

Absceso periamigdalino. Revisión de 89 pacientes

Peritonsillar abscess. Review of 89 patients

Rubén D. Manrique ■ Svetlana Naoumtchik ■ Carmelo Santidrian

RESUMEN

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es revisar los aspectos clínicos y terapéuticos del absceso periamigdalino en los últimos 13 años en nuestro servicio de hospitalización.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo de corte transversal que se desarrolló en el Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Ingresaron a este estudio 89 pacientes con el diagnóstico de absceso periamigdalino confirmado mediante punción-aspiración, que fueron atendidos entre los años 1994 y 2006.

Resultados: El 83.3% de nuestros pacientes se encontró entre los 20 y 40 años de edad; siendo la proporción hombre/mujer: 1.2/1. El tiempo de enfermedad fue de 7.8 días. Dentro de los síntomas más frecuentes encontramos: dolor de garganta (92.1%), fiebre (51.7%) y trismus (50.6%). El 75.3% recibió antibióticos antes de ser hospitalizado. Hubo leucocitosis en 75.3% de los pacientes y desviación izquierda en 66.3%. *Staphylococcus aureus* se encontró en el 26.7% de las secreciones cultivadas. Se hizo punción-aspiración en todos los pacientes, drenándose el absceso en 58.4% de los casos. El tiempo de hospitalización fue de 4.5 días. No ocurrieron desenlaces fatales.

Conclusiones: Encontramos que se trata de una entidad relativamente poco frecuente en los servicios de hospitalización, siendo la mayoría de los pacientes manejados de forma ambulatoria. El gold-standard para diagnóstico del absceso periamigdalino es la punción-aspiración; y para el tratamiento: la antibioticoterapia y la analgesia.

Palabras clave: Absceso periamigdalino; punción-aspiración; dolor de garganta; fiebre; trismus.

RUBÉN D. MANRIQUE

Departamento ORL, Hospital do Meixoeiro, Vigo España

SVETLANA NAOUMTCHIK

Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital do Meixoeiro, Vigo España

CARMELO SANTIDRIAN

Departamento ORL, Hospital do Meixoeiro, Vigo España

Correspondência:

Rubén D. Manrique

Puerto Rico nº 14 piso 3º C Vigo España | CP: 36204

teléfono: 606612055

e-mail: rben03811@hotmail.com

ABSTRACT

Objectives: To review the clinical and therapeutic aspects of the cases of peritonsillar abscess observed during the last 13 years at our inpatient department.

Patients and methods: Retrospective, transversal study of cases managed at the Department of Otorhinolaryngology at the Complejo Hospitalario Universitario de Vigo" (University Hospital of Vigo) from 1994 to 2006. Data was assessed for the 89 patients diagnosed with peritonsillar abscess, confirmed by fine needle aspiration.

Results: Age distribution of patients showed that 83.3% of them were 20-40 years-old. Male/female ratio was 1.2/1. The average time from the beginning of symptoms was 7.8 days and the most frequent symptoms were: sore throat (92.1%), fever (51.7%) and trismus (50.6%). Antibiotics were administered to 75.3% of patients before admission. Leucocytosis was present in 75.3% of cases, and left-shift (band forms excess) in 66.3%. *Staphylococcus aureus* was found in 26.7% of cultured samples. The abscess was drained in 58.4% of cases. Average length of stay at the hospital was 4.5 days and there were no deaths.

Conclusions: Peritonsillar abscess is an unfrequent entity in ENT inpatient departments, since majority of cases are managed ambulatorily. Fine-needle aspiration, antibiotic therapy and analgesic constitute the gold-standard for diagnosis and management.

Keywords: Peritonsillar abscess, Fine Needle Aspiration, Sore throat, Fever, Trismus.

