

Manejo del Absceso Peritonsilar de Urgencias en Chile: Una Revisión Sistemática Exploratoria

Emergency Management of Peritonsillar Abscess in Chile: An Exploratory Systematic Review

Cristóbal Bravo Orellana¹; Sandra Montero Riffo² & Claudio Vicent Ramos¹

BRAVO, O. C.; MONTERO, R. S. & VICENT, R. C. Manejo del absceso peritonsilar de urgencias en Chile: Una revisión sistemática exploratoria. *Int. J. Odontostomat.*, 19(3):358-368, 2025.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue profundizar en los aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y complicaciones del absceso peritonsilar. Se realizaron búsquedas en las plataformas EBSCO y Cochrane Library, centradas en estudios relacionados con pacientes con “absceso periamigdalino” o “absceso peritonsilar”, su manejo y complicaciones. Se incluyeron publicaciones posteriores a 2016, en cualquier idioma. Adicionalmente, se efectuaron búsquedas en SciELO y Google Académico para recopilar información sobre el manejo del absceso periamigdalino o peritonsilar en Chile y Latinoamérica. Debido a la limitada información local, se consideraron protocolos y libros en español publicados después de 2015. En total, se identificaron 36 documentos pertinentes, de los cuales se seleccionaron 25 artículos en inglés y español, excluyendo publicaciones en otros idiomas. Este artículo se desarrolló siguiendo los lineamientos del protocolo PRISMA-ScR. El manejo del absceso peritonsilar incluye terapia antibiótica y/o tratamiento quirúrgico, ya sea mediante incisión y drenaje o aspiración con aguja. El diagnóstico y tratamiento precoz mediante terapia antibiótica y/o intervención quirúrgica es fundamental para prevenir el deterioro clínico y la progresión del absceso hacia espacios profundos del cuello.

PALABRAS CLAVE: absceso peritonsilar, antibióticos, microbiología, complicaciones.

INTRODUCCIÓN

El absceso periamigdalino, también conocido como absceso peritonsilar, es una complicación frecuente de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, y a menudo constituye la consecuencia de una amigdalitis bacteriana no tratada o de episodios recurrentes de esta patología. Se define como una acumulación de pus ubicada entre la cápsula fibrosa de la amígdala y el músculo constrictor superior de la faringe, aunque en ocasiones puede extenderse a espacios más profundos (Saar *et al.*, 2023). Diversos autores señalan que esta infección puede estar precedida por una celulitis, seguida de la formación de una colección purulenta, atribuida a múltiples factores.

Actualmente, en Chile no existe un protocolo o guía estandarizada para el manejo del absceso periamigdalino dirigido al cirujano maxilofacial. La limitada información local y la existencia de protocolos desactualizados constituyeron los principales

motivos para desarrollar esta investigación, siguiendo los lineamientos de revisiones sistemáticas exploratorias. La identificación temprana y el tratamiento adecuado del absceso peritonsilar son fundamentales para prevenir complicaciones graves, tales como la diseminación de la infección hacia espacios profundos, sepsis, hemorragia y obstrucción de las vías respiratorias.

El objetivo de este estudio es profundizar en los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos del absceso periamigdalino desde la perspectiva del cirujano maxilofacial, mediante un análisis exhaustivo de la literatura disponible y un enfoque en casos clínicos relevantes. La investigación busca contribuir al entendimiento de esta patología y ofrecer recomendaciones que faciliten su manejo por parte de cirujanos maxilofaciales y personal sanitario, mejorando así los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados.

¹Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

²Departamento de Cirugía Oral, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron búsquedas en la plataforma EBSCO y Cochrane Library, en busca de estudios acerca de pacientes con absceso periamigdalino o absceso peritonsilar (“peritonsillar abscess” en inglés), el manejo de esta patología y sus complicaciones. Se consideraron publicaciones posteriores a 2016, en cualquier idioma. La última búsqueda se realizó el 5 de septiembre de 2024. Adicionalmente, se realizaron búsquedas en las plataformas SciELO y Google Académico en busca de información acerca del manejo del absceso periamigdalino o absceso peritonsilar en Chile o Latinoamérica. Debido a la escasa información se consideraron protocolos y libros posteriores a 2015 en Español. Para ciertas definiciones se utilizaron artículos posteriores a 2001, en Español. La última búsqueda se realizó el 19 de noviembre de 2024. Las búsquedas fueron realizadas por el primer y último autor, quienes revisaron los títulos y resúmenes en busca de estudios elegibles. Los artículos se leyeron en búsqueda de casos de absceso periamigdalino o absceso peritonsilar, su incidencia, sus complicaciones y el manejo de esta patología. En total se encontraron 36 documentos atinentes al propósito de esta investigación, donde se seleccionaron un total de 25 documentos, en inglés y español, excluyendo artículos en otros idiomas. La selección final de los estudios fue realizada por el primer y último autor. Este artículo se desarrolló siguiendo los lineamientos del protocolo PRISMA-ScR (disponible en <https://www.prisma-statement.org/scoping>).

Anatomía

Para comprender el desarrollo del absceso peritonsilar, es fundamental conocer la anatomía del complejo tonsilar. Las tonsilas, también conocidas como amígdalas, forman parte del anillo linfoideo faríngeo (anillo de Waldeyer), el cual desempeña un papel clave en la defensa inmunitaria del organismo. Este anillo está constituido por las tonsilas palatinas, las tonsilas faríngeas (o adenoides), la tonsila tubaria, las tonsilas linguales y demás tejido linfático presente en la faringe (López, 2001).

Las tonsilas palatinas se localizan en las paredes laterales de la orofaringe y están delimitadas por los pilares palatogloso hacia anterior, palatofaríngeo hacia posterior, el músculo constrictor superior de la faringe hacia lateral, el paladar blando hacia superior y la raíz de la lengua hacia inferior (Alvo *et al.*, 2016).

Estas tonsilas se desarrollan durante los últimos meses de gestación y presentan un crecimiento irregular, alcanzando su mayor tamaño entre los seis y siete años de edad. Posteriormente, experimentan una involución gradual durante la pubertad, y en personas mayores de 65 años el tejido tonsilar se encuentra reducido (Galioto, 2017). Debido a su posición proximal en la faringe, las tonsilas palatinas son más susceptibles a infecciones y, en consecuencia, al desarrollo de abscesos, en comparación con las tonsilas linguales, ubicadas en la base de la lengua, que presentan menor predisposición a infecciones aunque no se excluye su participación.

