



ODINOFAGIA EN PACIENTE JOVEN

Autores: Berta Tijero Rodríguez(1), Carmen Sánchez Peinador(2), María Sanz Almazán(1), Lorena Delgado Alonso(3), M^a José Rubio González(1), Sara del Amo Ramos(3).
(1)Residente Medicina Familiar y Comunitaria Valladolid Oeste.(2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria Salamanca. (3) Médico de Familia área Valladolid Oeste.

INTRODUCCIÓN:

El siguiente caso es una patología poco frecuente pero que debemos sospechar ante una amigdalitis que no mejora. Es fundamental realizar una sospecha diagnóstica precoz desde atención primaria para evitar complicaciones graves.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Antecedentes sin interés. Sin alergias medicamentosas.
Varón de 45 años, acude a urgencias de atención primaria por *odinofagia de 2 días y dificultad para deglutir líquidos*. Lleva tomando amoxicilina desde ayer sin prescripción médica.

Exploración física: Buen estado general, afebril. Alteración en el habla. Faringe con *edema de úvula y abombamiento de pilar amigdalar izquierdo* con desplazamiento de úvula hacia la derecha. No adenopatías ni sialorrea, trismus negativo. Se deriva a urgencias para valoración.

Análisis:leucocitos 10100 microlitros, neutrófilos 77.4%. Velocidad sedimentación 23mm. Proteína C 126 mg/l. Paciente ingresa para drenaje y antibioterapia intravenosa.



Diagnóstico diferencial: con todas las infecciones de los espacios profundos del cuello: Celulitis periamigdalina y del espacio submandibular(Angina de Ludwig), Absceso retrofaríngeo, Absceso parafaríngeo.

Diagnóstico: Absceso periamigdalino izquierdo.

ESTRATEGIA PRÁCTICA:

Patología que puede aparecer como complicación de una amigdalitis aguda, que progresa en profundidad y queda confinada por la fascia periamigdalina. Desde atención primaria debemos sospecharlo por la clínica(odinofagia, sialorrea, trismus, antecedente amigdalitis) y derivar al paciente para tratamiento antibiótico intravenoso. La confirmación diagnóstica es mediante drenaje. Fundamental tratar precozmente para evitar complicaciones como: obstrucción del a vía aérea superior, rotura del absceso y aspiración bronquial con desarrollo de neumonía, empiema o absceso pulmonar, extensión a otros espacios profundos del cuello y la cabeza.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Costales Marcos M, López Álvarez F, Núñez Batalla F, Moreno Galindo C, Álvarez Marcos C y Llorente Pendás JL. Infecciones periamigdalinas estudio prospectivo de 100 casos consecutivos. Acta Otorrinolaringol Esp.2012;63(3):212-217.
2. Fernández Alonso C, Hormigo Sánchez AI, García-Lamberetchs EJ. Infección odontogénica. González del Castillo J, Julián Jiménez A, Candel González FJ. Manual de Infecciones en Urgencias. 2º ed. Barcelona: Editcomplet;2012.p. 231-235.