

Absceso periamigdalino: Incidencia y manejo actual

Peritonsillar abscess: Incidence and current management

José Manuel Meléndez García • Miriam Ileana Hamdan Zavarce • Ana Sofía Araujo da Costa • Olalla Castro Macía
Dionisio Alonso Párraga • Gumersindo Espiña Campos

RESUMIO

Introducción: El absceso periamigdalino constituye la infección más frecuente de los espacios profundos del cuello. A pesar del amplio uso de antibióticos para tratar la amigdalitis, aún representa un cuadro capaz de originar importante morbilidad. El presente estudio analiza nuestra experiencia entre los años 2004-2010, con el objetivo de describir la incidencia y la microbiología de los abscesos periamigdalinos, y estudiar la historia clínica de estos pacientes.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 198 pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino. Se registraron parámetros epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. Se analizaron los resultados microbiológicos de los casos en los que fue posible obtener esta información.

Resultados: La incidencia varió entre 21 y 37 casos anuales. Del total de casos, 106 eran varones y 92 mujeres, con un rango de edad entre 11 y 76. Un 51,5% de los pacientes eran fumadores y/o bebedores. Los agentes bacterianos aislados con más frecuencia fueron el *Streptococcus beta-hemolítico grupo A* y el *Staphylococcus aureus*.

Conclusiones: Resulta conveniente contar con un protocolo de actuación para esta patología urgente. El tratamiento antibiótico debe cubrir contra agentes aerobios y anaerobios, y no parece haber necesidad de realizar estudios bacteriológicos de rutina.

Palabras clave: amigdalitis, absceso, protocolo.

José Manuel Meléndez García

Médico interno residente del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral-Ciés.

Miriam Ileana Hamdan Zavarce

Médico interno residente del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral-Ciés.

Ana Sofía Araujo da Costa

Médico interno residente del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral-Ciés.

Olalla Castro Macía

Médico interno residente del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral-Ciés.

Dionisio Alonso Párraga

Adjunto clínico del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral-Ciés.

Gumersindo Espiña Campos

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral-Ciés.

Correspondencia:

José Manuel Meléndez García
Calle Ecuador 32, 6º
36203, Vigo
Pontevedra (España)
Teléfono: 0034630330062
E-mail: Jose.Manuel.Melendez.Garcia@sergas.es

ABSTRACT

Introduction: Peritonsillar abscesses are the commonest deep neck infections and are associated with significant morbidity despite the current use of antibiotics.

Material and methods: Retrospective study of 198 patients with peritonsillar abscesses diagnosed between 2004 and 2010.

Results: The incidence varied between 21 and 37 cases per year with a majority of 106 males, in the total. Ages ranged from 11 to 76 years-old patients and 51,5% of cases had positive history of alcohol consumption or tobacco smoking. Bacteriology showed a predominance of Group A beta-haemolytic *Streptococcus* and *Staphylococcus aureus*.

Conclusions: From this study it is recommended that a management protocol, coverage to both aerobic and anaerobic agents should be implemented, as well as it seems not necessary to routinely harvest pus for microbiological tests.

Key words: tonsillitis, abscess, protocol

INTRODUCCIÓN

El absceso periamigdalino es una infección aguda localizada entre la cápsula de la amígdala palatina y el músculo constrictor superior de la faringe.¹ A pesar del uso generalizado de antibióticos para el tratamiento de amigdalitis y faringitis, el absceso periamigdalino es la infección de tejidos y espacios profundos más común de cabeza y cuello en adultos jóvenes.² Los mismos organismos responsables de las infecciones de amígdalas también se encuentran en estos abscesos. Sin embargo, estas infecciones han demostrado una mayor incidencia de bacterias anaerobias en los cultivos.³

El diagnóstico de absceso periamigdalino generalmente se basa en los hallazgos clínicos. Tanto el diagnóstico como el tratamiento dependerán de la aspiración con aguja de material purulento.⁴ La elección entre la punción y/o incisión y drenaje en el tratamiento de los abscesos periamigdalinos es controversial.⁵

El absceso periamigdalino es un cuadro capaz de originar una morbilidad grave, por lo que exige un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo. Si el absceso no es drenado podría ocasionar obstrucción de la vía aérea superior, dificultad respiratoria o neumonía por aspiración. La infección puede ser invasiva localmente, dando lugar a una tromboflebitis de

la vena yugular, una infección profunda disecante del cuello, mediastinitis, u osteomielitis de las vértebras cervicales.⁶

El presente estudio analiza nuestra experiencia entre los años 2004-2010, con el objetivo de describir la incidencia y la microbiología de los abscesos periamigdalinos, y estudiar la historia clínica de estos pacientes. Resulta importante resaltar que el registro de datos incompletos en las historias clínicas no permitió un análisis global de todos los parámetros planificados. La mayoría de resultados se expresan en porcentaje a partir de los datos obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