En relación con la abscedación del espacio peritonsilar, una vez comprometido este espacio, la infección puede extenderse a estructuras más profundas, como el espacio parafaríngeo, el cual ofrece mínima resistencia a la propagación de infecciones localizadas (Ferrer Baixauli *et al.*, 2001). Si la infección no se trata adecuadamente, puede diseminarse hacia el espacio retrofaríngeo y descender hasta el mediastino, generando complicaciones graves.

Etiología

El absceso peritonsilar se considera la etapa final de un proceso continuo que inicia con una tonsilitis exudativa aguda, progresa a celulitis y culmina con la formación del absceso (Galioto, 2017). Habitualmente, esta patología se presenta de manera unilateral. Se ha descrito que la obstrucción del flujo salival de las glándulas salivales linguales (de Weber) constituye un factor de riesgo para el desarrollo del absceso peritonsilar. Estas glándulas tienen la función de secretar jugos salivales sobre la superficie de las criptas tonsilares, facilitando la digestión de restos alimentarios y su evacuación. Cuando el flujo salival se encuentra obstruido, se produce la acumulación de detritus y bacterias en la superficie de las glándulas, favoreciendo la infección y la posterior formación de abscesos. Además, estudios epidemiológicos han señalado que pacientes fumadores y consumidores de alcohol presentan una mayor incidencia de abscesos peritonsilares en comparación con los grupos control (Kim *et al.*, 2020). Por este motivo, diversos autores consideran que el tabaquismo es un factor de riesgo reconocido para el absceso peritonsilar, describiendo que la probabilidad de desarrollarlo es un 150 % mayor en fumadores que en no fumadores. Asimismo, se ha estimado que hasta un 16 % de estos abscesos podrían evitarse si se eliminara el hábito de fumar (Boon *et al.*, 2018).

Microbiología

Diversos estudios han identificado las bacterias presentes en los abscesos peritonsilares, aunque los resultados varían respecto al predominio de ciertos microorganismos. A partir de la información disponible, se ha determinado que las bacterias más frecuentes en esta patología son los *estreptococos* del grupo *viridans* (VGS) con un 25 %, los *estreptococos* beta-hemolíticos con un 20 % (especialmente del grupo A con un 12 %), *Fusobacterium necrophorum* con un 13 %, *Staphylococcus aureus* con un 11 %, especies de *Prevotella* con un 10 % y especies de *Bacteroides* con un 9 % (Galioto, 2017; Klug *et al.*, 2020).

Estos hallazgos respaldan que el absceso peritonsilar y sus complicaciones son de origen polimicrobiano (Klug *et al.*, 2020). La literatura existente describe esta patología como polimicrobiana, con la presencia de bacterias aerobias y anaerobias (Galioto, 2017; Harada *et al.*, 2024). Entre los aerobios predominan los *estreptococos* del grupo A y los del grupo *Streptococcus milleri*, mientras que entre los anaerobios, *Fusobacterium necrophorum* se identifica como el más relevante (Galioto, 2017).

Diversos estudios han identificado que *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis* son las principales bacterias aeróbicas implicadas en las infecciones de vías respiratorias superiores y que pueden detectarse mediante pruebas citobacteriológicas. Sin embargo, bacterias anaerobias y anaerobias aerotolerantes también juegan un papel relevante en la formación del absceso peritonsilar, incluyendo *Streptococcus pyogenes*, *Fusobacterium necrophorum* y el grupo *Streptococcus milleri* (*S. intermedius*, *S. anginosus* y *S. constellatus*), que forman parte de la flora comensal de la orofaringe y nasofaringe (Bivahagumye *et al.*, 2024).

En un estudio realizado en 2023 en el Hospital Universitario de Tartu, Estonia, se analizaron 91 pacientes sometidos a tonsilectomía bilateral por absceso peritonsilar. Los resultados revelaron la presencia de más de 400 géneros y 800 especies pertenecientes a 34 filos. Entre las bacterias predominantes tanto en biopsias amigdalares como en muestras de pus se encontraron *S. pyogenes* y *F. necrophorum* (más del 10 % en una comunidad) en 28 muestras de pus (31 %), *F. nucleatum* en 21 muestras (23 %) y *S. anginosus* en 8 muestras (9 %). No se observaron diferencias significativas entre los hallazgos de las biopsias y las muestras de pus (Saar *et al.*, 2023).

Respecto a los patógenos asociados a la tonsilitis recurrente, diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de *Staphylococcus aureus* en muestras de tonsilas palatinas. En este contexto, algunos autores sostienen que *S. aureus* puede considerarse el principal factor etiológico de la tonsilitis recurrente. No obstante, su rol exacto en la patogénesis de las exacerbaciones, en la formación de abscesos y en la resistencia a la terapia antibacteriana aún no se encuentra completamente dilucidado (Klagisa *et al.*, 2022).

Incidencia

El dolor de garganta constituye un motivo de consulta médica muy frecuente, representando alrededor del 9 % de las atenciones de medicina general en el Reino Unido y entre el 1 y 2 % de las consultas ambulatorias en Estados Unidos. Si bien una de sus causas puede ser la infección bacteriana, también se asocia con infecciones virales, tales como rinovirus, coronavirus y adenovirus (de Cassan *et al.*, 2020).

Diversos autores han señalado que el absceso peritonsilar corresponde a una etapa posterior dentro de la progresión de la enfermedad, la cual puede originarse a partir de una tonsilitis, celulitis peritonsilar o faringitis; aunque también puede desarrollarse en ausencia de una infección previa, como resultado de la obstrucción de las glándulas salivales linguales (Boon *et al.*, 2018; Long & Gottlieb, 2023; Gillard *et al.*, 2023).

El absceso peritonsilar es una de las infecciones más frecuentes observadas en las clínicas de otorrinolaringología aguda y en los servicios de urgencias hospitalarias (Chang *et al.*, 2016). Sin embargo, la hospitalización por esta causa ocurre en menos del 0,004 % de los casos (de Cassan *et al.*, 2020).