Cuadro de abreviaturas en español e inglés

Abreviatura	Significado en español	Significado en inglés
PAAF	Punción-Aspiración	Fine Needle Aspiration (FNA)
TMP/SMX	Trimetropin/Sulfametoxazol	Trimethoprim/Sulfamethoxazole (TMP/SMX)
SAT	Sensación de alza térmica	Febrile sensation

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las infecciones de cabeza y cuello se originan a partir de complicaciones supurativas de infecciones otorrinolaringeas. Dentro de este grupo de infecciones está comprendido el absceso periamigdalino que asociada a la amigdalitis aguda comprende el 30% de las infecciones de cabeza y cuello.^{1,2}

Actualmente el absceso periamigdalino no es muy usual debido al empleo de antibióticos y a mejoras en la higiene y cuidados dentales.¹ En los Estados Unidos se reporta una incidencia anual de 30.1 casos por 100 000 habitantes (unos 45 186 abscesos por año), y su costo anual de tratamiento estimado es de \$150 millones. Un facultativo maneja un promedio de 7 abscesos por año, el 32% de estos no son tratados por otorrinolaringólogos.²

Esta infección se presenta la mayoría de veces en adultos jóvenes sanos³. No existe un consenso respecto a la predominancia estacional de este cuadro, la mayoría de los autores reportan que la incidencia es mas alta en los meses de primavera y otoño.^{4,5}

El absceso periamigdalino se produce en el tejido celular de la celda amigdalina, en el espacio situado entre la amígdala palatina por dentro y el músculo constrictor superior de la faringe por fuera, próximo al polo superior de la de la amígdala. Pudiendo extenderse hacia los compartimientos vecinos afectando a los músculos masetero y pterigoideo medial, pudiendo erosionar incluso la vaina carotidea.⁶

La fisiopatología de esta enfermedad no esta del todo aclarada. La teoría mas aceptada postula que se da como consecuencia de un episodio de amigdalitis aguda tratado inadecuadamente o no tratado. Viene a ser el punto final de un proceso que se inicia como amigdalitis aguda, progresa a flemón (celulitis) y termina con la formación del absceso. Si embargo el absceso periamigdalino puede surgir sin un cuadro previo de amigdalitis.³

El diagnóstico del absceso periamigdalino se hace clínicamente; así durante la historia clínica se debe obtener información sobre la localización del dolor en la garganta, lo que nos orientará sobre la localización y posible extensión del absceso. También debemos determinar la presencia de disnea y disfagia ante la posibilidad de obstrucción de la vía aérea superior. En el examen físico el trismus esta a menudo presente, esto es debido a la inflamación del espacio faringomaxilar y de la musculatura pterigoidea.⁷ El desplazamiento medial inferior de la amígdala palatina infectada con desviación contralateral de la úvula, alteraciones en la voz (voz en patata caliente) y sialorrea son hallazgos muy frecuentes⁸. Sin embargo, el gold-standard para el diagnóstico del absceso periamigdalino es la colección del pus del absceso por medio de punción aspiración, dentro de las posibles complicaciones de este procedimiento están: aspiración del pus, sangrado y hemorragia; si el absceso esta localizado en la porción distal de la amígdala palatina se corre el riesgo de punzar la arteria carótida interna.³

La importancia de esta enfermedad infecciosa radi-

ca en sus potenciales complicaciones como: infecciones profundas del cuello, mediastinitis y la morbimortalidad asociada a ellas. A pesar del manejo y tratamiento oportunos que se da en la mayoría de casos en algunas situaciones el desenlace puede ser fatal.^{3,5}

Sin embargo, a pesar de la prevalencia del absceso periamigdalino aún no existen guías para el manejo de esta enfermedad. El objetivo del presente trabajo es: revisar los aspectos clínicos y terapéuticos del absceso periamigdalino en los últimos 13 años, en nuestro servicio de hospitalización.

PACIENTES Y MÉTODOS

El presente es un estudio no aleatorizado, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, que estudió a la población determinada por 89 pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Hospital do Meixoeiro), durante el periodo comprendido entre Enero de 1994 y Octubre del 2006 con diagnóstico de absceso periamigdalino al alta; el diagnóstico fue confirmado por punción aspiración o drenaje quirúrgico, y la muestra fue enviada para su estudio microbiológico.

Los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos elaborada en el programa Excel, para Windows XP, y fueron analizados en el paquete estadístico SPSS, versión 15.0. Se calculó con un intervalo de confianza (IC) del 95% el promedio para: la edad, el tiempo de enfermedad, el tiempo de hospitalización, duración de los síntomas y para la temperatura. Se encontraron frecuencias para todas las variables que posteriormente se agruparon en tablas descriptivas.

