


# Absceso intraamigdalino bilateral en paciente pediátrico: reporte de caso y revisión de la literatura

Mercedes Amilivia<sup>1,2</sup>, Diego Álvarez<sup>1,2\*</sup> , Cecilia Izuibejeres<sup>3</sup>, Juan Cavo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Académica de Otorrinolaringología, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

<sup>2</sup>Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Británico, Montevideo, Uruguay

<sup>3</sup>Departamento de Pediatría, SUMMUM Medicina Privada, Montevideo, Uruguay

Recepción: 20-01-2026

Aceptación: 17-04-2026

\*Correspondencia: Diego Álvarez. drdiegoalvarezarias@gmail.com

## Resumen

El absceso intraamigdalino bilateral es una complicación excepcional de la faringoamigdalitis aguda. Se presenta el caso clínico de una paciente pediátrica y se discuten aspectos diagnósticos y terapéuticos.

**Palabras clave:** Faringoamigdalitis aguda. Absceso intraamigdalino. Flemón periamigdalino. Complicación supurada. Paciente pediátrico.

## Introducción

La faringoamigdalitis aguda es una de las infecciones más frecuentes en la población pediátrica y constituye un motivo habitual de consulta en los servicios de urgencias<sup>1</sup>. En la mayoría de los casos presenta una evolución benigna; sin embargo, en un pequeño porcentaje de pacientes puede asociarse con complicaciones supurativas locales<sup>2</sup>. Entre estas, el absceso periamigdalino representa la entidad más común<sup>3</sup>, mientras que el absceso intraamigdalino constituye una complicación poco habitual y escasamente reportada, especialmente en niños<sup>4</sup>.

El absceso intraamigdalino se define histológicamente como la presencia de áreas focales de neutrófilos y restos necróticos dentro del parénquima de la amígdala<sup>4</sup>. A diferencia del absceso periamigdalino, su presentación clínica puede ser menos característica, lo que dificulta el diagnóstico temprano y retrasa el inicio del tratamiento adecuado<sup>5</sup>.

La patogénesis de esta afección continúa siendo incierta, aunque se han postulado dos mecanismos principales: la extensión directa de un proceso supurativo que ocluye las criptas amigdalinas o la diseminación por vía hematógena o linfática<sup>6</sup>. Clínicamente, el cuadro se manifiesta con odinofagia y fiebre persistente a pesar de haberse iniciado una terapia antibiótica adecuada.

La presentación bilateral del absceso intraamigdalino es excepcional. Hasta la fecha, existen pocos reportes en la literatura, lo que limita la evidencia disponible respecto a su comportamiento clínico, abordaje diagnóstico y estrategia terapéutica óptima<sup>4,7</sup>.

La ausencia de signos clásicos, como el trismo o la asimetría orofaríngea, puede generar confusión diagnóstica y hacer que se subestime la gravedad del cuadro<sup>2,7</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una paciente pediátrica con absceso intraamigdalino bilateral como complicación de una faringoamigdalitis

aguda estreptocócica, analizar su evolución clínica y terapéutica, y revisar la literatura disponible, destacando los aspectos clave que permiten orientar el diagnóstico y el manejo oportuno de esta entidad.

Declaramos que se obtuvo el consentimiento de los padres para la presentación del caso.

### Caso clínico

Preescolar de 4 años, de sexo femenino, previamente sana, sin antecedentes personales destacables, que consultó por fiebre de hasta 39 °C y odinofagia de una semana de evolución. Se realizó un test rápido para la detección de antígeno para *Streptococcus pyogenes*, que resultó positivo, por lo que se indicó desde la unidad de emergencia móvil tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico por vía oral.

A las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico, consultó nuevamente en el departamento de emergencia pediátrica por persistencia de fiebre. Al examen físico se constató buena apertura bucal, hipertrofia amigdalina bilateral simétrica de grado IV, sin desviación de la úvula ni adenopatías cervicales palpables y sin trismo.

De la paraclínica sanguínea destacaban leucocitosis de 18.000/mm<sup>3</sup> con el 75 % de neutrófilos y proteína C reactiva de 155 mg/L. Ante la persistencia de fiebre y la ausencia de mejoría clínica, se decidió el ingreso hospitalario y la administración de ceftriaxona endovenosa.

Al tercer día de internación, persistía febril a pesar del tratamiento instaurado, por lo que se solicitó una

tomografía de cráneo y cuello que evidenció amígdalas hipertróficas con centro hipodenso y realce periférico, hallazgos compatibles con absceso intraamigdalino bilateral (**Figuras 1A y 1B**).

