

Hematoma espontáneo en contexto de absceso periamigdalino, embolización y luego amigdalectomía. A propósito de un caso

Spontaneous hematoma in the context of a peritonsillar abscess, embolization and subsequent tonsillectomy. About a case

Sandra Stefania Tumani C.¹, Felipe Culaciati T.^{2,3}, Paul Boettiger B.^{2,3}

¹Universidad de Los Andes.
Santiago, Chile.

²Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Santiago, Chile.

³Clínica Alemana de Santiago.
Santiago, Chile.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 03 de octubre de 2023. Aceptado el 03 de noviembre de 2023.

Correspondencia:
Sandra Stefania Tumani C.
Las verbenas 9235, depto 901, Las Condes, Santiago de Chile
E-Mail: stumani@hotmail.com

Resumen

La hematoma amigdalino espontáneo, es un cuadro clínico raro con baja incidencia a nivel mundial, resultado de un proceso inflamatorio local secundario a la amigdalitis, donde el factor de riesgo más significativo es la amigdalitis a repetición. Desde el punto de vista clínico, su distinción del absceso periamigdalino, puede ser un desafío, lo cual es crucial debido a diferencias en el tratamiento y el pronóstico entre ambas. Al ser un cuadro de baja prevalencia es importante tener un alto nivel de sospecha diagnóstica para abordar adecuadamente esta entidad clínica y prevenir consecuencias potencialmente mortales.

Palabras clave: Hematoma amigdalino, amigdalitis a repetición, absceso periamigdalino.

Abstract

Spontaneous tonsillar hematoma is a rare clinical condition with low incidence worldwide, resulting from a local inflammatory process secondary to tonsillitis, where the most significant risk factor is recurrent tonsillitis. From a clinical standpoint, its distinction from a peritonsillar abscess can be challenging, which is crucial due to differences in treatment and prognosis between the two. Given its low prevalence, maintaining a high level of diagnostic suspicion is important to address this clinical entity and prevent potentially life-threatening consequences appropriately.

Keywords: Tonsillar hematoma, recurrent tonsillitis, peritonsillar abscess.

Caso Clínico

Paciente masculino de 39 años, con antecedente de drenaje de absceso periamigdalino en 2019, consulta por cuadro de dos días de evolución de odinofagia y fiebre, sin otros síntomas asociados. Se solicita test rápido de *Streptococcus*, resultando negativo, cultivo corriente con resultado pendiente y se maneja inicialmente como cuadro viral con tratamiento sintomático. A los 3 días vuelve a consultar por persistencia de síntomas, se rescata cultivo con resultado positivo para *Streptococcus Pyogenes* sensible a Penicilina y Clindamicina, por lo que

se indica antibioterapia con Amoxicilina/Acido Clavulánico y se continúa manejo ambulatorio.

A los dos días siguientes vuelve a consultar por compromiso del estado general, odinofagia con dolor intenso, Escala Visual Análoga de Dolor (EVA) 10/10, requiriendo fentanilo y tramadol, asociado a esputo hemático escaso en dos oportunidades. Se solicita panel viral respiratorio y IgM virus Epstein-Barr, ambos negativos. Al examen físico destaca amígdalas con tamaño grado III, restos hemáticos escasos en la superficie amigdalina, sin sangrado activo, asociado a edema de paladar blando. El examen de cuello no presentaba alteraciones.

Se solicita Tomografía Computarizada de cuello con contraste que evidencia: Aumento de volumen de tonsila izquierda de aproximadamente 41 x 35 mm en sus ejes mayores, en el espesor se observan focos de alta densidad compatible con material hemático. En la fase contrastada se observa extravasación de contraste en el polo superior de la tonsila, compatible con sangrado activo. Se observó así mismo adenopatías cervicales bilaterales, predominantemente izquierdas, por lo tanto, proceso inflamatorio de la tonsila izquierda complicado con sangrado activo y hematoma intra y periglandular.

Ante los hallazgos, se realiza Angiografía por vía arteria femoral derecha, cateterizando selectivamente arterias carótida común y externa izquierda. Las series angiográficas muestran rama muscular de arteria faríngea ascendente izquierdo con retención de contraste endovenoso, por lo cual se cateteriza selectivamente dicha rama. Posteriormente, se coloca 0,2 ml de histoacryl al 50% logrando oclusión de dicha arteria con permeabilidad del resto de arteria faríngea ascendente. Las series de control muestran permeabilidad de ramas de arteria carótida externa, sin signos de extravasación activa de medio de contraste o pseudoaneurismas.