RESULTADOS

En nuestra serie tuvimos 48 pacientes varones (53.9%) y 41 mujeres (46.1%). Siendo la proporción hombre mujer de 1.2/1, el promedio de edad fue de 25.4 +/- 7.2 años (IC: 95%); el rango etario fluctuó entre 17 y 79 años. El 83.3% de nuestros pacientes se encontró entre los 20 y 40 años de edad.

En cuanto a los antecedentes personales el 16.9% (15 pacientes) tenían como antecedente amigdalitis de repetición; 7 de ellos presentaban cuadros repetitivos de más de 5 años de evolución. 15 refirieron haber tenido por lo menos un cuadro previo de absceso periamigdalino; 8 hace un año (3 de estos con amigdalitis de repetición) y 7 hace más de 10 años. El 22.4% (22 pacientes) refirió problemas dentales. También se encontró hipertensión arterial en 4 (4.5%), asma en 3 (3.4%), hepatitis viral en 2 (2.2%) y diabetes mellitus en 2.

El tiempo de enfermedad, desde el inicio de los

síntomas, fue de 7.8 ± 4.9 días (IC: 95%), con un rango de 3 a 21 días. El 82% (73 pacientes) manifestó un inicio insidioso y solo el 18% (16 pacientes) refirió un inicio agudo.

Con respecto a los síntomas (Tabla 1), todos nuestros pacientes refirieron odinofagia, dolor de garganta fue referida por 82 (92.1%) pacientes y sialorrea por solo 7 (7.9%).

SÍNTOMA	PROMEDIO EN DÍAS DE DURACIÓN (IC:95%)	INTERVALO DE DÍAS	%	N
Odinofagia	5.8+/-4.8	1 a 21	100	89
Dolor de garganta	4.8+/-2.4	2 a 9	92.1	82
SAT	6.7+/-5.5	2 a 21	83.1	74
Otalgia	4.8+/-2.4	2 a 4	58.4	52
Voz en patata caliente	4.6+/-2.6	2 a 10	58.4	52
Disfagia	4.8+/-3.8	1 a 10	50.6	45
Sialorrea	5.5+/-3.7	3 a 5	7.9	7

SAT: Sensación de alza térmica.

TABLA 1. Síntomas

En cuanto a la temperatura oral al ingreso, 46 pacientes (51.7%) tuvieron un registro mayor a 37.5°C ; el promedio fue de $37.9 \pm 0.6^{\circ}\text{C}$ (IC: 95%), con un valor máximo de 39.2°C .

En el examen físico encontramos que el absceso fue unilateral en todos nuestros pacientes (derecho: 54%). Abombamiento del velo del paladar se vio en 29 (32.6%) pacientes, desviación contralateral de la úvula en 15 (16.9%) pacientes y desplazamiento del pilar anterior en 7 (7.9%) pacientes. Así mismo se observó trismus en 45 (50.6%) pacientes y problemas dentales en 22 (24.7%) pacientes; de estos, 9 tenían piezas en mal estado de higiene y 15 halitosis. En 78 (87.6%) pacientes hubo adenopatías regionales: 45 de localización cervical, 29 submaxilar y 15 retroauricular. Dolor a la movilización cervical en 22 (24.7%) pacientes; 7 de estos refirieron dolor a la palpación. 15 pacientes (16.7%) presentaron aumento de volumen en la región submaxilar (derecho: 9).

En las pruebas complementarias se observó leucocitosis en 67 (75.3%) pacientes, el rango varió entre 11 800 y 18 100 leucocitos por mm^3 y el valor promedio fue de $13\,611 \pm 2\,528$ leucocitos por mm^3 (IC: 95%). De estos, 59 (66.3%) tenían desviación izquierda. Se realizó tinción Gram de las secreciones obtenidas mediante drenaje en 37 pacientes con los siguientes resultados: cocos Gram positivos en 22 casos, bacilos Gram positivos en 15 casos, cocobacilos Gram negativos en 8 casos, diplococos Gram negativos en 8 casos, no se encontraron gérmenes

en 8 casos. Se cultivaron 30 de las 37 secreciones; el 23.3% (7) resultó negativa siendo las mismas en las que no se observaron gérmenes, en 26.7% (8) se aisló *Staphylococcus aureus*.

