

11236

13

2 EJ.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

MANEJO EN EL ABSCESO PERIAMIGDALINO

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

PRESENTA :

CRUZ VAZQUEZ, GEORGINA AURORA

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11236
13
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL REGIONAL " 1º DE OCTUBRE "

I.S.S.S.T.E

"MANEJO DEL ABSCESO PERIAMIGDALINO"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE :

OTORRINOLARINGOLOGIA

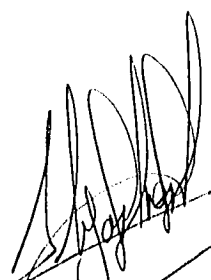
PRESENTA LA :

DRA. GEORGINA AURORA CRUZ VAZQUEZ.

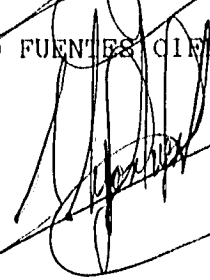
MEXICO, D.F. OCTUBRE DE 1996.

HOJA DE FIRMAS:





DR. ALEJANDRO FUENTES CIENFUEGOS

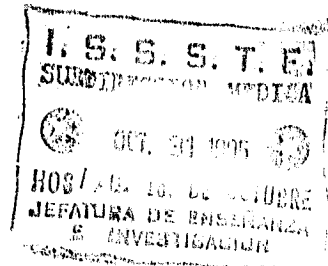
ASESOR DE TESIS


DR. ALEJANDRO FUENTES CIENFUEGOS

TITULAR CURSO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA


DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ

COORDINADOR DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION



A mis padres
por su amor y apoyo
brindado.

A Fer, mi esposo
por su paciencia, comprensión
y amor.

A Fer, mi hijo
por contagiarme su alegría
y ternura

A mi futuro bebé
con cariño.

INDICE

	pp
RESUMEN	2
INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO	
I.- DEFINICION	4
II.- HISTOPATOGENESIS	4
III.- CUADRO CLINICO	6
IV.- COMPLICACIONES	7
V.- TRATAMIENTO	7
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	14
TABLAS	17
FIGURAS	20
DISCUSION	23
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26

RESUMEN: Se presenta un estudio prospectivo, el cual incluye 16 casos de absceso periamigdalino detectados en un lapso de 3 años (1993 - 1995) en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional " 1º de Octubre " (ISSSTE).

Dentro del tratamiento se realizó drenaje del absceso periamigdalino y tratamiento con esquema de antibióticos de amplio espectro para cubrir bacterias aerobias y anaerobias - sin hospitalización de los pacientes.

Se encontró que el drenaje con aspiración con aguja alivia los síntomas inmediatamente con mínimo de trauma y el manejo con doble esquema de antibióticos permite el manejo extrahospitalario del paciente con mínimo riesgo de complicaciones.

ABSTRACT: A prospective, randomized clinical trial was conducted on 16 patients with peritonsillar abscess in a period of 3 years (1993 - 1995) in the Otorhinolaryngology Department of the Hospital Regional "1º de Octubre"(ISSSTE).

All patients had the peritonsillar abscess drained and were given antibiotic treatment without Hospital Admission.

We found that the drainage with needle aspiration is less traumatic and a double antibiotic regimen for aerobic - and anaerobic bacterias is safety and the patient have less risk of complications.

INTRODUCCION

El absceso periamigdalino es una colección de material purulento entre la cápsula fibrosa de la amígdala y el músculo constrictor superior de la faringe. Se han utilizado varios regímenes para el tratamiento del absceso periamigdalino desde la amigdalectomía de Chàud (inmediata), la amigdalectomía a intervalo, los antibióticos intravenosos u orales, el drenaje por incisión o bien la aspiración con aguja acompañado de un régimen de antibióticos. (1)

El objetivo del presente estudio es drenar el absceso periamigdalino con la técnica más segura, eficaz y con mínimo de trauma además de dar manejo con un esquema de antibióticos de amplio espectro de manera que el paciente pueda ser controlado en forma extrahospitalaria sin riesgo de complicaciones, disminuyendo el costo de hospitalización y permitiendo que el paciente en edad productiva se reintegre rápidamente a sus actividades.

MARCO TEORICO

I . DEFINICION

Se define el absceso periamigdalino como la acumulación de secreción purulenta entre la cápsula amigdalina y el músculo constrictor faríngeo superior a consecuencia de un episodio de amigdalitis supurada aguda inapropiadamente tratada o no tratada que progresa a la formación de un absceso.

