

Absceso periamigdalino bilateral en pediatría: reporte de un caso

Bilateral peritonsillar abscess in children: case report

Dra. María L. Scatolini^a, Dra. Ana C. Ragoni^a, Dra. Silvana A. Bravo^a, Dra. Liliana Novello^a y Dr. Gerardo L. Fiora^a

RESUMEN

El absceso periamigdalino es la complicación más frecuente de la amigdalitis aguda bacteriana, definido como la presencia de pus entre la cápsula periamigdalina y el músculo constrictor superior de la faringe. Habitualmente, su presentación es unilateral; es rara su afectación bilateral. Es más frecuente en adultos y poco común en niños. Cuando es bilateral, el paciente presenta odinofagia, trismus, sialorrea, fiebre y voz gutural, síntomas que comparte con el absceso unilateral, pero, en el examen físico, se evidencia abombamiento de ambos pilares anteriores, edema de úvula y paladar blando, sin asimetrías de las estructuras faríngeas. Se requiere un alto nivel de sospecha clínica para lograr el diagnóstico temprano. El manejo de la vía aérea, que podría ser dificultoso, es un aspecto importante en el tratamiento. Se presenta el caso clínico de un niño con absceso periamigdalino bilateral; se describe el proceso diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: absceso periamigdalino bilateral, niño.

ABSTRACT

Peritonsillar abscess is the most common complication of acute bacterial tonsillitis, defined as the presence of purulent exudate between the peritonsillar capsule and the superior constrictor muscle of the pharynx. Usually, its presentation is unilateral; its bilateral involvement is rare. It is more common in adults, being uncommon in children. Clinically, it presents odynophagia, trismus, sialorrhea, fever, guttural voice, symptoms that it shares with the unilateral abscess, evidencing in the physical examination bulging of both anterior pillars, edema of the uvula and soft palate, but without asymmetries of pharyngeal structures. A high level of clinical suspicion is required to achieve early diagnosis. The management of the airway, which could be difficult, is an important aspect in the treatment. It is reported the clinical case of a child with bilateral peritonsillar abscess, the diagnostic and therapeutic process.

Key words: bilateral peritonsillar abscesses, child.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.e297>

Cómo citar: Scatolini ML, Ragoni AC, Bravo SA, Novello L, Fiora GL. Absceso periamigdalino bilateral en pediatría: reporte de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(3):e297-e300.

a. Hospital Policial Churrucua Visca, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dra. María L. Scatolini: mlscatolini@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 9-8-2018
Aceptado: 26-12-2018

INTRODUCCIÓN

El absceso periamigdalino es una colección de material purulento entre la cápsula periamigdalina y el músculo constrictor superior de la faringe. Representa la complicación más frecuente de la amigdalitis aguda bacteriana y afecta, en Estados Unidos, a 30 pacientes por cada 100 000 habitantes, con, aproximadamente, 45 000 casos por año.¹ Existen varias teorías acerca de su etiopatogenia; se postula que se produce por una extensión de la criptitis amigdalina, la cual genera periamigdalitis y, por último, la progresión de la infección a través de la cápsula, con la consiguiente formación del absceso periamigdalino.^{2,3} La presentación más frecuente es unilateral; la evidencia respecto a la presentación bilateral se limita a reportes de casos y series de casos. Además, la incidencia de esta forma atípica de presentación es mayor en los adultos y es poco común en los niños.⁴

Clínicamente, presenta síntomas sistémicos de infección, odinofagia, trismus, sialorrea y voz gutural, y se evidencia, en el examen físico, abombamiento de ambos pilares anteriores, edema del paladar blando y la úvula, la cual se ubica en la línea media. A diferencia de su presentación unilateral, no se evidencian asimetrías en la exploración de las fauces, situación que puede generar dificultades en la sospecha diagnóstica, con la consiguiente demora en el inicio del tratamiento.

Al igual que en los casos de presentación unilateral, el tratamiento se basa en antibioticoterapia endovenosa, corticoides, punción-aspiración, drenaje quirúrgico y/o amigdalectomía, pero, además, se debe considerar la posibilidad de que estos pacientes presenten, en su evolución, el compromiso de la vía aérea e intubación dificultosa, al igual que en los casos unilaterales de gran tamaño.

