



## Utilidad clínica del cultivo de material obtenido mediante punción-aspiración de los abscesos periamigdalinos

Betances-Reinoso FA, Chiesa-Estomba CM, Osorio-Velásquez A, Domínguez-Collado L, Santidrian-Hidalgo C

### Resumen

**ANTECEDENTES:** el absceso periamigdalino es la infección más común de los tejidos profundos de la cabeza y el cuello. Es causada por la invasión bacteriana del espacio periamigdalino. Debido a la ubicación del proceso requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos.

**OBJETIVO:** valorar la utilidad clínica del cultivo del material obtenido mediante punción-aspiración de los abscesos periamigdalinos de los pacientes atendidos en la consulta de urgencias del servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en Pontevedra, España.

**MATERIAL Y MÉTODO:** estudio descriptivo y retrospectivo de 49 pacientes diagnosticados con absceso periamigdalino entre enero de 2013 y diciembre de 2014.

**RESULTADOS:** la edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 3 a 87 años, con media de 33 años; 30 pacientes (61%) tuvieron un crecimiento negativo en el cultivo; a 12 (24.5%) no se le realizó el cultivo, 7 (14%) pacientes mostraron un cultivo positivo, donde el patógeno más frecuente fue *Streptococcus pyogenes* (cuatro cultivos positivos).

**CONCLUSIÓN:** el cultivo del material obtenido mediante punción-aspiración del absceso periamigdalino de manera sistemática tiene una utilidad clínica limitada.

**PALABRAS CLAVE:** infección, absceso periamigdalino, punción-aspiración.

An Orl Mex Dec 2015-Feb 2016;61(1):20-24.

## Clinical usefulness of the culture of material obtained by needle-aspiration of peritonsillar abscesses.

Betances-Reinoso FA, Chiesa-Estomba CM, Osorio-Velásquez A, Domínguez-Collado L, Santidrian-Hidalgo C

### Abstract

**BACKGROUND:** Peritonsillar abscess is the most common infection of the deep tissues of the head and neck. It is caused by bacterial invasion

Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: enero 2016

### Correspondencia

Dr. Frank Alberto Betances Reinoso  
Servicio de Otorrinolaringología  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo  
Rua Mexico 40, 4º B.  
36204, Vigo, Pontevedra, España  
drbetances@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como

Betances-Reinoso FA, Chiesa-Estomba CM, Osorio-Velásquez A, Domínguez-Collado L, Santidrian-Hidalgo C. Utilidad clínica del cultivo de material obtenido mediante punción-aspiración de los abscesos periamigdalinos. An Orl Mex. 2016;61(1):20-24.



of peritonsillar space. Given the location of the process it requires early diagnosis and treatment.

**OBJECTIVE:** To evaluate the clinical usefulness of the culture of material obtained by fine-needle aspiration of the peritonsillar abscess of patients treated at the emergency room of Otolaryngology service of the University Hospital Complex of Vigo, Pontevedra, Spain.

**MATERIAL AND METHOD:** A descriptive and retrospective study of 49 patients diagnosed with peritonsillar abscess from January 2013 to December 2014; several variables of clinical and epidemiological character and management of these patients were analyzed.

**RESULTS:** The age of the patients included in the study ranged from 3 to 87 years with a mean of 33 years; 30 patients (61%) presented negative growth in culture; in 12 (24.5%) culture was not carried out, 7 (14%) presented a positive culture; the most common pathogen was *Streptococcus pyogenes* (four positive cultures).

**CONCLUSION:** Culture of the material obtained by fine-needle aspiration of peritonsillar abscess systematically has limited clinical utility.

**KEYWORDS:** infection; peritonsillar abscess; needle aspiration

Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España.

