



Absceso periamigdalino bilateral. Reporte de un caso y revisión de las controversias en el diagnóstico y tratamiento

Candelaria Serrano^a , Ivo Bedini^a , María V. Demarchi^a

RESUMEN

La presentación bilateral del absceso periamigdalino es poco frecuente. Su abordaje es controversial y se discute si realizar amigdalectomía en caliente versus diferida.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 14 años, con odinofagia, trismo y fiebre. Presentaba hipertrofia amigdalina bilateral, pilares abombados y edema de paladar blando. Tomografía computada: hipertrofia amigdalina bilateral, con realce poscontraste, ambas con colección, edema con moderada estenosis faríngea. Se decidió internación para tratamiento endovenoso y amigdalectomía con drenaje bilateral. Resolución completa del cuadro con alta a las 48 horas.

Ante la presencia de un absceso periamigdalino, debe considerarse la posibilidad de un absceso contralateral oculto. Debe ser diagnosticado y tratado adecuadamente para prevenir complicaciones. La amigdalectomía en caliente podría ser un tratamiento seguro y debería ser considerado en pacientes que serán sometidos a anestesia para drenaje. La decisión final debe ser determinada para cada caso en particular.

Palabras clave: absceso peritonsilar; amigdalectomía; pediatría; presentación de caso.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-03034>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-03034.eng>

Cómo citar: Serrano C, Bedini I, Demarchi MV. Absceso periamigdalino bilateral. Reporte de un caso y revisión de las controversias en el diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2024;122(1):e202303034.

^a Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para María V. Demarchi: maria.demarchi@hospitalitaliano.org.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 14-2-2023

Aceptado: 18-4-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La odinofagia constituye el 1,3 % de todas las consultas médicas ambulatorias por guardia.¹ En caso de faringoamigdalitis bacteriana, el absceso periamigdalino es la complicación más común; se reportan 45 000 casos por año en los Estados Unidos.² La afectación bilateral es muy poco frecuente y es más rara aún su presentación en la población pediátrica.

Las banderas rojas consisten en empeoramiento de la odinodisfagia, trismo, sialorrea y voz gutural. Al examen físico, a diferencia de su presentación unilateral, pueden no evidenciarse asimetrías en la exploración de fauces.³ Es por esta razón que los estudios complementarios, tales como la tomografía computarizada y/o ecografía, son de utilidad para el diagnóstico y la planificación del tratamiento. La tomografía de cuello con contraste tiene una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 75 %.⁴

Los métodos para lograr el drenaje varían y el abordaje apropiado para el tratamiento definitivo es aún controversial. Las opciones terapéuticas incluyen antibióticos y esteroides, aspiración con aguja, drenaje y amigdalectomía. Es discutida, además, la opción de realizar amigdalectomía en este mismo tiempo quirúrgico (amigdalectomía en caliente) versus en diferido.^{3,5}

Algunos trabajos han reportado la presencia de absceso periamigdalino contralateral no sospechado identificado durante la amigdalectomía, pero según nuestro conocimiento este es el primer reporte de caso de una amigdalectomía en caliente para la resolución de un absceso periamigdalino bilateral en la población pediátrica.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 14 años sin antecedentes de relevancia con odinofagia y trismo de 10 días de evolución, asociados a fiebre las primeras 72 horas. A los 7 días, consultó a otra institución, donde se le realizó la prueba rápida para estreptococo betahemolítico y monotest negativos. Se asumió como cuadro viral. Por persistencia clínica, consultó nuevamente. Se realizó laboratorio, donde se evidenció leucocitosis (18 920), velocidad de sedimentación globular elevada y PCR positiva. Se le indicó ceftriaxona 2 g/día y dexametasona intramuscular.

A las 48 horas, por odinofagia grave se le solicitó tomografía computarizada de macizo

craneofacial y cuello con contraste intravenoso con la cual fue derivado a nuestro centro.

Al examen físico presentaba hipertrofia amigdalina bilateral, ambos pilares abombados junto a edema de paladar blando y úvula.

La tomografía informó hipertrofia amigdalina bilateral, con realce heterogéneo poscontraste, la derecha con colección de 43 × 25 × 23 mm y la izquierda de 27 × 24 × 16 mm. Edema de tejidos blandos con moderada estenosis del lumen faríngeo. Múltiples ganglios yugulo-carotídeos y submandibulares bilaterales. Impresión diagnóstica: abscesos amigdalinos bilaterales (*Figuras 1 y 2*).

Se decidió internación para tratamiento antibiótico (ampicilina sulbactam 1000 mg/500 mg cada 6 horas) y corticoideo intravenoso, y resolución quirúrgica. Se realizó amigdalectomía bilateral con drenaje de absceso bilateral. Se realizó intubación orotraqueal en quirófano guiada por fibroscopia sin complicaciones (*Figura 3*). El paciente evolucionó favorablemente con amplia mejoría sintomática, por lo que fue dado de alta a las 48 horas de la operación con tratamiento antibiótico para completar esquema.

