

Absceso periamigdalario, manejo controversial de esta enfermedad

Peritonsillar abscess. Controversial management

Magdiel Rodríguez Labrada¹ <https://orcid.org/0000-0002-9388-9624>

Rosa Caridad Truffin Hernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5788-6736>

Manuel Alejandro Hernández Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8952-0111>

Anisela Expósito Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0003-4631-6396>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milian Castro”. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rosath@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los abscesos en el área de otorrinolaringología son enfermedades que precisan diagnóstico precoz y tratamiento urgente, debido a las complicaciones que pueden ocasionar y a la alta tasa de mortalidad.

Objetivo: Profundizar en los aspectos teóricos y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del absceso periamigdalario.

Métodos: Investigación bibliográfica sobre el tema absceso periamigdalario y las directrices actuales en el manejo de esta enfermedad. Se consultaron 56 fuentes, entre autores clásicos y recientes de la especialidad. Se realizó una amplia revisión tanto de textos impresos como en internet.

Síntesis de la información: Existen diferentes algoritmos para el manejo del absceso periamigdalario, pero se considera que estos deben adecuarse al paciente, condiciones y recursos médicos disponibles que no vayan en detrimento de la calidad en la atención médica y manejo de la evolución, así como evitar las complicaciones para el enfermo. Se debe tener en cuenta que cuando un absceso no es drenado podría ocasionar obstrucción de la vía aérea superior, dificultad respiratoria o neumonía por aspiración.

Conclusión: Poseer conocimientos sobre el absceso periamigdalario resulta de vital importancia, pues ayuda a mejorar el arsenal científico de los profesionales que asumen la atención de los enfermos con esta afección.

Palabras clave: absceso, morbilidad, infecciones.

ABSTRACT

Introduction: Otolaryngologic abscesses are diseases requiring early diagnosis and urgent treatment, due to the complications they can cause and the high mortality rate.

Objective: To deepen the theoretical aspects and the diagnostic and therapeutic possibilities of peritonsillar abscess.

Methods: Bibliographic research on the subject of peritonsillar abscess and current guidelines in the management of this disease was completed. Fifty-six sources were consulted, including classic and recent authors of the specialty. An extensive review of both printed and online texts was carried out.

Synthesis of the information: There are different algorithms for the management of peritonsillar abscess, but it is considered that they should be adapted to the patient, conditions and available medical resources that are not detrimental to the quality of medical care and evolution management, as well as avoid complications for the patient. Upper airway obstruction, respiratory distress or aspiration pneumonia could be caused when an abscess is not drained.

Conclusion: Having knowledge on peritonsillar abscess is vitally important, as it helps to improve the scientific arsenal of professionals who take care of patients with this condition.

Keywords: abscess, morbidity, infections.

Recibido: 06/09/2019

Aprobado: 18/10/2019

Introducción

Las infecciones orofaríngeas constituyen procesos en consulta frecuente en los diferentes niveles de atención médica, las cuales requieren de la pericia médica en el diagnóstico certero para acortar el ciclo de la entidad nosológica y evitar las complicaciones derivadas de un manejo inadecuado.

Dentro de estas entidades frecuentes, el absceso periamigdalino, absceso de Quinsey o flemón periamigdalinar se diagnostica de manera frecuente en los servicios de

Otorrinolaringología, casi siempre procedente de los niveles primarios de atención médica, en muchas ocasiones, con una variedad de manejos terapéuticos que declaran un problema médico y desafío científico.

Los abscesos en el área de otorrinolaringología son enfermedades que requieren diagnóstico precoz y tratamiento urgente debido a las complicaciones que pueden ocasionar y a la alta tasa de mortalidad. Las fascias que recubren los músculos del cuello, debido a su amplia extensión y continuidad anatómica al mediastino y a las estructuras vasculares importantes, al infectarse se convierten en espacios potencialmente peligrosos para la vida. Por este motivo es importante tener un buen conocimiento de la anatomía de la región.⁽¹⁾

La incidencia anual de este proceso se estima entre 9 a 41 casos por 100 000 personas al año.⁽²⁾ Aunque pueden ocurrir a cualquier edad, los grupos con mayor incidencia son los adolescentes y los adultos jóvenes.^(3,4)

Debido a la frecuencia de esta lesión se decide profundizar en los aspectos teóricos y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del absceso periamigdalares.

