

Absceso periamigdalino

M^a del Mar Duelo Marcos^a [mmduelo@pap.es], M^a Luisa Arroba Basanta^b, Eva Escribano Ceruelo^c.

^a Pediatra. CS Aguacate (Servicio Madrileño de Salud, Área 11), Madrid. ^b Pediatra. CS Emisora (Servicio Madrileño de Salud, Área 6), Pozuelo de Alarcón, Madrid. ^c Pediatra. CS Barcelona (Servicio Madrileño de Salud, Área 8), Móstoles, Madrid.

Fecha de actualización: 22/11/2008
Guía_ABE_Absceso periamigdalino (v.2/2008)

Cita sugerida: Duelo Marcos MM, Arroba Basanta ML, Escribano Ceruelo E. Absceso periamigdalino (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 22/11/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción y puntos clave

El absceso periamigdalino (APA) es la infección más frecuente de los tejidos profundos de cabeza y cuello y la complicación más usual de la faringoamigdalitis aguda. Un 10-20% de los pacientes tienen antecedentes de amigdalitis frecuentes. Ocasionalmente ocurre en pacientes amigdalectomizados.

Se produce por invasión bacteriana del espacio periamigdalino (entre la cápsula amigdalina y los músculos constrictor superior de la faringe y palatofaríngeo). Inicialmente es un flemón, con posibilidad posterior de formación de una colección purulenta (absceso). Generalmente unilateral (3% bilateral). La mayoría se localizan en el polo superior de la amígdala.

Dada la localización del proceso requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que puede producir un compromiso respiratorio por compresión o por drenaje espontáneo y broncoaspiración. También puede extenderse a otras zonas por proximidad: espacio parafaríngeo, prevertebral y mediastino.

La recurrencia del absceso se produce en 10-15% de los pacientes, 4 veces más frecuente en niños con antecedentes de amigdalitis de repetición.

Se ha descrito un aumento de la incidencia de esta infección en la edad pediátrica en los últimos años.

Manifestaciones clínicas: tras una faringoamigdalitis aguda, con o sin tratamiento antibiótico, aparece fiebre, odinofagia acusada e irradiada al oído, disfagia más o menos intensa (babeo), voz dificultosa, apagada, halitosis bucal, adenopatía dolorosa cervical homolateral y trismo en mayor o menor grado, que puede dificultar la exploración local: abultamiento asimétrico de la amígdala con desplazamiento de la misma hacia la línea media y abajo, y de la úvula hacia el lado opuesto.

El diagnóstico es clínico. Debe diferenciarse el flemón del absceso, siendo a veces necesaria ecografía o TC, pero la obtención de pus por punción o escisión es más rápida y económica. La escasa colaboración de los pacientes pediátricos dificulta el diagnóstico y el tratamiento.

La infección está causada la mayoría de las ocasiones por una flora mixta (aerobios y anaerobios). El germen más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*. El antibiótico de elección es la amoxicilina con ácido clavulánico. En alérgicos a la penicilina se recomienda el uso de la clindamicina.

Generalmente es necesario el ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico parenteral y para valorar la formación de un absceso que deba ser evacuado. La mayoría de los pacientes responde bien al tratamiento médico. Algunos pueden ser tratados de forma ambulatoria tras la evaluación y tratamiento inicial.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: no se han introducido cambios substanciales. La amoxicilina con ácido clavulánico es la mejor opción en el tratamiento, ya que los agentes implicados más frecuentemente son *Streptococcus pyogenes* y bacterias anaerobias. Tras la evaluación y tratamiento inicial es posible valorar seguir tratamiento ambulatorio en los niños no graves y sin factores de riesgo.



Microorganismos causales ¹		
	Frecuentes	Menos frecuentes
Bacterias aerobias	<i>Streptococcus pyogenes</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus</i> alfa-hemolíticos, <i>Haemophilus</i> sp., <i>Neisseria</i> sp.
Bacterias anaerobias	<i>Bacteroides</i> , <i>Fusobacterium</i> , <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Prevotella</i> sp.	

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Hemograma, PrCR	
Microbiología		Cultivo del aspirado del absceso
Pruebas de imagen		- Ecografía transcutánea o intraoral: útil en el diagnóstico diferencial del flemón y absceso periamigdalino - TC: indicada en niños pequeños que no se dejan explorar y ante la sospecha de extensión del absceso a espacios adyacentes

Indicaciones de ingreso hospitalario
- En general todos los casos para tratamiento antibiótico parenteral y valorar la necesidad de drenaje - Es posible valorar seguir tratamiento domiciliario tras el drenaje en niños sin factores de riesgo

Tratamiento antimicrobiano empírico ²	
Tratamiento de elección	Alternativas
Amoxicilina/clavulánico, IV	- Penicilina G + metronidazol, IV - Piperacilina/tazobactam, IV - Si alergia a penicilina: clindamicina, IV

