

Anales Médicos

Volumen 46
Volume

Número 3
Number

Julio-Septiembre 2001
July-September

Artículo:

Manejo médico y quirúrgico del absceso periamigdalino. Experiencia de cinco años

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

Manejo médico y quirúrgico del absceso periamigdalino. Experiencia de cinco años

Gerardo Arturo Bravo Escobar,* Daniel Bross Soriano,* José Arrieta Gómez,*
José Schimelmitz Idi,* Santiago Jorba Basave*

RESUMEN

El absceso periamigdalino es una patología infecciosa grave, que frecuentemente se atiende en nuestra división. Para su manejo existen diversas opciones en la actualidad. La incisión y drenaje, acompañada de tratamiento con penicilina y clindamicina, es la elección de nuestro servicio. Se realizó una revisión de los expedientes de pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino del primero de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2000, incluyéndose 117 casos en el presente estudio. Se midió la eficacia del tratamiento médico y quirúrgico, la frecuencia de complicaciones, así como la realización de amigdalectomía de intervalo. Se encontró una eficacia de 88.4% para el procedimiento de incisión y drenaje. En todos los casos el tratamiento antimicrobiano inicial fue efectivo, de los cuales 89.7% recibieron penicilina y clindamicina. La única complicación encontrada fue la persistencia del absceso en 11.6% de los casos, resuelta en todos con un segundo drenaje. Se realizó amigdalectomía de intervalo a 43.6% de los pacientes. **Conclusión:** La incisión y drenaje tiene una eficacia superior a otras técnicas para drenaje, el esquema antimicrobiano de penicilina y clindamicina puede considerarse de elección para el manejo del absceso periamigdalino. Un porcentaje relativamente bajo de nuestros pacientes acepta la realización de amigdalectomía, colocándolos bajo un mayor riesgo de recurrencia.

Palabras clave: Absceso periamigdalino, amigdalitis, amigdalectomía.

INTRODUCCIÓN

La celulitis y los abscesos periamigdalinos (AP) son una de las patologías infecciosas de cabeza y cuello que más frecuentemente requieren manejo quirúrgico, pudiendo

ABSTRACT

*Peritonsillar abscess is a severe infectious disease, been a common cause of consultation at our division, it's actual management includes different modalities, among which incision and drainage, followed by antimicrobial therapy with penicillin and clindamycin are our choice. A clinical records review with peritonsillar diagnosis was done, from January 1st of 1996 through December 31st of 2000, including 117 cases in the present study. We measured the efficacy of medical and surgical treatment, the frequency of complications, and the number of tonsillectomies done in this group. An 88.4% efficacy for the surgical management was found. Of the total of patients, 89.7% received penicillin plus clindamycin as medical treatment, none of them requiring change of it. The only complication found was persistence of the abscess in 11.6% of the cases, all of which solved with a second drainage. Interval tonsillectomy was performed in 43.6% of the patients. **Conclusion:** Incision and drainage posses a higher efficacy than other surgical options, the penicillin plus clindamycin combination can be considered a first choice antimicrobial combination. A relative low percentage of our patients accept to undergo tonsillectomy, placing then under higher recurrence risk.*

Key words: Peritonsillar abscess, tonsillitis, tonsillectomy.

llegar a presentar complicaciones potencialmente mortales.¹ Se presentan generalmente en pacientes jóvenes, siendo raros en niños y ancianos. Con frecuencia existe el antecedente de faringoamigdalitis recurrente. Existen dos teorías en cuanto a la formación de estos abscesos, que en realidad no se contraponen, 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; y la formulada por Passy,² en la que propone que la infección se origina en el grupo de glándulas salivares de Weber, ubicadas en el área superior al

* División de Otorrinolaringología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud.

Recibido para publicación: 7/07/01. Aceptado para publicación: 25/09/01.

Dirección para correspondencia: Dr. Daniel Bross Soriano
Alejandro Dumas 39-PB, Col. Polanco, 11560 México, D.F.
Fax: 5282-4565. E-mail: dbross@glw.com.mx

polo amigdalino. La infección generalmente es unilateral, aunque existen casos raros bilaterales asociados a mononucleosis infecciosa;³ se acompaña de dolor severo, disfagia y otalgia ipsilateral referida. Ocasionalmente se acompaña de trismus por irritación de la musculatura pterigoidea. A la exploración se encuentra usualmente edema del paladar blando y pilar anterior del lado afectado, con desplazamiento de la amígdala y la úvula. Con el cultivo generalmente se demuestran infecciones polimicrobiana, obteniéndose tanto microorganismos aerobios como anaerobios. A pesar de su incidencia, existen diversas tendencias en cuanto al manejo que debe darse a los pacientes con este problema, incluyendo manejo intrahospitalario o ambulatorio; estudios de gabinete que deben realizarse, desde ultrasonido intraoral hasta tomografía computada; drenaje por punción, incisión o amigdalectomía inmediata (quinsy); así como el esquema antimicrobiano que debe emplearse.