Métodos

Se realizó una investigación bibliográfica en octubre de 2019 sobre el tema del absceso periamigdalares y las directrices actuales en el manejo de esta entidad. Se revisaron fuentes de internet y textos impresos que son de referencias en la especialidad. Se utilizaron como palabras claves para la búsqueda: absceso, morbilidad e infecciones. Se revisaron 52 bibliografías; solo se utilizaron para el trabajo 29 referencias por ser las más actualizadas.

Análisis y síntesis de la información

Según el autor *Gonzalo*,⁽⁵⁾ en su texto “Otorrinolaringología Práctica”, en el año 1945, definió el absceso periamigdalares como:

...infección del tejido laxo periamigdalares por gérmenes habituales de la amigdalitis aguda, especialmente estreptococo hemolítico, y que puede verse como una crisis aguda o la complicación de una amigdalitis crónica, observándose exclusivamente en la edad adulta y se produce por la retención caseosa en las criptas amigdalares, especialmente en la fosita supraamigdalares, siendo la presencia del divertículo

supratonsilar (Seno de Tourtual) la disposición anatómica que favorece las recidivas.

Posteriormente, en el texto de referencia de la especialidad, “Clínica Otorrinolaringológica”, del autor *Thompson*, se precisó un concepto más amplio en base al desarrollo del estudio de la microbiología y anatomía faríngea:

...inflamación aguda que ocasiona supuración del tejido celular que rodea la amígdala, y su aparición se ve favorecida por predisposiciones anatómicas locales e infecciones localizadas o de vecindad. ⁽⁶⁾

En la actualidad se define como una infección aguda localizada entre la cápsula de la amígdala palatina y el músculo constrictor superior de la faringe. ⁽⁷⁾

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. ⁽⁸⁾

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. ⁽⁹⁾

El diagnóstico de absceso periamigdalino generalmente se basa en los hallazgos clínicos. La elección entre la punción y/o incisión y drenaje en el tratamiento de los abscesos periamigdalinos es controversial. ⁽¹⁰⁾

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 y dar lugar a una tromboflebitis de la vena yugular, una infección profunda desecante del cuello, mediastinitis u osteomielitis de las vértebras cervicales. ⁽¹¹⁾

No existe un consenso respecto al predominio del periodo estacional de este cuadro, la mayoría de los autores informan que la incidencia es más alta en los meses de primavera y otoño. ^(12,13)

Existen dos teorías en cuanto a la formación de estos abscesos, que no se contraponen:

1. La tradicional (aceptada por la mayoría) postula que el proceso infeccioso, inicialmente una celulitis, con frecuencia evoluciona a la formación de un absceso localizado entre el lecho amigdalino y la cápsula de tejido conectivo que envuelve a la misma.
2. La formulada por *Passy*⁽¹⁴⁾ propone que la infección se origina en el grupo de glándulas salivales de Weber, ubicadas en el área superior al polo amigdalino. La infección generalmente es unilateral, aunque existen casos raros bilaterales asociados a mononucleosis infecciosa.⁽¹⁵⁾

La controversia en el manejo del absceso periamigdalario

A pesar de numerosas publicaciones sobre el tema, algunos aspectos del manejo clínico del absceso periamigdalino continúan siendo motivo de controversia. En la actualidad existe una amplia variación entre los distintos métodos de manejo de estos pacientes.^(3,4,16)

Existen diversas tendencias en cuanto a cómo enfrentar este problema de salud, que incluye la conducta intrahospitalaria o ambulatoria, como los estudios de gabinete que deben realizarse, desde ultrasonido intraoral hasta tomografía computada; el drenaje por punción, incisión o amigdalectomía inmediata (Quinsy); y el empleo del esquema antimicrobiano.^(4,7)

En cuanto al diagnóstico del absceso periamigdalino, existen estudios comparativos para el empleo del juicio clínico, que varían entre la tomografía computada y el ultrasonido oral. *Scott* y colaboradores concluyen que el ultrasonido intraoral tiene una especificidad de 100 %, sin una pérdida significativa de sensibilidad (89 %); mientras la tomografía computada tiene una especificidad de 75 % y una sensibilidad de 100 %, y que es mucho más sensible que el diagnóstico clínico (sensibilidad 78 %, especificidad 75 %). Por esta razón, se propone el empleo del ultrasonido en el diagnóstico de esta enfermedad, especialmente con el fin de diferenciar la celulitis del absceso.⁽¹⁷⁾

Según la experiencia de los autores, los pacientes que acuden a consulta son valorados inicialmente desde el punto de vista clínico (aspecto que no es sustituido por ninguna prueba complementaria), se analiza su estado general y se observan si las manifestaciones producen incapacidad para el desarrollo de sus actividades habituales, así como el autocuidado.