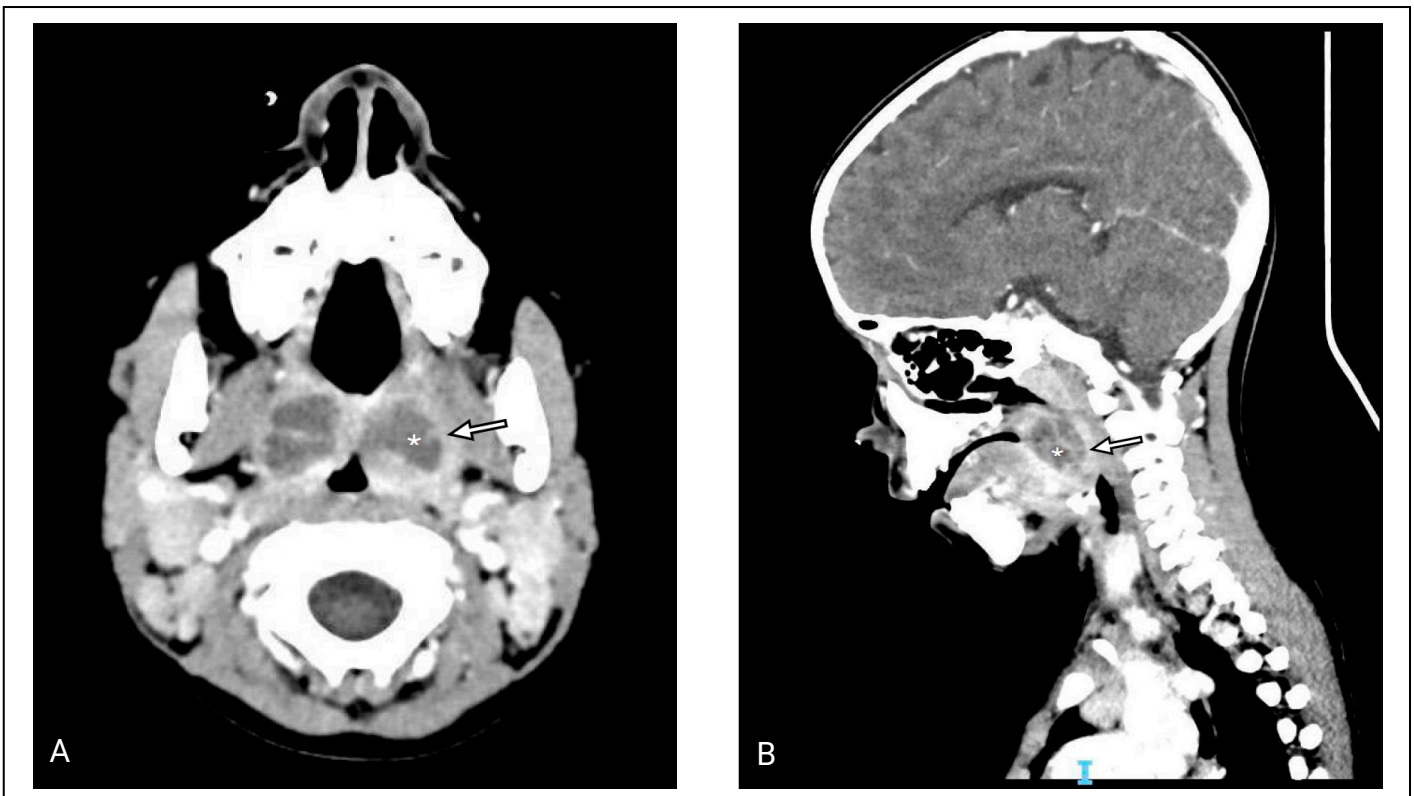
Se indicó hidrocortisona endovenosa y se realizó amigdalectomía bilateral a las 24 horas del diagnóstico imagenológico, sin complicaciones anestésico-quirúrgicas.

La paciente presentó franca mejoría en el postoperatorio y fue dada de alta a las 48 horas.

El informe de anatomía patológica describió una lesión abscedada amigdalina con compromiso inflamatorio del tejido periamigdalino. El estudio bacteriológico mostró flora polimicrobiana inespecífica, probablemente modificada por el antibiótico previo.

### Discusión

El absceso intraamigdalino bilateral es una complicación extremadamente rara de la faringoamigdalitis aguda en niños<sup>4,7</sup>. En comparación con el absceso periamigdalino, presenta una relación estimada de 14:1 en adultos y 10:1 en la población pediátrica<sup>1</sup>. No obstante, es probable que su incidencia real esté subestimada debido a la dificultad diagnóstica que presenta<sup>8</sup>. El caso aquí reportado, un absceso intraamigdalino bilateral, constituye una entidad excepcional, con apenas cinco casos documentados en la literatura científica arbitrada hasta el año 2023<sup>1</sup>.