En cuanto a la medicación previa a la hospitalización, el 84.3% (75 pacientes) recibieron algún tipo de medicación; 75.3% (67 pacientes) recibieron antibióticos (algunos más de uno). El de mayor uso fue amoxicilina/ácido clavulámico, vía oral, en 30 pacientes; en 17 pacientes penicilina G vía intramuscular; 6 pacientes ampicilina vía oral; en 6 pacientes trimetopin / sulfametoxazol (TMP/SMX) vía oral; en 3 pacientes ciprofloxacina vía oral; en 3 pacientes clindamicina vía oral; dicloxacilina (oral), lincomicina (intramuscular) en 2 pacientes cada uno. El 32.6% (29 pacientes) recibieron antiinflamatorios no esteroideos; cabe señalar que además siete de ellos recibieron un corticosteroide por vía intramuscular. Finalmente 22 pacientes (24.7%) recibieron analgésicos por vía oral. La mayoría solo supo precisar la posología del fármaco; no precisando la dosis.

En el manejo hospitalario todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico, siendo el tratamiento más empleado la asociación endovenosa de clindamicina / gentamicina (32.6%) y de penicilina G sódica / gentamicina en el 16.9%. En nuestra serie a 52 pacientes (58.4%) se les drenó el absceso; de los cuales 44 fueron drenados por incisión y drenaje, y 8 drenaron espontáneamente. En todos los casos el procedimiento se hizo entre el 1 y el 3 día de hospitalización por persistencia del pus. Se realizaron amigdalectomías en 29 (32.6%) pacientes, en todos los casos al año de iniciado el cuadro.

En cuanto a la evolución, el 92.1% (82 pacientes) tuvo evolución favorable. Los que refirieron mejoría en 2.2 ± 1.1 días de hospitalización (IC: 95%) con un rango que varió entre 1 y 5 días. El tiempo de hospitalización fue de 4.5 ± 2.1 días (IC: 95%) variando el rango entre 3 y 9 días. El 7.9% (7 pacientes) se presentaron con complicaciones durante la hospitalización (por persistencia del cuadro).

Con respecto al seguimiento ambulatorio, solo se registró en 22 casos (24.7%), reportándose en 15 una evolución adecuada; sin embargo 7 presentaron reagudización del cuadro (evolucionaron favorablemente tras medicación antibiótica). Finalmente cabe señalar que no se reportaron desenlaces fatales.

DISCUSIÓN

Muchos estudios reportan resultados similares a los nuestros; el absceso periamigdalino es más común en personas entre los 20 y los 40 años de edad; los

niños en edad escolar pocas veces son afectados, a menos que estén inmunocomprometidos, pudiendo esta infección causar obstrucción significativa de la vía aérea este grupo etario. Esta infección afecta a hombres y mujeres por igual.^{7,9} El 83.3% de nuestros pacientes se encontró entre los 20 y 40 años de edad, siendo la proporción hombre/mujer de 1.2/1.

El porcentaje de pacientes, en nuestro estudio, con cuadro previo de absceso periamigdalino (16.9%; 53.3% de estos hace un año) fue similar a los porcentajes (0 a 23%) encontrados en otros estudios.^{5,6,10} Sin embargo diferencias metodológicas en los diseños de estos estudios dificultan establecer la proporción real de recurrencias. Savolainen et al.¹¹ reportó 17% de recurrencia en un estudio prospectivo de 98 pacientes, con un periodo de seguimiento de 5 años; todas las recurrencias ocurrieron dentro de los 2 meses, además los pacientes que tuvieron más de tres episodios previos de absceso periamigdalino tenían significativamente una alta proporción de recurrencias comparado con pacientes sin cuadro previo. Kronenberg¹² estudio la relación entre amigdalitis y absceso periamigdalino en un estudio retrospectivo de 290 pacientes; el 25% de estos pacientes tenían historia de amigdalitis de repetición, 70% tuvieron al menos una recurrencia, el 88% de estas fueron dentro de los doce primeros meses. En nuestro estudio, el 16.9% de nuestros pacientes tenía como antecedente amigdalitis de repetición. La evidencia demuestra que el uso múltiple de antibióticos orales para episodios de amigdalitis aguda puede predisponer a cuadros de absceso periamigdalino.⁸

