

Multimed 2018 (1)

ENERO-FEBRERO

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS MANUEL DE CÉSPEDES.
BAYAMO. GRANMA**

Absceso periamigdalino. Nuestra experiencia en 5 años

Peritonsillar abscess. Our experience in 5 years

**MsC. Enf. Infec. Maira Verena Guerrero Aguilar, Esp. 2º Otorrinolaringol.
Luis Augusto Pompa Milanés, Esp. Otorrinolaringol. Lidia Rosa Cutiño
Montero.**

Hospital Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con revisión de las historias clínicas de pacientes ingresados con el diagnóstico de absceso periamigdalino en el Hospital Carlos M. de Céspedes de Bayamo, desde el 1ro de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2016 con un total de 52 pacientes de 55, excluyéndose 3 pacientes por presentar uno una angina de Ludwig y dos pacientes con absceso del ultimo molar. Se pesquisan las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, síntomas y signos, variedad del absceso, proceder quirúrgico, estadia hospitalaria y tratamiento, obteniéndose los resultados siguientes: la edad promedio fue de 35.4 años, los principales síntomas y signos fueron la odinofagia, fiebre y abombamiento de pilares, predominó la variedad anterior izquierda, el mayor intervalo de estadia fue de 1 a 5 días y el antibiótico utilizado con mayor frecuencia fue la penicilina.

Palabras clave: absceso peritonsilar, diagnóstico clínico, signos y síntomas, antibacterianos.

ABSTRACT

A retrospective observational descriptive study was conducted with review of the medical records of admitted patients with the diagnosis of peritonsillar abscess in the Carlos M. de Cespedes Hospital of Bayamo, from January 1, 2012 to December 31, 2016 with a total of 52 patients out of 55, excluding 3 patients due to one presenting a Ludwig's angina and two patients with an abscess of the last molar. The following variables are investigated: age, sex, origin, symptoms and signs, variety of the abscess, surgical procedure, hospital stay and treatment, obtaining the following results: the average age was 35.4 years, the main symptoms and signs were odynophagia, fever and bulging of pillars, the left anterior variety predominated, the longest interval of stay was 1 to 5 days and the antibiotic most frequently used was penicillin.

Key words: peritonsillar abscess, clinical diagnosis, signs and symptoms, antibacterial agents.

INTRODUCCIÓN

El absceso periamigdalino es una infección a menudo unilateral que se caracteriza por la formación de material purulento en el espacio localizado entre la amígdala y la cápsula amigdalina. Comúnmente, se localiza en el polo superior de la amígdala, con un mayor porcentaje en el espacio periamigdalino izquierdo; el rango de edad se encuentra entre los 3 y 18 años y predomina en el sexo femenino. En los niños, el absceso periamigdalino es la infección profunda del cuello más frecuente (45 %), seguida de los abscesos superficiales de cuello, los abscesos submandibulares-submentonianos, retrofaríngeos y parafaríngeos en orden descendente. ¹

En los últimos años se ha observado un aumento de la frecuencia de los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo en la edad infantil. La mayor parte de los niños responde favorablemente al tratamiento conservador. La historia previa de amigdalitis a repetición constituye el principal factor de riesgo de recurrencia del absceso, y son estos pacientes los candidatos a la amigdalectomía. ²

Este incremento está probablemente relacionado con el tratamiento inapropiado de antibióticos en enfermedades respiratorias. El diagnóstico es clínico y a menudo la

administración intravenosa de betalactámicos con clindamicina y una actitud expectante son resolutivos. La sospecha de absceso o la ausencia de mejoría clínica recomiendan realizar punción con aspiración con aguja fina (PAAF) y tomografía computarizada (TC) y drenaje ante su confirmación. La amigdalectomía, normalmente diferida, debería indicarse sólo en casos de amigdalitis a repetición.³

Una o ambas amígdalas pueden resultar infectadas. La infección se puede diseminar al techo de la boca (paladar), así como al cuello y al tórax, e incluir a los pulmones. Los tejidos inflamados pueden obstruir las vías respiratorias, lo cual constituye una emergencia médica potencialmente mortal.⁴

