

Infecciones periamigdalinas en nuestro medio. Epidemiología y tratamiento

Peritonsillar infections in our environment. Epidemiology and treatment.

AUTORES

García Curdi F
Lois Ortega Y
Genzor Ríos SJ*
López Buil J
Gil Grasa G
Vela Gajón P
Artal Sánchez R
Ágreda Moreno B
Sebastián Cortés JM
Vallés Varela H

Servicio ORL Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

RESUMEN

La infección periamigdalina es una de las complicaciones más frecuentes de las amigdalitis crónicas. Se produce como consecuencia de procesos infecciosos amigdalares de repetición, en los que el parénquima amigdalino tiende a la fibrosis, por lo que la acción antibiótica se ve restringida y el crecimiento bacteriano queda favorecido.

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es conocer datos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos acerca de esta patología

Material y métodos: Estudio descriptivo, de carácter retrospectivo y de corte transversal. Se recogieron todos los casos de infecciones periamigdalinas atendidos por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, entre enero del año 2013 y junio del año 2015 (ambos inclusive). Se han estudiado aspectos epidemiológicos, etiológicos, diagnósticos, evolutivos y terapéuticos.

Resultados: Se recogieron datos de 111 pacientes, ingresados con diagnóstico de infección periamigdalina. La media de edad obtenida fue de $34,86 \pm 15,35$ años, algo mayor que en otras series registradas. En cuanto a la distribución por sexos el 61,62% de los casos correspondió al sexo masculino, y el 38,74% al sexo femenino. El verano es la estación del año en la que más episodios se produjeron. La estancia media hospitalaria fue de $5,85 \pm 1,4$ días, debido al régimen terapéutico establecido en nuestro servicio.

Conclusión: Nuestra tasa de recidivas fue del 6,3% en los 2 meses siguientes al alta hospitalaria, lo que representa un dato sensiblemente menor al recogido en otras series publicadas, lo que justifica el tratamiento de este proceso en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Lozano Blesa.

PALABRAS CLAVE:

Infección periamigdalina, recidiva.

SUMMARY

Peritonsillar infection is one of the most common complications of chronic tonsillitis. It occurs as a consequence of repetitive tonsillar infectious processes, in which the amygdalin parenchyma tends to fibrosis, so the antibiotic action is restricted and bacterial growth is favored.

Objectives: The main objective of the present study is to know epidemiological, diagnostic and therapeutic data about this pathology.

Material and methods: Descriptive, retrospective and cross-sectional study. All cases of peritonsillar infections attended by the Otolaryngology Service of the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa in Zaragoza between January 2013 and June 2015 (both inclusive) were collected. Epidemiological, etiological, diagnostic, evolutionary and therapeutic aspects have been studied.

Results: Data were collected from 111 patients admitted with a diagnosis of peritonsillar infection. The mean age obtained was 34.86 ± 15.35 years, slightly higher than in other recorded series. As for the distribution by sex, 61.62% of the cases corresponded to the male sex, and 38.74% to the female sex. Summer is the season of the year in which more episodes occurred. The mean hospital stay was 5.85 ± 1.4 days, due to the therapeutic regimen established in our service.

Conclusion: Our recurrence rate was 6.3% in the 2 months after hospital discharge, which represents a significantly lower data than in other published series. This fact justifies the treatment of this process in the Otorhinolaryngology Service of the Hospital Clínico Lozano Blesa.

KEY WORDS:

Peritonsillar infection, recurrence.

Introducción

Se entiende por amigdalitis crónica procesos infecciosos de repetición de las amígdalas palatinas. Este hecho afecta de modo irreversible al estroma amigdalino, pudiendo generar una alteración de la estructura de las criptas amigdalares¹.

Una de las complicaciones más frecuentes de un proceso infeccioso amigdalino es la infección periamigdalina.

Generalmente, esto ocurre a partir de procesos infecciosos amigdalares de repetición, en los que el parénquima amigdalino tiende a la fibrosis, por lo que la acción antibiótica se ve restringida y el crecimiento bacteriano queda favorecido, de modo que la infección puede superar la cápsula amigdalina, permaneciendo entre dicha cápsula y el músculo constrictor superior de la faringe².

La infección periamigdalina se inicia con una fase de flemón y evoluciona a un absceso con todos sus elementos: la colección de pus y su cápsula. Se trata de una infección grave, especialmente si se produce en un paciente inmunodeprimido.

No existen guías sobre el tratamiento de estas infecciones periamigdalinas, por lo que el manejo de estos pacientes varía mucho entre países o incluso comunidades autónomas. Posiblemente se debe a esto el hecho de que la recurrencia

a los 2 meses de haber sufrido un episodio oscile entre el 10-15%, llegando en algunos países hasta el 22%^{3,4}.