Esta patología se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes en edad promedio de 20 a 30 años, - afectando por igual a ambos sexos, es poco frecuente en niños menores de 12 años y ancianos. En cuanto a su localización es más frecuente en el polo superior, aunque se ha descrito en el polo inferior de la amígdala. Se presenta en forma unilateral, aunque se ha reportado hasta en un 3% la presentación bilateral. (1,2,3,4)

II . HISTOPATOGENESIS

Actualmente se sabe que la membrana mucosa de la cavidad oral tiene glándulas salivales. Parkinson menciona un grupo de glándulas salivales descritas por Weber en 1927 como glándulas de Weber, las cuales se encuentran localizadas en el espacio supraamigdalino justo arriba de la amígdala en el paladar blando. Estas glándulas son en número aproximado de 20 a 25, las cuales tienen un conducto común al de las glándulas posteriores y de la porción media de la amígdala, penetra la cápsula de la amígdala y envía un sistema de conduc-

tos a la superficie de la amígdala, se secreción se cree - que ayuda a la digestión de los alimentos, particularmente - los que quedan en las criptas amigdalinas, esto explicaría - porque las amígdalas no son exudativas al inicio del absceso periamigdalino, porque la sintomatología inicia 3 a 5 días - después del inicio del cuadro y porque la amigdalectomía previene la recurrencia del absceso. (1,3).

En el desarrollo del absceso periamigdalino la necrosis - tisular y la formación de material purulento resulta en la formación de un absceso entre la cápsula amigdalina y la pared lateral de la faringe. En una serie sólo el 10% de los abscesos se localizaron fuera de ésta área. (1,5,6)

La fibrosis aumenta con la infección de manera que el plano normal que existe entre la amígdala y su aponeurosis se - oblitera, esto puede causar obstrucción de los conductos de las glándulas salivales de Weber, resultando una distensión glandular. Si no se trata apropiadamente pueden repetirse - episodios de celulitis periamigdalina o infecciones crónicas de las glándulas de Weber y el sistema de conductos, lo que puede resultar en la formación de un absceso periamigdalino. (1).

Esta enfermedad puede estar asociada con un cuadro de - amigdalitis exudativa folicular aguda, sin embargo en la mayoría de los casos la amígdala no es exudativa. La formación del absceso primero envuelve el espacio supraamigdalino del paladar blando localizado inmediatamente arriba del polo superior de la amígdala. El espacio supraamigdalino inicialmente se encuentra hiperémico e inicia la celulitis lo que resulta en la formación de material purulento dentro del espacio supraamigdalino y los músculos, especialmente el pterigoideo interno el cual produce trismus; sino se trata, el -

absceso se romperá dentro de la cripta amigdalina superior o puede drenar hacia el paladar blando, vaciando su contenido dentro de la boca. (1,7,8)

III. CUADRO CLINICO

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre de 38°C a 39°C, escalofríos, malestar general, odinofagia, disfagia, sialorrea, otalgia ipsilateral, trismus, disartria, la voz adopta un timbre nasal o grueso (voz de papa caliente). El paciente expresa ansiedad y dificultad respiratoria cuando la vía aérea se compromete. (2,8,9,10)

A la exploración física se encuentra al paciente con trismus, desplazamiento medial de la amígdala y aumento de volumen del paladar blando, lo que constituye la clave para diferenciar el absceso periamigdalino de otros abscesos faríngeos (parafaríngeos y retrofaríngeos). Generalmente se encuentra adenopatía cervical anterior ipsilateral y otalgia. En aquellos casos en que la temperatura excede de 39°C debe pensarse en septicemia o extensión al espacio parafaríngeo. (1,2,8,11).

Dentro de los gérmenes más frecuentemente aislados se encuentran: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus* b-hemolítico y a-hemolítico, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, anaerobios (*peptoestreptococos*, *peptococos*, fusibacterias. (2,4,6,8,12).

Se ha encontrado una frecuencia alta de cultivos negativos la cual se relaciona con la administración de antibióticos antes de obtener las muestras para el cultivo. También

se ha reportado el papel de anaerobios como ya se mencionó en la patogénesis de abscesos de cabeza y cuello y frecuentemente no se solicita cultivo para estos patógenos (2,4,6,8).

