

Flemón periamigdalario

M.T. Serrano León, J.M. García Puga¹, J.I. Santaella Sáez²

Médico Especialista en Formación de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. ¹Pediatra EBAP. Centro de Salud «Salvador Caballero». ²Adjunto ORL. Hospital Universitario «Virgen de las Nieves». Granada

Resumen

Las infecciones de las vías altas en la infancia tienen una elevada incidencia y son fuente habitual de consultas, cuyo manejo a veces es controvertido por la excesiva utilización de medicación. El anillo de Waldeyer actúa como un paraguas protector, al impedir muchas veces el progreso de las infecciones al resto del organismo. En ocasiones, por circunstancias poco conocidas, esa protección puede perderse y causar una patología relevante para la salud del niño.

Presentamos el caso de una niña con un proceso realmente poco frecuente en la infancia, que es preciso diagnosticar con prontitud para evitar su progreso. El flemón periamigdalario es el primer síntoma de un absceso y, a pesar de que la primera intención terapéutica es el ingreso de los pacientes, administrar tratamiento intravenoso y realizar exámenes complementarios complejos, en bastantes casos podría adoptarse una actitud más conservadora, que fue la que se siguió en esta paciente.

Se revisa la bibliografía para conocer los últimos cambios en la actuación ante esta patología.

Palabras clave

Flemón periamigdalario, *Streptococcus pyogenes*, infancia

Introducción

Las infecciones de las vías altas en la infancia tienen una elevada incidencia y son fuente habitual de consultas, cuyo manejo a veces es controvertido por la excesiva utilización de medicación. El anillo de Waldeyer actúa como una especie de paraguas protector, al impedir muchas veces el progreso de las infecciones al resto del organismo. En ocasiones, por circunstancias poco conocidas, esa protección puede perderse y causar una patología relevante para la salud del niño.

El flemón periamigdalario se considera la complicación más frecuente de las faringoamigdalitis. La infección amigdalario puede propagarse a través de la cápsula conectiva amigdalina y producir primero una infección flemonosa en torno a la amígdala, que posteriormente puede evolucionar, o no, a un absceso en el espacio periamigdalario, entre la amígdala y los músculos constrictor superior de la faringe y palatofaríngeo,

Abstract

Title: Peritonsillar phlegmon

The upper respiratory airways infections in childhood have a high incidence and they are a frequent source of consultation whose management sometimes is controversial because of the use of excessive treatment. The Waldeyer's tonsillar ring is the umbrella protector to prevent many times the infection's progress to the whole organism. Sometimes due to less known circumstances this protection can be lost and therefore cause an important pathology in the health of the child.

We show a girl with a very infrequent process during childhood and which is necessary to diagnose rapidly to avoid its progress. The peritonsillar phlegmon is the first step for an abscess and even though the first intention is to hospitalize hospital, intravenous treatment, complex complementary exams, in many cases a more conservative attitude could be adopted than the one we used in this case.

We review the bibliography to learn the last changes in how to act in the presence of this disease.

Keywords

Peritonsillar phlegmon, *Streptococcus pyogenes*, child

espacio que, en condiciones normales, está ocupado por un tejido conectivo de disposición laxa.

No se conoce por qué la barrera defensiva que ofrecen las amígdalas palatinas deja de ser eficaz y la infección se propaga a los tejidos profundos.

Caso clínico

Se presenta el caso de una niña de 11 años de edad, con una clínica insidiosa de corta evolución y fiebre de 38 °C, en la que destaca un dolor referido al cuello y al oído, con un estado general excelente y antecedentes de aislamiento de cultivo positivo a *Streptococcus pyogenes* el año previo. Llama la atención su modo de hablar, como si tuviera una patata caliente en la boca y, aunque no tiene trismo, presenta cierta dificultad a la apertura de la cavidad oral y evidentes molestias al tragar.



Figura 1.
 Imagen de abombamiento en el paladar blando izquierdo, con hipertrofia amigdal ipsilateral. AD: amígdala derecha; AI: amígdala izquierda

En la exploración de la cavidad oral se aprecia una desviación de la úvula hacia el lado derecho y un abombamiento del paladar izquierdo (figura 1). La amígdala izquierda está hipertrofica y la derecha normal, sin exudado, y la paciente presenta un ligero aumento de la cadena ganglionar del cuello.