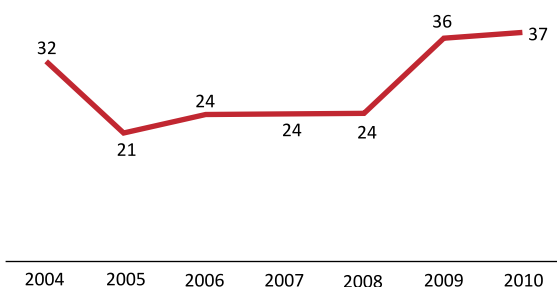
Realizamos un estudio retrospectivo de 198 pacientes admitidos con diagnóstico de absceso periamigdalino en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Xeral – Cíes entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2010.

Se valoraron parámetros epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de cada paciente, registrando también los resultados del cultivo microbiológico y sensibilidad antibiótica cuando se dispuso de esta información. Las variables registradas fueron: edad, sexo, procedencia, episodios de amigdalitis previas, episodios de abscesos periamigdalinos previos, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), tiempo de inicio de la sintomatología, localización del absceso, estado dentario, odinofagia, trismus, disnea, afectación de la voz, fiebre y otalgia. Analizamos los resultados de la punción y/o incisión y drenaje en los casos en los que fue efectuado.

RESULTADOS

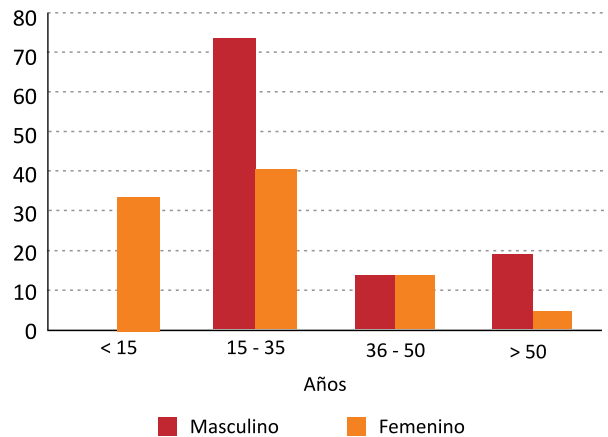
La incidencia varió entre 21 y 37 casos anuales (Figura 1). Del total de casos, 106 eran varones y 92 mujeres, con un rango de edad entre 11 y 76 años (Figura 2). La mayoría de los casos fueron remitidos desde urgencias (193 pacientes), mientras que únicamente 5 se hicieron desde el ambulatorio. Un 51,5% de los pacientes eran fumadores y/o bebedores.

FIGURA 1
Número de pacientes por año



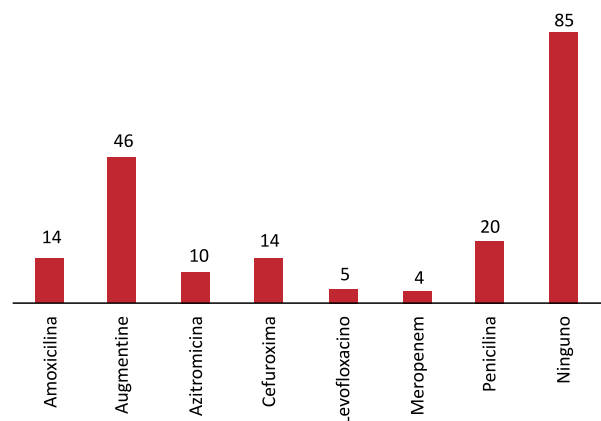
Según la localización del absceso, 103 (52%) eran derechos y 95 (48%) izquierdos. No registramos caso alguno de afectación bilateral. El estado dentario de los pacientes era normal o

FIGURA 2
Distribución de pacientes por edad



aceptable en 74% y malo o séptico en 26% de los pacientes en los que se obtuvo este dato. El 56% (110) de los pacientes había padecido de 1 a 5 episodios de amigdalitis previas y 2% (5) referían 5 o más episodios. Sorpresivamente, 83 pacientes (42%) no refirieron episodios de amigdalitis previas. El 83% (170) de los pacientes no refirió episodio de absceso previo, el 12% (23) un episodio y 2% (5) dos episodios. Según los datos obtenidos en relación al tratamiento previo a la valoración de estos pacientes en nuestro servicio, 85 de ellos no había recibido tratamiento antibiótico alguno (Figura 3).