El objetivo de este reporte es presentar el caso clínico de un niño con absceso periamigdalino bilateral, compararlo con la bibliografía actual y enfatizar los puntos clave que ayudan en el diagnóstico temprano y en el tratamiento oportuno, poniendo especial interés en el manejo de la vía aérea.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 13 años de edad, con antecedentes médicos de obstrucción bronquial recurrente. Consultó a la Guardia de Emergencias Pediátricas por odinofagia, sialorrea, trismus, voz gutural y registros febriles de 5 días de evolución. Se realizó el test rápido para la detección de *Streptococcus pyogenes*, que fue negativo, por lo que se indicaron analgésicos y medidas generales. Persistió con la sintomatología y se agregó la imposibilidad de la ingesta oral, por lo que fue evaluado por Otorrinolaringología.

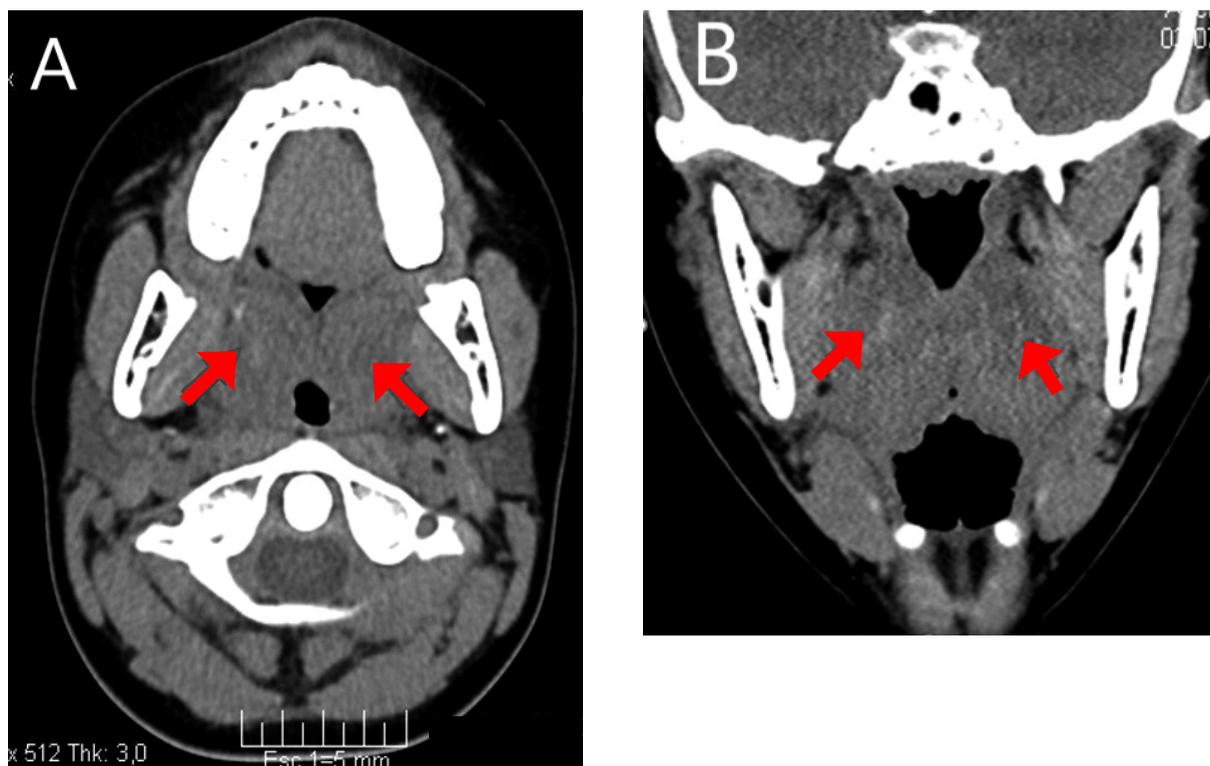
Al momento del examen físico, presentó abombamiento bilateral de los pilares amigdalinos anteriores sin desplazamiento de la úvula respecto a la línea media, asociado a exudado blanquecino en ambas amígdalas palatinas (Figura 1). Por la sospecha de colección periamigdalina bilateral, se realizó una tomografía computada de cuello y se evidenció un absceso periamigdalino bilateral (Figura 2. A y B). Se realizó una punción-aspiración con aguja de ambos lados y se obtuvo abundante material purulento. Se comenzó el tratamiento antibiótico endovenoso con ampicilina-sulbactam, asociado a corticoterapia. A las 48 horas de tratamiento, el paciente presentaba persistencia