#### Correspondence

Dr. Frank Alberto Betances Reinoso  
Servicio de Otorrinolaringología  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo  
Rua Mexico 40, 4º B.  
36204, Vigo, Pontevedra, España  
drbetances@hotmail.com

## ANTECEDENTES

El absceso periamigdalino es una infección aguda localizada entre la cápsula de la amígdala palatina y el músculo constrictor superior de la faringe.<sup>1</sup> A pesar de la administración generalizada de antibióticos para el tratamiento de amigdalitis y faringitis, el absceso periamigdalino es la infección de tejidos y espacios profundos más común de la cabeza y el cuello en adultos jóvenes,<sup>2</sup> con incidencia aproximada de 30 casos por cada 100,000 habitantes/año.<sup>3</sup>

El estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A, *Streptococcus pyogenes*, es el patógeno tradicionalmente implicado en la causa de estas afecciones.<sup>4</sup> Sin embargo, en la mayoría de los casos, la infección corresponde a una flora mixta de bacterias aerobias y anaerobias.<sup>5,6</sup>

El diagnóstico de absceso periamigdalino por lo general se basa en los hallazgos clínicos y

el diagnóstico y tratamiento dependen de la aspiración con aguja del material purulento.<sup>7</sup> Sin embargo, la elección entre la punción e incisión, o ambas, y el drenaje en el tratamiento de los abscesos periamigdalinos aún es controvertida.<sup>8</sup>

Si las infecciones periamigdalinas no son tratadas de manera correcta pueden evolucionar hacia la aparición de complicaciones graves, como trombosis de la vena yugular interna, mediasinitis, pericarditis, neumonía, formación de pseudoaneurismas e incluso, sepsis.<sup>9,10</sup> Asimismo, la tasa de mortalidad en pacientes con estas complicaciones se eleva hasta 42% cuando se asocian con mediastinitis o serositis.<sup>11</sup>

Por esta razón, en este estudio analizamos nuestra experiencia de 2013 a 2014 respecto a la utilidad clínica del cultivo de material obtenido mediante punción-aspiración de los abscesos periamigdalinos.

## MATERIAL Y MÉTODO

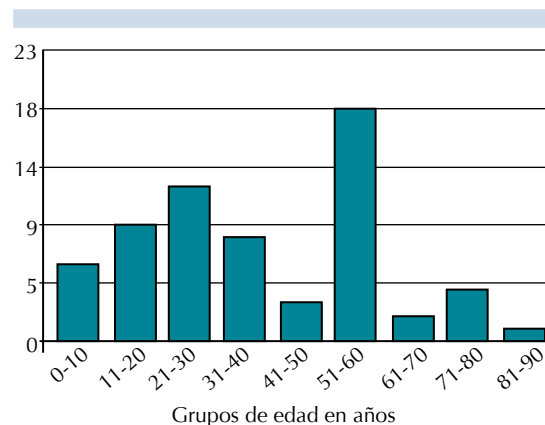
Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron 49 pacientes diagnosticados con absceso periamigdalino en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, España, entre enero de 2013 y diciembre de 2014. Se analizaron diversas variables de carácter clínico-epidemiológicas y terapéuticas; también se registraron los resultados del cultivo microbiológico y la sensibilidad antibiótica cuando se dispuso de esta información. Las variables registradas fueron: edad, sexo, procedencia, episodios previos de amigdalitis y de abscesos periamigdalinos, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), tiempo de inicio de los síntomas, localización del absceso, odinofagia, abombamiento del pilar anterior, trismus, disnea, afectación de la voz, fiebre y otalgia.

## RESULTADOS

La edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de  $33 \pm 21.3$  años, con intervalo de edad de 3 a 87 años (Figura 1). En cuanto al sexo, 26 pacientes fueron varones (53%) y 23 fueron mujeres (47%); 15 pacientes (32%) tenían antecedentes de amigdalitis de repetición; 30 pacientes (61%) tuvieron crecimiento negativo en el cultivo, a 12 pacientes (24.5%) no se le realizó cultivo y sólo 7 pacientes (14%) tuvieron cultivo positivo; el germen más frecuente fue estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A (cuatro cultivos positivos, Cuadro 1). Todos los pacientes se trataron con antibióticos intravenosos, con una estancia media de ingreso en el hospital de tres días (desviación típica: 1.7).