IV. COMPLICACIONES

Las complicaciones más serias ocurrieron en los años 30, antes del advenimiento de los antibióticos. Dentro de las complicaciones se encuentran: a) ruptura espontánea con aspiración y desarrollo de absceso pulmonar; b) disección hacia el espacio parafaríngeo; c) afección del mediastino y espacio retrofaríngeo; d) afección intracraneal con trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral, meningitis, osteomielitis de la silla turca; e) fascitis necrotizante, sobre todo en pacientes diabéticos y con inmunosupresión; f) hemorragias espontáneas por erosión de la arteria carótida o de la vena yugular interna; g) sepsis; también se han reportado otras complicaciones como endocarditis, poliartritis, absceso cervical. Actualmente estas complicaciones son poco frecuentes. (2,5,8,10)

V. TRATAMIENTO

El manejo varía de centro hospitalario a centro hospitalario. El tratamiento óptimo es controversial. Se tiene conocimiento que desde el siglo II a.c. Celsius al describir el absceso periamigdalino recomendaba el drenaje de material purulento en caso de no hacerlo espontáneamente. En el siglo XIV el cirujano francés Guy de Chauliac fue el primero que realizó incisión y drenaje del absceso periamigdalino. En

1859 Chassignac realizó la primera amigdalectomía para el tratamiento del absceso periamigdalino. En 1947 Chaud preconizó la amigdalectomía inmediata, la cual en los años 70 se practicó frecuentemente en Europa y por algunos otorrinolaringólogos de América. Muchos médicos no aceptan este procedimiento por las complicaciones de hemorragia, aspiración de material purulento y sepsis. Posteriormente se propuso realizar la amigdalectomía a las 6 a 12 semanas basándose en la teoría de que el absceso periamigdalino favorece amigdalitis recurrentes, periamigdalitis o recurrencia de absceso periamigdalino en un número considerable de pacientes y además se evitaban las complicaciones mencionadas. (6,7,9,11).

Actualmente se ha encontrado que posterior a la amigdalectomía para el tratamiento del absceso periamigdalino se presenta una faringitis granulosa, sobre todo en pacientes mayores de 40 años, además de encontrar que en muchos de los pacientes se les realizaba amigdalectomía innecesariamente. (5,9,12,13).

En la última década han cambiado los criterios de tratamiento con las técnicas de drenaje de absceso periamigdalino con las cuales se logra en ocasiones el drenaje adecuado disminuyendo en forma importante la sintomatología del paciente sobre todo el dolor, el trismus y la disfagia, permitiendo restablecer inmediatamente la vía oral. Existen actualmente varias técnicas para el drenaje del absceso periamigdalino, las que actualmente se utilizan con mayor frecuencia son las de incisión y las de aspiración con aguja. Stromer prefiere la de aspiración con aguja por lo sencillo del procedimiento (10,12,14,15).

En los niños la incisión y drenaje se ha considerado difícil y peligroso. La pobre cooperación del paciente, aunado

al riesgo de aspiración y sangrado dentro de una vía aérea - pequeña es de tomarse en cuenta, por lo que se ha preferido administrarles anestesia general, drenar el absceso o bien - realizar amigdalectomía. (14)

El uso de la aspiración con aguja en un niño cooperador - puede ser un método alternativo en el tratamiento del absceso periamigdalino sobre todo en la población pediátrica, ya que es menos dolorosa para el paciente que la técnica de incisión y drenaje según Aldrige (1981), siguiéndole Herzon en 1984. En 1982 Schechter y colaboradores recomiendan la aspiración en 3 puntos (polo superior, medio e inferior) en el - tratamiento inicial combinado con tratamiento antibiótico. (14).

Se han propuesto dos teorías para explicar los hallazgos negativos en la punción: 1) que el diagnóstico sea incorrecto y se trate de celulitis periamigdalina en lugar de absceso, en estos casos los antibióticos parenterales son el tratamiento inicial con buenos resultados; 2) el que no se realice adecuadamente la técnica por temor a lesionar estructuras adyacentes. (5,14,15).

Las ventajas de la aspiración con aguja sobre la incisión y drenaje son: 1) lo sencillo del procedimiento en manos - adiestradas; 2) confirmación del diagnóstico con el mínimo - de trauma; 3) es bien tolerado por los pacientes; 4) poca posibilidad de dañar estructuras adyacentes; 5) es fácil la colección del material purulento para microscopia y cultivo; - 6) hay alivio inmediato de los síntomas en la mayoría de los pacientes; 7) debido a que se realiza en 3 puntos es menos - probable que se omita un absceso en el polo inferior. (5,14, 15).

