Absceso periamigdalino

Fernando Álvez González

Concepto

El absceso periamigdalino (APA) o peritonsilar es una infección caracterizada por la formación de una colección purulenta típicamente unilateral, en un espacio comprendido entre los músculos constrictores de la faringe y la cápsula amigdalar. Se trata del espacio periamigdalino, que se extiende anterior y posteriormente a los pilares de la amígdala, por arriba del paladar e inferiormente a la fosa piriforme. La mayoría se localizan en el polo superior de la amígdala, aunque también se han demostrado en la porción media, polo inferior y excepcionalmente en varias localizaciones. En la edad pediátrica es el absceso de espacios aponeuróticos más frecuente, representando el 45-49% de todas las infecciones de este tipo.

Etiopatogenia

Aunque la mayoría de los casos suceden como complicación supurativa de una faringoamigdalitis y en un 15% de los pacientes guarda relación con una infección vírica grave (ejemplo, virus Epstein Barr), la causa subyacente no está clara. Un 10-20% de pacientes tienen antecedentes de infecciones amigdalares frecuentes. Se ha sugerido que la infección se debe a una obstrucción de un pequeño grupo de glándulas salivares localizadas en el polo superior de la fosa amigdalina (glándulas de Weber). En los cultivos de los abscesos, se ha aislado una flora polimicrobiana de bacterias aerobias y anaerobias, la mayoría productoras de betalactamasas. De estas bacterias el gérmen más frecuente aislado es el estreptococo betahemolítico grupo A y en una incidencia más baja el *S. aureus*. No sorprende la presencia de anaerobios por ser gérmenes predominantes en la boca. La infección suele comenzar en la fosilla localizada entre el polo superior y el cuerpo de la amígdala, extendiéndose eventualmente alrededor de la amígdala y pudiendo llegar al espacio parafaríngeo y al músculo pterigoideo interno (motivo de trismo).

Clínica

El APA es más frecuente en niños mayores de 10 años y adolescentes. Es muy raro en edades más tempranas aunque se han citado casos en niños de 15 meses. Suele comenzar tras un episodio de faringoamigdalitis aguda y la presentación más típica es como se refiere en la tabla I. La exploración local llega a ser difícil porque el niño no puede abrir bien la boca, pero con una buena iluminación el lado afecto se identifica congestionado y abultado. Casos excepcionales de APA bilateral son más difíciles de diagnosticar ya que los signos clásicos de inflamación de un solo lado del paladar blando y desvío de la úvula no son evidentes.

Diagnóstico

1. *Presuntivo*

   Las manifestaciones clínicas citadas son muy sugestivas de APA. El examen de leucocitos muestra un aumento de los mismos

TABLA I. Clínica del absceso periamigdalino

- Fiebre de cualquier grado.
- Dolor de garganta acusado y localizado pudiendo irradiarse al oído.
- Disfagia asociada o no a babeo.
- Dificultad para hablar con una voz característica apagada, “papa-caliente”.
- Olor fétido en la boca al respirar.
- Trismo de intensidad variable. Distancia interdental:
  - 2,5-4 cm (grado I)
  - 1-2,5 cm (grado II)
  - < 1 cm (grado III)
  - imposibilidad de mover la mandíbula (total)
- Adenopatía dolorosa cervical del mismo lado.
- El paciente llega a estar temeroso, aprensivo y pálido.
- Exploración local: inflamación lateral y superior a la amígdala con desplazamiento medial y anterior de la misma y una úvula edematosa dirigida hacia el lado opuesto. La amígdala está eritematosa, inflamada y con exudado blanquecino aunque a veces está oculta por el tejido inflamado adyacente. Paladar blando del lado afecto edematoso y enrojecido.
- Laringoscopia indirecta: edema supraglótico y parafaríngeo.

con predominio de los polimorfonuclelares. Los cultivos de garganta son con frecuencia negativos para el estreptococo betahemolítico grupo A. Las exploraciones de imagen como TAC o RM no son necesarias si la exploración clínica es bien evidente pero son de ayuda para diferenciar el APA de abscesos de otros espacios profundos del cuello o si existe la sospecha de que el absceso se extiende a espacios adyacentes o bien en niños pequeños con una exploración clínica mas dudosa. La ecografía intraoral es muy útil para distinguirlo de un flemón periamigdalino.