de los síntomas, con abombamiento de ambos pilares en la inspección, por lo que se realizó un drenaje quirúrgico bilateral bajo anestesia general. Durante la inducción anestésica, presentó dificultades en la ventilación con máscara por obstrucción orofaríngea, por lo que se realizó la

FIGURA 1. Fauces. Abombamiento de ambos pilares anteriores. Úvula en la línea media



FIGURA 2. Tomografía computada, corte axial (A) y coronal (B). Colección de material de densidad intermedia en espacios periamigdalinos (flechas)



intubación nasotraqueal guiada con fibroscopio y se logró asegurar la vía aérea.

En el cultivo del material de drenaje, se identificó *Streptococcus mitis* sensible a penicilina. Evolucionó afebril, con disminución marcada del trismus y la odinofagia, y se otorgó el alta hospitalaria a las 72 horas posoperatorias. Completó el antibiótico por vía oral durante 10 días. La amigdalectomía se realizó a los 2 meses posoperatorios sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El absceso periamigdalino es la complicación más común de la amigdalitis bacteriana; su incidencia reportada es de 1:6500 a 10 000 pacientes por año.^{5,6} Su presentación bilateral es infrecuente, con una incidencia desconocida, más aún en la población pediátrica. La bibliografía se limita a reporte de casos.^{1,4,7-10} Se ha informado con mayor frecuencia (el 1,9-24 %) el hallazgo de una colección contralateral, no manifiesta clínicamente, durante amigdalectomías “en caliente” realizadas por abscesos unilaterales. Se postula que este hallazgo puede corresponderse a diferentes momentos evolutivos de la patología presente en ambos espacios periamigdalinos. La respuesta inmune individual y el tratamiento antibiótico interrumpirían la evolución del proceso flegmonoso a la colección.^{11,12}

La presentación clínica del absceso periamigdalino bilateral no es tan típica como su manifestación unilateral. La inspección de las fauces no muestra la clásica asimetría amigdalina y del paladar blando ni la desviación de la úvula respecto a la línea media. Por el contrario, en los casos reportados, al igual que en nuestro paciente, la apariencia de la orofaringe presenta simetría en el abombamiento de los pilares, lo que genera que no se sospeche la posibilidad de una colección purulenta. Otros diagnósticos pueden ser pensados, con mayor frecuencia, por presentar afección de ambas áreas amigdalinas, como, por ejemplo, amigdalitis grave sin colección asociada, mononucleosis infecciosa y, menos frecuentemente, de presentación bilateral, linfoma o tumor de las glándulas salivales.

Por la dificultad en el diagnóstico al basarse exclusivamente en los hallazgos durante el examen físico, se sugiere el uso de la tomografía computada con contraste en los pacientes con sintomatología infecciosa, trismus y sin evidencia de signos de colección unilateral.¹³ Si este método de imagen no se encuentra disponible, y existe una alta sospecha diagnóstica de colección

periamigdalina bilateral, se sugiere realizar una punción-aspiración con aguja fina de ambos espacios periamigdalinos, ya que la obtención de material purulento confirma el diagnóstico.⁴ A su vez, otros autores reportaron, con buenos resultados, el uso de ultrasonografía intraoral, pero este método requiere la habilidad del operador y la colaboración del paciente para obtener resultados útiles para el diagnóstico.¹⁴

En el presente caso, se utilizó para el diagnóstico la tomografía computada, ya que la correcta determinación del sitio de colección previa a la realización de la punción y/o del drenaje quirúrgico es una herramienta médico-legal de valor, que permite informar al paciente y a su familia con certeza acerca de la patología que padece y evaluar la extensión del proceso en los diferentes espacios del cuello. Sin embargo, si este método de diagnóstico por imágenes no se encuentra disponible, no se debería retrasar el tratamiento oportuno.