El absceso fue unilateral en todos nuestros pacientes, similares resultados fueron encontrados por Bonding¹³, Beeden⁴ y Litman¹⁴. Sin embargo Fried¹⁵ y Kristensen¹⁶ reportaron una incidencia bilateral del 0.8%. La ausencia de enfermedad bilateral en nuestra serie puede deberse al uso previo (75.3%) y efectivo de antibióticos.

Staphylococcus aureus fue el agente aeróbico encontrado con mas frecuencia (26.7%) en nuestros cultivos del pus. Lo que contrasta con otros estudios donde los agentes aerobios y anaerobios encontrados con mas frecuencia son: el *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus beta-hemolítico del grupo A*) (20 a 50%), y *Fusobacterium* respectivamente.^{4,10,14,17} Aunque lo usual es encontrar una flora mixta en los cultivos. Savolainen¹¹ reporto una baja recurrencia del absceso periamigdalino en pacientes con cultivos positivos para *Streptococcus pyogenes* ($p < 0.001$) comparado con pacientes infectados con

otros microorganismos. Harris² en su metaanálisis no encontró diferencias estadísticamente significativas en la resolución del absceso cuando comparó abscesos cultivados con técnicas microbiológicas con abscesos que no fueron cultivados ($p=1.00$), lo que es confirmado por otros estudios.^{18,19} Por lo tanto el cultivo del absceso no es recomendado en el absceso periamigdalino, excepto en pacientes con inmunosupresión.

Si bien en nuestra serie no se realizaron exámenes de imágenes, hay varios reportes que resaltan la importancia de estas, especialmente la ecografía intraoral que permite confirmar la presencia del absceso, aunque puede verse limitada su realización por la presencia de trismus.²⁰⁻²² El uso de la tomografía computarizada (TC) con contraste, permite una buena visualización del absceso, siendo muy útil para determinar la localización y extensión del absceso hacia los planos cervicales profundos.²³

El tratamiento del absceso periamigdalino requiere el uso apropiado de antibióticos, seguido del drenaje del absceso. No hay estudios que valoren al antibiótico de elección como una variable independiente en los resultados del tratamiento del absceso periamigdalino. Penicilinas o sus equivalentes en pacientes alérgicos fueron y son usados como antibióticos de elección (79% de las series publicadas)², pero en los últimos años la emergencia de organismos productores de beta-lactamasa aconsejan el cambio de este antibiótico.²⁴ El porcentaje de pacientes con absceso periamigdalino infectados por microorganismos resistentes a la penicilina varía de 0 a 68%.^{10,25-27} Estudios sugieren que 500mg de clindamicina administrada dos veces al día, o la administración oral de cefalosporinas de segunda o tercera generación pueden ser usadas en lugar de la penicilina.^{28,29} Otro estudio sugiere el uso de penicilina como el antibiótico de elección, si no hay respuesta en las primeras 24 horas, se debe adicionar 500mg de metronidazol administrada dos veces al día.⁷ En nuestras series se usaron las combinaciones endovenosas antibióticas de: clindamicina / gentamicina en el 32.6%, y penicilina G sódica / gentamicina en el 16.9%, pasando los antibióticos a vía oral al alta hospitalaria, hasta completar siete días de tratamiento. En cuanto a la medicación analgésica adyuvante, el paracetamol y el ibuprofeno han demostrado mejor efectividad y seguridad.² En pacientes adultos con dolor intenso se puede usar lidocaina en spray o gárgaras de solución anestésica. No existen estudios publicados con respecto al uso de corticoides en el absceso periamigdalino. En una búsqueda diferente encontramos un ensayo clínico controlado para faringitis aguda,

en el cual el uso de corticoides adyuvantes demostró beneficio; llama la atención que en este estudio se excluían a los pacientes con absceso periamigdalino.³⁰ En la serie se empleó corticoides como tratamiento adyuvante en todos nuestros pacientes. En la Tabla 2 se presenta el esquema de tratamiento empírico del absceso periamigdalino. Dentro de los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del absceso periamigdalino están: punción-aspiración, incisión-drenaje y amigdalectomía inmediata; estos procedimientos difieren en sus efectos en cuanto al costo de tratamiento, prevención de recurrencias y hospitalización. No existe un consenso en el cual que pacientes podrían beneficiarse más de un procedimiento de drenaje específico, o en que secuencia se deben usar estos procedimientos.