Weinberg sugiere los siguientes pasos para niños cooperadores mayores de 7 años y adultos en quienes se diagnostique absceso periamigdalino: 1) aspiración por aguja en la etapa inicial del absceso en 3 puntos (polo superior, medio e inferior); 2) hospitalización de todos los pacientes para hidratación y administración de antibióticos parenterales; después de las 24 horas se debe realizar una nueva punción o se debe considerar la amigdalectomía si no existe mejoría; 4) la amigdalectomía inmediata o a intervalo se debe considerar en niños y jóvenes después de múltiples episodios de amigdalitis recurrentes, abscesos periamigdalinos recurrentes, aquellos con sintomatología oral previa; 5) en pacientes mayores de 40 años el drenaje del absceso es el tratamiento de elección ya que la recurrencia es mínima y se evitan las complicaciones por amigdalectomía. (5,14).

En lo referente al tratamiento con antibióticos, también varían de centro hospitalario a centro hospitalario, la mayoría coinciden que el de primera elección sigue siendo la penicilina, otros antibióticos utilizados en el tratamiento del absceso periamigdalino son la ampicilina, oxacilina, clindamicina, cefalosporinas, eritromicina y trimetropim con sulfametoxazol. (2,4,6,10,15).

Desde hace varios años se ha utilizado con gran éxito el metronidazol en las infecciones por anaerobios. Su mecanismo de acción se refleja en la toxicidad selectiva a microorganismos microaerofílicos y para células hipóxicas y anóxicas. Las dosis recomendadas para infecciones anaerobias son de 15 mg/kg de peso como dosis inicial, seguida de una dosis de mantenimiento de 7.5 mg/kg de peso cada 6 horas por un periodo de 7 a 10 días por vía intravenosa. (17).

Actualmente en el Hospital Regional "1º de Octubre" se ha utilizado un doble esquema en el tratamiento del absceso periamigdalino basándose en el hecho de que en muchos casos la flora bacteriana que se ha cultivado es mixta siendo las aerobios y los anaerobios agentes causales y que en ocasiones a pesar de administrar la penicilina a dosis adecuadas la respuesta no es favorable debido a la participación de bacterias anaerobias.

Se ha combinado en nuestra unidad el esquema de penicilina más metronidazol con el drenaje por punción con aguja sin hospitalizar al paciente como se había hecho anteriormente, valorando al paciente a los 3 y 7 días posterior al inicio del tratamiento en nuestra unidad. En los casos de hipersensibilidad a alguno de los antibióticos se valora el uso de otros antibióticos.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo en el cual se incluyeron a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "1º de Octubre" a los cuales se les diagnosticó absceso periamigdalino en el periodo comprendido de 1993 a 1995, sin límite de edad, realizándose a su llegada al servicio, drenaje del absceso con la técnica de aspiración en 3 puntos: polo superior, medio e inferior con aguja de No. 18 y jeringa de 10 ml o por la técnica de drenaje por incisión en la cual se utilizó hoja de bisturí No. 11 o No. 15, incidiendo en el sitio de mayor fluctuación. El material obtenido se envió a cultivo con antibiograma. Posterior al drenaje del absceso periamigdalino se dió manejo al paciente extrahospitalariamente con esquema de penicilina procaínica a dosis de 50 000 UI por Kg/peso y metronidazol a dosis de 30 mg/kg peso, en espera del resultado del cultivo con el fin de cubrir con este esquema los gérmenes aerobios y anaerobios más comunes. En caso de hipersensibilidad a estos fármacos se valoró la utilidad de otro tipo de antibiótico que fuera de fácil aplicación para el manejo extrahospitalario y que cubriera la flora bacteriana aerobia y anaerobia más frecuente. Se citó a los pacientes a los 3 y 7 días posterior al drenaje del absceso con el fin de realizar una valoración clínica y detectar posibles complicaciones o antes si el paciente lo necesitaba.

En aquellos pacientes en los que no se logró drenar el material purulento se siguió el mismo esquema de tratamiento.

Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedades inmunocompetentes, a los que no acudieron a sus citas de control, aquellos que agregaron algún antibiótico no prescrito en el Servicio de Otorrinolaringología y los que no acepten el tratamiento.

