

Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: estudio de 13 años

E. Martín Campagne, F. del Castillo Martín, M.^aM. Martínez López, C. Borque de Andrés, M.^aI. de José Gómez, M.^aJ. García de Miguel y F. Baquero Artigao

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

Introducción

Los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo son las infecciones más frecuentes de tejidos profundos de cabeza y cuello. Se presenta una casuística sobre estas entidades.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo en niños ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital entre enero de 1991 y enero de 2004. El diagnóstico se realizó fundamentalmente según criterios clínico-analíticos.

Resultados

Se estudian 54 casos, 10 con absceso retrofaríngeo y 44 con absceso periamigdalino, con edad media de 6,7 y 7,5 años, respectivamente. Se observa un discreto predominio en varones (1,45:1). Hay un aumento de casos diagnosticados desde 1997, con un máximo (9) en 2002. Un total de 29 niños habían recibido antibioterapia previa. Los principales síntomas y signos fueron: fiebre, odinofagia, adenopatías cervicales e hipertrofia amigdalina asimétrica. Todos los niños recibieron antibioterapia intravenosa. Se realizó punción-aspiración en 7 casos. Se practicó amigdalectomía en 11 niños, dos de ellos con absceso retrofaríngeo y nueve periamigdalino. De estos 11 pacientes, cinco tenían antecedentes de faringoamigdalitis de repetición y tres de absceso periamigdalino previo. Habían sido amigdalectomizados con anterioridad al desarrollo del absceso 3 niños. La mayoría de los casos presentaron una evolución favorable.

Conclusiones

En los últimos años se ha observado un aumento de la frecuencia de los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo en la edad infantil. La mayor parte de los niños responden favorablemente al tratamiento conservador. La histo-

ria previa de amigdalitis de repetición constituye el principal factor de riesgo de recurrencia del absceso, y son estos pacientes los candidatos a amigdalectomía.

Palabras clave:

Absceso periamigdalino. Absceso retrofaríngeo. Niños.

PERITONSILLAR AND RETROPHARYNGEAL ABSCESES: STUDY OF 13 YEARS

Introduction

Peritonsillar and retropharyngeal abscesses are the most common deep head and neck infections. We present a series of patients with these infections.

Material and methods

We performed a retrospective study of peritonsillar and retropharyngeal abscesses in children admitted to the Infectious Diseases Unit of our hospital between January 1991 and January 2004. Diagnosis was based mainly on clinical and laboratory findings.

Results

We studied 54 patients, 10 with retropharyngeal abscess and 44 with peritonsillar abscess. The mean age was 6.7 and 7.5 years respectively. There was a slight predominance of boys (1.45:1). The number of cases diagnosed increased from 1997, with a maximum (nine cases) in 2002. Twenty-nine children had received previous antibiotic therapy. The main symptoms and signs were: fever, odynophagia, cervical lymphadenitis, and asymmetric tonsillar hypertrophy. All children received intravenous antibiotic therapy. Puncture-aspiration was carried out in seven patients. Eleven children underwent tonsillectomy, two with retropharyngeal abscess and nine with peritonsillar

Correspondencia: Dra. E. Martín Campagne.
Luis de Salazar, 9, 3.^oM. 28002 Madrid. España.
Correo electrónico: emcampagne@yahoo.es

Recibido en mayo de 2005.
Aceptado para su publicación en marzo de 2006.

abscess. Of these 11 patients, five had had several episodes of tonsillitis and three had previously had a peritonsillar abscess. Three children who developed an abscess had previously undergone tonsillectomy. In most patients, outcome was favorable.

Conclusions

In the last few years the frequency of peritonsillar and retropharyngeal abscesses has increased in the pediatric population. Most of the children have a good response to conservative treatment. The main risk factor for abscess recurrence is a previous history of repeated tonsillitis. Consequently, these patients are candidates for tonsillectomy.