## DISCUSIÓN

A pesar de las numerosas publicaciones existentes acerca del tema, algunos aspectos del tratamiento clínico del absceso periamigdalino aún son motivo de controversia.<sup>12</sup> En la actualidad no existe un consenso acerca del tratamiento óptimo de los abscesos periamigdalinos.



**Figura 1.** Incidencia de abscesos periamigdalinos por edad.

**Cuadro 1.** Resultados del cultivo del material obtenido mediante punción-aspiración

|                                         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Negativo                                | 42         | 86         | 86                   |
| <i>Streptococcus pyogenes</i> (grupo A) | 4          | 8          | 94                   |
| <i>Haemophilus influenzae</i>           | 1          | 2          | 96                   |
| <i>Prevotella intermedia</i>            | 1          | 2          | 98                   |
| <i>Actinomyces meyeri</i>               | 1          | 2          | 100                  |
| Total                                   | 49         | 100        |                      |

El diagnóstico del absceso periamigdalino es clínico, aunque en ocasiones puede ser útil solicitar una prueba de imagen para su confirmación, como ecografía y tomografía computada. La aspiración con aguja de un absceso tiene la capacidad de ser diagnóstica y terapéutica. Todos los pacientes incluidos en este estudio se admitieron para valoración por nuestro servicio con el diagnóstico clínico de absceso periamigdalino, previa referencia desde la atención primaria; posteriormente quedó confirmado mediante punción-aspiración del material purulento.

El 35% de los pacientes en nuestro estudio refirió haber tomado antibiótico previamente; de estos



pacientes, 9 (18%) recibieron amoxicilina/ácido clavulánico; éste fue el más frecuente, lo que no influyó en la evolución del absceso (Figura 2). En promedio, los pacientes refirieron haber tenido síntomas 48 horas antes de acudir a urgencias.

Todos los pacientes en el estudio tuvieron odinofagia y abombamiento del pilar anterior de la amígdala afectada; el lado izquierdo fue el más afectado (25 pacientes); 80% de los pacientes refirió tener otalgia ipsilateral al absceso y 70% asoció afectación de la voz y trismo.

En nuestro servicio tenemos como protocolo, luego de la confirmación del absceso periamigdalino mediante punción-aspiración, la realización del drenaje mediante incisión de la fosa supraamigdalina con bisturí frío y aspiración. La mayoría de estos pacientes se admitió para prescripción de tratamiento antibiótico intravenoso durante al menos 24 horas, para luego ser dados de alta con tratamiento antibiótico vía

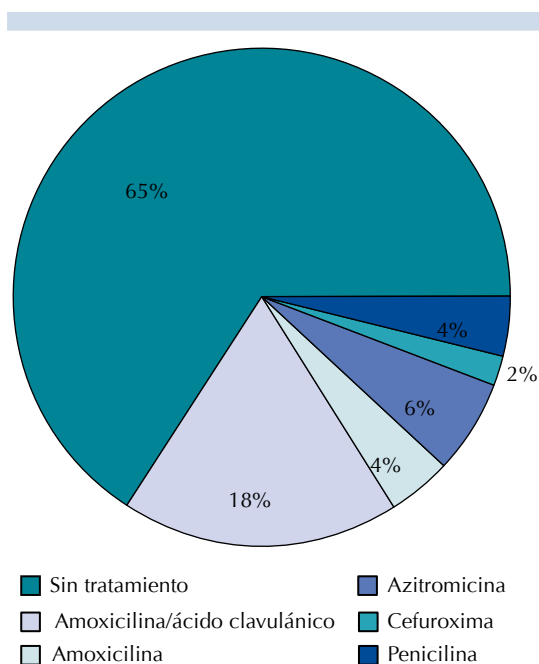
oral en su domicilio. Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio tuvo complicaciones durante el drenaje del absceso.