Un reporte de caso publicado en 2018 señaló que “el absceso peritonsilar es una complicación común de la tonsilitis” y que este tipo de infecciones se encuentran entre las “más comunes del espacio profundo de la cabeza y el cuello” (Boon *et al.*, 2018). En dicho estudio se destaca que “la afectación unilateral del espacio peritonsilar es casi patognomónica de la enfermedad”; en contraste, la presentación bilateral constituye un evento poco común, con tasas que oscilan entre 1,9 % y 24 %. La baja incidencia de los abscesos peritonsilares bilaterales podría explicarse por un diagnóstico y tratamiento tempranos antes de la progresión contralateral, el uso de antibióticos o un posible subregistro. Debido a ello, no existe consenso sobre su verdadera incidencia (Boon *et al.*, 2018; Gillard *et al.*, 2023).

En cuanto a la distribución etaria, se ha descrito que estos abscesos pueden presentarse en cualquier grupo de edad, aunque la mayor incidencia ocurre en adultos entre 20 y 40 años (Boon *et al.*, 2018). De manera similar, otros estudios han determinado que la incidencia “es común en adolescentes y adultos jóvenes entre 10 y 40 años, disminuyendo gradualmente hacia la vejez” (Mizuno *et al.*, 2023). Se estima que la incidencia anual del absceso peritonsilar es de aproximadamente 30 casos por cada 100.000 personas entre los 5 y 49 años; siendo más elevada en el grupo de 15 a 19 años, con cifras cercanas a 167 por cada 100.000 habitantes. En situaciones complicadas, la mortalidad asociada puede alcanzar hasta un 10% (Long & Gottlieb, 2023).

En un estudio publicado en 2024, se logró determinar que debido a la inflamación en la encías; y afectación del cemento radicular, ligamento periodontal y hueso alveolar, causada por la periodontitis; los autores pudieron suponer que existe una mayor incidencia de infecciones de la cavidad oral, como por ejemplo los abscesos peritonsilar y las infecciones profundas del cuello. Asimismo pudieron determinar que los pacientes con periodontitis crónica se asociaron a una alta incidencia de infecciones profundas del cuello en la población coreana. “La edad joven, el sexo masculino, el bajo nivel de ingresos y la residencia rural se asociaron fuertemente” con la periodontitis y la posterior infección profunda del cuello (Kim *et al.*, 2024).

En lo que respecta a la incidencia de celulitis peritonsilar y abscesos recurrentes, ésta oscila entre el 5,2 % y el 25,3 %, y ha llevado al uso de antibióticos vía endovenosa de manera prolongada, como un medio de tratamiento cuidadoso (Kondo *et al.*, 2024). Por último, es interesante mencionar que en un estudio retrospectivo que incluyó un periodo de 21 años de pacientes con diagnóstico de absceso peritonsilar, pudieron concluir que:

- 1) La edad promedio de los pacientes ingresados con tonsilitis aguda o recurrente es de 28 años y predomina en las mujeres.
- 2) El absceso peritonsilar es la complicación más frecuente de la tonsilitis aguda. Además, afirman que esta patología “en el adulto, tiene mayor incidencia en hombres, y en la infancia es discretamente más prevalente en las niñas. La edad media es de 36 años y su incidencia en nuestro medio, es de 18,3 casos/100.000 habitantes/año”.
- 3) El absceso parafaríngeo “predomina en hombres, con una edad media de 47 años y una tasa de inci-

dencia de 3,8 casos/100.000 habitantes/año”.

- 4) Los casos de “tonsilitis ingresadas es mayor en invierno”; y el de absceso peritonsilar y absceso parafaríngeo “es mayor en verano/otoño”, sin embargo no existe una relación clara asociada a la climatología (Losada-Campa *et al.*, 2021).

DIAGNÓSTICO

Manifestaciones clínicas

El diagnóstico del absceso peritonsilar “se basa generalmente en la presentación clínica y el examen físico”. No obstante, “otras condiciones a considerar en el diagnóstico diferencial incluyen celulitis peritonsilar, absceso retrofaríngeo, absceso retromolar, mononucleosis infecciosa, epiglotitis (especialmente en niños) y neoplasia (linfoma o carcinoma)” (Galioto, 2017).

Los síntomas de la celulitis peritonsilar son similares a los del absceso peritonsilar, lo que dificulta la diferenciación entre las afecciones. Sin embargo, en la celulitis peritonsilar, “el área entre la tonsila y su cápsula es eritematosa y edematosa, sin un área obvia de fluctuación o formación de pus. A menudo, estas dos afecciones se distinguen por la ausencia de pus en la aspiración con aguja, lo que indica celulitis” (Galioto, 2017).

Habitualmente los pacientes con absceso peritonsilar parecen enfermos y refieren disfagia, fiebre, malestar y dolor de garganta que empeora progresivamente. El dolor de garganta es considerablemente más severo en el lado afectado y frecuentemente se refleja en el oído del lado ipsilateral (Galioto, 2017).

El examen físico revela trismus, producido por la dificultad para abrir la cavidad oral secundaria a la inflamación y espasmo de los músculos masticadores. La deglución suele ser compleja y dolorosa. Además, la combinación de odinofagia y disfagia, conlleva a la acumulación de saliva y babeo posterior. Asimismo, los pacientes suelen presentar dificultad para hablar, y su voz es apagada (también llamada voz de papa caliente). Adicionalmente, se puede palpar de manera extraoral, una linfadenitis cervical dolorosa marcada en el lado afectado (Galioto, 2017). De igual manera, al realizar inspección de la orofaringe “revela hinchazón tensa y eritema del arco palatogloso y el paladar blando que recubre la tonsila infectada” (Galioto,

2017). En consecuencia “se observa hinchazón en la orofaringe con medialización de la tonsila. El examen (...) generalmente revela desviación de la úvula hacia el lado contralateral, exudado tonsilar, trismo y linfadenopatía yugulodigástrica” (Chang *et al.*, 2016). En caso de que los médicos tratantes sospechen de un absceso peritonsilar, deben prestar especial atención a la posibilidad de compromiso bilateral. Esto debido a una posible obstrucción de las vías respiratorias superiores, lo que podría requerir un tratamiento de emergencia de la vía aérea (Gillard *et al.*, 2023). En resumen, algunos de los síntomas que permiten diagnosticar el absceso peritonsilar son: dolor de garganta; disfagia; cambios en la voz (voz apagada, voz de “papa caliente”); babeo; trismus; otalgia; fiebre; eritema faríngeo; hinchazón peritonsilar asimétrica, especialmente con desviación de la úvula hacia el lado afectado (Chang *et al.*, 2016; Galioto, 2017; Akhavan, 2021; Gillard *et al.*, 2023).

