

## 424/1398 - AMIGDALITIS REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CON PENICILINA

M. Tobella Princep<sup>1</sup>, M. Carrasco García<sup>1</sup>, A. Gil Nieves<sup>2</sup> y C. Cols Sagarra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. ABS Martorell Rural. Barcelona. <sup>2</sup>Médico de Familia. ABS Sant Andreu de la Barca. Barcelona. <sup>3</sup>Médico de Familia. EAP Martorell Rural. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 36 años. Antecedentes patológicos: colitis ulcerosa, sin alergias conocidas. No fumadora. Acude al Centro de salud por amigdalitis aguda visitada en urgencias hace 3 días sin mejoría con amoxicilina 500 mg/8h. Febril, malestar general, poliartralgias difusas, adenopatía submandibular derecha, dolor cervical, trismus derecho, otalgia derecha.

**Exploración y pruebas complementarias:** Amigdalitis aguda derecha ulcerada, adenopatía submandibular derecha, resto normal (otoscopia, auscultación pulmonar, no adenopatías otros territorios).

**Orientación diagnóstica:** Ante amigdalitis unilateral con amoxicilina de 3 días y sin mejoría clínica, se sospechó angina de Vincent. Pautamos clindamicina 300 mg/8h por 8 días. Mejoría a los 7 días.

**Diagnóstico diferencial:** Amigdalitis ulceronecrótica unilateral: En primera opción debemos pensar en la angina de Vincent, ante una amigdalitis que no mejora y establecer diagnóstico diferencial con chancre sifilítico y carcinoma amigdalar. Ante amigdalitis aguda bilateral pensaremos en los siguientes diagnósticos diferenciales: Mononucleosis Infecciosa, amigdalitis origen bacteriano (*Streptococcus pyogenes*, bacterias anaerobias (*Bacteroides*, *Fusobacterium*, espiroquetas -*Borrelia*, *Treponema*); amigdalitis vírica, angina de Ludwig.

**Comentario final:** La angina de Vincent está causada por una asociación fusoespirilar y se caracteriza por una angina ulceronecrótica unilateral, que afecta a adultos jóvenes con mala higiene bucal. Clínica: astenia marcada, con aliento fétido y fiebre. Exploración: ulceración profunda unilateral amigdalar, recubierta de un exudado blanco grisáceo friable, que se desprende con facilidad, dejando un lecho sangrante, blanda a la palpación. La úlcera es de contornos irregulares y fondo inespecífico. El cuadro va acompañado de una adenopatía cervical homolateral, satélite, sensible al tacto. Se puede complicar excepcionalmente con el síndrome angina-infarto pulmonar de Lemierre (caracterizado por una infección faríngea complicada con tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolias sépticas principalmente en pulmones). El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiendo confirmarse con estudio microbiológico del frotis faríngeo. El tratamiento clásico ofrece diferentes opciones: penicilina G o V, metronidazol. En nuestro caso decidimos tratar con clindamicina para mejorar adherencia al tratamiento. Ante amigdalitis unilateral debe tenerse en cuenta el diagnóstico de angina de Vincent para establecer tratamiento adecuado y estar atento a posibles complicaciones.

### Bibliografía

1. De la Fuente Cañibano R, Alañón Fernández MA, Morales Puebla JM. Angina ulceronecrótica unilateral: amigdalitis de Plaut-Vincent. FMC. 2016;23:247-8.

**Palabras clave:** Amigdalitis. Fiebre. Angina de Plaut-Vincent.