No siempre es necesario el ingreso hospitalario y para ello es preciso que el paciente pueda deglutir, que su estado clínico lo permita y que no existan complicaciones significativas o enfermedades subyacentes. Recomendamos la admisión de pacientes inmunosuprimidos, con signos de daño de la vía aérea, deshidratados o con incapacidad para la deglución tras al menos dos horas de iniciado el tratamiento intravenoso. En nuestro estudio, la media de ingreso hospitalario fue de tres días.

La utilidad de los corticoesteroides no está demostrada para alcanzar un alivio más rápido, pero si se administran, será a dosis única de metilprednisolona (2-3 mg/kg IV).<sup>13</sup>

En nuestro estudio, sólo 14% del material obtenido mediante punción-aspiración mostró crecimiento positivo; el germen aislado con mayor frecuencia fue el estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A (Cuadro 1), lo que coincidió con la mayor parte de las publicaciones existentes acerca del tema.<sup>4-6</sup>

El protocolo de tratamiento prescrito en nuestro centro, aparte de la punción, incisión, o ambas, y drenaje, incluyó tratamiento antibiótico intravenoso, analgésicos y corticoesteroides. Tomamos en consideración que el drenaje del absceso resulta curativo, aunque el enfoque dependerá del estado clínico del paciente y de su historia médica. En nuestro servicio realizamos punción-aspiración como método confirmatorio de absceso periamigdalino, así como para establecer el diagnóstico diferencial con la fase clínica previa a éste, "el flemón periamigdalino", seguida de incisión y drenaje como procedimiento definitivo en los casos en los que se obtiene aspiración de material purulento. Asimismo, administramos una dosis intravenosa de



**Figura 2.** Tratamiento antibiótico previo.

amoxicilina-ácido clavulánico (2 gramos). Esto se decidió de acuerdo con nuestra experiencia en el tratamiento de estos casos. En pacientes con alergia a la penicilina, elegimos clindamicina (600 mg) como tratamiento único. Administramos una dosis de metilprednisolona intravenosa de 1-2 miligramos por kilogramo de peso. Un paciente continuó con medicación oral durante siete días con amoxicilina-ácido clavulánico (875 mg cada 8 horas), analgésicos y protección gástrica. En casos de alergia a la penicilina, el antibiótico de elección es la clindamicina (300 mg cada 8 horas) como tratamiento único.

## CONCLUSIÓN

El cultivo del material obtenido mediante punción-aspiración del absceso periamigdalino de manera sistemática tiene utilidad clínica limitada.

## REFERENCIAS

1. Healy C. Peritonsillar abscess. En: Ferri FF, ed. *Ferri's Clinical Advisor* 2011. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2010:section 1.
2. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician* 2008;77:199-202.
3. Johnson RF, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;13:157-160.
4. Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 1991;105:743-745.
5. Jousimies-Somer H, Savolainen S, Mäkitie A, Ylikoski J. Bacteriological findings in peritonsillar abscesses in young adults. *Clin Infect Dis* 1993;16:292-298.
6. Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1545-1550.
7. Roberts JR, Hedges JR. Diagnosis of peritonsillar abscess. En: *Clinical procedures in Emergency Medicine*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010.
8. Shirley WP, Woolley AL, Wiatrak, BJ. Management of peritonsillar abscess. En: *Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2010.
9. Marioni G, Staffieri A, Parisi S, Marchese-Ragona R, et al. Rational diagnostic and therapeutic management of deep neck infections: analysis of 233 consecutive cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2010;119:181-187.
10. Freling N, Roele E, Schaefer-Prokop C, Fokkens W. Prediction of deep neck abscesses by contrast-enhanced computerized tomography in 76 clinically suspect consecutive patients. *Laryngoscope* 2009;119:1745-1752.
11. Yang SW, Lee MH, Lee YS, Huang SH, et al. Analysis of life-threatening complications of deep neck abscess and the impact of empiric antibiotics. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2008;70:249-526.
12. Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:332-343.
13. Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU, Selcuk A, Ozdem C. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol* 2004;118:439-442.