2. *Definitivo o de certeza*

   El diagnóstico se confirma mediante la extracción de material purulento tras la punción con aguja o bien por incisión y drenaje. La colección extraída se envía al laboratorio para cultivo y aunque la identificación de microorganismos clásicamente ha sido parte del diagnóstico y tratamiento, se ha comprobado que no afecta el manejo médico de la infección. Por lo tanto tiene poca influencia en el tratamiento y la evolución del proceso salvo su interés en conocer la prevalencia de patógenos y su importancia en los pacientes con inmunodepresión.

Diagnóstico diferencial

1. Con flemón (o celulitis) periamigdalino. Éste es un proceso agudo caracterizado por edema y engrosamiento de la mucosa de la amígdala pero sin formación de pus, y su distinción de un absceso es a menudo difícil. Sólo la obtención de la colección purulenta aclara las dudas. Sin embargo en las primeras horas o momentos muy precoces de la enfermedad y en niños bien

seleccionados sin afectación general, sin trismo importante y sin compromiso de vías aereas (o pacientes más pequeños que no van a colaborar en la punción con aguja), un tratamiento antibiótico por vía parenteral es de ayuda cuando el diagnóstico presuntivo del absceso no está bien definido. Tras 24 horas de terapia antibiótica los pacientes con flemón mejoran al menos en un síntoma como dolor de garganta, trismo y abombamiento amigdalino. Si no hay mejoría se debe intentar una extracción de pus por punción o incisión. Otros hechos son de valor en el diagnóstico diferencial: por ejemplo, menores de 12 años y proceso bilateral sugieren flemón, y mayores de 13 años, babeo y trismo apoyan más el absceso. La ecografía intraoral u otras pruebas de imagen, como ya se citó, son una buena ayuda para localizar el absceso periamigdalino, aunque la punción o drenaje del mismo es casi siempre un procedimiento más rápido y menos costoso.

2. Con abscesos del espacio parafaríngeo que está adyacente y lateral a la amígdala. Recuerda un APA y presenta incialmente síntomas similares con una exploración local casi idéntica, excepto que la mucosa amigdalar no está eritematosa, obervándose un abombamiento o protrusión detrás del pilar posterior de la amígdala, más que en la parte superior de ésta. La aspiración por aguja raramante extrae pus que sugiera un APA por lo que un TAC definirá mejor el diagnóstico.
3. Con inflamaciones dentógenas por impactación de la muela del juicio

Tratamiento

1. Drenaje del absceso. Es el aspecto más importante del tratamiento y se aceptan tres procedimientos que han demostrado ser igualmente efectivos y seguros además del tratamiento antibiótico oportuno:

1.1. Aspiración con aguja. Se consigue un alivio inmediato del dolor y del trismo. En APA no complicados, especialmente los del polo superior de la amígdala (la mayoría), es la técnica considerada por muchos expertos como de elección. Es un método menos agresivo, seguro y que ha demostrado ser efectivo en niños mayores y colaboradores y también en aquellos portadores de procesos hemorrágicos o con afectación seria cuando se trata de evitar una anestesia general. Se consigue una resolución con éxito del absceso en el 94% de los pacientes y sólo alrededor de un 4% requieren una segunda aspiración para solucionar la infección.

1.2. Incisión intraoral y drenaje. Es un procedimiento tradicional que contempla la incisión en el pilar amigdalino anterior seguido por una disección ciega de la cavidad del absceso mediante un hemostato. Es peor tolerado por el niño salvo que reciba una sedación o anestesia adecuadas. Aunque no es frecuente, tiene el riesgo potencial de una brusca aspiración del material purulento. Sigue siendo la técnica inicial preferida por muchos especialistas ORL. Cuando no es posible la colaboración del paciente y si no se quiere recurrir a la anestesia general, se puede realizar el drenaje bajo el efecto de una sedación consciente, que es una técnica relativamente nueva que reduce o elimina el dolor y la ansiedad. Han dado buenos resultados pautas que combinan ketamina, midazolam y un anticolinérgi-

co, y se requiere la colaboración del especialista ORL, un pediatra con experiencia en el manejo de estos fármacos y una enfermera que supervise los signos vitales y el nivel de sedación.

