CÓDIGO: 9/ 173

TÍTULO
OTRA VEZ MÁS, ACUDE UN PACIENTE JOVEN POR ODINOFAGIA. PERO, ¿CUÁL ES LA PATOLOGÍA ENCUBIERTA?

AMBITO DEL CASO
ATENCIÓN PRIMARIA, URGENCIAS, HEMATOLOGÍA

MOTIVO DE CONSULTA
Presentamos el caso de un paciente de 37 años, fumador con consumo acumulado de 10 paquetes-año, con amigdalitis de repetición, y sin más antecedentes personales ni familiares de interés. No disponía de analíticas recientes; la última, realizada dos años antes, no presentaba alteraciones.
Acudió a su centro de salud con carácter urgente siendo atendido en Consulta de Acogida por un proceso de odinofagia de 1 día de evolución, acompañada de febrícula de hasta 37,8ºC. El enfermero que lo atendió le prescribió paracetamol e ibuprofeno, emplazándole a cita con su médico de familia a las 72 horas.

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)
3 días después, en la consulta de atención primaria, el paciente refirió que la fiebre había alcanzado los 38,6ºC, y la odinofagia le había aumentado progresivamente, además de presentar otalgia izquierda.
Exploración física: inflamación del pilar amigdalino izquierdo sin exudado purulento, dolor submandibular a la palpación y tímpanos deslustrados y abombados.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO
Con el juicio clínico de adenoflemón, su médico de atención primaria le prescribió amoxicilina-clavulánico, antinflamatorios no esteroideos y paracetamol. Asimismo, incidió en que, caso de evolución no favorable en el trascurso de un máximo de 12 horas, debía acudir a urgencias para valoración del abordaje terapéutico por otorrinolaringología.
El paciente, tras 8 horas sin mejoría, acudió a urgencias hospitalarias, donde, en la exploración física, además de apreciarse una marcada inflamación amigdalar izquierda, también se observó abombamiento del paladar, acompañado de linfadenitis submandibular y leve trismus.
El otorrinolaringólogo de guardia le realizó punción-aspiración, sin salida de material purulento, constatándose el diagnóstico de flemón periamigdalino, tal y como sospechó su médico del centro de salud. El paciente recibió la indicación de continuar con amoxicilina-clavulánico y añadir deflazacort, además de acudir a cita de revisión en una semana.

JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)
El otorrinolaringólogo de guardia le realizó punción-aspiración, sin salida de material purulento, constantando el diagnóstico de flemón periamigdalino, tal y como sospechó su médico del centro de salud.

PLAN DE ACCIÓN
Por parte de otorrinolaringología, el paciente recibió la indicación de continuar con amoxicilina-clavulánico y añadir deflazacort, además de acudir a cita de revisión en una semana.

EVOLUCIÓN
En esta consulta de revisión de otorrinolaringología, se hizo constar ausencia de mejoría de la hipertrofia amigdalar, así como la presencia de restos adenoideos en cavum. En consecuencia, se realizó una biopsia y se solicitó tomografía computarizada con contraste intravenoso de cuello, asignándole cita en 1 mes.
Tras una semana después de finalizar el tratamiento antibiótico, el paciente acudió de nuevo a urgencias hospitalarias con una clínica similar a la primera asistencia urgente, acompañada también de astenia, sensación de mareo, palidez cutánea, aftas bucales y sangrado gingival.
Si bien aún no estaban disponibles los resultados de la biopsia, el médico de urgencias sí pudo consultar el informe del TAC: aumento del número y tamaño de los ganglios submandibulares y submentonianos. La analítica de urgencias reveló las siguientes alteraciones del hemograma:

- Hemoglobina 7,9 g/dl normocítica.
- Plaquetopenia 53.000 células/microl.

• Leucocitos totales 9230 por microl. a expensas de linfocitosis, pero con neutropenia severa (70 neutrófilos por microlitro). Células LUC = 870 por microl. (7%). Resto de leucocitos en rango.
Por su parte, la bioquímica arrojó resultados normales (función renal, enzimas hepáticas...), salvo elevación de la PCR Proteína C Reactiva (117 mg/l).

Dados los resultados, desde Urgencias se consultó con el servicio de Hematología y Hemoterapia. El hematólogo de guardia solicitó frotis de sangre periférica: 10 % de células inmaduras de talla grande y núcleo con cromatina laxa; anisopoiquilocitosis leve. También solicitó ampliación de analítica con LDH, ácido úrico, calcio y reticulocitos, y el paciente fue informado de que precisaba ingreso en este servicio, administrándole profilaxis de lisis tumoral con rasburicasa y fluidoterapia.
Ya ingresado, se realizó punción-aspiración de médula ósea, objetivando un 83% de blastos en médula, esto es, compatible con leucemia mieloide aguda, confirmando los estudios posteriores (morfología, inmunofenotipo, citogenética y genética molecular) leucemia mieloide aguda.