En cuanto al diagnóstico del absceso periamigdalino, existen estudios comparativos para el empleo del juicio clínico, tomografía computada y 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 lo que proponen el empleo del ultrasonido en el diagnóstico de esta patología, especialmente con el fin de diferenciar la celulitis del absceso.⁴ Lo anterior no necesariamente tiene aceptación universal, hay quienes incluso recomiendan el empleo de tomografía computada, como Friedman en su serie de cinco casos en menores de cinco años.⁵

En cuanto al manejo antimicrobiano ideal, cabe señalar que el estudio de Kieff y colaboradores no demuestra ninguna ventaja en el empleo de antibióticos de amplio espectro en comparación del empleo de penicilina, cuando ambos se utilizan de manera intravenosa; previamente los pacientes fueron sometidos a punción para localización e incisión para drenaje del absceso.⁶ Para pacientes que no requirieron hospitalización, a diferencia de los mencionados antes, existe la recomendación de emplear penicilina procaínica por vía intramuscular, dejando la combinación de ampicilina/sulbactam para casos de resistencia al tratamiento con penicilina.⁷ Sin embargo, Cannon y Chambers proponen en su estudio no sólo la realización de amigdalectomía como parte del manejo al momento de drenar el absceso, sino el empleo de una cefalosporina.⁸

La realización de punción, incisión o amigdalectomía también genera importantes disyuntivas. Tradicionalmente se había empleado la amigdalectomía para el manejo del absceso periamigdalino, pero con la aparición de estu-

dios que proponen indicaciones, absolutas y relativas para dicho procedimiento se han publicado estudios en sentidos opuestos. Marchal publicó una serie de 53 casos, en la que aproximadamente la mitad fueron sometidos a amigdalectomía "caliente" (como parte del drenaje del absceso) y la otra mitad a amigdalectomía "fría", o de intervalo. Tomando en cuenta que 33% de los pacientes presentaron abscesos posteriores, lo cual dificulta su drenaje sin la realización de amigdalectomía, y la ausencia de un incremento significativo de complicaciones a comparación del grupo sometido a amigdalectomía fría, concluyen que la amigdalectomía caliente es un procedimiento seguro, que debe realizarse cuando se considera indicado el drenaje quirúrgico de un absceso periamigdalino.⁹ En el mismo sentido, Susuki propone el mismo manejo ante la pronta recuperación y la ausencia de complicaciones que reporta.¹⁰ En el otro extremo se encuentran estudios que proponen el drenaje del absceso por punción con aguja, reservando la amigdalectomía para los casos de falla.¹¹ Este abordaje ha tomado fuerza como parte de un arsenal de opciones para el absceso periamigdalino, difícilmente se propone como el único tratamiento, sino como una opción a tomarse en cuenta en casos seleccionados.¹² Finalmente, la opción intermedia, incisión, parece reservarse a casos que no ameritan amigdalectomía (ausencia de faringoamigdalitis recurrente) en los que no puede drenarse el absceso por punción.¹³

Los objetivos de este estudio fueron: Determinar la eficacia del manejo quirúrgico para el absceso periamigdalino basado en incisión y drenaje, así como la eficacia del esquema antimicrobiano empleado en nuestra división. Medir la frecuencia de amigdalectomía en pacientes con antecedente de absceso periamigdalino.

Lo anterior con base en que no existe literatura en nuestro hospital que nos ayude a seleccionar con criterio científico el manejo quirúrgico y antimicrobiano ideal de pacientes con absceso periamigdalino. Considerando que no es un problema infrecuente, y que representa un problema potencialmente mortal, es importante hacer una revisión del manejo y la eficacia de éste en pacientes atendidos en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con un diseño descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal, se realizó una revisión de los expedientes de pacientes hospitalizados por la División de Otorrinolaringología con el diagnóstico de absceso periamigdalino del primero de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2000. Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino. Se excluyeron los casos con presencia de patologías sistémicas, así como aque-

llos que, al momento de su ingreso, presentaban abscesos en otras regiones. Fueron eliminados aquellos expedientes incompletos.

Se hizo una caracterización por edad, sexo, patologías previas coexistentes al momento del diagnóstico. Se describió el manejo médico/quirúrgico establecido, el tiempo de estancia hospitalaria, las complicaciones encontradas, la frecuencia de reintervención quirúrgica, el fracaso del esquema antimicrobiano inicial y la realización de amigdalectomías de intervalo.