Key words:

Peritonsillar abscess. Retropharyngeal abscess. Children.

INTRODUCCIÓN

El absceso periamigdalino es una colección purulenta localizada entre la cápsula amigdalina, el músculo constrictor superior de la faringe y el músculo palatofaríngeo¹. Es la complicación más frecuente de una infección amigdalina². El absceso retrofaríngeo afecta fundamentalmente a niños menores de 5 años, en los que se produce la infección de los ganglios linfáticos situados entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral³.

El estreptococo β -hemolítico del grupo A (*S. pyogenes*), ha sido el patógeno tradicionalmente implicado en la etiología de estas entidades⁴. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la infección corresponde a una flora mixta de aerobios y anaerobios^{5,6}. Algunos estudios han puesto en evidencia la importancia etiopatogénica de los microorganismos anaerobios, así como de otros estreptococos, fundamentalmente alfa-hemolíticos, como el grupo *S. milleri*⁷.

Desde el punto de vista epidemiológico, el absceso periamigdalino es la infección más frecuente de tejidos profundos de cabeza y cuello en niños y adultos⁸. Dada la localización del proceso requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que puede producir insuficiencia respiratoria, bien por compresión, bien por drenaje espontáneo y broncoaspiración⁹. La escasa colaboración de los pacientes pediátricos dificulta el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad¹⁰.

Los trabajos publicados sobre abscesos periamigdalino y retrofaríngeo en la edad infantil son escasos y todavía existe controversia acerca del abordaje diagnóstico-terapéutico más apropiado^{3,11}.

El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia en cuanto a presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución de estas patologías en una población pediátrica ingresada en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo en niños ingresa-

dos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Infantil de La Paz en Madrid en el período de tiempo comprendido entre enero de 1991 y enero de 2004. Tras consultar los datos archivados en la unidad, se revisaron las historias clínicas utilizando los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de flemón o absceso periamigdalino o retrofaríngeo y edad inferior a 14 años. El diagnóstico se basó principalmente en criterios clínicos; se realizó radiografía cervical en 29 casos (53,7%). Otras pruebas diagnósticas como la ecografía cervical externa, así como la punción del absceso, se llevaron a cabo en seis (11,1%) y siete (12,9%) pacientes, respectivamente. La tomografía computarizada (TC) de la región cervical se realizó en 11 niños (20,3%). De éstos, seis fueron diagnosticados de absceso retrofaríngeo y los cinco restantes de absceso periamigdalino. No se emplearon criterios de exclusión.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, mes de ingreso, antecedentes de otros procesos amigdalares, síntomas al inicio del cuadro, datos de la exploración física, métodos diagnósticos, medidas terapéuticas, duración del ingreso y evolución final del proceso.

Con todos los datos se realizó una estadística descriptiva, con cálculo de la media aritmética, desviación estándar y rango en las variables cuantitativas; en las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y los porcentajes correspondientes a cada una de las categorías que componían dichas variables. El estudio estadístico fue realizado con el soporte informático del programa SPSS 8.0 para Windows.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 54 casos, 10 con absceso retrofaríngeo y 44 con absceso periamigdalino. La edad de todos los pacientes estaba comprendida entre los 17 meses y los 13,5 años (media = $7 \pm 3,5$ años). La edad media al diagnóstico del absceso periamigdalino fue de $7,5 \pm 4,1$ años y la del absceso retrofaríngeo, de $6,7 \pm 3,2$ años. Se observó un predominio en varones frente a mujeres (1,45:1). En el año 2002 se registró el mayor número de casos (9), seguido por los años 1999 y 2000 (7 cada año), lo que representa el 42% del total de casos entre los 3 años (fig. 1).