Es un cuadro capaz de originar morbilidad grave como fascitis necrotizante y mediastinitis, así como mortalidad elevada. Por ello, exige un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo que impidan la extensión a otros espacios del cuello. Cuando no se trata correctamente, la infección puede extenderse al espacio retrofaríngeo y descender al mediastino, si la infección alcanza los grandes vasos puede provocar hemorragia de la arteria carótida, tromboflebitis yugular y sepsis, así como trombosis del seno cavernoso.⁵

A pesar de ser una enfermedad frecuente, no existe un tratamiento único para abordarlo. Diversos procedimientos utilizados incluyen el uso de antimicrobiano (ATM) endovenoso más punciones aspirativas repetidas, ATM más drenaje quirúrgico, ATM más punción y drenaje, amigdalectomía durante el proceso infeccioso mismo ("en caliente"), amigdalectomía diferida, gran cantidad de publicaciones extranjeras avalan las ventajas de uno y otros.^{6,7}

Los abscesos perifaríngeos son infecciones graves, potencialmente mortales, cuya frecuencia de aparición ha descendido considerablemente desde el advenimiento de la antibioterapia. Sin embargo, aún representan un destacable número de urgencias en los centros hospitalarios de referencia, donde se emplean diversos protocolos para mejorar tanto la morbilidad como la mortalidad asociada a ellos: la punción-aspiración y el drenaje intraoral de los abscesos perifaríngeos son una alternativa eficaz al abordaje externo.^{8,9}

El flemón y el absceso periamigdalino son poco frecuentes en la edad pediátrica, conociéndose bien su etiología y manifestaciones clínicas. Su manejo inicial se realiza en los servicios de urgencia por parte de pediatras y otorrinolaringólogos para con posterioridad y ya con el paciente ingresado instaurar un tratamiento

definitivo. Ciertos aspectos referentes a su diagnóstico y tratamiento no gozan de unanimidad de criterios.⁸

El absceso se puede romper dentro de la garganta, e infectar o bloquear posteriormente la vía respiratoria.

Aunque la mayoría de los casos sucede como complicación supurativa de una faringoamigdalitis y en un 15 % de los pacientes guarda relación con una infección vírica grave (ejemplo, virus Epstein-Barr), la causa subyacente no está clara, Al parecer, la infección a menudo comienza en la fosa localizada entre el polo superior y el cuerpo de la amígdala, extendiéndose posteriormente alrededor de ella y puede llegar al espacio parafaríngeo y al músculo pterigoideo. Un 10-20 % de pacientes tiene antecedentes de infecciones amigdalares frecuentes. Se ha sugerido que la infección se debe a una obstrucción de un pequeño grupo de glándulas salivares localizadas en el polo superior de la fosa amigdalina (glándulas de Weber) otros refieren que puede tratarse de una colonización bacteriana asociada con un defecto anatómico o una extensión de la infección en el área periamigdalina.⁹

Pensamos como otros autores que los estudios microbiológicos de identificación resultan innecesarios, pues a menudo una terapia empírica ya ha surtido efecto, siempre que ésta incluya un agente resistente a las betalactamasas. El ingreso hospitalario no es necesario si es posible realizar un correcto control ambulatorio. Los gérmenes más frecuentemente aislados en los cultivos de especímenes obtenidos en punción y drenaje de niños con este diagnóstico son: las especies de estreptococos, con un 55 %, el estreptococo betahemolítico del grupo A es el predominante, con un 35 %; los anaerobios (*Bacteroides* sp.), con un 10 a 12 %, y el estafilococo aureus, con un 2 a 6 %. El porcentaje de cultivos polimicrobianos es del 37 % y de estos un 28,1 % son negativos. Al momento de la consulta, algunos ya han recibido tratamiento antibiótico.^{10,11}

El motivo de consulta del paciente, tanto en el servicio de urgencias como en la consulta de atención primaria es, en primer lugar, el dolor faríngeo, que se describe por parte del paciente como escozor, dolor al tragar (odinofagia), sensación de opresión faríngea, otalgia refleja unilateral o bilateral, disfagia, síntomas generales constitucionales, como astenia en grado variable, fiebre¹² además presenta sialorrea, dificultad para abrir la boca, con un promedio de 3 a 5 días de sintomatología antes de la consulta. Al examen físico, se puede encontrar adenopatías cervicales, dificultad para hablar con una voz de "papa caliente" (por

dísfunción pasajera de los músculos del paladar en el lado afectado, que resulta en una insuficiencia velofaríngea), trismo (como consecuencia de una irritación del músculo pterigoideo por el material purulento y la inflamación, halitosis, inflamación de pilar anterior de la amígdala con desplazamiento anterior de la misma, eritema amigdalino, exudado blanquecino y edema del paladar blando con desviación de la úvula hacia el lado contrario.¹²