Exámenes de laboratorio

Si bien este tipo de exámenes no son necesarios para el diagnóstico del absceso peritonsilar, un análisis inicial de sangre “puede incluir un hemograma completo y un panel de electrolitos para evaluar signos de infección y el estado de hidratación, respectivamente” Sin embargo, el hemograma completo, suele presentar un aumento del recuento de glóbulos blancos (leucocitosis), pero esto no es específico (Akhavan, 2021).

Por otra parte, existen diversos autores que declaran que un argumento a favor de realizar una prueba citobacteriológica “sería que la detección de ciertas bacterias podría predecir complicaciones” (Bivahagumye *et al.*, 2024). Sin embargo, en su estudio el porcentaje de complicaciones fue del 6 % y no se logró determinar alguna relación con las bacterias detectadas en el pus obtenido del absceso peritonsilar. En definitiva, su investigación demostró que la prueba citobacteriológica no contribuye al manejo del absceso peritonsilar. No obstante, plantean que el absceso peritonsilar asociado a pacientes ancianos, inmunodeprimidos, diabéticos o aquellos con enfermedades autoinmunes, presentan un alto riesgo de infección y complicaciones asociadas, por lo que en dicha población sería recomendable realizar la prueba citobacteriológica. Lo cierto es que según estos autores, el principal argumento a favor de realizar la prueba citobacteriológica “es adaptar la terapia antibiótica en caso de mala evolución clínica” (Mansour *et al.*, 2019).

Estudios de imagen

En relación al absceso peritonsilar, si bien su diagnóstico se basa principalmente en los signos y síntomas de cada paciente, los estudios imagenológicos tienen un rol importante para determinar la gravedad y extensión de dicha patología; esto debido a que los pacientes con este tipo de abscesos tienen mayor riesgo de que se extienda a espacios profundos del cuello y obstruir las vías respiratorias (Gillard *et al.*, 2023; Chang *et al.*, 2016). Es por esto que ciertos autores declaran que se deben sospechar infecciones laterales del cuello si hay hinchazón o induración por debajo del ángulo de la mandíbula o abultamiento medial de la pared faríngea (Galioto, 2017).

Respecto a los estudios de imagen, se ha determinado que “las tomografías computarizadas pueden diagnosticar con precisión los abscesos peritonsilares con una sensibilidad del 100 % y ayudan a determinar la extensión de la enfermedad. La ecografía es menos útil, con una precisión diagnóstica de entre el 89 % y el 95 % de sensibilidad y entre el 79 % y el 100 % de especificidad” en casos de compromiso del cuello (Chang *et al.*, 2016). Sin embargo, existe información de pequeños estudios que han demostrado que la ecografía intraoral, en caso de estar disponible, puede distinguir con precisión un absceso de una celulitis (Galioto, 2017). Si solo se sospecha de un absceso peritonsilar “se puede realizar una ecografía para confirmar la presencia de un absceso antes de la incisión y el drenaje” (Gillard *et al.*, 2023).

Por su parte la tomografía computarizada, puede demostrar la propagación de la infección a espacios profundos del cuello y descubrir posibles compromisos de la vía aérea (Galioto, 2017). No obstante, si el médico tratante está “preocupado y/o el paciente presenta signos de una infección más profunda del cuello, puede justificarse una tomografía computarizada del cuello con contraste intravenoso” (Gillard *et al.*, 2023). En ese sentido, otros estudios aseveran que la sensibilidad de la tomografía computarizada con contraste intravenoso es casi del 100 %, con una especificidad de aproximadamente el 75 %. No obstante, la tomografía computarizada se asocia con mayor costo, mayor radiación; por lo que la ecografía sigue siendo la primera elección (Long *et al.*, 2023). En casos de sospechar que la infección se ha extendido más allá del espacio peritonsilar o existen complicaciones que afecten espacios laterales del cuello, se requiere una tomografía computarizada o una resonancia magnética (Galioto, 2017).

Por otro lado, la resonancia magnética tiene mejor definición de tejidos blandos. Es por esta propiedad que resulta útil para detectar complicaciones de infecciones profundas del cuello, como trombosis de la vena yugular interna o erosión del absceso en la vaina carotídea; comparado con la tomografía computarizada. Algunas de las desventajas de la resonancia magnética incluyen mayor costo económico para el paciente, tiempos de exploración más prolongados y potencial de claustrofobia durante el examen (Galioto, 2017).

COMPLICACIONES

El absceso peritonsilar es la infección del espacio profundo del cuello más común (Boon *et al.*, 2018; Mizuno *et al.*, 2023). Por lo tanto, es indispensable conocer el tratamiento adecuado de esta patología. La complicación de esta patología está definida como el “empeoramiento de la gravedad de la enfermedad o el desarrollo de nuevos síntomas o cambios patológicos, que pueden generalizarse” (Klug *et al.*, 2020). En ese sentido, en un artículo en el cual describen que realizaron búsquedas sistemáticas para encontrar estudios que informaran sobre pacientes con absceso periamigdalino y sus complicaciones, en las bases de datos Medline y EMBASE; pudieron encontrar en la literatura 334 pacientes con este tipo de abscesos y una o más complicaciones asociadas. A partir de la información recolectada, pudieron concluir que las complicaciones descritas con mayor frecuencia fueron 113 casos de mediastinitis descendente; 96 casos de absceso parafaríngeo y retrofaríngeo; 38 casos de fascitis necrosante y 35 casos de Síndrome de Lemierre. Además, informan que existió preponderancia masculina significativa (70 %) en todas las entidades de complicación. Asimismo, afirman que la mediastinitis descendente y la fascitis necrosante fueron las complicaciones más prevalentes entre los pacientes que presentaron propagación infecciosa después de la infección inicial (Klug *et al.*, 2020).

Por otra parte, dichos autores categorizaron a los pacientes según la gravedad de la complicación, en dos órdenes. El primero lo categorizaron como “obstrucción de las vías respiratorias superiores < epiglotitis aguda < absceso parafaríngeo y retrofaríngeo < fascitis necrosante < mediastinitis descendente. El segundo lo categorizaron como sepsis < Síndrome de Lemierre. Cabe destacar que excluyeron de las complicaciones, a aquellas que fueran consideradas causadas por el tratamiento quirúrgico del absceso peritonsilar. También descri-

bieron que se observaron complicaciones raras como “absceso del espacio masticatorio, artritis reactiva, carditis y síndrome de Kawasaki” (Klug *et al.*, 2020).