Los principales motivos de consulta fueron: fiebre de 38°C o más, en 47 pacientes (87%); odinofagia, en 47 (87%); disfagia en 29 (53,7%) y empastamiento cervical en 27 (50%) (tabla 1). Un total de 29 niños (53,7%) recibían tratamiento antibiótico en el momento de acudir a urgencias por catarro de vías altas o amigdalitis. En la exploración física se observaron adenopatías cervicales en 50 niños (92,6%) e hipertrofia amigdalina en 48 (89%), con asimetría de ambas amígdalas en 45 (83,3%). No se apreció un predominio de casos en el lado izquierdo o derecho y sólo 2 pacientes (3,7%) presentaron un absceso bilateral. En 28 casos (52%) la úvula se encontraba desplazada hacia el lado contralateral (tabla 2).

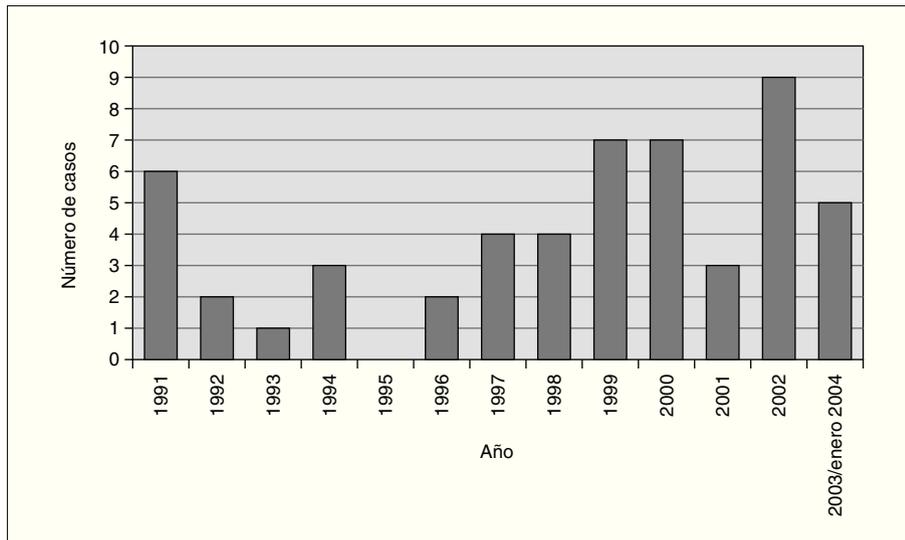


Figura 1. Distribución por años.

TABLA 1. Distribución de síntomas

| Síntomas | Número de casos | Frecuencia (%) |
|------------------------|-----------------|----------------|
| Fiebre | 47 | 87 |
| Odinofagia | 47 | 87 |
| Disfagia | 29 | 53,9 |
| Empastamiento cervical | 27 | 50 |
| Voz gangosa | 11 | 20,4 |
| Babeo | 5 | 9,3 |

TABLA 2. Distribución de signos

| Signos | Número de casos | Frecuencia (%) |
|----------------------------|-----------------|----------------|
| Adenopatías cervicales | 50 | 92,6 |
| Hipertrofia amigdalар | 48 | 88,9 |
| Asimetría amigdalар | 45 | 83,3 |
| Desplazamiento de la úvula | 28 | 51,9 |
| Exudado amigdalар | 22 | 40,7 |
| Torticolis | 22 | 40,7 |
| Dificultad respiratoria | 3 | 5,6 |
| Estridor | 1 | 1,9 |

Los resultados de la analítica fueron los siguientes: leucocitosis (8.240-40.000/ μ l; media = 17.803/ μ l), neutrofilia (3.890-31.500/ μ l; media = 13.607/ μ l), trombocitosis (129.000-862.000/ μ l; media = 358.962/ μ l), velocidad de sedimentación globular (46-105 mm; media = 76,16 mm), proteína C reactiva (9,9-265,9 μ g/l; media = 100,5 μ g/l).