FIGURA 3
Tratamiento antibiótico previo en número de pacientes



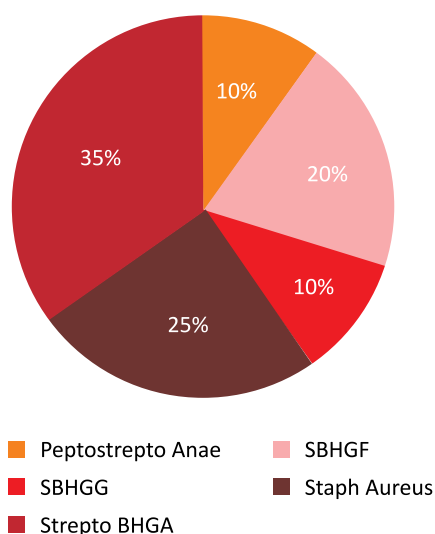
Los tratamientos recibidos resultaron muy variados, en su mayoría moléculas derivadas de la penicilina. Al momento de ser valorados estos pacientes, en ningún caso se había cumplido el tiempo mínimo recomendado para cada uno de los tratamientos y la dosis prescrita fue siempre adecuada.

Todos los pacientes presentaban odinofagia en el momento de la valoración. En 57% de los pacientes ésta fue descrita como moderada, e intensa en el 43%. La voz afectada se registró en el 90% de los casos, mientras que 20% refirieron cierta disnea. El trismus era discreto o ausente en 15% de los casos,

moderado en 69% e intenso en 16%. La otalgia fue un síntoma descrito en el 75% de los casos. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de más de 48 horas en 128 casos, de 1 a 2 días en 65 y de menos de 24 horas de evolución en 5 de los 198 pacientes estudiados. La fiebre de más de 39°-40° fue referida por 5% de los pacientes, y entre 38°-39° por 57% de los casos.

La punción fue positiva en 57% de los casos. Se realizaron 117 incisiones, siendo positivas 103 de ellas. Todas las muestras obtenidas fueron sistemáticamente procesadas para detectar gérmenes aerobios y anaerobios. Únicamente el 32% de los cultivos resultó positivo. Los agentes bacterianos aislados con más frecuencia fueron el *Streptococcus* beta-hemolítico grupo A y el *Staphylococcus aureus*, todos sensibles a penicilina (Figura 4). El *Peptostreptococcus anaerobius* se aisló en el 10% de las muestras.

FIGURA 4
Agentes bacterianos aislados



DISCUSIÓN

A pesar de numerosas publicaciones sobre el tema, algunos aspectos del manejo clínico del absceso periamigdalino continúan siendo motivo de controversia.⁷ En la actualidad existe una amplia variación entre los distintos métodos de manejo de estos pacientes.

El diagnóstico del absceso periamigdalino es clínico, aunque en ocasiones puede ser útil solicitar una ecografía o una tomografía computarizada para su confirmación. La aspiración con aguja de un absceso tiene la capacidad de ser diagnóstica y terapéutica. Todos los pacientes en el estudio fueron admitidos para valoración por nuestro servicio con el diagnóstico clínico de absceso periamigdalino. La punción que realizamos para intentar confirmar la sospecha clínica en nuestros pacientes fue positiva en el 57%, lo que representa

un bajo acierto diagnóstico. Todos los pacientes estudiados presentaban odinofagia en el momento de la valoración, moderada en el 57% e intensa en el 43%. El 90% de los casos asociaba afectación de la voz, y el trismus era moderado en 69%. La otalgia fue un síntoma descrito en el 75% de los casos. Ante el diagnóstico clínico se debe efectuar un procedimiento complementario para intentar confirmarlo, como punción y/o incisión y drenaje. Muchas publicaciones intentan establecer la preferencia entre estos procedimientos para el manejo inicial del absceso periamigdalino. Según algunos autores, no existe diferencia en la eficacia de los mismos.^{8,9,10} Al Yaghchi *et al*, en su protocolo propuesto para el manejo ambulatorio de pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino, eligieron la punción y aspiración considerando su fácil realización y la buena tolerancia por parte de los pacientes.¹¹ Las tasas de éxito con incisión y drenaje inicial o aspiración con aguja son muy altas, y la evidencia apoya cualquiera de estos procedimientos.⁷ Después de realizar la aspiración o drenaje, se debe iniciar el tratamiento antibiótico adecuado. En todos nuestros casos, el tratamiento intravenoso se inició después de la punción y/o incisión y drenaje. En ninguno de nuestros pacientes se presentaron complicaciones en el drenaje del absceso.

No siempre es necesario el ingreso hospitalario, y para ello es preciso que el paciente pueda deglutir, que el estado clínico del paciente lo permita y que no existan complicaciones significativas o enfermedades subyacentes. Al Yaghchi *et al*, en su estudio sobre 46 pacientes en los que se confirmó la presencia de pus mediante punción, describieron un control de la enfermedad de forma ambulatoria en el 93%.¹¹ Recomendamos la admisión de pacientes inmunosupresos, con signos de compromiso de la vía aérea, deshidratados y/o con incapacidad para la deglución tras al menos dos horas de iniciado el tratamiento intravenoso.

