

# *Diagnóstico y Conducta en la Amigdalitis Crónica*

*Bernardo Ejzenberg*

La amigdalitis crónica es una enfermedad que se caracteriza por la infección persistente de las amígdalas. Lo simple de esta definición está muy distante de la práctica pediátrica y otorrinolaringológica, donde muchas veces hay dudas en cuanto al diagnóstico y el tratamiento. Los textos médicos tienen a la amigdalitis crónica como una **entidad clínica con perfil establecido** - obstrucción de la vía aérea alta, decurrente del aumento del volumen de las amígdalas palatinas y adenoides, y infecciones repetidas, con repercusiones sistémicas en cuanto al bien estar y el desarrollo. Esto es ciertamente verdadero para los casos más intensos y floridos donde están presentes la fiebre recurrente, odinofagia, dificultad para tragar, infartamiento ganglionar submandibular y cervical, halitosis, respiración bucal, y alteraciones generales en el ánimo, el apetito, y en la tonalidad de la piel, pálida. El cuadro puede tener agudizaciones frecuentes, y a veces intensas, en cuanto al dolor y la fiebre. La obstrucción de la vía aérea puede originar ronquido, apnea del sueño, deformidad torácica y, al extremo, una sobrecarga cardíaca e insuficiencia cardíaca. Las manifestaciones sistémicas son muy variadas en intensidad, incluyendo desde el cansancio, mal humor, poca capacidad de aprendizaje, y enuresis nocturna. Al examen físico se observa el cansancio del niño, con una estatura y peso reducidos para el patrón familiar. La *fascies* es adenoidea, la respiración bucal y la voz anasalada. En la cavidad oral, hay hipertrofia de las amígdalas, que a veces están pediculadas, con casium en las criptas, que son profundas. El paladar es alto, y el aumento de la secreción amigdalina le da un olor fétido persistente a la boca. Hay infartamiento ganglionar submandibular, y a veces cervical. Muchas veces hay una historia familiar parecida, que posibilita un **diagnóstico** fácil, por los padres o los parientes. Los recursos de estudios de imagen y la endoscopia nasal ayudan a evaluar otras enfermedades concomitantes, así como la timpanometría para evaluar el oído medio .

Los casos floridos descritos anteriormente tienen una indicación **de tratamiento** quirúrgico, que reduce el número de episodios infecciosos posteriores, en media, en 1,5 episodios/año. Sin embargo, ni siempre el cuadro clínico es tan característico. Muchas veces la hipertrofia amigdalina es cuestionable, tanto por la variación asociada a la edad como a la posición en la fosa amigdalina. La hipertrofia también no es patognomónica; puede ser propia de aquel paciente o tener por causa la alergia. Por otro lado, se reconocen infecciones crónicas en amígdalas de pequeña dimensión, inclusive atróficas y ocultas atrás de los pilares.

También, las infecciones repetidas pueden asemejarse a rinofaringitis viral, sin acometer preferencialmente a las amígdalas. La obstrucción de las vías aéreas puede ocurrir por rinitis alérgica, a veces difícil de diferenciar de la hipertrofia de adenoides. La repercusión sistémica de la amigdalitis crónica es poco específica - poca disposición, mal resultado en la escuela, enuresis y crecimiento menor, pueden ser características individuales o decorrer de causas psíquicas, familiares e coyunturales. Muchas veces, la acción deletérea sistémica de la amigdalitis crónica se observa solo con la evolución pos quirúrgica del caso. La mejoría del apetito, de la disposición, de la tonalidad de la piel y, muchas veces, del humor y del rendimiento escolar es acentuada, y constituye la contra-prueba de la resolución de un problema crónico, como reconocen las familias sistemáticamente.

La dificultad en cuanto al diagnóstico de la amigdalitis crónica se debe a la ausencia de un examen diagnóstico específico y no invasivo, hasta nuestros días. Esto resulta en que la evaluación de los casos sospechosos, y la propia decisión terapéutica de realizar la cirugía sean, frecuentemente, realizadas en base empírica. El conocimiento de la epidemiología real de la enfermedad también está perjudicado.

**El diagnóstico histológico** de la amigdalitis crónica no es específico. Amígdalas removidas de casos intensos muestran, de modo general, gran hipertrofia de la estructura y alteración del epitelio con queratinización. Este aspecto está siempre presente, pero es imposible reconocer si esta alteración sería la causa primaria o la consecuencia de las infecciones repetidas. El aspecto encontrado en las amigdalitis recurrentes y en las persistentes es semejante, presuponiendo que es una única entidad clínica.

