

424/922 - LA TOS QUE INGRESÓ EN UCI

A. Carrera Noguero¹, N. Martín Catalán¹, J. Matías Nonato² y M. Bentué Oliván³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Jota. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 80 años, antecedentes médicos de HTA y glaucoma. Acude a la consulta por presentar tos con expectoración blanquecina y dolor de garganta con la deglución de líquidos y sólidos desde hace dos días. Había acudido al punto de atención continuada del centro de salud en dos ocasiones, 48 y 24 horas antes, administraron metilprednisolona intramuscular y pautaron prednisona vía oral y flurbiprofeno. Ante empeoramiento de la clínica decide consultar nuevamente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: afebril. Consciente y orientada. Normocoloreada e hidratada. Saturación O₂: 95%. Afonía. AP: normoventilación. Orofaringe: sequedad de mucosas, abombamiento de ambas paredes faríngeas que disminuyen la luz. Palpación cervical dolorosa, no fluctuante. Pequeñas adenopatías cervicales bilaterales. Analítica de sangre: 31.500 leucocitos con desviación izquierda, proteína C reactiva: 35,28 mg/dl. TC cervico-facial: abscesos periamigdalinos bilaterales que improntan y disminuyen la vía aérea y que posteriormente se dirigen a espacio retrofaríngeo con colección hasta el cuerpo de la vértebra C5 y mediastinitis regional con edema y líquido en mediastino superior (anterior y posterior).

Orientación diagnóstica: Valoración por otorrinolaringología de forma urgente: abombamiento de ambas paredes faríngeas que cierran la luz, con fibroscopia se observa dicha protrusión de ambas paredes y pared posterior que llega a contactar con epiglottis. Se realiza TC cervical e ingreso en planta, con posterior abordaje quirúrgico. Precisó realización de drenaje quirúrgico de absceso cervical y mediastínico con toracotomía y posterior ingreso en UCI. Durante su estancia en UCI se inició rehabilitación para mejorar función respiratoria y movilización de secreciones.

Diagnóstico diferencial: Infecciosas: virales, bacterianas y fúngicas. No infecciosas: fonotrauma, inhalatorias, térmicas, reflujo gastroesofágico, cáusticas, alérgicas, medicamentosas y autoinmunes.

Comentario final: El diagnóstico temprano, rápido, el manejo adecuado del absceso es fundamental para evitar complicaciones. Éstas son muy poco frecuentes, pero son potencialmente fatales. En el caso, la infección puede propagarse desde el espacio periamigdalino a otros espacios profundos del cuello, a las estructuras adyacentes, y al torrente sanguíneo.

Bibliografía

1. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C, de Lagarde M, Pérez-Jacoiste MA. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

2. Wiley JF. La celulitis y el absceso periamigdalino. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (consultado el 17 de noviembre de 2017).

Palabras clave: Faringitis. Tos. Absceso periamigdalino.