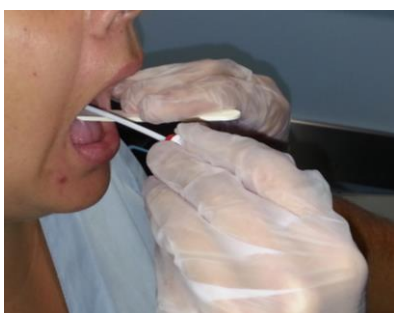


Paciente de 24 años de edad que consulta por odinofagia intensa y fiebre de 39° de 48 horas de evolución que no ha mejorado con tratamiento antibiótico oral con amoxicilina a una dosis de 500 mg /8 horas. Refiere que su novio había estado los días previos con fiebre y dolor de garganta que mejoró con antibióticos orales. No presenta otros antecedentes de interés.

En la exploración se observa la imagen adjunta. Se objetivan adenopatías cervicales submandibulares y yugulares bilaterales, rodaderas y dolorosas a la palpación.

Se realiza una analítica objetivándose 24.800 leucocitos (83% segmentados), sin linfocitosis, y con 13 cayados, y una proteína C reactiva de 27.8. Un test de Paul-Bullnell es negativo.

Se toma un cultivo y se le deja en una pauta amoxicilina/ácido clavulánico 1 gr. ev./8 h. presentando una rápida mejoría tras 3 de dosis de antibiótico ev, siendo dada de alta con amoxicilina y ácido clavulánico 875/8h. vía oral durante una semana. El cultivo demostró la presencia de un estreptococo Beta hemolítico del grupo A.



Las amigdalitis agudas bacterianas constituyen un motivo frecuente de consulta, sobre todo en niños. El germen más frecuentemente implicado es el estreptococo B-hemolítico del grupo A que suele dar un cuadro clínico muy similar al comentado en artículo. Las complicaciones son infrecuentes, siendo la más habitual la formación de un absceso periamigdalino que se caracteriza por la persistencia de odinofagia, que ahora se hace mucho más intensa y unilateral, a veces, asociado a trismo (dificultad para abrir la boca) y voz gangosa. En la exploración se observa un abombamiento del paladar blando con desplazamiento de la úvula hacia el lado sano. Habitualmente precisa drenaje bajo anestesia local y antibiticoterapia e.v.