Antibióticos

Penicilina G 24 mu. (IV) en infusión continua o c/4-6h. (En pacientes alérgicos a la penicilina usar cefadroxil 1gr. c/24h. o cephalaxina 75mgr. c/12h.) Añadir:
metronidazol 1gr. seguido de 0.5gr. (IV) c/6h. ó
clindamicina 600-900mgr. (IV) c/8h. ó
cefotaxima 2gr. (IV) c/8h. ó
gentamicina 240mgr. c/24h.

Analgésicos

Paracetamol 1gr. c/8h.; si mucho dolor alternar con ibuprofeno 400mg c/8h; (alternativamente se puede utilizar lidocaina en spray o gárgaras de solución anestésica).

Antinflamatorios

6-metilprednisolona 1-2gr/kg./día.

TABLA 2. Tratamiento empírico hospitalario del absceso periamigdalino.

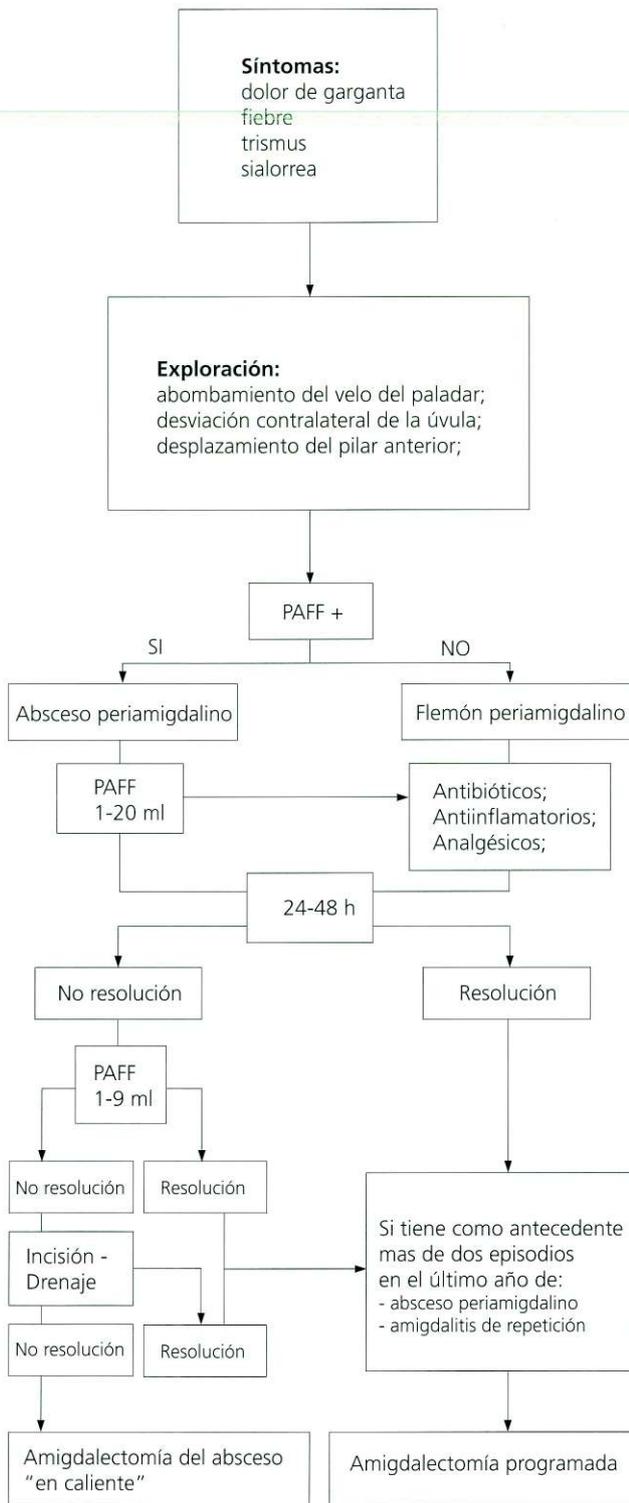
El más completo estudio que compara la relativa eficacia de la punción-aspiración y la incisión-drenaje fue publicado por Stringer²⁸, donde 52 pacientes con absceso periamigdalino fueron aleatorizados prospectivamente en dos grupos; no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, temperatura, duración de los síntomas, o episodios de amigdalitis anterior en ambos grupos. Schechter⁵ sugiere que la incisión y drenaje seguido de amigdalectomía inmediata no es necesario para una completa resolución del absceso. Así mismo, Savolainen¹¹ reporta que el efecto terapéutico de la punción-aspiración es comparable con la incisión-drenaje. Sin embargo, Wolf¹⁰ reporto que la proporción de recurrencias fue estadísticamen-