A los síntomas comunes se puede añadir ronquera (el pus avanza hacia la región glótica) y signos de cuadro respiratorio agudo (como dolor torácico y dificultad respiratoria).

Como ayudas diagnósticas, se pueden utilizar: el hemograma, el cual se caracteriza por leucocitosis; los cultivos del material purulento extraído con la punción o el drenaje de los abscesos, los cuales, en general, no afectan el tratamiento, pero son importantes en los pacientes inmunosuprimidos y para el conocimiento de la prevalencia de los patógenos. Entre las ayudas imagenológicas se encuentran la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RNM). Se puede usar la ecografía percutánea para evaluar las amígdalas; aunque la ecografía intraoral puede ayudar a definir la naturaleza quística del absceso periamigdalino, esta se realiza en posición de sentado, pero puede estar limitada por el trismo.^{1,6}

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con revisión de las historias clínicas de pacientes ingresados con el diagnóstico de absceso periamigdalino en el Hospital Carlos M. de Céspedes de Bayamo, desde el 1ro de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2016.

De la población conformada por 55 pacientes, quedó una muestra de 52 debido a la exclusión de 3 de ellos, uno por presentar angina de Ludwig y dos por absceso del último molar.

Se pesquisan las variables edad (cumplida en años), sexo (masculino y femenino), procedencia (urbana y rural), síntomas y signos presentes en cada paciente (odinofagia, fiebre, abombamiento de pilares, trismo, otalgia y sialorrea), variedad del absceso (anterior derecho, anterior izquierdo, posterior derecho y posterior izquierdo), proceder quirúrgico realizado (punción, punción + incisión y drenaje,

incisión y drenaje), estadia hospitalaria (de 1-5 días, 6-10 días y más de 10 días) y tratamiento medicamentoso (penicilina, cefazolina, quemicitina).

Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y el porcentaje. Se cumplieron con los presupuestos éticos contemplados en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

El rango de edad de presentación fue de 15 a 45 años, con una edad promedio de 35.4 años. Predominaron los grupos de edad de 15 a 30 y de 31 a 45 con 36.5 % cada uno, seguido por el grupo de 46 a 60 años con 13 pacientes (15 %).

De los casos incluidos 44.2 % correspondió a mujeres (23 casos) y 55.8 % a hombres (29 casos). La mayoría de los pacientes procedía de área rural con 30 (57.6 %).

Los principales síntomas y signos fueron la odinofagia, fiebre y abombamiento de pilares con el 96.1 %, 78.8 % y 76.9 % de los casos, respectivamente. (tabla 1)

Tabla 1. Signos y síntomas presentados por los pacientes con absceso periamigdalino. 2012-2016. Hospital Carlos M. de Céspedes.

Síntomas y signos	No.	%
Odinofagia	50	96,1
Fiebre	41	78,8
Abombamiento de pilares	40	76,9
Trismo	34	65,3
Otalgia	16	30,7
Sialorrea	7	13,4

Predominó la variedad anterior izquierda en 27 pacientes con un 51.9 % (tabla 2).

Tabla 2. Variedad de presentación del absceso periamigdalino. 2012-2016.
Hospital Carlos M. de Céspedes.

	Anterior	%	Posterior	%
Derecho	21	40,3	2	3,8
Izquierdo	27	51,9	2	3,8
Total	48	92,3	4	7,6

El proceder quirúrgico que mayormente se empleó fue la punción en 37 pacientes con 36.5 %, (tabla 3).

Tabla 3. Proceder quirúrgico realizado en los pacientes con absceso periamigdalino.
2012-2016. Hospital Carlos M. de Céspedes.