Todos los niños fueron ingresados con tratamiento anti-biótico intravenoso el más utilizado fue amoxicilina-ácido clavulánico (28 niños [51,9%]), seguido por cefuroxima (9 niños [16,7%]). En 31 pacientes (57,4%) se emplearon corticoides. Se realizó punción-aspiración del contenido

del absceso en 7 niños, con estudio microbiológico del material purulento en sólo 2 casos, aislándose *Actinomyces* y *S. anginosus*. Se tomó frotis de la superficie amigdalар en 17 pacientes (31,5%), 13 casos con flora saprofita y 4 casos con *S. pyogenes*. Se practicó amigdalectomía en 11 niños (20,3%), dos con un absceso retrofaríngeo y nueve con abscesos periamigdalinos. De los 54 pacientes, tres habían sido amigdalectomizados en años anteriores. Dos de estos niños desarrollaron un absceso periamigdalino y el otro niño, un absceso retrofaríngeo. La duración media de la fiebre y el dolor fue de $1,91 \pm 4,58$ y $2,53 \pm 4,49$ días, respectivamente. Un total de 51 pacientes eran capaces de ingerir líquidos en las primeras 24 h y 46 de ellos podían incluso ingerir sólidos. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de $6,85 \pm 3,8$ días (rango: 2-26 días). Un paciente presentó tres episodios de absceso periamigdalino homolateral en un intervalo de 2 años, por lo que se procedió a la exéresis amigdalар tras el último episodio.

DISCUSIÓN

Los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo son las infecciones profundas de cabeza y cuello más frecuentes en niños^{8,12}. En la población estudiada la edad media de los pacientes con absceso periamigdalino ($7,5 \pm 4,1$ años) es discretamente inferior a la de otros estudios realizados en población pediátrica (9,8 y 8,75 años)^{13,14}. Sin embargo, los pacientes con absceso retrofaríngeo son mayores ($6,7 \pm 3,2$ años) de lo habitualmente descrito (< 5 años)^{3,14}. Se ha observado un aumento de la frecuencia de estas entidades en la edad pediátrica en los últimos años, aunque no existen estudios recientes de incidencia que confirmen dicho incremento¹³. En la serie presentada se observa mayor número de casos diagnosticados a partir de 1997, y es 2002 el año en que más casos se registraron. La mastoiditis, principal complicación de la otitis media agu-

da, también ha experimentado un aumento en el número de casos diagnosticados en los últimos años^{15,16}. El retraso en el inicio del tratamiento antibiótico en una otitis media aguda parece favorecer el desarrollo de mastoiditis¹⁷. Sin embargo, la disminución del empleo de antibióticos en niños con infección de vías aéreas superiores o dolor de garganta no se ha relacionado con mayor frecuencia de abscesos periamigdalino o retrofaríngeo¹⁸. Una hipótesis que sí podría explicar el aumento de la frecuencia de estas entidades es el uso inadecuado de antibióticos, que favorece el desarrollo de resistencias bacterianas. La antibioterapia empleada habitualmente en las infecciones faringoamigdalares favorece la selección de gérmenes anaerobios saprofitos y cepas productoras de betalactamasas. Estos antibióticos conseguirían eliminar las bacterias aerobias del absceso, facilitando así la penetración de la flora oral anaerobia en un tejido previamente dañado⁷. Puede existir predisposición al desarrollo de un absceso en sujetos con antecedentes de faringoamigdalitis¹⁹. Sin embargo, otros estudios describen abscesos que se desarrollan en ausencia de infecciones previas²⁰ o incluso en pacientes amigdalectomizados²¹. En nuestra serie, 11 pacientes (20,3%) tenían infecciones amigdalares de repetición y 3 niños habían sido amigdalectomizados previamente.