En el momento del diagnóstico, su hermana de 5 años presentaba un cuadro febril, un exantema micropapuloso compatible con la escarlatina y un cultivo positivo para *S. pyogenes*, en tratamiento con penicilina, con la aparición de descamación a los 4 días de su evolución (ambos datos parecen confirmar el diagnóstico). Hacía 5 meses también había presentado una amigdalitis con cultivo positivo para *S. pyogenes*.

Ante la fundada sospecha de flemón amigdal, se deriva a la paciente al servicio de otorrinolaringología, donde se confirma el diagnóstico y se instaura tratamiento ambulatorio con un estricto control ante la mínima variación del estado de la niña. La respuesta fue excelente, y a los 5 días se encontraba totalmente asintomática.

No se practicó ningún examen complementario ni tomas del exudado.

Discusión

Hasta en un 57% de los flemones periamigdalares existe un antecedente de catarro de la vía respiratoria superior, y en un 27% amigdalitis de repetición, aunque también se han descrito casos en pacientes amigdalectomizados^{1,2}. Algunos trabajos refieren una implicación de las glándulas de Weber³ y también una alta incidencia de enfermedad periodontal en los niños con un flemón periamigdal. La tasa de recurrencia puede llegar a alcanzar hasta el 10-15%, aunque existe una gran variabilidad según los distintos estudios realizados.

El flemón periamigdalino constituye la infección de los tejidos profundos de la cabeza y el cuello que se presenta con más frecuencia en los niños, por lo que reviste una gran importancia epidemiológica. A pesar de ello, es una entidad clínica poco frecuente en pediatría; es raro en menores de 10 años, y la edad de mayor incidencia es de 20-30 años. Dicha incidencia

parece haber sufrido un incremento en los últimos años^{1,2,4}.

La máxima incidencia se da en primavera y en otoño, cuando las infecciones por *S. pyogenes*, el patógeno relacionado clásicamente con este proceso, son más prevalentes. Sin embargo, se ven involucrados otros patógenos, como *Staphylococcus aureus* o distintos microorganismos anaerobios (*Fusobacterium*, *Prevotella*)⁵, lo que puede explicar el aumento relativo de las resistencias al tratamiento farmacológico^{1,2,6} y también la implicación de una flora mixta hasta en el 45-71% de los casos¹.

S. pyogenes se identifica en un 20% de los cultivos faringoamigdalares de los pacientes con un flemón periamigdal⁷, aunque hay que destacar que su prevalencia en niños asintomáticos puede alcanzar en algunas series hasta el 16%⁴.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se caracteriza por la presencia de odinofagia unilateral, fiebre, disfagia, con o sin babeo, otalgia, halitosis... En la exploración destaca la inflamación amigdal unilateral, con desviación de la úvula hacia el lado contralateral, trismo, exudado amigdal, voz «en patata caliente» y adenopatías laterocervicales dolorosas.

Los casos excepcionales de flemón periamigdalino bilateral son más difíciles de diagnosticar, ya que no se aprecian claramente los signos clásicos de inflamación de un solo lado del paladar blando y el desvío de la úvula.

Las pruebas complementarias, el hemograma (leucocitosis con neutrofilia), las pruebas de imagen (tomografía computarizada, ecografía, radiografía cervical lateral o resonancia magnética) y el cultivo del exudado pueden contribuir a establecer el diagnóstico, aunque su uso se limita a casos con una evolución no favorable o cuando es necesario diferenciarlo de otros procesos.

La distinción con los abscesos retrofaríngeos es muy importante, dada su mayor gravedad y las complicaciones asociadas, como neumonías, abscesos cervicales y orbitarios, mediastinitis... Por ejemplo, la distinción con el absceso periamigdalino no está clara, pues son fases de un mismo proceso y clínicamente son similares. La ecografía intraoral o transcervical puede ayudar a distinguirlos. El drenaje o la punción con salida de pus confirma la existencia del absceso; no obstante, la respuesta a los antibióticos en las primeras 24 horas confirma que se trata de un flemón^{1,3,7,8}.