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* y colaboradores, en un estudio con

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 %.⁽¹⁸⁾

Se tiene además muy en cuenta las enfermedades crónicas asociadas, capacidad mental, nivel intelectual para entender el manejo adecuado de la enfermedad, así como la accesibilidad a los servicios médicos. Por ejemplo, en la región de Villa Clara existe una extensa área montañosa poblada, en la cual el acceso al segundo nivel de atención se dificulta y es ahí donde la pericia del médico de la familia juega su papel en el manejo de esta enfermedad. Además, se tiene en cuenta la disponibilidad farmacológica; es conocido a que la situación económica que cursa el país por las medidas del bloqueo económico impuesto por el gobierno de los EE.UU. dificulta el abastecimiento de medicinas claves en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, es por ello que la prevención es la principal opción.

La literatura se refiere a diferentes algoritmos para el manejo del absceso periamigdalario⁽¹⁹⁾ pero se considera que, si bien hay pautas internacionales, estas deben adecuarse al paciente, condiciones y recursos médicos al alcance de la mano que no vayan en detrimento de la calidad en la atención médica y manejo de la evolución, así como evitar las complicaciones para el enfermo.

El diagnóstico clínico basado en el cuadro clínico característico, es el arma más eficaz de los profesionales con experiencia, dejando los estudios de imagen y otros de carácter invasivo para las presentaciones menos comunes o abscesos que se localicen en la región posterior o cuyo desarrollo comprometa estructuras de contigüidad en el cuello o la vía aérea.

En un estudio publicado en la *Revista Portuguesa de Otorrinolaringología y Cirugía Cérvico-Facial*, en 2008, plantea que, de 198 pacientes incluidos, la punción que se realizó para confirmar la sospecha clínica fue positiva en el 57 %.⁽²⁰⁾ Se coincide en el hecho de que la punción puede ser realizada con carácter diagnóstico y terapéutico, solo en caso de que existan dudas en el diagnóstico o cuando las manifestaciones clínicas no sean las habituales, porque puede ser en ocasiones origen de complicaciones.

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 diversos proceder.^(20,21,22)

La investigación desarrollada en la Universidad de Granma, en Cuba, en el 2018, muestra en su estudio retrospectivo de 5 años, que el proceder quirúrgico más empleado en el estudio

fue la punción.⁽²³⁾ La indicación de punción más drenaje o de incisión más drenaje está ampliamente avalada por la literatura, pero en Cuba se prefiere usar la punción como diagnóstico y si en las primeras 48 h no hay drenaje espontáneo se procede al drenaje quirúrgico, pues como se explicó se tiene en cuenta el estado del paciente, localización del absceso y compromiso general del caso.

El cultivo microbiológico en el momento del ingreso es también controversial, el cultivo de la secreción generalmente resulta polimicrobiano.^(24,25) Las bacterias más frecuentemente descritas en los resultados de los cultivos son *streptococcus* del grupo A, *streptococcus milleri* dentro del grupo de los microorganismos aerobios, y bacterias del tipo *fusobacterium* en el grupo anaerobio.^(24,26)

Otras literaturas son más extensas en mencionar otros agentes relacionados con la aparición de la enfermedad, bacterias aerobias: *streptococcus pyogenes*, *streptococcus* grupo *milleri*, *haemophilus influenzae*, *streptococcus viridans*, especies *neisseria*, *staphylococcus aureus* y bacterias anaerobias como, *fusobacterium*, *peptostreptococcus*, *porfiromonas*, *prevotella* y bacteroides.^(6, 27)

En Villa Clara, el cultivo se reserva para cuadros asociados a inmunodepresión o presentaciones poco habituales. Se comienza con terapia empírica para los gérmenes más habituales de esta entidad y sobre todo con una adecuada discusión del caso en el comité fármaco-terapéutico para la elección del antibiótico con el manejo consensado del especialista en otorrinolaringología.

La terapia antibiótica que más se usa en la provincia, está en correspondencia con las descritas a nivel internacional y aprobada en los consensos de guías de tratamiento; los betalactámicos, cefalosporinas e imidazoles son las terapias de elección.

