



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2739 - DOCTOR, CADA VEZ ME CUESTA MÁS TRAGAR

D. Simarro Díaz<sup>1</sup>, M. Alonso Santiago<sup>2</sup>, E. Abascal Oyarzábal<sup>3</sup> y A. Artime Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 33 años que no presenta enfermedades ni toma medicación de manera habitual acude al Centro de Salud por febrícula de 37,5 desde hace un día aproximadamente y odinofagia. Es diagnosticado de faringoamigdalitis y se le pauta Amoxicilina 500 mg cada 12 horas durante 10 días. Acude de nuevo a las 48 horas refiriendo más dificultad para tragar con dolor, sensación de un bulto en la parte izquierda del cuello y fiebre de 38,2. A la exploración se sospecha absceso periamigdalino izquierdo y es derivado a Urgencias para valoración y completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración orofaringe: se observa protrusión de amígdala izquierda con edema de pilar posterior. Fibroendoscopia: Desviación septal izquierda. Cavum libres. Edema de pilar posterior izquierdo. Valléculas y senos piriformes libres. Plano glótico normal. No asimetrías de paredes faríngeas. Cuello: palpación no dolorosa, sin empastamiento. Se realiza punción con salida de contenido purulento que se manda para cultivar en el cual crece *Streptococcus pyogenes*. Analítica: 14.800 Leucocitos. PCR 12. Resto normal.

**Orientación diagnóstica:** El absceso periamigdalino (APA) es la infección más frecuente de los tejidos profundos del cuello y la complicación más usual de la faringoamigdalitis aguda. Un 10-20% de los pacientes tienen antecedentes de amigdalitis frecuentes. Ocasionalmente ocurre en pacientes sin amigdalitis y en amigdalectomizados. El tabaco parece ser un factor de riesgo. Es más frecuente en la adolescencia. Dada la localización del proceso requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que puede producir compromiso de la vía aérea por compresión, drenaje espontáneo y broncoaspiración.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso periamigdalino. Mononucleosis infecciosa. Mastoiditis.

**Comentario final:** Tras cinco días de tratamiento endovenoso con Augmentine y posteriormente de forma oral en domicilio durante una semana el paciente se encuentra recuperado. Analítica en valores normales. Como médicos de Atención Primaria y de Urgencias debemos incidir en los signos de alarma que se pueden presentar en las diferentes enfermedades para que los pacientes no duden en consultar de nuevo y así evitar efectos secundarios potencialmente graves.

### Bibliografía

1. Galioto N. Peritonsillar Abscess. American Family Physician. 2017;95(8):501-6.

2. Powel J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngology. 2012;37:136-45.

**Palabras clave:** Absceso. Faringoamigdalitis. Odinofagia.