Objetivos

Las infecciones periamigdalinas son una de las urgencias más frecuentes en Otorrinolaringología.

El tratamiento precisa, habitualmente, de ingreso hospitalario para rehidratar al paciente, tratamiento analgésico y/o antiinflamatorio, antibioterapia por vía parenteral y drenaje del absceso. Una vez que se aprecia mejoría general y local se cambia el antibiótico a vía oral, ya en régimen ambulatorio.

Hemos realizado un estudio acerca de las infecciones periamigdalinas en nuestro medio, cuyo objetivo principal es conocer datos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos acerca de esta patología.

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Se incluyen pacientes de cualquier edad y sexo, que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre el 1 de enero de 2013 y el 30

de junio de 2015 y son diagnosticados de flemón o absceso periamigdalino por el Servicio de Otorrinolaringología de dicho hospital, requiriendo ingreso hospitalario.

Los criterios de exclusión son:

- Rechazo de ingreso hospitalario por parte del paciente.
- Solicitud de alta voluntaria por parte del paciente durante su ingreso.

La recogida de datos se realizó de forma retrospectiva. Para ello se empleó la información obtenida de los archivos del Hospital.

Se han estudiado las siguientes variables: edad, sexo, fase del proceso infeccioso, época del año en que ocurre, días de evolución de los síntomas hasta acudir a Urgencias, leucocitos en sangre cuando se establece el diagnóstico, patógeno aislado en la colección purulenta (siempre que no haya recibido tratamiento antibiótico previo), días de estancia en el hospital, pacientes en los que se realiza amigdalectomía como tratamiento definitivo y por último los pacientes que sufren recidivas en los 2 meses siguientes al alta hospitalaria.

El protocolo de tratamiento del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza consiste en: una vez drenado el absceso (si lo hubiere), mantener ingreso hospitalario durante al menos 6 días. Los primeros 5 días se administra tratamiento antibiótico de manera intravenosa, el sexto día se administra por vía oral y si la evolución del paciente es buena, recibiría el alta hospitalaria.

Los criterios de alta hospitalaria son: desaparición de la sintomatología del paciente, ausencia de drenaje de material purulento y normalidad anatómica de estructuras orofaríngeas habiendo completado el régimen terapéutico señalado.

Los criterios de solicitud de TAC: evolución tórpida del proceso, persistencia de abombamiento de pilar amigdalino en ausencia de drenaje de material purulento, sintomatología que indica gravedad del cuadro (trismus, disnea).

Resultados

El tamaño muestral fue de 111 pacientes. El rango de edad varió desde los 7 a los 89 años. La media de edad de nuestro estudio fue de $34,86 \pm 15,35$ años. Por sexo se obtuvo un 61,62% (n=68) de hombres y un 38,74 % (n=43) de mujeres. La media de edad de hombres fue de $37,30 \pm 13,45$ años y la de mujeres de $30,97 \pm 16,78$ años (Gráfico 1). Analizando ambos grupos con un test estadístico de T de Student, se obtienen diferencias significativas para ambas medias.

Respecto a la fase del proceso infeccioso, el 27,02% (n=30) de los casos registrados corresponde a fase de flemones periamigdalinos, mientras que el 72,98% (n=8) corresponde a fase de abscesos periamigdalinos.

En el Fig. 2 se puede observar la distribución según la incidencia de infecciones periamigdalinos según la época del año en la que acontece el evento.

La media de estancia hospitalaria es de $5,85 \pm 1,4$ días, sin existir diferencias entre flemones y abscesos periamigdalinos.

Los datos recogidos en relación a los días de evolución de los síntomas hasta llegar al diagnóstico indican que la media es de $5,07 \pm 3,7$ días. Se realizó una comparación entre los 2 procesos que no mostró diferencias significativas.

Se evaluó el número de leucocitos a la hora del diagnóstico, siendo la media de 15950 ± 9500 leucocitos/mm³, con una mediana de 14700 leucocitos/mm³.

El número de pacientes que requirió prueba de imagen (TAC) tanto para el diagnóstico como para valorar la evolución fue de n=8, lo que supone el 7,2% de la muestra; de los