Por lo tanto, es esencial el diagnóstico correcto y tratamiento temprano. En caso de no diagnosticar correctamente esta infección, o realizar un tratamiento inadecuado del absceso peritonsilar, puede conducir a complicaciones graves y potencialmente mortales en los pacientes, como absceso cerebral; absceso de la glándula parótida; absceso del espacio masticatorio; artritis séptica de la articulación temporomandibular; compromiso de las vías respiratorias por edema epiglótico o laríngeo; absceso profundo del cuello de los espacios parafaríngeos o retrofaríngeos; ruptura del absceso con aspiración de pus; neumonitis por aspiración o absceso pulmonar secundario a rotura del absceso peritonsilar; compromiso de estructuras neurológicas; mediastinitis descendente; fascitis necrosante; secuelas post estreptocócicas, como glomerulonefritis y fiebre reumática, cuando la infección es causada por *Streptococcus* del grupo A (*Streptococcus pyogenes*); sepsis; carditis; artritis reactiva; enfermedad de Kawasaki; hemorragia potencialmente mortal secundaria a erosión o necrosis séptica en la vaina carotídea; tromboflebitis supurativa de la vena yugular interna o también llamado Síndrome de Lemierre (Galioto, 2017; Klug *et al.*, 2020; Long *et al.*, 2023; Mizuno *et al.*, 2023; Mansour *et al.*, 2019). En casos de ocurrir una complicación, las tasas de mortalidad pueden acercarse al 10%, sin diferencias significativas entre géneros (Klug *et al.*, 2020).

Compromiso de la vía aérea

En lo que se refiere al absceso peritonsilar, recordemos que es una de las infecciones más comunes del espacio profundo de la cabeza y el cuello. Por el contrario, el absceso peritonsilar bilateral, es un evento infrecuente, cuya incidencia es del 4,9 % (Boon *et al.*, 2018). En un reporte de caso, se pudo concluir que el conocimiento de esta rara patología, es esencial puesto que “puede prevenir el retraso del diagnóstico y tratamiento final preciso, lo cual es de suma importancia para evitar complicaciones potencialmente mortales” (Boon *et al.*, 2018).

En efecto, el absceso peritonsilar bilateral presenta mayor riesgo de causar estenosis de la vía aérea, debido a que el espacio ocupado por el absceso es mayor. Asimismo, se sospecha que existe mayor probabilidad de complicaciones por parte del absceso peritonsilar bilateral debido a su presentación tar-

día y riesgo de que la infección se extienda a compartimentos más profundos del cuello y en consecuencia, la afectación del área faríngea (Boon *et al.*, 2018).

Respecto a la epiglotitis, la prioridad es evaluar la vía aérea y anticipar la obstrucción de la misma. Ante cualquier sospecha del compromiso de la vía respiratoria se debe notificar lo antes posible al anestesista y al cirujano; y estar preparados para una posible cricotirotomía quirúrgica o con aguja, o intubación inmediata por parte del especialista en otorrinolaringología. Sin embargo, las tasas de traqueotomía e intubación son bajas en pacientes con epiglotitis, ya que sólo el 11 % de los pacientes pediátricos requirieron alguno de estos procedimientos (Akhavan, 2021). Respecto a la incidencia en adultos, otros estudios indican que sólo 1 de 228 pacientes (0,5 %), presentó estenosis de la vía aérea que requirió traqueotomía (Longchamp *et al.*, 2024). No obstante, siempre se debe estar preparado para la obstrucción completa de la vía aérea, en pacientes en los que se sospecha epiglotitis (Akhavan, 2021).

MANEJO DEL ABSCESO PERITONSILAR

Tratamiento quirúrgico del absceso peritonsilar

Para tratar correctamente el absceso peritonsilar, es importante realizar un diagnóstico correcto mediante la anamnesis y un examen físico completo del paciente. En cuánto a los hallazgos al momento de realizar el examen físico más comunes de encontrar en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Chile, fueron “abombamiento del pilar amigdalino ipsilateral (67,2%), el desplazamiento de la úvula hacia el lado contralateral (41,8 %) y la presencia de trismus (26,2 %). En un porcentaje menor de los pacientes, se observó hipertrofia tonsilar (17,2 %), adenopatías cervicales (17,2%), y aumento de volumen cervical (8,2%)” (Alvarez *et al.*, 2019). Además, se recomienda acompañar la anamnesis y exploración clínica con imagenología para evaluar la extensión y límites del absceso. Como se mencionó anteriormente ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética (dependiendo de la extensión del absceso) son exámenes que servirán para complementar el diagnóstico. Una vez verificada la extensión de la lesión, el tratamiento usualmente consiste en terapia antibiótica y drenaje quirúrgico, control del dolor e hidratación.

En relación al dolor, dependiendo del caso, se suele administrar corticoides para la reducción de los

síntomas. Al respecto, se ha afirmado que la administración (vía intravenosa o intramuscular) de Metilprednisolona 2 a 3 mg por kg hasta 250 mg o Dexametasona 10 mg aceleraría la recuperación. Asimismo, este autor afirma que los pacientes a los que se les administró corticosteroides informaron “una disminución del dolor y una mejor ingesta de líquidos por vía oral en un plazo de 12 a 24 horas, en comparación con los pacientes que no recibieron corticosteroides (Galioto, 2017).

En relación al drenaje quirúrgico, se ha asegurado que puede realizarse mediante incisión y drenaje o aspiración con aguja, acompañado de la terapia con antibióticos e hidratación; son enfoques clínicos óptimos para el tratamiento de los abscesos peritonsilares y son igualmente eficaces para el tratamiento de la enfermedad. Asimismo, estos autores aseveran que siguiendo estas indicaciones podrían resolverse más del 90 % de los casos (Gillard *et al.*, 2023)

Al respecto, diversos autores sugieren que la incisión y el drenaje pueden tener un menor riesgo de recurrencia del absceso peritonsilar, en comparación con la aspiración con aguja (Long *et al.*, 2023). Sin embargo, un antecedente importante, es que los médicos deben tener en cuenta las relaciones anatómicas importantes al realizar la aspiración con aguja, como la arteria carótida común o la vena yugular interna (Galioto, 2017). Por el contrario, se ha indicado que la aspiración con aguja “es menos invasiva, menos dolorosa y produce menos sangrado”. Además, relata que cuando este procedimiento se asistía con ultrasonido intraoral tuvo un 100 % de éxito en un estudio de 18 pacientes con absceso peritonsilar confirmado; mientras que realizarlo sin ultrasonido intraoral (utilizando la técnica de referencia anatómica tradicional) el éxito fue de un 50 % (Akhavan, 2021).