**El diagnóstico microbiológico** de la amigdalitis crónica tiene como principal característica la presencia de una flora bacteriana mixta dentro de la estructura, frecuentemente compuesta por anaerobios. Esto se observa en las piezas quirúrgicas removidas, así como en el material aspirado por punción de las amígdalas, con aguja fina. La flora bacteriana es bastante semejante a la verificada en la superficie amigdalina, que normalmente es considerada saprófita solamente. Las infecciones repetidas o persistentes por el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (SGA) y otros estreptococos piogénicos también ocurren en los casos crónicos, volviendo estos casos también microbiológicamente semejantes a las amigdalitis recurrentes.

**El diagnóstico inmunológico** de la amigdalitis crónica no puede hacerse en nuestros días. Sin embargo la hipótesis de inmunodeficiencia local congénita es fuerte, visto que los niños con amigdalitis crónica tienen una clara hereditariadad, un inicio precoz de las infecciones que están causadas frecuentemente por oportunistas (anaeróbios). La ausencia de otros sitios de infección en el organismo y la resolución del cuadro después de la adenoamigdalectomía corroboran esta hipótesis. En estos casos no fueron reconocidos defectos de inmunidad humoral, celular, ni tampoco de secreción local de inmunoglobulina de superficies. Bajo el aspecto fisiopatogenico, las dudas son mayores que la seguridad.

Es posible que el cuadro de **amigdalitis crónica sea mas frecuente de lo que se considera**, frente a algunas evidencias. El contingente de casos que podrían ser

reconocidos como de amigdalitis crónica parece envolver un grupo de aquellos reconocidos como recurrentes. En los niños operados por amigdalitis recurrente, no solo la citología es idéntica a la de las amigdalitis crónicas, como hay, casi uniformemente, una mejoría clínica, después de la cirugía: en la tonalidad de la piel, la disposición, el humor, el apetito, y en los resultados escolares. Esta mejoría constatada junto a los familiares, se refiere al día a día, y solo puede atribuirse a la remoción de un foco infeccioso que se mantiene crónicamente, en el cual los cuadros febriles constituyen apenas algunos instantes de empeoramiento. Por lo tanto, muchos otros casos diagnosticados como recurrentes son, en verdad, amigdalitis crónicas con episodios de exacerbación. Recurrencia es la manifestación clínica, pero el substrato es la alteración crónica, como se verifica en las piezas quirúrgicas. Esta hipótesis implica que los focos amigdalinos crónicos, no diagnosticados, pueden tener efectos deletéreos sistémicos no atribuidos a su acción. Otros casos crónicos menos acentuados en cuanto al número de infecciones y la obstrucción de la vía aérea podrían tener un acción deletérea sistémica significativa?

Esta pregunta ya tuvo una respuesta afirmativa en el pasado. La amigdalectomía era indicada no solo para las amigdalitis crónicas con infección recurrente, obstrucción respiratoria y “falla del crecimiento”. Durante décadas, en un período anterior a los años 70 del siglo pasado, la amigdalectomía era muy frecuente, se realizaba en niños que presentasen cualquier alteración general del apetito al desempeño escolar. En las últimas tres décadas la cirugía cayó en desuso, y muchos casos de amigdalitis crónica, aunque con intensa repercusión clínica, no se operaron, con pérdida para los pacientes y sus familias. Esto ocurrió porque la Medicina con base en la evidencia no encontró comprobación para el diagnóstico y para la terapéutica de estos casos menos intensos, frente a la multiplicidad de factores que intervienen - ambientales y hereditarios. **Algunos casos aislados constituyen evidencia todavía frágil de que estos casos pueden ocurrir**, o sea, que ciertas amigdalitis crónicas tengan un efecto local pequeño, con una repercusión sistémica significativa. Esto puede ser considerado como una de las posibilidades frente al gran contingente de niños que presentan poco apetito y disposición, color, y tienen una altura inferior a los padres. En este grupo, un grupo de los niños tienen infecciones faríngeas poco frecuentes - dos o tres episodios agudos anuales, y al examen físico presentan solamente un aumento limitado de las amígdalas, pequeños ganglios cervicales y algo de halitosis. No se puede dejar de conjeturar si la amigdalitis crónica podría ser la causa, o una parte de las causas, que originan estas repercusiones sistémicas. La falta de exámenes de comprobación es crucial, como fue expuesto previamente. Recuerdo uno de esos niños, que seguí desde el nacimiento. Desde el primer año de edad hasta los cuatro años tenía una altura persistentemente debajo del percentil 2,5 de la tabla do NCHS. Presentaba uno o dos episodios anuales de amigdalitis, que eran un poco mayores que lo habitual, de coloración eritematosa fuerte todo el tiempo, con una discreta halitosis. Después de la exploración de laboratorio extensa y negativa, le comenté sobre el único problema aparente del niño a su madre, las amígdalas. Sorprendentemente, un mes después el niño mes volvió al consultório