Los datos se recolectaron mediante una forma especial por los médicos residentes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "1º de Octubre". Los datos a recolectar son: nombre del paciente, sexo, edad, historia previa de amigdalitis o absceso periamigdalino, inicio de los síntomas, primeros síntomas, día en que acudió al servicio posterior a iniciar con la sintomatología, tratamientos previos antes de acudir a nuestro servicio, sitio de presentación (izquierdo, derecho, bilateral), drenaje con técnica de aspiración con - aguja o con técnica de incisión, cantidad de material obtenido, aspiraciones adicionales, ruptura espontánea, antecedentes de caries dental, infección periodontal o absceso, mala higiene oral, cultivo con antibiograma, tratamiento empleado, días en los que se obtiene mejoría del cuadro, remisión completa de la sintomatología.

RESULTADOS

Durante el estudio se detectaron 18 pacientes, de los cuales se incluyeron 16 pacientes, los otros 2 se excluyeron por no acudir a su control posterior al manejo inicial.

De los 16 pacientes, 11 fueron del sexo femenino (68%) y 5 del sexo masculino (32%). (Fig 1)

El rango de edad fue de 12 a 50 años, con promedio de 29 años; la distribución por grupos de edad fue de 11 a 20 años 5 casos (31.2%), de 21 a 30 años 4 pacientes (25%), de 31 a 40 años 4 pacientes (25%) y 41 a 50 años 3 pacientes (18.8%). (Tabla 1)

Dentro de los antecedentes de los pacientes 4 (25%) tuvieron antecedentes de amigdalitis, de los cuales 3 (75%) fueron del sexo femenino y 1 (25%) del sexo masculino; 2 (12.5%) tenían antecedente de haber presentado absceso periamigdalino, el primero del sexo femenino de 41 años de edad con intervalo de 2 años previo al nuevo cuadro y el otro paciente del sexo masculino de 34 años de edad con intervalo de un año; 9 (56.2%) presentaron caries dental, ningún paciente tuvo antecedente de infección periodontal previa al absceso periamigdalino. (Tabla 2)

El promedio de días de inicio de los síntomas fue de 3 días. Los síntomas iniciales fueron: c inofagia en los 16 pacientes (100%), disfagia en los 16 (100%), trismus 15 (93.7%) fiebre en 5 (31%), otalgia en 9 (56.2%) y sialorrea en 5 (31%) (Tabla 3)

Los pacientes acudieron al servicio en un promedio de 5 días de inicio de los síntomas, 13 (81.2%) recibieron tratamiento previo en el cual 9 (69.2%) de los 13 recibieron tratamiento a base de penicilina procaínica con poca o ninguna mejoría de su sintomatología, los otros 4 pacientes (30.7%) recibieron tratamiento antibiótico a base de eritromicina, trimetropim con sulfametoxazol, tetraciclinas entre otros.

En cuanto al sitio de presentación predominó en el lado izquierdo en 10 pacientes (62.5%) y se presentó en el lado derecho en 6 pacientes (37.5%), en los 16 pacientes la presentación fue superior con desplazamiento importante del paladar blando hacia la línea media. No encontramos la presentación inferior. (Fig. 2)

La técnica más utilizada fue la de aspiración con aguja, encontrando que en 13 pacientes (81.2%) solo fue necesario puncionar en el polo superior, en 2 pacientes (12.5%) en dos puntos y en 1 (6.2%) en los 3 puntos de punción (polo superior, medio e inferior). Se obtuvo con éxito el material purulento en 14 pacientes (87.5%), los otros 2 pacientes posterior al intento de aspiración con aguja se realizó incisión en el polo superior obteniendo el material purulento. Se pudo cuantificar el material purulento en 14 pacientes, la menor cantidad fue de 3 cc y la mayor de 25 cc en una paciente de 50 años con cuadro de más de 7 días de evolución; en promedio la cantidad obtenida fue de 7.3 cc. De estos pacientes solo 2 requirieron punción adicional a los 3 días sin obtener material purulento. La mejoría de los síntomas como fueron la odinofagia y la disfagia disminuyó en forma importante posterior al drenaje del absceso. (Fig. 3)

El tratamiento administrado fue el doble esquema a base -

de penicilina y metronidazol a todos los pacientes, de los cuales 2 (12.5%), una paciente de 16 años y otro de 43 años presentaron sintomatología gástrica (dolor en epigastrio, náusea y vómito), por lo que se suspendió y en ambos casos se administró clindamicina con buena tolerancia.

Además del drenaje y los antibióticos se administraron analgésicos-antiinflamatorios y colutorios con solución salina.