Proceder quirúrgico	No.	%
Punción	37	71.15
Punción + incisión y drenaje	10	19.2
Incisión y drenaje	5	7.6

El mayor intervalo de estadia fue de 1 a 5 días en 34 pacientes con 65.3 %, (tabla 4).

Tabla 4. Estadia hospitalaria de pacientes con absceso periamigdalino. 2012-2016.
Hospital Carlos M. de Céspedes.

Estadía	No.	%
1-5 días	34	65,3
6-10 días	16	30,7
Más de 10 días.	2	3,8

El esquema inicial siempre fue la penicilina como el antibiótico más empleado en 32 pacientes (61.53 %); excepto en aquellos pacientes que refirieron alergia a este fármaco; en tal caso se empleó el esquema considerado conveniente por el médico encargado de ingresar al enfermo, 10 pacientes recibieron tratamiento con cefazolina y 6 con quemicetina; los otros 4 recibieron combinación de la penicilina con el metronidazol que fueron los que tuvieron absceso posterior. (tabla 5).

Tabla 5. Esquema de tratamiento medicamentoso recibido por los pacientes con absceso periamigdalino. 2012-2016. Hospital Carlos M. de Céspedes.

Antibióticos	No.	%
Penicilina	24	46,1
Cefazolina	18	34,6
Quemisetina	17	32
Otros	10	19,2

No fue necesario cambiar el esquema antimicrobiano inicial en ningún caso, no se presentaron complicaciones y sólo se operaron 10 pacientes por tener antecedentes de amigdalitis recurrentes.

DISCUSIÓN

Los datos concuerdan con los publicados por algunos autores quienes encontraron un predominio en el sexo masculino ^{3,13} no así los resultados obtenidos por otros autores ¹³ en los que predominó el sexo femenino.

La edad promedio también coincide con varias investigaciones sobre este tema coincide con la encontrada por algunos autores. ^{2-4,12}

El mayor número de pacientes fueron de procedencia rural no pudiendo comparar este resultado con otra bibliografía por no existir este dato reflejado en ellas. La odinofagia, fiebre y abombamiento de pilares. ^{7, 9, 14} son los síntomas y signos que más inciden en esta entidad coincidimos con la literatura revisada, así como que fue el absceso periamigdalino variedad anterior izquierda la que se presentó en mayor número de pacientes.

El proceder quirúrgico más empleado fue la punción, esto indica que ante el diagnóstico clínico de absceso periamigdalino debe efectuarse un procedimiento complementario para intentar confirmarlo, como son punción e incisión y drenaje. La indicación de procedimientos de punción más drenaje o de incisión más drenaje está ampliamente avalada por la literatura. ^{1, 3, 12,14}

La estancia en estos pacientes está en el rango de 1 a 5 días como establecen otras literaturas consultadas. ^{1, 7}

Los antibióticos utilizados con mayor frecuencia fueron: penicilina endovenosa ¹,^{13,14} y cefalosporinas. Según los resultados obtenidos, la penicilina sódica sigue siendo un antimicrobiano de primera elección para este cuadro y no requiere de asociaciones.

En los 54 pacientes analizados en este estudio el tratamiento efectuado en base a un diagnóstico clínico, sin complementación con imágenes, tuvo resultados favorables.

En resumen, podemos concluir que el tratamiento en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Manuel de Céspedes se ciñe a las reglas internacionales, con muy buenos resultados en el grupo estudiado se logró un 100 % de curación y sin complicaciones atribuibles al absceso periamigdalino. La utilidad clínica del cultivo en este estudio fue nula debido al escaso porcentaje con resultado disponible para determinar modificación en la elección antimicrobiana. En pacientes inmunocomprometidos el aislamiento microbiológico constituye un elemento de importancia. El cultivo debe ser solicitado solamente en pacientes inmunocomprometidos o con historia de absceso recurrente.

Aspectos interesantes de estudios futuros en nuestro medio debieran incluir: comparación de tratamientos ambulatorio versus hospitalizado, efectividad de punción aspirativa versus incisión y drenaje, determinar si en nuestro medio se mantiene el estreptococo B hemolítico como factor de riesgo importante en esta entidad.