No obstante, diversos autores indican que el profesional tratante utilice la técnica con la que se sientan más cómodos (Long *et al.*, 2023). En caso que el profesional tratante no se sienta cómodo aspirando el absceso, se deben administrar líquidos intravenosos apropiados y antibióticos, mientras se espera la consulta con el otorrinolaringólogo (Galioto, 2017).

En relación a los procedimientos quirúrgicos más invasivos, se debe considerar la tonsilectomía inmediata en pacientes con antecedentes de tonsilitis recurrente, debido a que existe una tasa de recurrencia de hasta el 40 % en estos pacientes en

comparación con el 10 % a 15 % para el paciente promedio. Asimismo, la tonsilectomía también está indicada en pacientes pediátricos, debido a que es probable que tengan episodios recurrentes de tonsilitis y pueden ser intolerantes a los procedimientos de drenaje con anestesia local (ansiedad relacionada al procedimiento) (Galioto, 2017).

Tratamiento con antibióticos del absceso peritonsilar

Es importante recordar que para la correcta elección de antibióticos, este debe cubrir *S. aureus*, *Streptococcus* del grupo A y anaerobios respiratorios. Los antibióticos más típicamente utilizados son amoxicilina + ácido clavulánico o clindamicina (en caso de alergia a la penicilina) (Long *et al.*, 2023; Gillard *et al.*, 2023; Longchamp *et al.*, 2024). En caso de que el paciente no mejore, empeore o presente un patología más grave, se puede considerar la adición de vancomicina (Akhavan, 2021).

Respecto a la resistencia a la penicilina, en un estudio realizado en Francia, se reportó que sólo el 1 % en las bacterias identificadas eran resistentes, lo que plantea dudas sobre la indicación de añadir ácido clavulánico a la penicilina (Bivahagumye *et al.*, 2024).

En cuanto a la antibioterapia utilizada en los servicios de urgencia, según un estudio retrospectivo realizado en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Chile, entre los años 2013 - 2016, lo más común fue administrar clindamicina vía endovenosa (EV) en el 50,7 % de los casos; penicilina sódica vía endovenosa (EV) en el 12,6 % de los casos y penicilina G benzatina intramuscular (EV) en el 2,5 % de los casos (Alvarez *et al.*, 2019). Además, el 32,9 % de los pacientes recibe más de un antibiótico. De este

porcentaje el 38,5 % corresponde a la administración de Penicilina sódica + Metronidazol EV; el 26,9 % corresponde a la administración de Ceftriaxona + clindamicina EV y el 19,2 % corresponde a la administración de Penicilina G Benzatina IM + Penicilina sódica EV (Alvarez *et al.*, 2019).

Respecto a la antibioterapia ambulatoria o vía oral, lo más indicado fue amoxicilina + ácido clavulánico o amoxicilina + metronidazol (Alvarez *et al.*, 2019). Según el Protocolo de Absceso Periamigdalino realizado por el Servicio de Salud de Iquique, Chile, indica la administración de antibióticos en pacientes que no tengan compromiso de vía aérea, trismus severo, septicemia ni otras complicaciones. El Protocolo indica administrar Penicilina Sódica a dosis de 3 millones U.I cada 6 horas durante 48 horas. Si el paciente presenta una buena evolución clínica y está afebril se continúa con antibióticos vía oral hasta completar 10 días (en caso de que el absceso peritonsilar no haya sido drenado quirúrgicamente). El medicamento de elección vía oral, es la amoxicilina + ácido clavulánico a dosis de 875/125 mg cada 12 horas en adultos (Servicio de Salud de Iquique, 2015).

Por otra parte, la terapia antibiótica en Estados Unidos, se indican las siguientes opciones (Tabla I).

Respecto a los paciente pediátricos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024), indica las siguientes opciones: Primera opción: Ampicilina/sulbactam 100 mg/kg vía intravenosa por día (de ampicilina) fraccionados en cuatro dosis (cada 6 horas) + clindamicina 30-40 mg/kg vía intravenosa por día fraccionados en tres dosis (cada 8 horas) por 10 - 14 días, según evolución. Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a vía oral. Otras opciones: Amoxicilina + ácido clavulánico 90 mg/kg vía oral por día (de

Tabla I. Terapia antibiótica sugerida para el tratamiento del absceso periamigdalino. Extraído, adaptado y traducido desde Peritonsillar abscess (Galioto, 2017).

Terapia Vía Intravenosa	Terapia Vía Oral	Observaciones
Penicilina G 10.000.000 UI cada 6 horas + Metronidazol 500 mg cada 6 horas	Penicilina V 500 mg cada 6 horas + Metronidazol 500 mg cada 6 horas	-
Ampicilina/Sulbactam 3 g cada 6 horas	Amoxicilina + Ácido Clavulánico 875/125 mg cada 12 horas	-
Ceftriaxona 1g cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 6 horas	Cefdinir 300mg cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 6 horas	-
Clindamicina 900 mg cada 8 horas	Clindamicina 300 - 450 mg cada 8 horas	Alérgicos a Penicilina
Vancomicina 1g cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 6 horas	Linezolid 600 mg cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 6 horas	En caso de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina
El tratamiento debe continuar por 10 - 14 días.		

amoxicilina) fraccionados en tres dosis (cada 8 horas) o penicilina V 25-50 mg/kg vía oral por día cada 6 u 8 horas + metronidazol 30 mg/kg vía oral por día fraccionados en tres dosis (cada 8 horas) por 10 a 14 días según evolución. En caso de alergia a betalactámicos, indicar clindamicina 30-40 mg/kg vía endovenosa o vía oral por día, fraccionados en tres dosis (cada 8 horas) por 10 a 14 días, según evolución.

DISCUSIÓN

Para un correcto diagnóstico y posterior tratamiento del absceso peritonsilar, es indispensable tener claros la extensión y los límites de esta colección purulenta (Saar *et al.*, 2023). Si bien las manifestaciones clínicas son suficientes para establecer un diagnóstico (Galioto, 2017), se recomienda complementar con imagenología en este tipo de abscesos; donde los exámenes recomendados son la tomografía computarizada, la ecografía y la resonancia magnética (Galioto, 2017; Long *et al.*, 2023; Gillard *et al.*, 2023; Chang; 2023); esta última algo controversial debido al alto costo económico para el paciente (Galioto, 2017). Asimismo, la tomografía computarizada también está asociada a un mayor costo (aún así menor costo comparado con la resonancia magnética); por lo que la ecografía sigue siendo la primera elección (Long *et al.*, 2023).

