

**FLEMÓN PERIAMIGDALINO****Autora:**

Dra. Carmen Victoria Centeno M.P.Nº 18351/6

Esp. en O.R.L. M.E.Nº 5766

-Otorrinolaringóloga del Servicio de ORL de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Universidad Católica de Córdoba (UCC)

-Docente del Post-Grado de Otorrinolaringología de UCC.

-Miembro de Contralor del Comité de O.R.L. del Consejo de Médicos de la Prov. de Córdoba.

**DEFINICIÓN:**

Es la infección y consecuentemente la colección purulenta del espacio periamigdalino.

Este espacio, que normalmente es virtual, está limitado por la amígdala palatina y su cápsula hacia medial, por la pared faringea hacia lateral, por el pilar anterior (músculo pálate-gloso) hacia adelante y por el pilar posterior (músculo pálate-faríngeo) hacia atrás.

**CUADRO CLÍNICO**

***Fisiopatogenia:*** existen tres posibilidades:

Por ruptura de una cripta amigdalina profunda, que drena su contenido compuesto por caseum, residuos alimenticios, pus y microorganismos, especialmente bacterias.

Por infección del 3er. molar.

Por infección el espacio de Tortal por encima de la amígdala, ya sea a partir de restos embrionarios sin cápsula, o de una prolongación del polo superior que se hace intravelar. Por su rareza no tiene significación clínica.

**Etiología:**

Lo más frecuente es que se origine en una amigdalitis aguda o crónica, por lo que el germen prevalente es el estreptococo B hemolítico grupo A. Sin embargo, se suelen encontrar otros microorganismos aislados o asociados, en esta secuencia:

Estrepcoco B hemolítico grupo A

Estreptococo viridans

Haemophilus influenzae

Estreptococo pneumoniae

Estafilococo aureus

Anaerobios: Fusobacterias

Bacteroides

Peptoestreptococos

**Prevalencia:**

Es una afección propia del adulto joven, es decir, durante la 2ª y 3ª década de la vida. No se puede puntualizar la frecuencia por las discrepancias en las pocas estadísticas.

**Clasificación:**

a) **Antero-superior.** Es la más frecuente, por lo que todas las consideraciones se referirán a esta forma clínica.

b) **Posterior.** Es muy raro.

La sistemática que utilizaremos consistirá en ir presentando los datos para el diagnóstico (signos o síntomas) en forma de secuencia, a medida de que el médico generalista, desde el primer momento, entre en contacto con el paciente.

Se trata de un paciente con dolor agudo de faringe, unilateral y progresivo, que comenzó entre dos y ocho días antes. Este es el tiempo de incubación.

Hallazgos de la inspección general:

- a) Gran afectación del estado general, que se manifiesta por su desaliño y actitud.
- b) Estado febril.
- c) Lateralización de la cabeza hacia el lado de la afección, en actitud defensiva ante el dolor.
- d) Fascie demacrada.
- e) Trismus en los casos en que está comprometido el pterigoideo interno.
- f) Sialorrea por la comisura homolateral debida a la disfagia.

Datos de la anamnesis específica:

- a) Intensa odinofagia unilateral y progresiva.
- b) Severa disfagia.
- c) Otagia del mismo lado que se acentúa al deglutir.
- d) Manifiesta voz gangosa o faringolalia
- e) Fiebre elevada.
- f) Gran irritabilidad y fatiga.

Examen y palpación del cuello, de la cavidad oral y de la faringe:

- a) Palpación de adenopatías dolorosas unilaterales.
- b) Lengua blanca y halitosis.
- c) Marcada asimetría de la faringe por el desplazamiento de una de las amígdalas, pilar anterior y de la úvula, que a veces sobrepasa la línea media.
- d) Signos inflamatorios varios, como congestión, edema (especialmente de úvula) y placas.
- e) La palpación de la tumefacción con el dedo enguato o con instrumento romo completará el diagnóstico de flemón periamigdalino y establecerá el grado evolutivo, es decir, si ya presenta colección líquida o no, para decidir la conducta.

### **ESTUDIOS A SOLICITAR**

- a) **Obligatorios**: Hemograma, que dará leucocitosis con neutrofilia, velocidad de eritrosedimentación, acelerada, glucemia y uremia.
- b) **Opcionales o facultativos**: Derivarlos al otorrinolaringólogo.

### **CONDUCTA INICIAL**

En la primera consulta el médico generalista deberá efectuar el diagnóstico, establecer el estado evolutivo del momento, e iniciar el plan de tratamiento.

Se le pueden presentar dos posibilidades:

- a) Que la colección purulenta aún no se haya formado.

Se indicará antibioticoterapia aplicando el criterio clínico-estadístico en relación a la bacteriología, ya que no cuenta aún con estudio bacteriológico. Los corticoides pueden mejorar el cuadro clínico.

Tratamiento sintomático.

No hay interacción entre estas drogas, pero averiguará que otras consume el paciente y realizará estricto control de la evolución del paciente

Luego derivar al especialista como urgencia inmediata, para su ulterior atención.

b) Que exista fluctuación, es decir, que la colección purulenta ya se haya formado:

Indicar el mismo tratamiento y derivar como urgencia inmediata para su debridación y drenaje quirúrgico.

**Antibioticoterapia:** Aplicando la experiencia y preferencias en el uso de estos fármacos, pero teniendo en cuenta la severidad del proceso y la odinofagia, por lo que se recomienda iniciar por vía parenteral durante las primeras 48hs, evaluar evolución y luego, comenzar por vía oral durante 7 días. Los esquemas que siguen son solo sugeridos, sobre la base de un adulto con un peso promedio de 70 Kg.