La utilidad de los corticoides no está demostrada para alcanzar una recuperación más rápida, pero si se emplean serán a dosis única de metilprednisolona (2-3 mg por kg hasta 250 mg IV).¹² La evidencia clínica basada en investigación no apoya o refuta el uso de corticoides en el absceso periamigdalino.⁷

Resulta conveniente contar con un protocolo de actuación para esta patología. En la mayoría de nuestros pacientes estudiados, el uso de terapia antibiótica adecuada previa no impidió la evolución hacia absceso periamigdalino. Destacamos la importancia de finalizar el ciclo completo del tratamiento antibiótico para la faringitis/amigdalitis aguda con el propósito de evitar un tratamiento incompleto o la infección que conduzca a la formación de abscesos.

El tratamiento antibiótico del absceso periamigdalino debe cubrir contra agentes aerobios y anaerobios, de ser posible incluyendo penicilina, clindamicina, cefalosporinas o metronidazol. No parece haber necesidad de realizar estudios bacteriológicos de rutina, aunque son necesarios

estudios periódicos de vigilancia y seguimiento en cada centro hospitalario, con el objetivo de conocer los patrones locales de resistencia. Únicamente el 32% de los cultivos registrados en nuestro estudio resultó positivo. Los agentes bacterianos aislados con más frecuencia en nuestro estudio fueron el *Streptococcus* beta-hemolítico grupo A y el *Staphylococcus aureus*. Consideramos que los estudios bacteriológicos rutinarios no son imprescindibles, aunque deben ser considerados en cuadros recurrentes o pacientes inmunocomprometidos.

El protocolo de tratamiento que hemos creado, aparte de la punción y/o incisión y drenaje, incluye antibioterapia intravenosa, analgesia y corticoides. Tomamos muy en consideración que el drenaje del absceso resulta curativo. El drenaje quirúrgico del absceso por aspiración con aguja o por incisión es parte de la terapia no farmacológica, aunque no existen estándares acordados con respecto a este tema. El enfoque dependerá del estado clínico del paciente y de su historia médica. En nuestro servicio realizamos punción y aspiración como primer intento de drenaje, siguiendo con incisión y drenaje ante la sospecha de pus adicional y como procedimiento definitivo. Añadimos protección gástrica en todos los pacientes. Administramos una dosis intravenosa de amoxicilina-clavulánico (2 gramos) y metronidazol (1 gramo). Esto ha sido decidido de acuerdo a nuestra experiencia en el manejo de estos casos. En pacientes con alergia a la penicilina, elegimos clindamicina (600 mg) como terapia única. Empleamos una dosis de metilprednisolona intravenosa a 1-2 miligramos por kilogramo de peso. El paciente continúa con medicación oral durante 7 días con amoxicilina-clavulánico (875 mg cada 8 horas) y metronidazol (500 mg cada 8 horas), analgesia y protección gástrica. En casos de alergia a la penicilina, el antibiótico de elección es la clindamicina (300 mg cada 8 horas) como terapia única.

La tasa de recurrencia global del absceso periamigdalino es baja, pero en determinados subgrupos de pacientes, la amigdalectomía electiva puede proporcionar un beneficio al disminuir el riesgo de recurrencia⁷. Nosotros recomendamos la cirugía programada tras el primer o segundo episodio.

Referências bibliográficas:

1. Healy C. Peritonsillar abscess. En: Ferri FF, ed. *Ferri's Clinical Advisor* 2011. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2010: section 1.
2. Galiooto NJ. Peritonsillar Abscess. *Am Fam Physician*. 2008;77(2):199–202.
3. O'Handley JG, Tobin E, Tagge B. Clinical Features of Peritonsillar Abscess. En: *Rakel: Textbook of Family Medicine*, 7th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.
4. Roberts JR, Hedges JR. Diagnosis of Peritonsillar Abscess. En: *Clinical Procedures in Emergency Medicine*, 5th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010.
5. Shirley WP, Woolley AL, Wiatrak, BJ. Management of Peritonsillar Abscess. En: *Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2010.
6. Schwartz RH. Complications of Peritonsillar Abscess. En: *Long: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases Revised Reprint*, 3rd ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone; 2009.
7. Johnson RF, et al: An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;128(3):332-343.
8. Stringer SP, Schaefer SD, Close, LG. A randomized trial for outpatient management of peritonsillar abscess. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114,296-298.
9. Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 1991;105,743-745.
10. Herzon FS. Peritonsillar abscess: incidence, current management practice, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope* 1995;105(Suppl. 74),1-17.
11. Al Yaghchi C, Cruise A, Kapoor K, Singh A, Harcourt J. Out-patient management of patients with a peritonsillar abscess. *Clin Otolaryngol*. 2008; 33(1):52-55.
12. Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU, Selcuk A, Ozdem C. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol*. 2004;118(6):439-442.