Posterior al drenaje, tres días después 13 (81.2%) de los 16 pacientes, acudieron prácticamente asintomáticos, 3 pacientes (18.7%) acudieron aún con aumento de volumen considerable, a 2 (12.5%) se les puncionó nuevamente sin obtener material purulento y el otro paciente persistió con odinofagia pero el resto de la sintomatología desapareció.

En ninguno de los 16 pacientes se presentaron complicaciones, ya que en todos los pacientes a los 6 días habían remitido por completo su sintomatología.

TABLA I

DISTRIBUCION POR EDADES

EDAD (AÑOS)	Nº DE PACIENTES (N=16)	PORCENTAJE (%)
11 - 20	5	31.2
21 - 30	4	25.0
31 - 40	4	25.0
41 - 50	3	18.7

TABLA II

ANTECEDENTES

	Nº DE PACIENTES (N=16)	PORCENTAJE (%)
AMIGDALITIS PREVIAS:	4	25.0
RECURRENCIA DEL ABSCESO:	2	12.5
CARIES DENTAL:	9	56.2

TABLA III

DATOS AL INGRESO

SINTOMAS	No. DE PACIENTES (N=16)	PORCENTAJE (%)
ODINOFAGIA	16	100
DISFAGIA	16	100
TRISMUS	15	93.7
OTALGIA	9	56.2%
FIEBRE	5	31.0
SIALORREA	5	31.0

TABLA IV

TRATAMIENTO PREVIO AL
INGRESO

ANTIBIOTICOS	No. DE PACIENTES (N=16)
NO	3
SI	13
DURACION	
± 3 DIAS	6
± 5 DIAS	5
± 7 DIAS	2
MINIMO-MAXIMO DE DIAS	3 - 8
PROMEDIO NO. DIAS	5.3

ESTADO DE GUATEMALA
 INSTITUTO VETERINARIO Y ZOOTECNICO
 CENTRO DE INVESTIGACIONES ZOOTECNICAS

TABLA V

TECNICA DE DRENAJE DEL
 ABSCESO PERIAMIGDALINO

TECNICA	NO. DE PACIENTES	% DE ASPIRACIONES POSITIVAS
ASPIRACION CON AGUJA	16	87.5
INCISION	2	100

TABLA VI

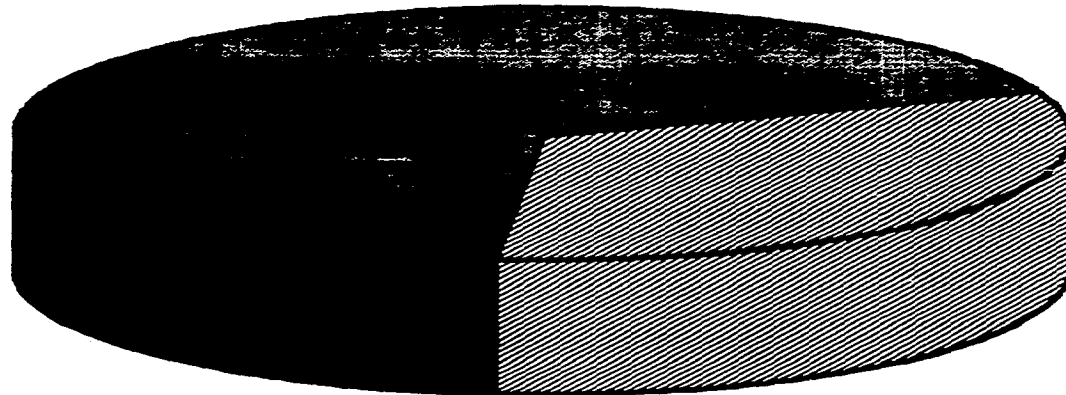
REVISION DE LA LITERATURA

FUENTE	NO. DE CASOS	RANGO DE EDAD	ASPIRACIONES POSITIVAS %	% RESULTADO SIN CIRUGIA
STROME, 1973	20	16 - 254	DNC	80
HERZON, 1981	29	DNC	79	86
SCHECHTER, 1982	74	11 - 73	70	95
HERZON, 1984	41	DNC	76	90
OPHIR, 1988	104	3 - 72	72	89
STRINGER, 1988	24	15 - 57	DNC	92
WEINBERG, 1993	41	7 - 18	76	88
PRESENTE ESTUDIO	16	12 - 560	87	100