La TC es un buen método para el diagnóstico de un absceso, con una sensibilidad cercana al 100%, aunque con especificidad entre el 50 y el 100% según las series²². Sin embargo, presenta un elevado coste, requiere cooperación por parte del paciente y supone una alta irradiación, siendo este último un factor muy importante a considerar en la población pediátrica²³. No obstante, el uso de TC podría estar justificado ante una evolución clínica desfavorable, con sospecha de diseminación de la infección al espacio parafaríngeo y posibles complicaciones subsiguientes como espasmo glótico o mediastinitis¹⁰. En nuestra serie, el diagnóstico de absceso periamigdalino se hizo fundamentalmente según criterios clínico-analíticos, y sólo se practicó TC en 5 de 44 casos. Sin embargo, de los 10 casos de absceso retrofaríngeo se realizó TC en 6 pacientes, lo que pone de manifiesto la mayor dificultad diagnóstica según criterios clínicos en esta última enfermedad. La ecografía cervical externa ayuda en muchos casos al diagnóstico. Aunque no existen estudios comparativos, García Callejo et al evidenciaron una eficacia diagnóstica similar entre la ecografía cervical externa y la punción-aspiración en una pequeña muestra de 9 niños. En la serie estudiada se hizo ecografía únicamente a 6 niños (11,1%). Dada la inocuidad de esta técnica y la facilidad para su realización, debería potenciarse más su empleo en nuestro medio.

El papel del drenaje quirúrgico en el tratamiento de los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo es controvertido. Algunos estudios lo consideran tratamiento estándar, mientras que hay autores que consiguen un 50% de respuestas

únicamente con tratamiento conservador²⁴. Un gran número de niños con diagnóstico clínico de absceso responde bien al tratamiento médico, sin necesidad de realizar incisión-drenaje, especialmente los menores de 6 años¹⁰. En esta serie, 47 pacientes (87%) respondieron favorablemente al tratamiento conservador. En la década de 1980, la exéresis amigdalar estaba indicada en todos los casos de absceso periamigdalino²⁵. Sin embargo, se ha observado en los últimos años que la antibioterapia, junto con la incisión-drenaje del absceso, tiene la misma eficacia que la amigdalectomía²⁶. El absceso periamigdalino tiene una tasa de recurrencia del 10 al 15%²⁷. Los sujetos con antecedentes de faringoamigdalitis de repetición (2 o más episodios al año) son aquellos con mayor riesgo de recurrencia del absceso, por lo que serían estos pacientes los candidatos a amigdalectomía²⁸. Ésta se realizó en la serie estudiada en 11 niños (20,3%), de los cuales cinco presentaban antecedentes de faringoamigdalitis de repetición (de 2 a 12 episodios al año) y tres habían padecido previamente un absceso periamigdalino.

Como conclusión, queremos señalar que hemos observado un incremento de la frecuencia de abscesos periamigdalino y retrofaríngeo en nuestro hospital en los últimos años. La postura diagnóstico-terapéutica adoptada ha sido conservadora en la mayor parte de los casos y se ha realizado un escaso número de punciones-aspiraciones y de TC. Así, ante un paciente con sospecha de absceso, se indica su ingreso hospitalario con fluidoterapia y antibioterapia intravenosas. Si la evolución no es favorable en 24-48 h, se plantea la incisión y drenaje del absceso. La amigdalectomía estaría reservada sólo para los casos con complicaciones o para aquellos pacientes con faringoamigdalitis de repetición o episodios anteriores de flemon o absceso periamigdalino.

BIBLIOGRAFÍA

- Schraff S, McGinn JD, Derkay CS. Peritonsillar abscess in children: A 10-year review of diagnosis and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57:213-8.
- Barroso Braojos G, Raboso García-Baquero E, Martínez Sanmillán J, Martínez Vidal A. Peritonsillar abscess with parotid and peripharyngeal extension. Report of a case. *Acta Otorinolaryngol Esp.* 2000;51:737-9.
- Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: Clinical presentation, utility of imaging and current treatment. *Pediatrics.* 2003;111:1394-8.
- Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol.* 1991;105:743-5.
- Jousimies-Somer H, Savolainen S, Makitie A. Bacteriological findings in peritonsillar abscesses in young adults. *Clin Infect Dis.* 1993;16 Suppl 4:292-8.
- Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:1545-50.
- Mitchellmore IJ, Prior AJ, Montgomery PQ, Tabaqchali S. Microbiological features and pathogenesis of peritonsillar abscesses. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1995;14:870-7.