RESULTADOS

Fueron recabados 135 expedientes de pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino en el periodo revisado; de éstos, 18 fueron excluidos, nueve por coexistencia de diabetes mellitus (en dos de estos pacientes fue necesaria la realización de traqueostomía por la magnitud del absceso que impidió la intubación del paciente), otros nueve expedientes se retiraron del estudio por coexistencia de abscesos en diversos espacios profundos de cuello, dos de ellos con una presentación clínica típica de angina de Ludwig. Por lo que en el presente estudio se incluyeron 117 casos.

De los casos incluidos, 55.6% correspondieron a mujeres (65 casos) y 44.4% a hombres (52 casos). El rango de edad de presentación fue de 4 a 59 años, con una edad promedio de 30.4 años (*Cuadro I*). El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 2.1 días (rango: 0 a 5 días) (*Cuadro II*).

No fue necesario cambiar el esquema antimicrobiano inicial en ningún caso. El esquema inicial siempre fue penicilina con clindamicina, excepto en aquellos pacientes que refirieron alergia a alguno de estos medicamentos, en cuyo caso se empleó el esquema considerado conveniente por el médico encargado de ingresar al enfermo. Ciento cinco pacientes recibieron tratamiento con penicilina y clindamicina, seis con penicilina y metronidazol, dos con ofloxacilina y clindamicina y dos únicamente con clindamicina.

En cuanto a complicaciones se refiere en 13 casos (11.6%) se tuvo que hacer un segundo procedimiento de drenaje o permeabilización, sobre la incisión inicial, para permeabilizar la salida de material purulento, por persistencia de la sintomatología o ausencia de mejoría clínica. En dos casos se presentó hemorragia posamigdalectomía, misma que se realizaron en frío, por lo que se consideran más bien una complicación del procedimiento quirúrgico que del infeccioso.

Se sugirió a todos los pacientes la realización de amigdalectomía, como medida para la prevención de la recurrencia, operándose un total de 51 (43.6%). Dos en-

Cuadro I. Casos de absceso periamigdalino por grupo etario.

Grupo de edad (años)	Casos
0 a 10	3
11 a 20	6
21 a 30	60
31 a 40	30
41 a 50	12
51 a 60	6
Total	117

Cuadro II. Días de estancia hospitalaria.

Días de estancia hospitalaria	Casos
0	6
1	30
2	45
3	21
4	12
5	3
Promedio	2.1

fermas no se han operado, por encontrarse embarazadas el día que tenían programada su cirugía. Uno de los pacientes que no se operó de amigdalectomía presentó recurrencia del absceso periamigdalino seis meses después del primer cuadro, volviendo a rechazar la realización de la cirugía; otro sujeto, también después del primer cuadro y haber rechazado la cirugía, presentó recurrencia del absceso un año después, aceptando en la segunda ocasión la realización de la amigdalectomía. De los pacientes operados, uno refirió haber presentado dos abscesos previamente, es decir, el cuadro manejado por nuestro servicio era el tercero. Finalmente, se operaron seis pacientes con historia de un absceso previo al manejado por nuestro servicio. Detectándose en total nueve pacientes (7.7%) con recurrencia del absceso.

DISCUSIÓN

En la división de otorrinolaringología del Hospital Dr. Manuel Gea González, la técnica de incisión y drenaje es empleada siempre para el manejo de absceso periamigdalino. Con dicha técnica se tuvo que realizar una nueva permeabilización, es decir, sin realizar una nueva incisión, introducir una pinza para completar o reabrir la disección de la cápsula periamigdalina para terminar de drenar el absceso, en un 11.6% de los casos, si esto se compara con una

efectividad de 75% reportada por Weiberg y colaboradores para el drenaje por punción con aguja, no parecería conveniente cambiar de técnica, aunque es importante señalar que la población adulta coopera más que la pediátrica, en quien realizó su estudio Weiberg. Pero si se compara nuestro resultado con el reportado por Savolainen, quien informa una efectividad de 91.8% con su técnica de tres punciones con aspiración, pero que presentan una recurrencia de 17% en un periodo de sólo dos meses, aún podemos considerar que la incisión y drenaje presenta una efectividad significativamente mayor. Aquí es importante agregar lo que dicho autor menciona en su artículo, tal vez deba reservarse la punción a casos seleccionados, que presenten un cuadro de moderada intensidad, sin antecedentes de cuadros recurrentes.