Otro punto de relevancia respecto a la presentación bilateral del absceso periamigdalino es la posibilidad de obstrucción de la vía aérea por marcada reducción del espacio orofaríngeo. Es por ello por lo que, dentro del planteo terapéutico, se debe incluir la posibilidad de dificultades en la ventilación y/o intubación, sobre todo, durante la inducción anestésica previa a su drenaje. El equipo tratante debe estar preparado para esta situación y contar con personal y equipamiento adecuado para su resolución.

Respecto al tratamiento quirúrgico, al igual que en su presentación unilateral, algunos autores sostienen que se puede realizar la resección completa de la amígdala durante el curso del proceso infeccioso, mientras que otros eligen drenar la colección y diferir la amigdalectomía para cuando la infección haya sido resuelta.^{6,11}

En el caso expuesto, al igual que en presentaciones unilaterales, se prefirió la realización de la amigdalectomía en diferido, cuando el paciente no padecía un cuadro toxoinfeccioso sistémico ni local.

En conclusión, el absceso periamigdalino bilateral es una patología infrecuente y, más aún, en los niños y en los adolescentes. La dificultad diagnóstica debido a la falta de asimetría en el examen de fauces, típica de los casos unilaterales, obliga al médico a tener un alto nivel de sospecha del cuadro. Es relevante el manejo de la vía aérea por personal entrenado y con disponibilidad de instrumentos adecuados por su posible obstrucción, especialmente, durante la inducción anestésica. ■

REFERENCIAS

1. AlAwadh I, Aldrees T, AlQaryan S, Alharethy S, et al. Bilateral peritonsillar abscess: A case report and pertinent literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 36:34-7.
2. Blair AB, Booth R, Baugh R. A unifying theory tonsillitis, intratonsillar abscess and peritonsillar abscess. *Am J Otolaryngol.* 2015; 36(4):517-20.
3. Marom T, Cinamon U, Itskoviz D, Roth Y. Changing trends of peritonsillar abscess. *Am J Otolaryngol.* 2010; 31(3):162-7.
4. Papacharalampous GX, Vlastarakos PV, Kotsis G, et al. Bilateral peritonsillar abscesses: a case presentation and review of the current literature with regards to the controversies in diagnosis and treatment. *Case Rep Med.* 2011:981924.
5. Hanna BC, McMullan R, Gallagher G, Hedderwick S. The epidemiology of peritonsillar abscess disease in Northern Ireland. *J Infect.* 2006; 52(4):247-53.
6. Mehanna HM, Al-Bahnasawi L, White A. National audit of the management of peritonsillar abscess. *Postgrad Med J.* 2002; 78(923):545-8.
7. Pham V, Gungor A. Bilateral peritonsillar abscess: case report and literature review. *Am J Otolaryngol.* 2012; 33(1):163-7.
8. Lin YY, Lee JC. Bilateral peritonsillar abscess complicating acute tonsillitis. *CMAJ.* 2011; 183(11):1276-9.
9. Simons JP, Branstetter BF 4th, Mandell DL. Bilateral peritonsillar abscesses: case report and literature review. *Am J Otolaryngol.* 2006; 27(6):443-5.
10. Seerig M, Chueri L, Jacques J, De Mello MF, et al. Bilateral peritonsillar abscess in an Infant: an unusual presentation of sore throat. *Case Rep Otolaryngol.* 2017:4670152.
11. Dalton RE, Abedi E, Sismanis A. Bilateral peritonsillar abscesses and quinsy tonsillectomy. *J Natl Med Assoc.* 1985; 77(10):807-12.
12. Fasano CJ, Chudnofsky C, Vanderbeek P. Bilateral peritonsillar abscesses: not your usual sore throat. *J Emerg Med.* 2005; 29(1):45-7.
13. Patel KS, Ahmad S, O'Leary G, Michel M. The role of computed tomography in the management of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 107(6 Pt 1):727-32.
14. Lyon M, Glisson P, Blaivas M. Bilateral peritonsillar abscess diagnosed on the basis of intraoral sonography. *J Ultrasound Med.* 2003; 22(9):993-6.