DISCUSIÓN

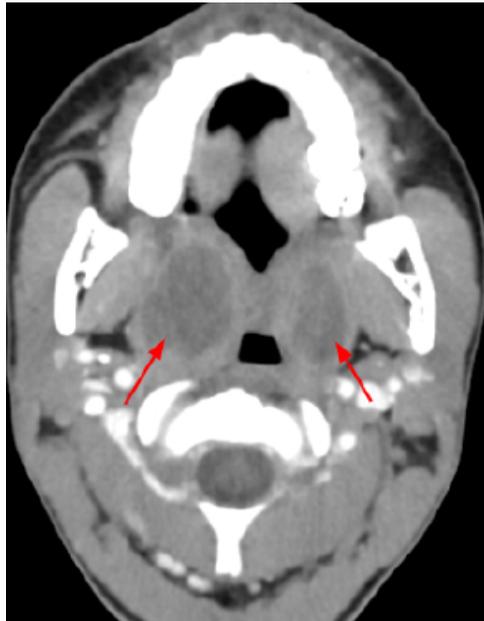
El absceso periamigdalino es la complicación más frecuente de la amigdalitis bacteriana. Se desconoce la incidencia de absceso periamigdalino bilateral; sin embargo, se reportan tasas del 1,9 % al 24 % en amigdalectomías en caliente, en donde se encuentra un absceso contralateral oculto durante el procedimiento. Se cree que esto podría deberse a distintos estados evolutivos de la patología en ambos espacios periamigdalinos.⁶

El diagnóstico es esencialmente clínico. En estos casos, puede existir dificultad por la falta de asimetría típica encontrada en el examen de fauces del absceso unilateral, incluso al realizar la fibrolaringoscopia. Esto obliga a un alto nivel de sospecha y a la necesidad de apoyarse en otros métodos diagnósticos.²

Si bien, en algunos casos, la tomografía no se obtiene cuando el absceso es clínicamente evidente, es útil cuando no se puede tener un examen físico completo, cuando el diagnóstico es ambiguo o cuando se sospechan complicaciones.

Sin embargo, es crucial enfatizar que, si bien la tomografía de cuello con contraste es 100 % sensible y 75 % específica para absceso periamigdalino, puede haber falsos positivos, dado el desafío de distinguir entre absceso y

FIGURA 1. Tomografía computarizada de macizo craneofacial y cuello. Corte axial



Flechas rojas: abscesos periamigdalinos bilaterales.

FIGURA 2. Tomografía computarizada de macizo craneofacial y cuello. Corte coronal



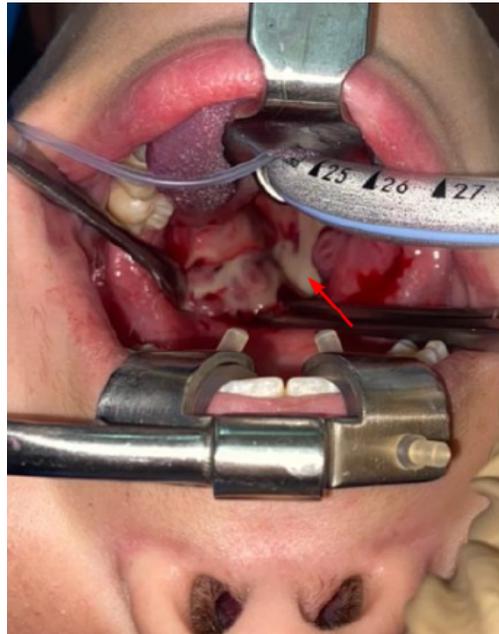
Flechas rojas: abscesos periamigdalinos bilaterales.

flemón. Por lo tanto, se necesita precaución cuando se utiliza la tomografía para ayudar en el diagnóstico.⁴

Se ha incrementado la utilización de la ecografía intraoral y transcutánea. Esta última es más fácil de realizar en niños y bien tolerada. Es

no invasiva y costoefectiva, aunque es un método operador dependiente y no sería de elección para descartar extensión a espacios profundos de cuello (parafaríngeo/retrofaríngeo).⁷

Basándonos en la evidencia, un enfoque razonable es utilizar el examen físico como

FIGURA 3. Intubación orotraqueal y drenaje de los abscesos

Flecha roja: abundante material purulento drenado.

técnica diagnóstica primaria. Si quedan dudas por la falta de asimetría o ante la sospecha de su extensión, la tomografía sería una opción viable.⁵

El diagnóstico y el tratamiento precoz son cruciales para prevenir la diseminación hacia espacios profundos del cuello y consecuentemente hacia el mediastino y la base del cráneo. Si el tratamiento es demorado, puede desarrollarse obstrucción grave de la vía aérea superior por edema laríngeo.

Cabe destacar que estos pacientes pueden presentar compromiso de la vía en su evolución y, en consecuencia, una intubación dificultosa. Es mandatorio contar con un equipo de anestesiistas entrenados, sobre todo durante la inducción anestésica.⁸

El tratamiento consiste en antibioticoterapia, corticoides, punción y drenaje quirúrgico y/o amigdalectomía. Aún existe controversia acerca del tratamiento quirúrgico y el momento para realizarlo.⁸

Las opciones son amigdalectomía diferida, realizada después de la resolución del cuadro agudo, o amigdalectomía inmediata/en caliente, realizada en el contexto de infección aguda.