te mayor para aquellos pacientes que tratados con punción-aspiración que en los tratados con incisión-drenaje. Un estudio cuantificó el volumen del pus obtenido mediante punción-aspiración; siendo 1 a 20 ml para la primera aspiración, en los que se requirió una segunda aspiración el volumen obtenido fue de 1 a 9 ml. En este mismo estudio se vio que la falla en respuesta al tratamiento era mayor en pacientes que necesitaron una segunda punción-aspiración (28%), que en aquellos que solo necesitaron una punción-aspiración (3%), (ratio, 22.2 / 2.7)². En vista a lo citado anteriormente podemos decir que la punción-aspiración debería de ser el procedimiento de elección en el drenaje quirúrgico inicial del absceso periamigdalino; es relativamente fácil de realizar, no requiere un equipamiento especial, no se requiere ser un especialista en el área de cabeza y cuello para su realización y es muy económico. Sin embargo, Herzon² reportó una significativa disminución en el uso de la punción-aspiración como tratamiento inicial en el drenaje del absceso periamigdalino con los años de experiencia de un especialista en otorrinolaringología ($p < 0.001$). En nuestra serie se realizo punción-aspiración en todos nuestros pacientes, incisión-drenaje en el 58.4%, y amigdalectomías en el 32.6%, en todos los casos al año de iniciado el cuadro. Muchos expertos sugieren que la amigdalectomía inmediata no es necesaria en el tratamiento del absceso periamigdalino. Esta debería ser realizada preferentemente entre los tres y seis meses posteriores al absceso, sobre todo en aquellos con dos o tres episodios de amigdalitis en el año previo al desarrollo del absceso, pues estos pacientes tienen una mayor posibilidad de recurrir.^{12,31} Lamentablemente no se realizo seguimiento a estos pacientes por un periodo suficiente (> 2 años), no siendo posible determinar cual método es estadísticamente mejor solo en base a este estudio. En la Figura 1 se presenta el algoritmo de manejo del absceso periamigdalino.

CONCLUSIONES

Encontramos que se trata de una patología relativamente poco frecuente en los servicios de hospitalización, siendo la mayoría de pacientes manejados de forma ambulatoria. Hay una triada clínica característica, pero no patognomónica que debe hacernos sospechar de esta enfermedad: dolor de garganta, fiebre y trismus. El gold-standard para diagnóstico del absceso periamigdalino es punción-aspiración; y para el tratamiento: la antibiotico-terapia y la analgesia.

FIGURA 1. Algoritmo en el manejo del absceso periamigdalino.