8. Friedman NR, Mitchell RB, Pereira KD, Younis RT, Lazar RH. Peritonsillar abscess in early childhood. Presentation and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;123:630-2.
9. Schroeder LL, Knapp JF. Recognition and emergency management of infectious causes of upper airway obstruction in children. *Semin Respir Infect.* 1995;10:21-30.
10. Blotter JW, Yin L, Glynn M, Wiet GJ. Otolaryngology consultation for peritonsillar abscess in the pediatric population. *Laryngoscope.* 2000;110:1698-701.
11. Diego Pérez CI, Calvo Boizas E, Sancipriano Hernández JA, Santiago Andrés J, Gómez Toranzo F. Therapeutic approach to peritonsillar abscesses. *Acta Otorrinolaring Esp.* 1999;50:261-4.
12. Szuhay G, Tewfik TL. Peritonsillar abscess or cellulitis? A clinical comparative paediatric study. *J Otolaryngol.* 1998;27:206-12.
13. García Callejo FJ, Velert Vila MM. Conducta ante el flemón y el absceso periamigdalino en la infancia desde nuestra experiencia. *An Esp Pediatr.* 1999;51:251-6.
14. Tan PT, Chang LY, Huang YC, Chiu CH, Wang CR, Lin TY. Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect.* 2001;34:287-92.
15. Ghaffar FA, Wordemann M, McCracken GH. Acute mastoiditis in children: A seventeen-year experience in Dallas, Texas. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:376-80.
16. Ruiz Díaz AI, Del Castillo Martín F, Bilbao Garitagoitia A, Díaz Román C, García Miguel MJ, Borque Andrés C. Mastoiditis aguda: una entidad emergente. *An Esp Pediatr.* 2002;57:427-31.
17. Gliklich RE, Eavey RD, Ianuzzi RA, Camacho RAE. A contemporary analysis of the acute mastoiditis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996;122:135-9.
18. Sharland M, Kendall H, Yeates D, Randall A, Hughes H, Glasziou P, et al. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis and rheumatic fever in children: Time trend analysis. *BMJ.* 2005;331:328-9.
19. Herbild O, Bonding P. Peritonsillar abscess: Recurrence rate and treatment. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1981;107:540-2.
20. Herzon FS, Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: Incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope.* 1995;105:1-17.
21. Cannon CR, Lamptom LM. Peritonsillar abscess following tonsillectomy. *J Miss State Med Assoc.* 1996;37:577-9.
22. Sakaguchi M, Sato S, Asawa S, Taguchi K. Computerized tomographic findings in peritonsillar abscess and cellulitis. *J Laryngol Otol.* 1995;109:449-51.
23. Scott PM, Loftus WK, Kew J, Ahuja A, Yue V, Van Hasselt CA. Diagnosis of peritonsillar infections: A prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. *J Laryngol Otol.* 1999;113:229-32.
24. Broughon RA. Nonsurgical management of deep neck infections in children. *Pediatr Infect Dis J.* 1992;92:14-8.
25. Raut VV, Yung MW. Peritonsillar abscess: The rationale for interval tonsillectomy. *Ear Nose Throat J.* 2000;79:206-9.
26. Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS, Salman SD. Selection of antibiotics after incision and drainage of peritonsillar abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999;120:57-61.
27. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope.* 2002;112:6-10.
28. Wolf M, Even-Chen I, Talmi YP, Kronenberg J. The indication for tonsillectomy in children following peritonsillar abscess. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1995;31:43-6.