



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2813 - PRECAUCIÓN CON LO RUTINARIO

M. Muñoz Martín¹, M. Fernández Oyonarte², A. Alarcón Escalonilla³ y R. Sánchez Ibáñez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. ³Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años sin antecedentes de interés que acude a consulta por odinofagia. Lleva 2 días con odinofagia y fiebre de 39 °C. No tos ni expectoración. En la exploración se visualiza exudado amigdalario bilateral por lo que es diagnosticado de amigdalitis aguda y pautamos tratamiento antibiótico. Vuelve a consultar el día siguiente porque ha iniciado dificultad para respirar y disfagia importante.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca temperatura de 38'5 °C y saturación basal del 93%. Presenta regular estado general y voz gangosa importante. Además boca séptica con amígdalas hipertróficas grado IV y exudado amigdalario bilateral. Inflamación del suelo de la boca, dolorosa a la palpación. Ante sospecha de complicación secundaria a amigdalitis aguda se decide derivar al paciente a Urgencias hospitalarias para completar estudio. En la analítica sanguínea se objetivó proteína C reactiva > 90 mg/L, leucocitos de $22,1 \times 10^9/L$ con neutrófilos de $8,7 \times 10^9/L$ y linfocitos $10,1 \times 10^9/L$. Se realiza TAC de cuello que concluye con amigdalitis aguda con importante colección abscesificada lateral a amígdala palatina izquierda con extensión submaxilar, sublingual y obliteración de espacio orofaríngeo y aritenosubepiglótico izquierdo.

Orientación diagnóstica: Inicialmente el cuadro era muy sugestivo de amigdalitis aguda, que ante la progresión tórpida hizo sospechar alguna complicación secundaria (absceso, etc.).

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis aguda, absceso periamigdalino, angina de Ludwig.

Comentario final: Las infecciones cervicales profundas son afecciones potencialmente letales y susceptibles de complicaciones graves. La angina de Ludwig es una infección que involucra los espacios sublingual, submandibular y submaxilar, que se comunican posteriormente. Afecta al área del piso de la boca pudiendo avanzar provocando mediastinitis y/o compromiso de la vía aérea. Los síntomas de alarma son disnea, estridor, aumento de volumen cervical, dolor a la palpación en el suelo de la boca, sialorrea y abombamiento de la pared faríngea. Nuestro caso, por tanto, ejemplifica como una patología común como la amigdalitis puede complicarse apareciendo un absceso periamigdalino y angina de Ludwig, entidad poco frecuente pero muy grave.

Bibliografía

1. Gagliardi AF, Contreras MG, Gudiño RA, Zeballos RJ. Angina de Ludwig. Reporte de 2 casos. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2014;36(4):177-81.

Palabras clave: Tonsilitis. Angina de Ludwig.