extensión al espacio parafaríngeo o presencia de signos clínicos que dificultan una correcta exploración se completaría el estudio con una TC cervical. Es importante tratamiento precoz para evitar complicaciones: obstrucción de la vía aérea superior, neumonitis aspirativa tras ruptura, extensión a otros espacios profundos del cuello y la cabeza.

Bibliografía

1. Basterra Alegría J. Patología del anillo linfático de Waldeyer: adenoiditis aguda, adenoiditis crónica e hipertrófica, amigdalitis aguda y de repetición, amigdalitis crónica, hipertrofia amigdalar, faringitis infecciosas, faringitis crónicas. En: Otorrinolaringología y patología cervicofacial, 2^a ed. Elsevier; 2015. p. 237-52.
2. Amor Dorado JC, Costa Ribas C. Abscesos cervicales. Fisterra, 2014 [acceso 14 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

3. Sasaki CT. Absceso parafaríngeo [Internet]. USA: Merck Sharp & Dohme Corp.; 2018 [acceso 14 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gico/trastornos-bucales-y-far%C3%ADngeos/absceso-parafar%C3%ADngico>

Palabras clave: Absceso periamigdalino.