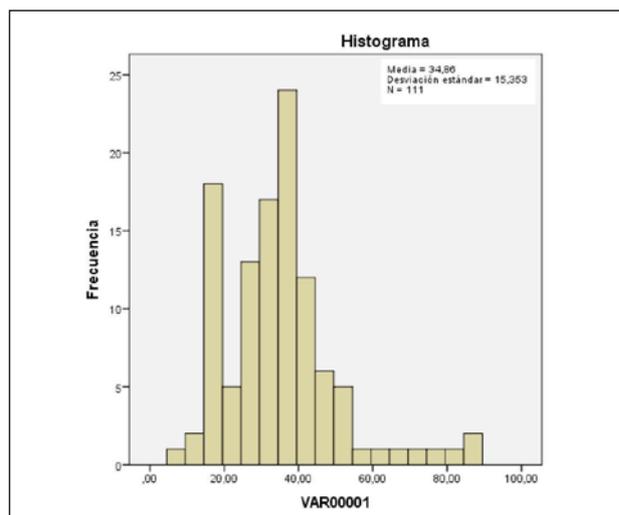


Figura 1

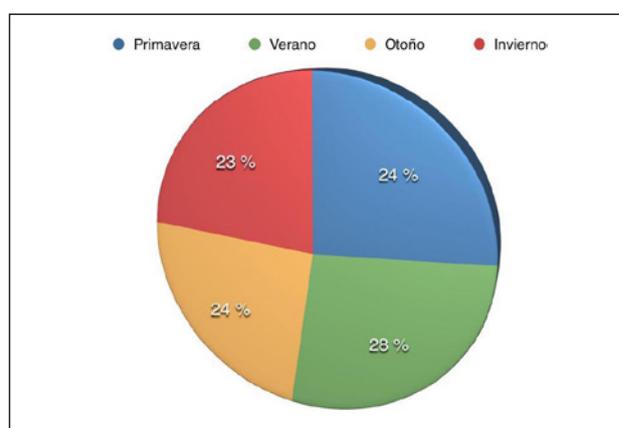


Figura 2

cuales 4 casos se trataban de flemones periamigdalinos y 4 casos de abscesos periamigdalinos.

A su vez se ha estudiado la flora patógena aislada en los casos que no habían recibido antibioterapia previamente (n=15). El patógeno más frecuente en nuestra serie fue tanto *Streptococcus constellatus* (n=3) como *Streptococo* grupo C (n=3).

La recurrencia en los siguientes 2 meses al alta del ingreso hospitalario ha ocurrido en 7 pacientes, lo que representa un 6,3% de la muestra.

Respecto al número total de episodios que ha sufrido cada paciente a lo largo de su vida hasta el último ingreso registrado es variable: el 79,27% (n=88) ha presentado un único episodio, dato que contrasta con un paciente que ha presentado 6 episodios a lo largo de su vida.

Como tratamiento definitivo, se ha realizado amigdalectomía a 18 pacientes lo que supone el 16,21% de los casos.

Discusión

Se ha obtenido finalmente para el estudio un total de 111 pacientes, lo que supone un tamaño muestral adecuado para el análisis de las variables propuestas.

La media de edad obtenida es de $34,86 \pm 15,35$ años, algo mayor que en otras series registradas. En el histograma de frecuencias (Fig. 1) se observan dos picos de incidencia, uno en torno a los 20 años de edad y otro en torno a los 40 años^{5,6,7}.

En cuanto a la distribución por sexos se obtuvo que el 61,62% de los casos corresponde al sexo masculino y el 38,74% al sexo femenino. Al analizar la media de edad por sexos, obtenemos que, en el sexo masculino, las infecciones periamigdalinas ocurren más tarde ($37,30 \pm 13,45$ años) respecto al sexo femenino ($30,97 \pm 16,78$ años) siendo esta diferencia estadísticamente significativa^{5,6,7}.

Se ha analizado en qué época del año ocurre con más frecuencia este tipo de patología, siendo verano la estación en la que más infecciones periamigdalinas acontecen (27,93% de los casos), seguido de otoño y primavera (24,32% ambos) y finalmente invierno (con un 23,43% de casos registrados). Esto contrasta con la literatura, ya que en otras series recogidas la época del año en la que la incidencia de procesos es mayor es invierno⁷.

La estancia media hospitalaria es de $5,85 \pm 1,4$ días, esto se debe al número de días que se mantiene el tratamiento intravenoso en nuestro hospital, según el protocolo establecido. Al comparar la estancia media de los pacientes que padecieron un flemón periamigdalino respecto a los que sufrieron un absceso periamigdalino, no obtenemos diferencias significativas, debido a que mantenemos el mismo régimen terapéutico en ambos casos.

La media de días desde el inicio de los síntomas hasta que el paciente acude a urgencias fue de $5,07 \pm 3,7$ días, un dato que indica que la evolución de esta patología puede ser muy variable. En 11 ocasiones no se registró este dato. Al comparar esta variable entre absceso y flemón no se encontraron diferencias significativas.

En 8 casos (4 abscesos y 4 flemones) fue necesaria una prueba de imagen como es el TAC, en 1 ocasión como ayuda diagnóstica, y en el resto para valorar la evolución de los pacientes.