1.3. Amigdalectomía inmediata. Es la extirpación de las amígdalas "en caliente", como tratamiento para drenar el absceso. Existe cierto debate en cuanto a si es el procedimiento de elección. Los criterios a favor son porque no sólo drena el absceso sino que se elimina también un hipotético absceso inferior oculto (presente en el 10% de pacientes con APA) o contralateral (2-24% de todas la edades) y ahorra al niño una posterior hospitalización. Las razones por las que no se aconseja de entrada se basan en que su eficacia no es superior a los otros dos procedimientos referidos y supone un retraso no deseado (estimado entre 6 y 72 horas) en su realización y con un tiempo de recuperación también mayor. Sin embargo existe un acuerdo en que es la técnica preferible en casos como: a) el absceso no está localizado en el polo superior de la amígdala; b) absceso que causa una obstrucción aguda de la vías aéreas u otras complicaciones; c) si existe un fracaso en el intento de drenar el absceso tras la aspiración con aguja o con la incisión; d) en caso de recidiva del APA y e) nuevo episodio de APA y antecedentes de faringoamigdalitis de repetición. El riesgo de complicaciones hemorrágicas (alrededor del 1%) no es mayor que en las amigdalectomías demoradas o programadas. Las principales indicaciones de estas últimas son: niños con APA y antecedentes de faringoamigdalitis de repetición y también en pacientes con segundo episodio de APA.

2. Tratamiento no quirúrgico.

2.1. No ingesta de líquidos o alimentos desde 2-4 horas antes de cualquier procedimiento de drenaje.

2.2. Antibiótico por vía intravenosa (debe iniciarse ya antes de las técnicas de drenaje): penicilina G sódica (100.000-200.000 U/kg/día c/6 h) o bien cefuroxima (100-150 mg/kg/día. c/8 h). En alérgicos a la penicilina con reacción inmediata o acelarada, clindamicina (30 mg/kg/día, c/6-8 h). Una vez que se aprecia mejoría general y local se cambia el antibiótico a vía oral, ya en régimen ambulatorio, durante 10-14 días.

2.3. Proporcionar terapia analgésica y antitérmica cuando sea necesario. Irrigaciones con suero salino templado ayudan a reducir el edema y las molestias.

Evolución y complicaciones

— La mayoría de niños tras un primer APA no complicado y tratado con aspiración con aguja o incisión y sin antecedentes de amigdalitis repetidas permanecen asintomáticos durante años, no precisando amigdalectomía demorada, por lo que la actitud recomendada es la de esperar acontecimientos y observación.

— La posibilidad de recurrencias se estima en el 5-10% y son unas cuatro veces más frecuentes en pacientes con antecedentes de faringoamigdalitis.

— La incidencia de APA en el espacio periamigdalino contralateral varía entre el 2% y el 24%, a todas las edades.

— Los APA no tratados son causa de: a) extensión del proceso inflamatorio al vestíbulo laríngeo con riesgo de dificultad respiratoria; b) rotura espontánea con aspiración a vías aéreas y riesgo de neumonía y absceso pulmonar, y c) irrupción del absceso al espacio parafaríngeo, y desde aquí, aparición de flemones cervicales descendentes y muy raramente paso ascendente a la órbita y espacio endocraneal, trombosis de la vena yugular interna, erosión de la carótida y afectación de la parótida.

Bibliografía

1. Cannon CR, Chambers A. Peritonsillar abscess (PTA) in children. J Miss State Assoc 1999, 40: 78-80.
2. Dashefsky B. Retropharyngeal and peritonsillar abscesses. En: Burg FD, Ingelfinger JR, Wald ER, Polin RA, editores. Current Pediatric Therapy (16º ed). Philadelphia: WB Saunders, 1999, 508-510.
3. Friedman NR, Mitchell RB, Pereira KD et al. Peritonsillar abscess in early childhood. Presentation and management. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1997, 123: 630-632.
4. Hammerschlag PE, Hammerschlag MR. Peritonsillar abscess (quinsy). En: Feigin ED, Cherry JD, editores. Textbook of Pediatric Infectious Diseases (4ª ed). Philadelphia: WB Saunders, 1998, 164-165.
5. Herzon FS, Nicklaus P. Pediatric peritonsillar abscess: management and guidelines. Curr Probl Pediatr 1996, 26:270-278.
6. Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS et al. Selection of antibiotics after incision and drainage of peritonsillar abscesses. Otolaryngol Head Neck Surg 1999, 120: 57-61.
7. Raut VV, Yung MW. Peritonsillar abscess: the rational for interval tonsillectomy. Ear Nose Throat J 2000,79: 206-209.
8. Suskind DL, Park J, Picirillo JF et al. Conscious sedation. A new approach for peritonsillar abscess drainage in the pediatric population. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999, 125: 1197-1200.
9. Yellon RF. Infections of the fascial spaces of the head and neck in children. Semin Pediatr Infect Dis 1998, 9:60-69.

NOTAS