De acuerdo a los estudios seleccionados para esta revisión sistemática exploratoria, se puede establecer que en cuanto al manejo del absceso peritonsilar, en casos de baja complejidad, el diagnóstico oportuno + terapia antibiótica + hidratación (Gillard *et al.*, 2023; Akhavan, 2021), ha demostrado ser un tratamiento efectivo. Asimismo, el uso de corticoides evidencia una reducción en la sintomatología e inflamación. Además, ayudarían a resolver el proceso patológico más rápidamente y mejoraría la tolerancia del paciente con tratamiento quirúrgico (Galioto, 2017); sin embargo, la indicación de este tipo de fármacos debe individualizarse caso a caso dependiendo posibles comorbilidades de cada paciente y la posible reacciones adversas asociadas a su administración.

En caso de que la terapia de diagnóstico oportuno + terapia antibiótica + hidratación, no sea efectiva, es necesario realizar el tratamiento quirúrgico rápidamente para prevenir infecciones a espacios profundos del cuello y obstrucción de las vías respiratorias (Gillard *et al.*, 2023; Chang; 2023), además de otras complicaciones.

En cuanto al manejo del absceso peritonsilar, de alta complejidad, es decir migración de la infección a espacios profundos o compromiso sistémico del paciente, es imprescindible un tratamiento inmediato. Las estrategias quirúrgicas como la incisión + drenaje, aspiración con aguja o tonsilectomía unilateral o bilateral son opciones válidas como tratamiento (Galioto, 2017; Long *et al.*, 2023; Gillard *et al.*, 2023).

Respecto a la incisión + drenaje, aspiración con aguja; ambas técnicas quirúrgicas, complementadas con adecuada antibioterapia, logran resolver más de 90 % de los casos (Gillard *et al.*, 2023); aunque existen diferencias en cuanto la tasa de recurrencia asociada a cada técnica y su practicidad. En relación a la recurrencia, múltiples estudios recomiendan la incisión y drenaje en comparación con la aspiración con aguja (Long *et al.*, 2023), aunque la invasividad limita su utilidad en la práctica clínica en algunos casos. Respecto a la practicidad, la tonsilectomía está indicada en pacientes pediátricos, debido a que es probable que tengan episodios recurrentes de tonsilitis y pueden presentar ansiedad relacionada al procedimiento frente al drenaje con anestesia local (Galioto, 2017).

Por otro lado, la aspiración a través de aguja, especialmente con una guía ecográfica intraoral, presenta un perfil quirúrgico menos invasivo y con menor riesgo de complicaciones (Akhavan, 2021); no obstante, siempre hay que tener en consideración las relaciones anatómicas importantes, como la arteria carótida común o la vena yugular interna al momento de realizar cualquier técnica quirúrgica (Galioto, 2017).

Por último, los antibióticos más utilizados en nuestro país son amoxicilina + ácido clavulánico o clindamicina (en caso de alergia a la penicilina) (Long *et al.*, 2023; Gillard *et al.*, 2023; Longchamp *et al.* 2024). En caso que dichos fármacos no resulten eficaces o el absceso periamigdalino empeore o presente un patología más grave, se puede considerar la adición de vancomicina (Akhavan, 2021).

Limitaciones: La disponibilidad de información respecto al absceso peritonsilar en Chile es escasa, por lo que la literatura es limitada. Además, la información disponible no se encuentra actualizada. Por ejemplo, el Protocolo de Absceso Periamigdalino realizado por el Servicio de Salud de Iquique data de Septiembre del 2015, y dicho protocolo tenía una vigencia de 3 años. Asimismo, la investigación realizada en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, aporta cierta información respecto a la incidencia de esta patología; sin

embargo dicho artículo data del año 2019 y sólo abarca 122 pacientes. En consecuencia, debido a la falta de datos específicos y actualizados, respecto al tratamiento del absceso peritonsilar en la población chilena, nace la idea de desarrollar esta investigación para ayudar al personal sanitario de nuestro país. Es por esto, que se plantean diversas terapias antibióticas, que ya se han utilizado en Chile, Latinoamérica o Estados Unidos; además de indicar sus dosis, posología, paciente objetivo (pediátrico o adulto) y diversas vías de administración para dichos fármacos.

Sugerencias: Se recomienda para próximas investigaciones realizar estudios adicionales que comparen y consideren los distintos procedimientos quirúrgicos disponibles para el tratamiento de urgencia del absceso peritonsilar. Además de señalar la incidencia reportada del absceso peritonsilar en el Hospital o Clínica donde se desarrolló dicho estudio.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento precoz del absceso peritonsilar es de vital importancia, ya que el inicio temprano de la terapia antibiótica puede prevenir el deterioro de la enfermedad y evitar su progresión hacia los espacios profundos del cuello. El autocuidado del paciente también desempeña un papel crucial, en especial al acudir de manera oportuna al servicio de urgencias. Esto no solo contribuye a reducir las posibles complicaciones durante el tratamiento, sino que también mejora el pronóstico general. En los casos en que la formación de abscesos no responde a la terapia antibiótica, debe considerarse el drenaje quirúrgico como opción terapéutica, o la tonsilectomía en situaciones de recurrencia o para la prevención de futuros episodios. Asimismo, el tratamiento interdisciplinario cumple un rol fundamental, al permitir la colaboración entre cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos y el resto del personal sanitario, con el fin de ofrecer un enfoque integral y garantizar mejores resultados para el paciente.

BRAVO, O. C.; MONTERO, R. S. & VICENT, R. C. Emergency management of peritonsillar abscess in Chile: An exploratory systematic review. *Int. J. Odontostomat.*, 19(3):358-368, 2025

ABSTRACT: To analyze the clinical, diagnostic, therapeutic aspects, and complications of peritonsillar abscess. Searches were conducted on the EBSCO and Cochrane Library platforms to identify studies on patients with "peritonsillar abscess," its management, and associated complications. Publications from 2016

onward, in any language, were considered. Additionally, searches were performed on SciELO and Google Scholar to gather information on the management of peritonsillar abscess in Chile and Latin America. Due to limited local information, Spanish-language protocols and books published after 2015 were also included. In total, 36 relevant documents were identified, of which 25 articles in English and Spanish were selected, excluding publications in other languages. This study was conducted following the PRISMA-ScR guidelines. Management of peritonsillar abscess includes antibiotic therapy and/or surgical intervention, either by incision and drainage or needle aspiration. Early diagnosis and treatment, using antibiotic therapy and/or surgical intervention, are essential to prevent disease progression and extension of the abscess into deep cervical spaces.