Gerais²⁰ informó excelentes resultados con el protocolo de tratamiento de protección gástrica, dosis intravenosa de amoxicilina-clavulánico (2 g) y metronidazol (1 g). En pacientes con alergia a la penicilina, se eligió clindamicina (600 mg) como terapia única. Se empleó dosis de metilprednisolona intravenosa de 1-2 mg por kg de peso.

Se continuó con medicación oral durante 7 días con amoxicilina-clavulánico (875 mg cada 8 h) y metronidazol (500 mg cada 8 h), analgesia y protección gástrica; en casos de utilizar la clindamicina por alergia, se empleó 300 mg cada 8 h.⁽¹⁹⁾

En los últimos años se ha incrementado el uso de los esteroides en las afecciones del anillo de Waldeyer. Importantes publicaciones^(2,7) hablan a favor de su eficacia siempre en las dosis indicadas y con el seguimiento adecuado para estos medicamentos. Según la

experiencia de los autores, es una alternativa que, sumada a todas las demás pautas del tratamiento, ofrece al enfermo una mejoría considerable de los síntomas.

O'Handley⁽⁹⁾ en una investigación sobre guías de tratamiento en el absceso periamigdalino, pondera el uso de dosis única de esteroides; los autores de este trabajo lo han empleado con excelentes resultados.

Un aspecto que llama considerablemente la atención es que, según los tratamientos actualizados del tema,^(1,9) los gargarismos de soluciones antisépticas o creadas al efecto no se mencionan de manera sistemática en las revisiones de los protocolos de tratamiento, pues se centran principalmente en el manejo invasivo de la enfermedad.

González⁽⁵⁾ mencionaba los gargarismos alcalinos helados y la aplicación de compresas frías en el cuello, quedando un poco en desuso por los especialistas actuales, pero que no dejan de ser útiles en el manejo de los síntomas del paciente en las etapas iniciales, en ausencia de colección de pus, aspecto común a cualquier absceso.

Los autores Palchun y Voznesesnsky⁽²⁸⁾ en su texto “Enfermedades de la nariz, la garganta y el oído”, proponen ante los abscesos periamigdalinos el uso de las compresas tibias sobre el cuello, gargarismos tibios e irrigaciones de la cavidad bucal y de la faringe con infusión de manzanilla, salvia o solución salina, así como las infusiones de té e inhalaciones de vapor.⁽¹²⁾

Los autores de este trabajo coinciden en que los gargarismos no son solo necesarios sino parte del tratamiento. Las soluciones para estos varían desde té o infusiones medicinales, solución salina, soluciones yodadas, soluciones de clorhexidina; para una mejoría de los síntomas y acortamiento del curso del absceso deben ser tibias y realizadas con una frecuencia media aproximada de cada 2 h. Estas soluciones mejoran el trismo, derivado de la inflamación de los músculos pterigoideos, así como la posibilidad de alimentación del paciente; además, aceleran la colección del proceso y posibilita nel drenaje espontáneo en muchas ocasiones.

Antiguamente se consideraba la amigdalectomía del paciente, pero actualmente se en la literatura menciona que *la amigdalectomía en caliente practicada durante la evolución del flemón o en tibio efectuada una vez drenado el pus, son procedimientos en desuso en la época actual.*⁽⁶⁾

Liji,⁽²⁹⁾ en un estudio realizado en febrero de 2019 en la Universidad de Calcuta, refiere que el absceso periamigdalinar puede reocurrir en el 9 al 22 % de los pacientes, en aquellos que ya sufrieron un episodio anterior. También explica que la amigdalectomía posterior, practicada después de unas 3-4 semanas, puede ser efectiva. En Cuba se prefiere mejorar el estado

general del paciente, sobre todo desde el punto de vista dentario y faríngeo, para una posterior intervención que garantice el éxito y la recuperación del enfermo.

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 recurrencia.⁽¹⁶⁾

Se concluye que la investigación sobre este tema no se encuentra aún agotada. El presente estudio solo propone diferentes puntos de vista basados en los clásicos de la especialidad e investigaciones recientes del tema. No se puede obviar el manejo individualizado en cada caso; se debe tomar en consideración la forma de presentación de la enfermedad, el medio socioeconómico que se trate, así como las herramientas al alcance de la mano. Es necesario recordar que el absceso periamigdalino, aunque de incidencia baja, existe, y constituye un problema de salud real, para Cuba y para el mundo.