operado, por la solicitud de la madre a un profesional. Un año después la altura alcanzó el percentil 25 de la tabla del NCHS, y se mantiene allí hasta hoy, a los 10 años. Vi algunos otros de estos casos, dudosos en cuanto a la amigdalitis crónica, y con presencia de signos y síntomas leves faríngeos, pero que fueron operados y tuvieron una mejoría de las condiciones generales y del crecimiento. Este puede ser **otro grupo de casos de amigdalitis crónica no reconocida** – la de cuadros con intensidad moderada en cuanto a la sintomatología local, pero con repercusiones sistémicas.

El concepto diferente que los Pediatras y Otorrinolaringólogos tienen todavía hoy en relación a la ocurrencia y a las repercusiones de la amigdalitis crónica, explican las tasas diferentes de amigdalectomía en diferentes países. Todavía, el péndulo de la historia parece retroceder, con algunas indicaciones de amigdalectomía para alteraciones sistémicas inclusive neurológicas. Debe destacarse que la familia del paciente con alteraciones generales – de ánimo, bien estar, apetito, desempeño escolar y crecimiento, busca al Pediatra. Por tanto, parte de la decisión quirúrgica en cuanto a la necesidad de la amigdalectomía está en las manos de los Pediatras, que deben actuar en consonancia con los Otorrinolaringólogos.

En resumen, la amigdalitis crónica tiene un perfil clínico variado en cuanto a las repercusiones sistémicas y locales, en cuanto a la intensidad. La enfermedad parece ser más frecuente de los que se reconoce, muchas veces diagnosticada como amigdalitis recurrente. Los casos intensos son de fácil diagnóstico sin embargo, el contingente con menor repercusión local trae problemas importantes en cuanto a la conducta a seguir a los Pediatras y Otorrinolaringólogos. La falta de exámenes diagnósticos no invasivos y la poca especificidad de los efectos deletéreos sistémicos dificultan la propuesta de la conducta quirúrgica, la única reconocida como solución efectiva para la enfermedad, en los casos donde se busca la resolución de las alteraciones sistémicas.

### Lecturas recomendadas

1. Passàli D, Damiani V, Passàli GC, Passàli FM, Bocazzi A, Bellussi L. Structural and immunological characteristics of chronic adenotonsillar tissue in childhood. *Clin Diagn Lab Immunol* 2004;11:1154-7.
2. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002;112 (Suppl 2):6-10.
3. Kurien M, Sheelan S, Jeyasan L, Brahadathan TK. Fine needle aspiration in chronic tonsillitis: reliable and valid diagnostic test. *J Laryngol Otol* 2003;117:973-5.
4. Rudack C, Jorg S, Sachse F. Biologically active neutrophil chemokine pattern in amigdalitis. *Clin Exp Immunol* 2004;135:511-8.
5. Yilmaz T, Kocan EG, Besler HT. The role of oxidants and antioxidants in chronic tonsillitis and adenoid hypertrophy in children. *Int J Pediatr Otorhynol* 2004;68:1053-8.

6. Williams MD, Brown HM. The adequacy of gross pathological examination of routine tonsils and adenoids in patients 21 years old and younger. *Hum Pathol* 2003;34:1053-7.
7. İkinciogullari A, Dogu F, İkinciogullari A, Egin Y, Babacan E. Is immune system influenced by adenotonsillectomy in children? *Int J Pediatr Otorhyngol* 2002;66:251-7.
8. Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of children with recurrent amigdalitis? *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001;26:371-8.