KEY WORDS: peritonsillar abscess, antibacterial agents, microbiology, complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Akhavan, M. Ear, Nose, Throat: Beyond Pharyngitis: Retropharyngeal Abscess, Peritonsillar Abscess, Epiglottitis, Bacterial Tracheitis, and Postoperative Tonsillectomy. *Emerg. Med. Clin. North Am.*, 39(3):661-75, 2021.
- Alvarez, M.; Santander, M.J.; Waissbluth, S. & Palma, S. Experiencia clínica y manejo de los abscesos periamigdalinos en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 79(1):59-66, 2019.
- Alvo, A.; Sauvalle, M.; Sedano, C. & Gianini, R. Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 76(1):99-110, 2016.
- Bivahagumye, L.; Gosselet, V.; Cambier, S.; Puechmaille, M.; Gibold, L. & Saroul, N. Cytobacteriological testing of drainage pus from peritonsillar abscess is not contributive in clinical practice: A STROBE analysis. *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.*, 141(5):264-7, 2024.
- Boon, C.; Wan Mohamad, W. E. & Mohamad, I. Bilateral peritonsillar abscess: A rare emergency. *Malays. Fam. Physician*, 13(1):41-4, 2018.
- Chang, B.A.; Thamboo, A.; Burton, M.J.; Diamond, C. & Nunez, D.A. Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Libr.*, 12(12):CD006287, 2016.
- de Cassan, S.; Thompson, M.J.; Perera, R.; Glasziou, P.P.; Del Mar, C.B.; Heneghan, C.J. & Hayward, G. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 5(5):CD008268, 2020.
- Ferrer Baixauli, F.; García Callejo, F. J.; Morant Ventura, A.; Suárez Vicent, E. & Marco Algarra, J. Absceso parafaríngeo secundario a un absceso periamigdalino en la infancia. *Acta Otorrinolaringol. Esp.*, 52(8):723-6, 2001.
- Galioto, N. J. Peritonsillar abscess. *Am. Fam. Physician*, 95(8):501-6, 2017.
- Gillard, M.; Prochnow, C. & Srica, N. Bilateral peritonsillar abscesses: A case report. *Vis. J. Emerg. Med.*, 31(74):101727, 2023.
- Harada, T.; Nakanishi, T.; Kutsuna, S. & Nakai, M. Peritonsillar abscess associated with *Helicobacter cinaedi* bacteremia: A case report. *IDCases*, 36:01975, 2024.
- Kim, S. Y.; Lim, H. & Choi, H. G. Smoking and alcohol consumption are associated with the increased risk of peritonsillar abscess. *Laryngoscope*, 130(12):2833-8, 2020.

- Kim, S.Y.; Park, I.H.; Byun, C.S.; Choi, H.G.; Kwon, M.J.; Kim, J.H. & Kim, C. W. Associations between peritonsillar abscess and deep neck infection in chronic periodontitis patients: Two nested case-control studies using a national health screening cohort. *J. Clin. Med.*, 13(8):2166, 2024.
- Klagisa, R.; Racenis, K.; Broks, R.; Balode, A.O.; Kise, L. & Kroica, J. Analysis of microorganism colonization, biofilm production, and antibacterial susceptibility in recurrent tonsillitis and peritonsillar abscess patients. *Int. J. Mol. Sci.*, 23(18):10273, 2022.
- Klug, T. E.; Greve, T. & Hentze, M. Complications of peritonsillar abscess. *Ann. Clin. Microbiol. Antimicrob.*, 19(1):1-7, 2020.
- Kondo, K.; Inoue, N.; Honda, K. & Fushimi, K. Effectiveness of antibiotic therapy for early recurrence of peritonsillar cellulitis and abscesses: A retrospective cohort study. *Auris Nasus Larynx*, 51(3):450-5, 2024.
- Long, B. & Gottlieb, M. Managing peritonsillar abscess. *Ann. Emerg. Med.*, 82(1):101-7, 2023.
- Longchamp, G.; Ferrari, R. & Essig, H. Predictors of length of stay following maxillofacial abscess surgery: A 10-year retrospective cohort. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, 52(8):931-936, 2024.
- Losada-Campa, J.; Benito-Orejas, J. I.; San Millán-González, M.; González-Sosto, M.; Muñoz-Moreno, M.F. & Santos-Pérez, J. Estudio retrospectivo de la incidencia de los abscesos periamigdalinos y parafaríngeos en el periodo 2000-2021. *Rev. ORL*, 14(4): 31452, 2023.
- López, M. Adenoides y amígdalas. *Rev. Chil. Pediatr.*, 72(3):251-5, 2001.
- Mansour, C.; De Bonnezeze, G.; Mouchon, E.; Gallini, A.; Vergez, S. & Serrano, E. Comparison of needle aspiration versus incision and drainage under local anaesthesia for the initial treatment of peritonsillar abscess. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*, 276(9):2595-601, 2019.
- Mizuno, K.; Takeuchi, M.; Kishimoto, Y.; Omori, K. & Kawakami, K. Risk factors for recurrence of peritonsillar abscess. *Laryngoscope*, 133(8):1846-52, 2023.
- Organización Panamericana de la Salud. *Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2024-2026*. 9a ed. Washington, D.C., 2024. pp.57-100.
- Saar, M.; Vaikjärv, R.; Parm, Ü.; Kasenõmm, P.; Kõljalg, S.; Sepp, E.; Jaagura, M.; Salumets, A.; Stsepetova, J. & Mändar, R. Unveiling the etiology of peritonsillar abscess using next generation sequencing. *Ann. Clin. Microbiol. Antimicrob.*, 22(1):98, 2023.
- Servicio de Salud de Iquique. *Protocolo Resolutivo en red. Absceso Periamigdalino*. Ministerio de Salud de Chile, 2015. Disponible en: <https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/11/Absceso-periamigdalino.pdf>

Dirección para correspondencia:

Cristobal Bravo Orellana
Facultad de Odontología
Universidad Andrés Bello
Santiago
CHILE

E- mail: c.bravoorellana@uandresbello.edu