CONCLUSIONES

La penicilina es el tratamiento de elección en los diferentes tipos de amigdalitis y la punción el proceder quirúrgico más empleado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manzoni Seering M, Chueiri L, Jacques J, Picoli CMMF, Batista CSM, Buffon Ztt D, *et al.* Bilateral peritonsillar abscess in an infant: an unusual presentation of sore throat. Case Rep Otolaryngol [Internet]. 2017 [citado 14 Mar 2017]; 4670152. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/criot/2017/4670152>.

2. Tsai YW, Liu YH, Su HH. Bacteriology of peritonsillar abscess: the changing trend and predisposing factors. *Br J Otorrhinolaryngol (BJORL)* [Internet]. 2017; [20 Feb 2017]; 552. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1808869417301076/1-s2.0-S1808869417301076-main.pdf?_tid=515a11a2-0a9d-11e8-89b5-0000aab0f27&acdnt=1517853322_027ec6a09ed4da26440b6280bb7ffc94.
3. Feasson T, Debeaupre M, Bidet C, Ader F, Disart F, Ferry T, *et al.* Impact of anti-inflammatory drug consumption in peritonsillar abscess: a retrospective cohort study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2016 [citado 14 Mar 2017]; 16:432. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/S12879-016-1761-2?site=bmcinfectdis.biomedcentral.com>.
4. AlAwadh I, Aldrees T, AlQaryan S, Alharethy S, AlShehri H. Bilateral peritonsillar abscess: A case report and pertinent literature review. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2017 [citado 14 Mar 2017]; 36:34-7. Disponible en: [http://www.casereports.com/articl/S2210-2612\(17\)30214-6/pdf](http://www.casereports.com/articl/S2210-2612(17)30214-6/pdf).
5. Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, Bourigault C, Assery N, Ballereau F, *et al.* Peritonsillar abscess (PTA): Clinical characteristics, microbiology, drug exposures and outcomes of a large multicentre cohort survey of 412 patients hospitalized in 13 French university hospitals. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016; 35: 867-73.
6. Wiksten J, Blomgren K, Eriksson T, Guldfred L, Bratt M, Pitkäranta A. Variations in treatment of peritonsillar abscess in four Nordic countries. *Acta Otolaryngol*. 2014; 134(8):813-7.
7. Tachibana T, Orita Y, Abe Fujisawa I, Ogawara Y, Matsuyama Y, Shimizu A, *et al.* Prognostic factors and effects of early surgical drainage in patients with peritonsillar abscess. *J Infect Chemother Off J Jpn Soc Chemother*. 2014; 20(11):722-5.
8. Kim DK, Lee JW, Na YS, Kim MJ, Lee JH, Park CH. Clinical factor for successful nonsurgical treatment of pediatric peritonsillar abscess. *Laryngoscope*. 2015; 125(11):2608-11.
9. Shaul C, Koslowsky B, Rodríguez M, Schearcz Y, Muahnna N, Peleg U, *et al.* Is needle aspiration for peritonsillar abscess still as good as we think? A long-term follow-up. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2014. Doi: 10.1177/000348944556083.

-
10. Klug TE. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender. *Eur J Microbiol Infect Dis*. 2014; 33:1163-7.
11. Mazur E, Czerwinska E, Korona Glowniak I, Grochowalska A, Koziol Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2015; 34:549-54.
12. Windfuhr JP, Zurawski A. Peritonsillar abscess: remember always think twice. *Eur Arch Otorrhinolaryngol*. 2016; 273:1269-81.
13. Sowerby LJ, Hussain Z, Husein M. The epidemiology, antibiotic resistance and post-discharge course of peritonsillar abscesses in London, Ontario. *J Otolaryn Head Neck Surg* [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2017]; 42(5). Disponible en: <http://www.journalotohns/content/42/1/5>.
14. Wang YP, Wang MC, Lin HC, Chou P. The impact of prior tonsillitis and treatment modality on the recurrence of peritonsillar abscess: A nationwide cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [citado 22 Mar 2017]; 9(10): e109887. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188615/pdf/pone.0109887.pdf>.

Recibido: 13 de noviembre de 2017.

Aceptado: 19 de diciembre de 2017.

Maira Verena Guerrero Aguilar. Hospital Universitario Carlos M. de Céspedes.
Bayamo. Granma, Cuba. Email: mayraga.grm@infomed.sld.cu