El esquema antimicrobiano recomendado por Fairbanks es la clindamicina, del cual desafortunadamente no se menciona la efectividad, mientras que en nuestro hospital casi todos los pacientes reciben desde un inicio penicilina y clindamicina. En la revisión se encontraron sólo dos pacientes alérgicos a la penicilina que recibieron como manejo antimicrobiano únicamente clindamicina, sin encontrarse problema en el empleo de un tratamiento con monoterapia. Sin embargo, la cantidad de pacientes es incomparable a los que recibieron también penicilina. Por otro lado, Kieff reporta una evolución clínica similar al comparar diversos antimicrobianos parenterales contra un esquema basado únicamente en penicilina intravenosa. Sería necesario hacer un estudio comparativo para evaluar la eficacia de ambos tratamientos, aun así, en nuestra opinión, es más importante un adecuado drenaje quirúrgico de la colección purulenta.

En nueve se encontró extensión del absceso periamigdalino a otros espacios profundos del cuello antes de iniciar manejo por nuestro servicio (y por lo que no se incluyeron en nuestro análisis estadístico); también fue necesaria la realización de dos traqueostomías en sujetos diabéticos con abscesos periamigdalinos masivos. Estos casos no se incluyen en complicaciones del manejo por obvias razones; sin embargo, son reflejo de la historia natural que puede seguir el absceso periamigdalino. Afortunadamente, ninguno de los paciente sin patología sistémica que iniciaron tratamiento oportuno presentaron extensión del absceso o necesidad de realizar traqueostomía para asegurar la vía aérea. En el único caso de absceso periamigdalino bilateral no se encontró causa aparente para esta rara presentación, contrario a la asociación a infección por mononucleosis infecciosa que propone Burstin en su reporte.

En 7.7% de los casos incluidos se encontró, sin ser el motivo del estudio, recurrencia del absceso; esto es importante si se considera que sólo 43.6% de los sujetos

aceptó la realización de amigdalectomía de intervalo. Afortunadamente, la mayoría de los enfermos operados fueron aquellos jóvenes con historia de faringoamigdalitis recurrente, a quienes se les considera con mayor riesgo de presentar nuevos abscesos periamigdalinos.

La tendencia actual para el manejo de absceso periamigdalino es la realización del drenaje y continuar con manejo ambulatorio. Si se considera que el promedio de estancia hospitalaria de los pacientes incluidos en este estudio, que fue de 2.1 días, parecería que el manejo no es necesariamente el adecuado; pero en este caso sucedió al revés, se incluyó sólo a los enfermos que se internaron formalmente, los cuales representan una minoría del total de los pacientes que acuden a nuestro hospital por dicha patología. Lo anterior concuerda con el meta-análisis realizado por Herzon, en el que reporta una estancia promedio de dos días en pacientes que requirieron hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nielsen TR, Clement F, Andreassen UK. Mediastinitis- a rare complication of a peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 1996; 110 (2): 175-176.
2. Passy Victor. Pathogenesis of Peritonsillar Abscess. *Laryngoscope* 1994; 104: 185-190.
3. Burstin PP, Marshal CL. Infectious mononucleosis and bilateral Peritonsillar abscesses resulting in airway obstruction. *J Laryngol Otol* 1998; 112 (12): 1186-1188.
4. Scott PM, Loftus WK, Kew J, Ahuja A, Yue V, Van Hasselt. Diagnosis of peritonsillar infections: a prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. *J Laryngol Otol* 1999; 113 (3): 229-232.
5. Friedman NR, Mitchel RB, Pereira KD, Younis RT, Lazar RH. Peritonsillar abscess in early childhood. Presentation and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123 (6): 630-632.
6. Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS, Salman SD. Selection of antibiotics after incision and drainage of peritonsillar abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120 (1): 57-61.
7. Yilmaz T, Unal OF, Figen G, Akyol MU, Ayas K. A comparison of procaine penicillin with sulbactam-ampicillin in the treatment of peritonsillar abscess. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255 (3): 163-165.
8. Cannon CR, Chambers A. Peritonsillar abscess in children. *J Miss State Med Assoc* 1999; 40 (3): 78-80.
9. Marchal F, Dulguerov P, Lehmann W. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1995; 112 (8):393-398.
10. Susuki M, Ueyama T, Mogi G. Immediate tonsillectomy for peritonsillar abscess. *Auris Nasus Larynx* 1999; 26 (3): 299-304.
11. Weinberg E, Brodsky L, Stanievich J, Volk M. Needle aspiration of peritonsillar abscess in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119 (2): 169-172.
12. Jakobsen MH. *Ugeskr Laeger* 1993; 25; 155 (43): 3480-3482.
13. Savolainen S, Jousimies-Somer HR, Makitie AA, Ylökoski JS. Peritonsillar abscess. Clinical and microbiologic aspects and treatment regimens. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119: 521-524.
14. Fairbanks DNF. Drugs of choice. In: Fairbanks DNF (ed). *Pocket guide to antimicrobial therapy in otolaryngology head and neck surgery*. 8th ed. Alexandria: AAO-HNS, 1996: 68.