CONCLUSIONES

El absceso periamigdalino, constituye una causa importante de consulta de urgencia en los servicios de otorrinolaringología. Los síntomas más importantes son: dolor de garganta intenso, trismo, voz gangosa y desviación de la úvula. No obstante, su instauración es gradual, ya que la infección periamigdalina generalmente está precedida de una amigdalitis o faringitis aguda que progresa desde la fase de celulitis a la de flemón y, finalmente, a la de absceso. Para diferenciar entre absceso o flemón (sin colección purulenta formada) nos podemos basar en los hallazgos clínicos y ecografía en el ámbito de atención primaria y, si no fuese suficiente, derivar al ámbito hospitalario para realizar una prueba de imagen (TAC) y/o una punción y aspiración del pilar. Aunque la punción-aspiración suele ser el procedimiento de elección cuando se sospecha una colección purulenta, en la práctica clínica, especialmente ante cuadros de menor gravedad o sin una colección claramente definida, puede optarse inicialmente por un tratamiento antibiótico y una actitud expectante, reservando el drenaje para los casos que no presentan una evolución favorable.
La presencia de alteraciones simultáneas en varias líneas hematopoyéticas debe hacer considerar una enfermedad hematológica de origen medular. Concretamente, la presentación de anemia (especialmente por debajo de 8 mg/dl), trombopenia y leucopenia (precipuamente de menos de 2000 leucocitos por microlitro), debe hacer pensar en una leucemia aguda, un síndrome mielodisplásico o una aplasia medular, si bien en las leucemias crónicas estas cifras no suelen estar tan descendidas.
La leucemia mieloide aguda es una enfermedad caracterizada por la presencia de blastos mieloides que progresivamente sustituyen el tejido hematopoyético normal, ocasionando citopenias (anemia la más frecuente) y sus correspondientes manifestaciones clínicas. Supone la leucemia aguda más frecuente en el adulto.

Síntomas clínicos de la leucemia mieloide aguda:
- Infecciones de repetición.
- Hemorragias.
- Infiltración blástica de órganos: adenopatías, dolor óseo.
- Infiltración extramedular de piel y encías (especialmente en las variantes M4 y M5).
- Síntomas constitucionales, como astenia, fiebre y pérdida de peso.

Signos radiológicos de la leucemia mieloide aguda:
- Infiltración blástica de órganos.
- Hepatoesplenomegalia.
- Infiltración del Sistema Nervioso Central: infrecuente, aunque puede aparecer en las variantes mieloides M4 y M5.

En este contexto, la presentación de un cuadro inicialmente compatible con flemón periamigdalino como manifestación inicial de una leucemia mieloide aguda constituye una forma de presentación infrecuente, que pone de manifiesto la importancia de reevaluar la evolución clínica y de reconocer signos de alarma que puedan orientar hacia una enfermedad sistémica subyacente. Si bien la neutropenia no constituye por sí misma una causa de amigdalitis, sí supone un factor predisponente para el desarrollo de infecciones orofaríngeas, incluida la amigdalitis, especialmente cuando es grave.

Finalmente, el médico de familia puede desempeñar un papel fundamental en la detección inicial de estas situaciones, al ser con frecuencia el primer profesional sanitario que evalúa al paciente. Una atención integrada

y continuada, junto con la identificación de signos de alarma y el reconocimiento de los límites de la actuación en Atención Primaria, permite establecer de forma adecuada los criterios de derivación y favorecer un diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVE
Leucemia mieloide; myeloid leukaemia - Linfadenitis; lymphadenitis - Atención Primaria de Salud; Primary Health Care



ABSCESO PERIAMIGDALINO DERECHO

Este absceso periamigdalino se caracteriza por un edema y eritema unilaterales significativos del paladar blando y del pilar amigdalino anterior, lo que provoca el desplazamiento medial de la amígdala palatina y la desviación contralateral de la úvula, alejándola del lado afectado.

Bibliografía: *Krishnaprasadh D, Hohman MH, McDowell RH. Peritonsillar Abscess. [Updated 2026 Jan 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Figure 1, [Right-Sided Peritonsillar Abscess. This peritonsillar...]. Available from:* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519520/figure/article-27029.image.f1/?utm