Finalmente, se realiza un AngioTAC de cuello de control a las 2 horas del procedimiento, el que no evidencia signos de sangrado activo. En el espesor del aumento de volumen de la amígdala palatina izquierda, se reconoce material de embolización en el trayecto de una rama muscular de la arteria faríngea ascendente izquierda. No se observan alteraciones en los restantes vasos cervicales estudiados.

Paciente evoluciona bien, hemodinámicamente estable, con importante disminución del dolor y sin sangrado. Se observa y maneja con antibioterapia endovenosa por 4 días y luego se decide alta. Se toman exámenes de coagulación durante la hospitalización, y luego previos a la amigdalectomía, los que se encontraban normales. Sin caída de la hemoglobina, ni otras alteraciones en los exámenes de laboratorio.

A los 60 días posteriores de la embolización se realiza amigdalectomía bilateral como profilaxis secundaria con envío de la muestra a anatomía patológica. La cirugía fue sin incidentes, la hemostasia se realizó con cauterio bipolar,

teniendo especial cuidado, en el lado afectado, de no traspasar la cápsula. El resultado de la biopsia fue tejido amigdalino con hiperplasia folicular linfoide de tipo reactivo. Evoluciona bien y se decide alta hospitalaria al día siguiente para continuar manejo estándar del dolor y amigdalectomía. Se continúa seguimiento por 1 año post operatorio, donde se entrega el alta definitiva, evolucionando sano, sin más síntomas ni molestias.

Discusión

El hematoma amigdalino espontáneo (HAE), es un cuadro de baja incidencia con escasos reportes en la literatura a nivel mundial. Fisiopatológicamente, se produce en respuesta al proceso inflamatorio local que responde con un aumento del flujo sanguíneo hacia las amígdalas, que produce edema y congestión vascular de la zona. De esta forma, los vasos sanguíneos superficiales sufren necrosis que finaliza en hemorragia clínica¹ asociado a un aneurisma del mismo vaso. Desde la época post-antibiótica, los hematomas de pequeños vasos son los más frecuentes en la actualidad, sobre todo los localizados en la zona superior de las amígdalas².

En la literatura, hasta la fecha, se han reportado seis casos clínicos, los cuales se describen en la **Tabla 1**. De ellos, todos fueron pacientes de sexo masculino. Tanto en aquellos pacientes que recibieron tratamiento conservador con antibioterapia sistémica y analgesia^{3,6,8}, como en aquellos sometidos a drenaje del hematoma^{4,7}, no se evidenció intervención quirúrgica posterior. Únicamente uno de los pacientes se sometió a una amigdalectomía de entrada, y la biopsia resultó con el diagnóstico de hiperplasia linfoide reactiva⁵. Cabe destacar que no se observaron complicaciones posteriores en ninguno de los casos.

Dada la escasa literatura, hace difícil establecer los factores predisponentes del cuadro. Se ha descrito que el factor más relevante son las amigdalitis a repetición, que se puede entender, por su mayor prevalencia a nivel mundial, a pesar de un tratamiento antibiótico adecuado. Sin embargo, se han descrito otras patologías relacionadas como síndrome mononucléosico, sarampión, enfermedad de

CASO CLÍNICO

Tabla 1. Casos clínicos reportados en la literatura

Autores	Fecha de publicación	Edad del paciente	Factores de riesgo	Manejo
Fergie N, et al. ³	1997	26 años	Amigdalitis a repetición, usuario de drogas endovenosas, reemplazo valvular aórtica en la infancia, usuario de Warfarina con INR elevado por sobre el nivel terapéutico en 4,5.	Conservador
Leong SC ⁴	2006	43 años	Trauma tras lavado dental.	Drenaje
Kim YH, et al. ⁵	2011	36 años	Antecedente de episodio de vómito post consumo de alcohol.	Amigdalectomía
Gunzi H ⁶	2015	80 años	Enfermedad renal crónica en hemodiálisis usuario de heparina con TTPA prolongado > 200 seg.	Conservador
Gokgoz MC, et al. ⁷	2018	34 años	Sin factores de riesgo descritos	Drenaje
Lye MH, et al. ⁸	2021	15 años	Trombocitopenia inmune (plaquetas en 25.000 ul)	Conservador

INR: International normalized ratio. TTPA: Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado.