Resuelto el cuadro infeccioso alta hospitalaria con antibióticos y analgésicos; revisión en siete días.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Chow AW. Life-threatening infections of the head and neck. Clin Infect Disease. 1992; 14: 991-1004.
- 2 Herzon FS, Harris P. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. Moshier Award thesis. Laryngoscope. 1995; 105:1-17.
- 3 Steyer T. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. American Family Physician. 2002; 65:1.
- 4 Beeden AG, Evans NG. Quinsy tonsillectomy a further report. J Laryngol Otol.1970; 84:443-8.
- 5 Schechter GL, Sly DE, Roper AL, Jackson RT. Changing face of treatment of peritonsillar abscess. Laryngoscope. 1982; 92:657-9.
- 6 McVay CB, Anson BJ. In: Anson & McVay (Eds.) Surgical Anatomy. 6th ed. Philadelphia, Saunders; 1984.
- 7 Hardingham M. Peritonsillar infections. Otolaryngol Clin North Am. 1987; 20:273-8.
- 8 Simons JP, Branstetter BF, Mandell DL. Bilateral peritonsillar abscesses: case report and literature review. Am J Otolaryngol. 2006 Nov-Dec;27(6):443-5.
- 9 Schroeder LL, Knapp JF. Recognition and emergency management. Respir Infect. 1995; 10:21-30.
- 10 Wolf M, Even-Chen I, Kronenberg J. Peritonsillar abscess: repeated needle aspiration versus incision and drainage. Ann Otol Rhinol Laryngol.1994; 103:554-7.
- 11 Savolainen S, Jousimeies-Somer FR, Makitie AA et al.. Peritonsillar abscess-clinical and microbiologic aspects and treatment regimens. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1993; 119:169-172.
- 12 [12] Kronenberg J, Wolf M, Leventon G. Peritonsillar abscess: recurrence rate and the indication for tonsillectomy. Am J Otolaryngol. 1987; 8:82-84.
- 13 Bonding P. Tonsillectomy a chaud. J Laryngol Otol.1973; 87:1171-82.
- 14 Litman RS, Hausman SA, Sher WH. A retrospective study of peritonsillar abscess. Ear Nose Throat J.1987; 66:53-5.
- 15 Fried MP, Forrest JL. Peritonsillitis. Evaluation of current therapy. Arch Otolaryngol.1981; 107:283-6.
- 16 Kristensen S, Juul A, Nielsen F. Quinsy: a bilateral presentation. J Laryngol Otol.1985; 99:401-2.
- 17 Snow DG, Campbell JB, Morgan DW. The microbiology of peritonsillar sepsis. J Laryngol Otol. 1991; 105:553-5.
- 18 [18] Herzon FS. Peritonsillar abscesses- a five year experience. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1984; 110:104-105.
- 19 Ophir D, Bawnik J, Poria Y, et al.. Peritonsillar Abscess - A prospective evaluation of outpatient management by needle aspiration. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1988; 114:661-663.
- 20 Khayr W, Taepke J. Management of peritonsillar abscess: needle aspiration versus incision and drainage versus tonsillectomy. Am J Ther. 2005 Jul-Aug; 12(4):344-50.
- 21 Buckley AR, Moss EH, Blokmanis A. Diagnosis of peritonsillar abscess: value of intraoral sonography. AJR Am J Roentgenol. 1994; 162:961-4.
- 22 Johnson RF, Stewart MG, Wright CC., An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003 Mar; 128(3):332-43.
- 23 Patel KS, Ahmad S, O'Leary G, Michel M. The role of computed tomography in the management of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 1992; 107(6pt 1): 727-32.
- 24 Parker GS, Tami TA. The management of peritonsillar abscess in the 90s: an update. Am J Otolaryngol.1992; 13:284-8.
- 25 Sugita R, Kawamura S, Ickawa G et al.. Microorganisms isolated from peritonsillar abscess and indicated chemotherapy. Arch Otolaryngol.1982; 106:655-658.
- 26 Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of peritonsillar abscess. Laryngoscope. 1991; 101:289-292.
- 27 [27] Jousimies-Somer H, Svolaianen S, Makitie A et al.. Bacteriologic findings in peritonsillar abscesses in young adults. Clin Infect Dis. 1993; 16:S292-298.
- 28 Stringer SP, Scheaefer SD, Close LG. A randomized trial for outpatient management of peritonsillar abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1998; 114:296-8.
- 29 Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol. 1991; 105:743-5.
- 30 O'Brien JF, Meade JL, Falk JL. Dexamethasone as adjuvant therapy for severe acute pharyngitis. Ann Emerg Med. 1993; 22:212-5.
- 31 Herbild O, Bonding P. Peritonsillar abscess-recurrence rate and treatment. Arch Otolaryngol. 1981; 107:540-542.