También se estudió la flora patógena aislada en los casos que no había sido tratados previamente (15 ocasiones). En 2 casos no se aisló ningún patógeno (ambos eran abscesos periamigdalinos). Según la literatura, el patógeno más frecuente es el *Streptococcus* β -hemolítico grupo A (*S. pyogenes*), del cual sólo se ha registrado 1 caso en nuestra serie. Cabe mencionar que el tamaño muestral es pequeño respecto a esta variable ($n=15$) por lo que puede deberse a esto^{1,7,8,9}.

Al estudiar la recurrencia en los 2 meses siguientes a la fecha de alta hospitalaria, sólo ocurrió en 7 pacientes, lo que supone el 6,3% de los casos. Es llamativa la diferencia obtenida con los datos que muestra la literatura más reciente, según los cuales, la tasa de recurrencia el segundo mes tras la infección periamigdalina oscila entre el 10 – 15% de las ocasiones en Estados Unidos, llegando en algunos países Europeos hasta el 22% (Dinamarca)^{3,10,11}.

El número total de episodios que ha sufrido un paciente a lo largo de su vida hasta el último ingreso es variable. La mayoría (79,27%) sólo ha sufrido un único episodio, existiendo un caso que ha sufrido una infección periamigdalina en 6 ocasiones.

Como tratamiento definitivo se propone la amigdalectomía a partir del segundo proceso infeccioso periamigdalino. De nuestra serie, 18 pacientes (16,21% de la muestra) han sido intervenidos, prefiriendo 91 pacientes un tratamiento conservador.

Conclusiones

El estudio realizado revela según los datos obtenidos que las infecciones periamigdalinas afectaron de manera más frecuente al sexo masculino (61,62%) que al sexo femenino (38,74%), además ocurrieron en una edad más avanzada en hombres ($37,30 \pm 13,45$ años) que en mujeres ($30,97 \pm 16,78$ años).

Se observa que la estación en la que más procesos se produjeron fue verano, en contraposición a los datos que encontramos en la literatura, que afirman que es la estación con mayor incidencia de esta patología.

Se practicó la amigdalectomía como tratamiento definitivo tras una infección periamigdalina al 16,21% de los pacientes, por lo que se ha optado la gran mayoría de las ocasiones por el tratamiento antibiótico.

Nuestra tasa de recidivas fue del 6,3% en los 2 meses siguientes al alta hospitalaria, lo que representa un dato sensiblemente menor al recogido en otras series publicadas. Esto indica que establecer un régimen terapéutico de 5 días de tratamiento intravenoso disminuye las recidivas de las infecciones periamigdalinas.

Bibliografía

- Basterra J, Alba JR, Zapater E. Patología infecciosa. Hipertrofia de la amígdala palatina. En: Basterra J. Tratado de Otorrinolaringología y patología cervicofacial. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009: 477– 496.
- Kordeluk S, Novack L, Puterman M, Kraus M, Joshua BZ. Relation between peritonsillar infection and acute tonsillitis: myth or reality? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145(6):940-5.
- Mak CC, Spielmann PM, Hussain SS. Recurrence of peritonsillar abscess: a 2-year follow-up. *Clin Otolaryngol.* 2012;37(1):87-8.
- Ashman A, Harris R. Outpatient management of patients with acute tonsillitis and peritonsillar abscess in ninety adult patients. *Clin Otolaryngol.* 2016:18.
- Lepelletier D et al. Peritonsillar abscess (PTA): clinical characteristics, microbiology, drug exposures and outcomes of a large multicenter cohort survey of 412 patients hospitalized in 13 French university hospitals. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2016;35(5):867-73.
- Mazur E, Czerwiska E, Korona-Główniak I, Grochowalska A, Koziół-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015;34(3):549-54.
- Klug TE. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2014;33(7):1163-7.
- Lepelletier D et al. Peritonsillar abscess (PTA): clinical characteristics, microbiology, drug exposures and outcomes of a large multicenter cohort survey of 412 patients hospitalized in 13 French university hospitals. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2016;35(5):867-73.
- Gavriel H, Golan Y, Lazarovitch T, Eviatar E. Bacteriology of peritonsillar abscess in patients over 40 years-a neglected age group. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015;272(4):981-4.
- Mak CC, Spielmann PM, Hussain SS. Recurrence of peritonsillar abscess: a 2-year follow-up. *Clin Otolaryngol.* 2012;37(1):87-8.
- Khan MI, Khan A, Muhammad. Peritonsillar abscess: clinical presentation and efficacy of incision and drainage under local anaesthesia. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2011;23(4):34-6.

Correspondencia

Dr. Fernando García Curdi.
Servicio ORL Hosp. Clínico Univ. Lozano Blesa
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza. España.
E-mail: fgarciacu@salud.aragon.es