En el tratamiento el antibiótico de elección es la **Penicilina sódica** por VE, 3 a 4 millones cada 6hs. En alérgicos a la penicilina se utilizará **Clindamicina** por VE o IM 600mg cada 6hs., o 300mg cada 8hs VO.

Otros antibióticos utilizados **Ampicilina-sulbactam** VE 1gr cada 6hs.

**Metronidazol** 10mg/7.5mg/Kg cada 6hs. por perfusión EV o 500mg cada 8hs VO.

**Ceftriaxona** 1g cada 24hs. por perfusión EV o IM

**Amoxicilina + Acido Clavulánico** 875mg/ 1gr. cada 12hs VO.

**Ciprofloxacina** 400mg cada 12 hs por perfusión EV o 500 mg cada 12 hs VO.

Se puede utilizar la asociación estos antibióticos: Penicilina/Clindamicina, Penicilina/Metronidazol, Clindamicina/Ceftriaxona, Clindamicina/Metronidazol o Clindamicina/Ciprofloxacina.

También está indicado el uso de corticoides endovenoso al inicio del tratamiento obteniendo mejorías significativas en la sintomatología.

En caso de pacientes inmuno comprometidos o con antecedentes de abscesos recurrentes es importante realizar un estudio bacteriológico.

### CONTROL Y SEGUIMIENTO:

El control y seguimiento del paciente debe practicarse entre el diagnóstico y la amigdalectomía, ya que pueden surgir las siguientes circunstancias y complicaciones:

- a) drenaje espontáneo hacia la luz de la faringe
- b) difundirse hacia los espacios preestíleo o retroestíleo como flemón laterofaríngeo
- c) flemón retrofaringeo ó laríngeo ó trombosis yugular, etc. extremadamente raros.

### NIVELES DE ATENCIÓN

- a) **Primer nivel:** En base a las consideraciones precedentes, el médico generalista iniciará el tratamiento, valorando la posibilidad de su internación.
- b) **Segundo nivel:** el especialista confirmará el diagnóstico, solicitará estudios específicos según necesidad, y hará el diagnóstico diferencial con flemón latero-faríngeo, mononucleosis infecciosa, linfoma, manifestaciones faríngeas de la leucemia o cáncer de amígdala, además de otros de menor incidencia en la clínica.

Procederá luego al tratamiento quirúrgico. Paciente sentado con sedación suave y anestesia local de superficie con **Lidocaina al 4 ó al 10 % en spray**. Infiltración anestésica con **Lidocaina** con o sin **Epinefrina** en la parte mas prominente o más fluctuante, en forma lenta y anestesiando desde los planos superficiales, evitando caer bruscamente en la cavidad. Con bisturí hoja N° 15 se efectúa la incisión deslizando la curvatura de este tipo de hoja y no en

forma de puñalada, para evitar lesiones en las estructuras vasculares del cuello, especialmente la carótida.

Con una cánula de aspiración de buen calibre (3 mm o más) y succión eficaz se aspira la secreción purulento-sanguinolenta que drena a presión. Con pinza de Lubet Barbon o tijera roma introducida a través del abordaje se debrida la cavidad tratando de no dejar encapsulamientos aislados.

Continuar tratamiento médico en forma ambulatoria. Los controles se harán cada 24 hs. y luego a la semana. Aproximadamente al mes, se puede realizar la amigdalectomía bilateral, con internación hospitalaria o sanatorial.

### **RIESGOS DE IATROGENIA.**

El absceso periamigdalino es un cuadro capaz de originar una morbilidad grave, por lo que exige un diagnóstico temprano, tratamiento efectivo y un riguroso seguimiento en las primeras 48hs.

El retraso en la decisión de drenar la colección purulenta o el uso de maniobras intempestivas o imprecisas pueden originar obstrucción de vías aéreas superiores e incluso un cuadro de bronco aspiración.

Por otra parte, la utilización de una antibioticoterapia inadecuada puede transformar un proceso infeccioso local en una infección cervical profunda e incluso una complicación compleja como una mediastinitis, por lo que es indispensable el conocimiento del tipo de antibiótico a utilizar, dosis, vía y duración del tratamiento implementado.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Chang BA, Thamboo A, Burton MJ, Diamond C, Nuñez DA. Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12 Art. N°: CD006287. DOI 10.1002/14651858.CD006287. pub4.
2. Yeon Ji Lee, Yeon Min Jeong, Ho SeoK Lee, Se Hwan Hwang. The Efficacy of Corticosteroids in Treatment of Peritonsillar Abscess: A Meta-Analysis. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. Vol.9, N° 2:89-97. June 2016
3. Yu-His Liub, Hsing-Hao Su, Yi Wen Tsai, Yu-Yi Hou y col. Initial Factors Influencing Duration of Hospital Stay in Adult Patients with Peritonsillar Abscess. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. Vol. 10, N° 1:115-120, March2017
4. Yi Wen Tsai, Yu-Hsi Liub, Hsing-Hao Su. Bacteriology of peritonsillar abscess: the changing trend and predisposing factors. Braz J Otorhinolaryngol. 2018;84 (5): 532-539
5. Matias Alvarez, Maria Jesus Santander, Sofia Waissbluth, Soledad Palma. Experiencia clínica y manejo de los abscesos periamigdalinos en el Complejo Asistencial Dr Sótero del Río. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza y Cuello 2019; 79: 59-66
6. Suárez C., Gil-Carcedo L.M., Marco J., Medina J.E., Ortega P., Trinidad J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 2° Edición Tomo III 189:2823-2832. 2008