La mayoría de los niños no toleran el drenaje en el consultorio, por lo que requieren anestesia general en quirófano. Es por esto que la bibliografía sostiene realizar la amigdalectomía

en este mismo acto quirúrgico, ya que tiene bajas tasas de complicaciones y prevendría futuros episodios al asegurar un drenaje completo con alivio inmediato del dolor y del trismo. Se podría argumentar que, si un niño pequeño será sometido a anestesia, el cirujano debería realizar el procedimiento más definitivo.^{5,6}

La posibilidad de encontrar un absceso contralateral subclínico presente es una indicación adicional para proceder con la amigdalectomía en caliente. Incluso muchos investigadores han encontrado que estas amigdalectomías son de mayor facilidad que las electivas, ya que el absceso diseca parcialmente la amígdala del tejido circundante y facilita encontrar el plano periamigdalino, distinta a la fibrosis hallada en la amigdalectomía en diferido.^{3,9}

Distintos autores, en una revisión sistemática y metanálisis, declaran que eligen la amigdalectomía inmediata como primera línea de tratamiento. No observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la tasa de sangrado (el 4,7 % inmediata versus el 5,4 % diferida) ni en cuanto a tiempo operatorio. Además, presentan una estancia hospitalaria más corta, ya que el paciente es sometido a incisión y amigdalectomía en la misma internación, en contraste al procedimiento en diferido que requiere dos admisiones.^{3,9}

Lehnerdt llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se compararon ambos procedimientos con un grupo emparejado por edad y sexo en población tanto pediátrica como adulta.¹⁰

En el grupo de amigdalectomía con absceso unilateral, el 8 % tuvo hemorragia postoperatoria versus el 11,6 % de hemorragia en el grupo electivo. En ambos el sangrado se presentó pasadas las 24 horas: entre el quinto y sexto día postoperatorio. En cuanto a la edad, los resultados mostraron una fuerte tendencia a menor riesgo de sangrado en los pacientes menores de 16 años en comparación con los adultos jóvenes.

Concluyeron que la amigdalectomía por absceso tiene ventajas sobre la electiva: mejora los síntomas de inmediato, evita las complicaciones del drenaje incompleto, la posibilidad de diseminación a otros espacios y su recurrencia. Además, no está necesariamente asociada a mayor tasa de hemorragia en comparación con la electiva.

CONCLUSIONES

Debido a que el absceso bilateral puede no presentarse con las características típicas del unilateral, el otorrinolaringólogo siempre debe considerar la posibilidad de un absceso contralateral oculto. Este debe ser diagnosticado y tratado rápida y adecuadamente para prevenir futuras complicaciones.

La amigdalectomía en caliente podría ser una opción de tratamiento para considerar en

aquellos niños que serán sometidos a anestesia para drenaje. Sin embargo, la decisión final de tratamiento siempre debe ser determinada para cada caso específico. ■

REFERENCIAS

1. Kocher JJ, Selby TD. Antibiotics for sore throat. *Am Fam Physician*. 2014; 90(1):23-4.
2. AlAwadh I, Aldrees T, AlQaryan S, Alharethy S, AlShehri H. Bilateral peritonsillar abscess: A case report and pertinent literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2017; 36:34-7.
3. Simon LM, Matijasec JWD, Perry AP, Kakade A, et al. Pediatric peritonsillar abscess: Quinsy ie versus interval tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013; 77(8):1355-8.
4. Eliason MJ, Wang AS, Lim J, Beegle RD, Seidman MD. Are Computed Tomography Scans Necessary for the Diagnosis of Peritonsillar Abscess? *Cureus*. 2023; 15(2):e34820.
5. Johnson RF, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 13(3):157-60.
6. Seerig MM, Chueiri L, Jacques J, Mello MFPC de, et al. Bilateral Peritonsillar Abscess in an Infant: An Unusual Presentation of Sore Throat. *Case Rep Otolaryngol*. 2017; 2017:4670152.
7. Bandarkar AN, Adeyiga AO, Fordham MT, Preciado D, Reilly BK. Tonsil ultrasound: technical approach and spectrum of pediatric peritonsillar infections. *Pediatr Radiol*. 2016; 46(7):1059-67.
8. Scatolini ML, Tagoni AC, Bravo SA, Novello L, Fiora GL. Absceso periamigdalino bilateral en pediatría: reporte de un caso. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(3):e297-300.
9. Tsikopoulos A, Fountarlis A, Tsikopoulos K, Dilmeris F, et al. Immediate or interval abscess tonsillectomy? A systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022; 279(5):2245-57.
10. Lehnerdt G, Senska K, Jahnke K, Fischer M. Post-tonsillectomy haemorrhage: a retrospective comparison of abscess- and elective tonsillectomy. *Acta Otolaryngol*. 2005; 125(12):1312-7.