El diagnóstico diferencial también hay que realizarlo con la necrosis séptica o la erosión carotídea, las inflamaciones periodontales, los linfomas, la mononucleosis, el aneurisma carotídeo...

El abordaje terapéutico es controvertido. La actitud conservadora es la más habitual en la mayor parte de los casos, y se consigue un 50% de respuestas únicamente con tratamiento médico, sobre todo en los niños menores de 6 años². El tratamiento farmacológico más utilizado es la penicilina, pero debido a la incidencia de otros patógenos, últimamente se asocia amoxicilina-ácido clavulánico con clindamicina, o se prefiere el uso de cefalosporinas de tercera generación⁹ y valorar la respuesta al cabo de 24-48 horas (grado de evidencia C)³.

El uso de corticoides asociados en las primeras 24 horas es favorable para la resolución clínica (grado de evidencia B), aunque no existen estudios que permitan recomendar su empleo de forma sistemática³.

Cuando la respuesta al tratamiento conservador es insuficiente, se llevan a cabo medidas más agresivas, aunque en este sentido también hay discrepancias. Se discute sobre la utilidad del drenaje o la realización de una punción-aspiración; el primero es más eficaz (grado de evidencia C)^{1,3} y siempre va asociado al tratamiento antibiótico intravenoso.

Aún se sigue recomendando en la mayoría de los casos la hospitalización de los pacientes, aunque el tratamiento es cada vez menos agresivo.

Los criterios para realizar una amigdalectomía son más restrictivos, y se reservan para pacientes con complicaciones y, en su mayoría, de forma diferida.

En el caso aquí presentado, el diagnóstico de presunción pareció claro y la relación causal con los antecedentes de *S. pyogenes*, positiva. El hecho de que su hermana padeciera una escarlatina simultáneamente hace pensar en una etiología estreptocócica. Dada su baja incidencia y la potencial gravedad del caso, la paciente fue derivada de forma urgente al servicio de otorrinolaringología, donde se confirmó el diagnóstico inicial. Cabe destacar que la sospecha y la clínica son esenciales para establecer el diagnóstico. Sin realizar más exámenes complementarios se puede programar un tratamiento oral sin hospitalización, aunque con un estrecho seguimiento de los pacientes, tal como ocurrió en este caso¹⁰.

Bibliografía

1. García Callejo FJ, Núñez Gómez F, Sala Franco J, Marco Algara J. Tratamiento de la infección periamigdalina. *An Pediatr*. 2006; 65(1): 37-43.
2. Martín Campagne E, Del Castillo Martín F, Martínez López MM, Borque de Andrés C, De José Gómez MI, García de Miguel MJ, et al. Abscesos periamigdalino y retrofaringeo: estudio de 13 años. *An Pediatr*. 2006; 65(1): 32-36.
3. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician*. 2008; 77(2): 199-202, 209.
4. Peñalba Citores AC, Riaño Méndez B, Marañón Pardillo M, Míguez Navarro C, Vázquez López P, Guerrero Soler MM, et al. Incidencia de faringitis estreptocócica. *An Pediatr*. 2007; 67(3): 220-224.
5. López-Prieto MD, Guerrero-Fernández J, Ruiz I, Caravaca A. Niña con fiebre, tumefacción y prociencia velopalatina unilateral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004; 22(8): 499-500.
6. Zwart S, Rovens MM, De Melker RA, Hoes AW. Penicillim for acute sore throat in children: randomized, double blind trial. *BMJ*. 2003; 327: 1.324-1.327.
7. García Ruiz J. Otorrinoweb [consultado el 15 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.otorrinoweb.com/_izquie/temas/48amigda/complicaciones_7.htm
8. Raymond Rahn MD, Hutter-Czapski P. Quinsy (peritonsillar abscess). *Can J Rural Med*. 2009; 14(1).
9. Del Mar C, Glaziou P, Spinks A. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000023.
10. Terrence E, Steyer MD. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2002; 65: 93-96.