Referencias bibliográficas

1. Laura R, Aguilar B, Juárez. Caracterización clínico terapéutica de los abscesos en nariz, oído y orofaringe. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Decanato de Ciencias de la Salud. Barquisimeto-Venezuela. Boletín Médico de Posgrado. 2017;1:11-9.
2. Klug T, Rusan M, Fursted K, Ovesen T. Peritonsillar Abscess: Complication of Acute Tonsillitis or Weber’s Glands Infection? Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;155:199-207.
3. Birth L, Norman S. Peritonsillar Abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;4(1):14-21.
4. Galioto N. Peritonsillar abscess. Am Fam Physician (Belgica). 2008;77:199-202.
5. Gonzalo P. Otorrinolaringología Práctica. 2da ed. La Habana: Editorial Obispo 530; 1945. p. 208-10.
6. Thompson V, Bertelli J, Campos Robbio J, Zubizarreta J. Clínica Otorrinolaringológica. 2da ed. La Habana: Edición revolucionaria; 1975. p. 322-3.
7. Healy C. Peritonsillar abscess. Philadelphia: Edition Ferri’s Clinical Advisor, Mosby Elsevier; 2018.
8. Harrison L. Peritonsillar Abscess. J Laryngol Otol Stokolmo. 2016;4(2):21-32
9. O’Handley J, Tobin E, Tagge B. Clinical Features of Peritonsillar Abscess. En: Rakel L. Text book of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.

10. Shirley W, Woolley A, Wiatrak, B. Management of Peritonsillar Abscess. En: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010.
11. Schwartz R. Complications of Peritonsillar Abscess. En: Long Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases Revised Reprint. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2009.
12. Beeden A, Evans N. Quinsy tonsillectomy a further report. J Laryngol Otol (Philadelphia). 1970;84:443-8.
13. Schechter G, Sly D, Roper A, Jackson R. Changing face of treatment of peritonsillar abscess. J Laryngoscope (Belgica).1982;92:657-9.
14. Passy V. Pathogenesis of Peritonsillar Abscess. J Laryngoscope. 1994;104:185-90.
15. Burstin P, Marshal C. Infectious mononucleosis and bilateral Peritonsillar abscesses resulting in airway obstruction. J Laryngol Otol (Belgica). 1998;112(12):1186-8.
16. Johnson R. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;128(3):332-43.
17. Scott P, Loftus W, Kew J, Ahuja A, Yue V, Van H. Diagnosis of peritonsillar infections: a prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. J Laryngol Otol. 1999;113(3):229-32.
18. 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):52-5.
19. Stringer S, Schaefer S, Close L. A randomized trial for outpatient management of peritonsillar abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1988;114:296-8.
20. Gerais M. Peritonsillar abscess. Rev Port Otorrinolaringol Cir Cérvico-Facial. 2008;46(1):44-51.
21. Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol. 1991;105:743-5.
22. Herzon F. Peritonsillar abscess: incidence, current management practice and a proposal for treatment guidelines. J Laryngoscope. 1995;105(74):1-17.
23. Hernández D. Absceso periamigdalino. Nuestra experiencia en 5 años. Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Hospital Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”. Multimed, Rev Méd Granma. 2018;8(1):14-6.
24. Robinson W. Peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;4(2):1-6.

25. Tagliareni J, Clarkson E. Tonsillitis, peritonsillar and lateral pharyngeal abscesses. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2012;24:197-204.
26. Kaussen P. Peritonsillar Abscess. J Laryngol Otol (Belgica). 2014;2(1):2-6.
27. Schraff S. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. J Pediatr Otorhinolaryngol. Stokolmo. 2011;8(3):6-11.
28. Palchun V, Vozonesenki N. Enfermedades de la nariz, la garganta y el oído. Editorial Moscú: Rusia; 1991.
29. Liji T. What is Quinsy? J Laryngol Otol University of Calcuta, Kerala. 2019;6(2):8-12.

Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflicto de intereses.

Contribución de los autores

- Magdiel Rodríguez Labrada: Realizó el diseño del estudio, dirigió el análisis de los datos, escribió un primer borrador del manuscrito, participó en la redacción definitiva del manuscrito y dio su aprobación a la versión final.
- Rosa Caridad Truffin Hernández: Participó en la redacción definitiva del manuscrito.
- Manuel Alejandro Hernández Pérez: Realizó la revisión bibliográfica y participó en la redacción del manuscrito.
- Anisela Expósito Pérez: Realizó la revisión bibliográfica