Von Willebrand, hemoflias, vasculitis, cáncer, tratamiento con anticoagulantes, usuario drogas endovenosas, traumáticos, entre otros^{2,3}.

Clínicamente es importante diferenciar un hematoma de un absceso periamigdalino, dado que ambos se presentan como cuadros larvados de faringoamigdalitis que no responden a terapia inicial. Dado que el enfrentamiento es diferente, es crucial conocer su distinción. El absceso periamigdalino, presenta dolor intenso en la zona abscedada, pero que responde parcialmente a analgesia, asociada a sialorrea por la dificultad al deglutir y trismus por irritación del músculo constrictor de la faringe, de esto es característico la voz engolada/empastada (“de papa caliente”), pero sin signos de sangrado⁹. Por su parte, el hematoma periamigdalino se caracteriza por un aumento del dolor importante, tal como lo presentaba nuestro paciente que refería un EVA 10/10, requiriendo altas dosis de analgesia. Si el sangrado evoluciona a un aneurisma puede producir una hemorragia amigdalina espontánea. Al examen físico, ambos presentan abombamiento del pilar anterior y del paladar blando, produciendo desplazamiento de la úvula hacia contra lateral⁹ y el HAE puede presentar sangrado activo o signos antiguos de él.

El diagnóstico es clínico, pero en caso de dudas diagnósticas o sospecha de complicación se pueden usar pruebas complementarias, tales

como, hemograma con leucocitosis y neutrofilia, pruebas de imágenes dentro de las que se recomiendan el uso de tomografía computarizada con contraste, o resonancia magnética de cuello con contraste para distinguir entre absceso o hematoma, entre otros diagnósticos diferenciales¹⁰. Por último, el estudio etiológico con cultivo de exudado es el estándar de oro para el diagnóstico de una faringoamigdalitis estreptocócica con una sensibilidad del 90-95% y una especificidad del 99%. Tiene el inconveniente que se demora al menos 48 horas el resultado, por ello, el test rápido de *Streptococcus pyogenes*, es ampliamente recomendando en el servicio de urgencia, porque es de fácil realización, bajo costo, rápido (5-10 minutos) y con una precisión diagnóstica similar al cultivo (99% de sensibilidad y 95-99% de especificidad), permitiendo descartar la causa más frecuente de amigdalitis bacteriana¹¹.

Tenido lo anterior definido, el manejo inicial de un HAE con hemorragia aneurismática, en adultos, corresponde al control de la hemostasia con embolización de vasos sangrantes mediante angiografía, que en su mayoría presenta sangrado escaso, sin embargo, si no se logra controlar requerirá de una resolución quirúrgica con amigdalectomía de urgencia, para control de la hemodinamia del paciente, por su eventual riesgo vital. Por su parte, el manejo de un absceso amigdalino

implica inicialmente tratamiento analgésico, antibioterapia endovenosa con el consecuente drenaje del absceso, para luego, completar tratamiento antibiótico ambulatorio por 10-14 días⁹.

Ahora bien, ¿cuándo sería necesario realizar una amigdalectomía? Dentro de las indicaciones absolutas clásicas tenemos amigdalitis a repetición por criterios de Paradise, posterior a un absceso periamigdalino, roncopatía atribuible a hiperplasia amigdalina grado III/IV, entre otras¹². Con respecto al HAE, cabe destacar que, si bien el manejo inicial sería hemostasia local en fases iniciales a través de angiografía, el manejo a largo plazo sería la amigdalectomía bilateral para realizar estudio anatomopatológico de las estructuras por la posibilidad de carcinoma amigdalino, a pesar de que sea de baja frecuencia¹³. Además, como mencionamos anteriormente, si en fase aguda, el control de la hemostasia se dificulta, también requerirá de resolución quirúrgica de urgencia. Cabe señalar que no existe un plazo establecido para realizar la cirugía. En nuestro caso, el tiempo designado para llevar a cabo la intervención se basa en dos consideraciones principales. En primer lugar, se busca garantizar la completa reabsorción del hematoma, lo cual ha sido confirmado en el control realizado un mes después. En segundo lugar, se busca llevar a cabo la cirugía, idealmente antes de transcurrir tres meses, siguiendo las indicaciones de radiología intervencional. Esto se debe a la necesidad de preservar el material utilizado en la embolización con el fin de prevenir una nueva extravasación arterial.