Dosis recomendadas
- Amoxicilina/clavulánico: IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis. VO: 40 mg/kg/día (de amoxicilina³), en 3 dosis - Clindamicina, IV: 20-40 mg/kg/día, en 4 dosis - Metronidazol, IV/VO: 15-30 mg/kg/día, en 3 dosis - Penicilina G sódica, IV: 150.000-250.000 UI/kg/día, en 4-6 dosis - Piperacilina/tazobactam, IV: 200-250 mg/kg/día (de piperacilina; relación piperacilina/tazobactam 8/1; máximo 2,5 g/dosis), en 4-6 dosis



Otras medidas terapéuticas

- Drenaje quirúrgico en caso de absceso. Todos los procedimientos han demostrado ser igualmente efectivos y seguros. No hay acuerdo en cuál es el método más idóneo:
 - Aspiración con aguja; técnica considerada de elección en el APA no complicado. Ha demostrado ser efectivo en niños mayores colaboradores, pacientes con enfermedades hemorrágicas y cuando se trata de evitar la anestesia general. Resolución con éxito en el 94%. Solo el 4% requieren una 2ª aspiración.
 - Alternativa: incisión y drenaje (suele precisar sedación o anestesia general)
- Amigdalectomía “en caliente”. Existe acuerdo en su indicación en APA no localizados en el polo superior, en los que causan obstrucción de las vías aéreas u otras complicaciones, si existe fracaso con los anteriores métodos de drenaje, en caso de recurrencias ante un nuevo episodio de APA y antecedente de amigdalitis de repetición. Un único APA por sí solo no es indicación de amigdalectomía diferida⁴
- Hidratación y nutrición adecuadas
- Analgesia y antiinflamatorios⁵

Referencias bibliográficas

- Al Yaghchi C, Cruise A, Kapoor K, et al. Out-patient management of patients with a peritonsillar abscess. Clin Otolaryngol. 2007;33:32-5.
- Álvez González F. Absceso periamigdalino. Protocolos AEP. [actualizado en 2001; consultado el 09/09/2008]. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/infectologia/index.htm
- Cabrera CE, Deutsch ES, Eppes S, et al. Increased incidence of head and neck abscesses in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;136:176-81.
- 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. [consultado el 09/09/2008]. Disponible en www.aeped.es/socios/login/anales96-99/suma/vol51/51-3/51-3-6.pdf
- García Callejo FJ, Núñez Gómez F, Sala Franco J, y cols. Tratamiento de la infección periamigdalina. An Pediatr (Barc). 2006;65(1):37-43.
- Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;128(3):332-43.
- Lamkin RH, Portt J. An outpatient medical treatment protocol for peritonsillar abscess. Ear Nose Throat J. 2006;85(10):658-61.
- Martín Campagne E, Castillo Martín F, Martínez López MM, y cols. Abscesos periamigdalino y retrofaringeo: estudio de 13 años. An Pediatr (Barc). 2006;65(1):32-6.
- Millar KR, Jhonson DW, Drummond D, et al. Suspected Peritonsillar Abscess in Children. Pediatr Emerg Care. 2007;23(7):431-8.
- Schraff S, Mc Ginn JD, Derkay CS. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2001;57(3):213-8.
- Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2002;65(1):93-6. [consultado el 09/09/2008]. Disponible en www.aafp.org/afp/20020101/93.html

Abreviaturas: **APA:** absceso periamigdalino. **IV:** vía intravenosa. **PrCR:** proteína C reactiva. **TC:** tomografía computadorizada. **VO:** vía oral.



Notas

- ¹ En el cultivo del material extraído del APA se aísla generalmente una flora polimicrobiana con bacterias aerobias y anaerobias. El germen más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*, pero con una elevada participación de anaerobios. El frotis faríngeo no se relaciona con el cultivo del aspirado del APA. Se ha comprobado que los resultados del cultivo del material obtenido tienen poca influencia en el tratamiento y evolución del proceso, salvo el interés de conocer la prevalencia de patógenos y con la excepción de los pacientes inmunocomprometidos. Algunos virus (por ej. virus de Epstein Barr) pueden actuar como “facilitadores” o factor de riesgo para el desarrollo de un APA.
- ² Una vez que se comprueba la evolución favorable, el niño esté afebril y pueda tolerar medicación oral, los antimicrobianos parenterales deberán sustituirse por sus equivalentes orales hasta una duración de 10-14 días de tratamiento.
- ³ Usar formulaciones con relación amoxicilina/ácido clavulánico de 4/1, salvo en niños mayores (más de 40 kg de peso) y adolescentes en los que la dosis máxima de ácido clavulánico es de 125 mg por dosis.
- ⁴ Las indicaciones de la amigdalectomía diferida son: niño con APA y faringoamigdalitis de repetición y ante el segundo episodio de APA.
- ⁵ Los corticoides han sido ampliamente usados, si bien con limitadas evidencias; dosis únicas de dexametasona (4 mg) o metilprednisolona (2-3 mg/kg) parecen tener un importante efecto antiinflamatorio y analgésico.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza con regularidad; próxima revisión prevista en 2009/10. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🔗] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4