



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

## 482/1167 - ¿POR QUÉ SIGO IGUAL DE MAL DE LA GARGANTA?

J. Ocón Hijano<sup>1</sup>, E. Fernández-Arroyo Naranjo<sup>2</sup>, F. Rubio Carballo<sup>3</sup> y M. González Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Motril. Granada. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 24 años con antecedentes de asma bronquial, otitis media de repetición entre los 10 y 12 años, nódulo tiroideo derecho de 1 cm. Niega consumo de tóxicos. Refiere durante al menos 6 meses molestias con sensación de cuerpo extraño y episodios intermitentes de dolor en región pretraqueal en su proximidad al manubrio esternal, tos escasa y seca, sin fiebre, como tampoco clínica de disfagia, pirosis, clínica sugerente de RGE, GNP, clínica respiratoria, sudoración nocturna, ni cuadro constitucional. Al inicio del cuadro notó de forma autolimitada una adenopatía en región IIB derecha de pequeño tamaño y dolorosa a palpación, discreta hipoacusia y otodinia. Tratamiento en repetidas ocasiones con diferentes antibióticos, omeprazol 20 mg/12 horas, desloratadina 5 mg/24 horas, deflazacort 30 mg/24 horas, beclometasona/clioquinol ótico. Mejoría de la clínica ótica pero persistencia del principal motivo de consulta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: otomicosis oído derecho; faringe tumefacta, enrojecida con hipertrfia de folículos linfoides; no palpables adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares o inguinales. Auscultación cardiopulmonar anodina, abdomen sin megalias ni defensa. Neurológicamente sin déficits de fuerza ni sensibilidad de miembros, pares craneales conservados. No alteraciones dermatológicas. Ecografía de cuello (AP): nódulo tiroideo en LTD TI-RADS 3 (sin cambios) sin otros hallazgos. Radiografía cervical y tórax: anodino. Analítica (al inicio): tres series de hemograma normales, perfil hepático, función renal, iones, TSH en rango. Serología VIH, CMV, VEB negativos. Cultivo (exudado faríngeo). Microbiota orofaríngea.

**Orientación diagnóstica:** Faringitis crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, goteo retronalasal.

**Comentario final:** La faringitis es una afectación que puede estudiarse de forma amplia e intensa con las herramientas de las que se disponen en AP, entre ellas la utilidad de poder hacer en acto único pruebas complementarias como radiografía, ecografía y toma de exudados. En este caso, fue derivada a ORL para continuar el estudio ante la refractariedad a tratamiento y tras realizar todo el estudio expuesto anteriormente. La fibroscopia sin información nueva.

### Bibliografía

1. Chacón Martínez J, Morales Puebla JM, Padilla Parrado M. Libro virtual de formación en ORL. Capítulo 76.

2. Patología inflamatoria inespecífica de la faringe. seorl.net. Disponible en:  
<https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/076%20-%20PATOLOG%C3%8DA%20INFLAMATORIA%20INESPEC%C3%8DFICA%20DE%20LA%20FARINGE.pdf>

**Palabras clave:** faringitis. Odinofagia. Reflujo.