DNC: Datos no confiables

RELACION DE PACIENTES SEGUN EL SEXO

FEMENINO 68 %
11

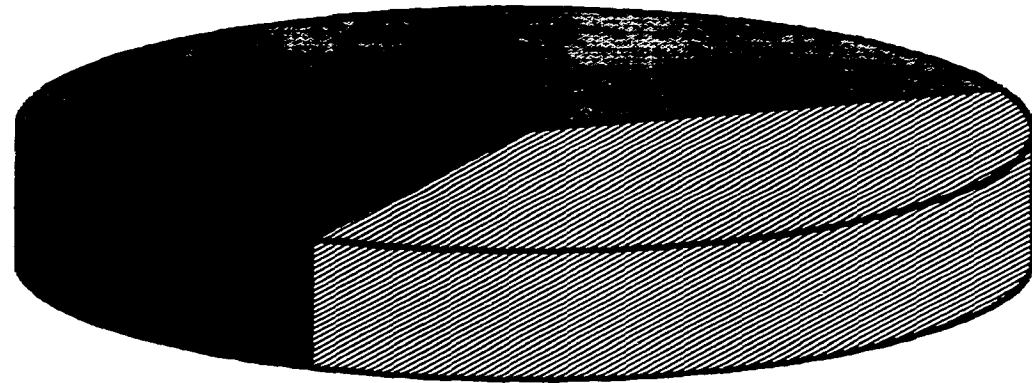


MASCULINO 32 %
5

FIG. 1

SITIO DE PRESENTACION

IZQUIERDO 62.5 %
10

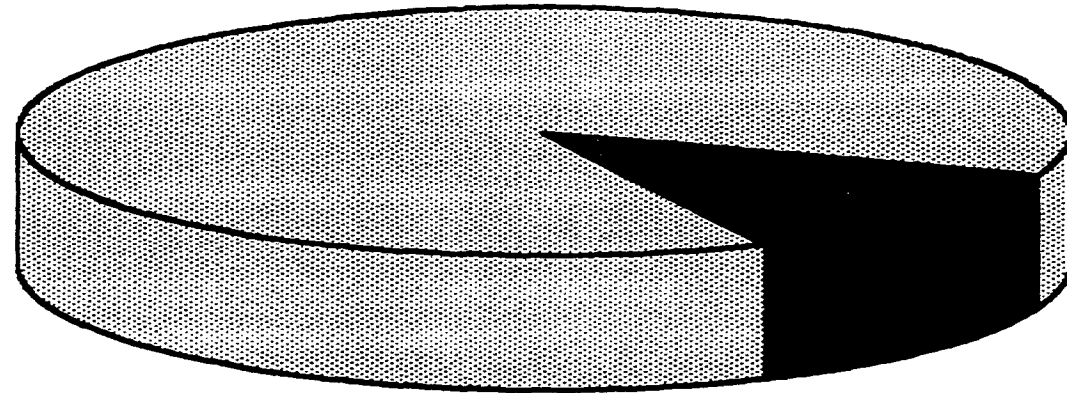


DERECHO 37.5 %
6

FIG. 2

TECNICA UTILIZADA PARA EL DRENAJE

ASP. CON AGUJA
87.5 %
16



INCISION 12.5 %
2

FIG. 3

DISCUSION

El manejo del absceso periamigdalino es controversial, ya que algunos autores como Lockhart y colaboradores (7) están de acuerdo en la amigdalectomía inmediata, otros como Marvin (3) y Moesgard (13) aconsejan la amigdalectomía a las 6 a 12 semanas llamada de intervalo, en las últimas décadas Herbild (6) y Maharaj (10), preconizaron el drenaje por incisión el cual resulta molesto en la mayoría de los casos al paciente, por lo que actualmente autores como Savolainen (2), Weinberg (14) han reportado que el drenaje del absceso periamigdalino con técnica de aspiración con aguja es más fácil de realizar, confirma el diagnóstico con mínimo de trauma y ayuda a coleccionar el material purulento para estudio.

En el presente estudio encontramos que es una patología que se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, ya que no tuvimos pacientes menores de 11 años y solo uno de 50 años. En cuanto al sexo encontramos que fue mayor en el sexo femenino en relación 2 a 1, lo cual difiere con lo reportado, ya que se reporta por igual en ambos sexos.

En cuanto a los antecedentes de los pacientes encontramos que generalmente presentaban cuadros de amigdalitis 3 a 5 al año y caries dental, no encontramos casos con enfermedad periodontal previa al cuadro de absceso periamigdalino.

