



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

## 482/175 - ODINOFAGIA Y TOS, PUEDE NO SER COVID

B. Hernández Labrot<sup>1</sup>, C. Reina Prego<sup>1</sup>, I. Bastida Piné<sup>2</sup> y C. Marco López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla.<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución La Janda.<sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años, fumadora, obesa, hipertensa, dislipémica y trastorno de ansiedad generalizada. En tratamiento con paroxetina, lorazepam, mirtazapina. Alérgica a penicilina. Consulta en su centro de salud por odinofagia iniciando tratamiento con azitromicina. Acude al día siguiente por afonía, disfagia y odinofagia intensa realizando interconsulta telemática con ORL. Episodio hacía 3 semanas de OMA derecha tratada con claritromicina. La paciente decide consultar a nuestras urgencias hospitalarias debido a la escasa mejoría clínica. Desconoce si ha tenido fiebre. Asocia tos de larga data y disnea que describe como congestión faríngea. A su llegada, es atendida en área de sospechosos COVID.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general, consciente y orientada, poco colaboradora y ansiosa. Bien profundida e hidratada. Taquipneica (saturación 92%), febril (38,3 °C), tendencia a la hipotensión (91/57 mmHg). Cuello empastado en niveles I y II bilaterales, muy doloroso a la palpación. No trismus. Gran edema supraglótico que impide correcta visualización. Corazón rítmico a 110 lpm, sin soplos. Buen murmullo vesicular. Analíticamente destacaba leucocitosis 30.700 con 93% de neutrófilos, LDH 355, PCR 29, D-dímero 2048. Rx tórax sin alteraciones. TC cervical con contraste: absceso retrofaríngeo con extensión bilateral a ambos espacios parafaríngeos y afectación amigdalar. Provoca compresión de la vía aérea a nivel de hioideos. PCR COVID negativo. Contactamos con ORL de guardia que acepta su traslado para traqueotomía urgente. Amplían cobertura antibiótica con aztreonam. Durante su estancia en planta presenta episodios repetidos de disnea con importante trabajo respiratorio, desaturación franca, abundantes secreciones y crisis hipertensiva, por lo que se traslada a UCI. En radiografía de tórax se objetiva atelectasia de lóbulo medio y derrame pleural derecho. Se realiza TC cervical de control describiendo crecimiento de abscesos cervicales con mayor componente retrofaríngeo por lo que se decide drenaje quirúrgico urgente.

**Orientación diagnóstica:** Absceso cervical.

**Diagnóstico diferencial:** FAA, vírica o bacteriana.

**Comentario final:** Las complicaciones supurativas pueden aparecer en un 1-2% de las FAA bacterianas no tratadas o con un antibiótico inadecuado o mal cumplimiento.

### Bibliografía

1. Sahoo, GC. Emergencies in Otorhinolaryngology. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2014.
2. Chan Y, Goddard JC. KJ Lee's Essential Otolaryngology; Head and Neck Surgery. 11th edition. McGraw-Hill Education; 2016.

**Palabras clave:** Afonía. Tonsilitis. Absceso.