Conclusiones

La HAE es un cuadro clínico infrecuente, es importante diferenciar la clínica de un absceso periamigdalino, dado que tanto la clínica como el manejo son diferentes. El HAE se presenta con sangrado asociado a dolor con baja respuesta a analgesia habitual y cuadro puede ser potencialmente mortal si no se logra un buen control de la hemostasia, por ello, es primordial el manejo de la hemodinamia.

Con respecto al tratamiento, en su mayoría logra controlarse de manera local, pero en la práctica dado que el antecedente de absceso

o complicación es un factor de riesgo para producir estos cuadros, se recomienda realizar siempre una amigdalectomía profiláctica bilateral una vez resuelto el cuadro. La cirugía se puede hacer con técnica cuidadosa y sin complicaciones tras una embolización de la arteria faríngea ascendente.

Finalmente, a pesar de no estar descrito en la literatura, será el drenaje realizado dos años antes, un factor de riesgo para HEA en este paciente. Sin embargo, dado que faltan casos clínicos descritos, para poder establecer un protocolo de seguimiento, se recomienda que todo paciente con antecedente de absceso periamigdalino, sea seguido, estudiado y educado sobre un eventual HEA.

Bibliografía

1. Lourenço EA, Almeida CIR, Pinto CAL, Silva Júnior WVS. Hemorragia Espontánea de Amígdalas Palatinas. Relato de Dois Casos. *Rev Bras de Otorrinolaringol*. 1991; 57: 36-9.
2. Segúí P, Jimenez M, Pérez CA. Complicaciones de las infecciones orales y faríngeas. *SEORL, Libro virtual, Sección III: Cavidad oral y faringe*. 78;1:18.
3. Fergieí N, Murray A, Kell RA. Peritonsillar haematoma. *The Journal of Laryngology And Otology*. 1997; 111:03. doi:10.1017/s002221510013703x.
4. Leong SC. Tonsillar haematoma presenting as a large oropharynx mass caused by toothbrush trauma. *British Journal of Hospital Medicine*. 2006; 67: 491. doi:10.12968/hmed.2006.67.sup9.22003
5. Kim YH, Lee JC, Lee HJ, Choi JS, Kim BH, Kang SH, Yu MS. Spontaneous Tonsillar Hematoma Causing Oropharyngeal Obstruction. *Korean J Bronchoesophagol* 2011; 17; 57:60.
6. Gunizi H. Spontaneous uvula, soft palate and pharynx hematoma. *J Otolaryngol ENT Res*. 2015; 2; 2; 67:68. doi:10.15406/joentr.2015.02.00016.
7. Gokgoz MC, Binar M, Tasli H, et al. Peritonsillar hematoma mimicking peritonsillar abscess. *Biomed J Sci Tech Res*. 2018; 9;4; 7242:7243. doi: 10.26717/BJSTR.2018.09.001823.
8. Lye MH, Kamarudin IK, Lazim NM. Spontaneous Tonsillar Hematoma: A Rare Presentation of Immune Thrombocytopenia. *Int J Otorhinolaryngol Clin*. 2022; 14;3; 119:121.
9. Ellen RW. Peritonsillar cellulitis and abscess. Em: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2016.
10. Serrano M, García J, Santaella J. Flemón periamigdalino. *Acta Pediatr Esp* 2010; 68; 414:416.
11. Burgaya S, Cabral M, Bonet AM, Macia E, Ramos

CASO CLÍNICO

- AM. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2017; 19; 119:125.
12. Nicollas R, Bonneru JJ, Roman S, Triglia JM. Adenoidectomía. Amigdalectomía. En: *Enciclopedia Médico-Quirúrgica - Cirugía otorrinolaringológica y cervicofacial*. 2005; 46.
13. Álvarez L, Gómez M. Amigdalitis hemorrágica espontánea abscedada: Revisión bibliográfica y reporte de un caso. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2020; 80; 172:177. doi: 10.4067/S0718-48162020000200172.