La mayoría de los pacientes recibió tratamiento previo sin mejoría a base de penicilina, en nuestro estudio continuamos con la misma más un antibiótico que nos cubriera bacterias anaerobias basándonos en los estudios realizados por

Savolainen (2), Jousimies (4) y Weinberg (14), en los que se reporta hasta el 71.8% de flora mixta, en el presente estudio no pudimos corroborar estos datos por falta de medios de cultivo adecuados, pero encontramos que al agregar este antibiótico acompañado del drenaje del absceso, la mejoría de la mayoría de los pacientes fue en promedio de 3 días, lo que difiere de lo reportado por Savolainen (2) y Weinberg (14), quienes reportan mejoría en un lapso de 7 a 10 días.

En cuanto a la técnica que se utilizó para el drenaje del absceso, la más utilizada fue la de aspiración con aguja con éxito en el 87.5%, de los cuales en la mayoría solo fue necesario puncionar en el polo superior obteniendo un drenaje adecuado y alivio inmediato de la disfagia y odinofagia lo que coincide con una revisión de la literatura. (Tabla VI).

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegamos con el presente estudio son las siguientes:

1. La aspiración con aguja es un procedimiento fácil de realizar y menos traumática para el paciente que la incisión y drenaje para el absceso periamigdalino.
2. Debido a que el sitio más frecuente de localización es el polo superior, generalmente con la aspiración en este sitio se logra el drenaje del absceso periamigdalino.
3. El doble esquema de antibióticos empleado para cubrir bacterias aerobias y anaerobias fue de utilidad, ya que la sintomatología desapareció en poco tiempo y no se presentaron complicaciones.
4. El tratamiento combinado drenaje y antibióticos de amplio espectro llevó a la mejoría a los pacientes en un lapso de tiempo breve, sin necesidad de hospitalizar al paciente y con mínimo de riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Passy.V. Pathogenesis of Peritonsillar Abscess. Laryngoscope. 1994;104:185-190.
2. Savolainen.S, Jousimies.H, Mäkitie.A, Ylikoski.J. Peritonsillar Abscess. Clinical and Microbiologic Aspects and Treatment Regimens. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1973;119:521-524.
3. Marvin.P, Forrest.L. Peritonsillitis. Evaluation of Current Therapy. Arch Otolaryngol. 1981;207:283-286.
4. Jousimies.H, Savolainen.S, Mäkitie.A. Bacteriologic finding in Peritonsillar Abscess in Young Adults. Clin Infect Dis. 1993;114:292-298.
5. Wolf.M, Even.C, Kronenberg.J. Peritonsillar Abscess: Repeated Needle Aspiration Versus Incision and Drainage. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1994;103:554-557.
6. Herbild.O, Bonding.P. Peritonsillar Abscess. Recurrence Rate and Treatment. Arch Otolaryngol. 1981;107:540-542.
7. Lockhart.R, Parker.G, Tami.T. Role of Quinsy Tonsillectomy in the Management of Peritonsillar Abscess. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1991;100:569-571.
8. Muller.S. Peritonsillar Abscess: A Prospective Study of Pathogens, Treatment and Morbidity. Ear Nose Throat J. 1978;57:439-444.
9. Bonding.P. Routine Abscess Tonsillectomy: Late Results. Laryngoscope. 1976;86:286-290.
10. Maharaj.D, Rajah.V, Hemsley.S. Management of Peritonsillar Abscess. J Laryngol Otol. 1991;105:743-745.
11. McCurdy.M. Peritonsillar Abscess. A Comparasion of Treatment by Immediate Tonsillectomy and Interval Tonsillectomy. Arch Otolaryngol. 1977;103:414-416.
12. Moesgard.N, Greinsen.O. Peritonsillar Abscess. I. Cases Treated by Incision and Drainage: A Follow-up Investigation. J Laryngol Otol. 1981;107:801-807

13. Moesgard.N, Greinsen.O. Peritonsillar Abscess. II. Case: Treated With Tonsillectomy à Chaud. J Laryngol Otol. 1981;107:807-809.
14. Wenberg.E, Brodsky.L, Stanievich.J, Volk.M. Needle Aspiration of Peritonsillar Abscess in Children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;119:169-172.
15. Parker.G, Tami.T. The Management of Peritonsillar Abscess in the 90's. Am J Otolaryngol. 1992;13:284-288.
16. Patel.KS, Ahmad.S, O'Leary.G. The Role of Computed Tomography in the Management of Peritonsillar Abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 1992;107:727-732.