**Figura 1.** Tomografía computada, corte axial (A) y sagital (B). Se evidencia hipertrofia amigdalina bilateral, con realce periférico (flecha) y centro hipodenso (\*).

Los casos reportados suelen caracterizarse por retrasos diagnósticos debido a la ausencia de asimetría orofaríngea y trismo<sup>2,4</sup>. La experiencia de nuestra paciente coincide con estos hallazgos, lo que pudo haber retrasado la sospecha clínica de colección purulenta.

La tomografía computada con contraste permitió confirmar la presencia de absceso intraamigdalino bilateral, apoyando la decisión de realizar una amigdalectomía temprana<sup>2</sup>. Esta conducta está alineada con la de reportes previos en los que pacientes pediátricos con abscesos intraamigdalinos o combinados intra- y periamigdalinos respondieron favorablemente al tratamiento con antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico<sup>4,9</sup>. La elección de la amigdalectomía inmediata en nuestro caso se justificó por la persistencia de fiebre, el riesgo de progresión hacia un compromiso de la vía aérea y la evidencia imagenológica clara de absceso bilateral, en concordancia con las recomendaciones de Ulualp et al. y Ormianer et al.<sup>4,9</sup>.

En comparación con otros reportes, como el de Ormianer et al., que describe cinco casos de absceso intraamigdalino bilateral en niños y adultos, nuestra paciente representa uno de los pocos casos pediátricos a una edad tan temprana (4 años), lo que subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha, incluso en pacientes muy jóvenes<sup>4</sup>. El diagnóstico en pediatría puede ser complejo, especialmente en pacientes menores de cinco años o con escasa colaboración. En estos escenarios, la tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste es la herramienta de elección para confirmar la sospecha clínica y diferenciar la colección de una hipertrofia amigdalina simple<sup>4</sup>.

La evolución favorable y la ausencia de complicaciones anestésico-quirúrgicas en nuestra paciente también destacan la seguridad de la amigdalectomía en el transcurso de una complicación supurada<sup>10</sup>.

En cuanto a la paraclínica, es característica la elevación marcada de los reactantes de fase aguda, como la leucocitosis y el aumento de la PCR observados en esta paciente<sup>4</sup>.

Desde el punto de vista microbiológico, aunque el test rápido inicial fue positivo para estreptococo, el cultivo posterior desarrolló flora inespecífica. Esta discrepancia podría explicarse por el tratamiento previo con amoxicilina-clavulánico, el cual puede negativizar los cultivos o alterar la microbiota local antes de la toma de la muestra.

El manejo estándar requiere de antibioticoterapia sistémica y drenaje del absceso, ya sea mediante aspiración, incisión o amigdalectomía, y es imperativo

mantener la cobertura antibiótica tras la intervención quirúrgica para prevenir recurrencias<sup>5</sup>.

## Conclusión

El absceso intraamigdalino bilateral en pediatría es una entidad rara que requiere un alto índice de sospecha diagnóstica. La presentación puede ser sutil, por lo que es importante considerar este diagnóstico frente a una faringoamigdalitis aguda estreptocócica con hipertrofia amigdalina bilateral, sin trismo, que no evoluciona favorablemente tras un tratamiento antibiótico adecuado. La tomografía computada es fundamental para confirmar el diagnóstico y adecuar la conducta. La amigdalectomía temprana es segura y efectiva cuando se realiza en un entorno hospitalario controlado y permite una resolución clínica rápida. Este reporte contribuye a la literatura existente, destacando la importancia de reconocer y tratar oportunamente esta rara complicación en niños pequeños.

## Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

## Conflictos de interés

Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés financieros, personales ni profesionales que puedan haber influido en la elaboración o publicación de este artículo.

## Declaraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado expreso de los representantes legales de la paciente para su publicación, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Para garantizar la confidencialidad, los datos fueron estrictamente anonimizados conforme a la legislación vigente de protección de datos.

## Contribución de autoría

- Mercedes Amilivia: Redacción - revisión y edición, Redacción - borrador inicial.
- Diego Álvarez: Conceptualización, Redacción - borrador inicial, Recursos, Análisis formal, Administración del proyecto, Redacción - revisión y edición, Supervisión.
- Cecilia Izuibejeres: Redacción - revisión y edición, Análisis formal, Recursos
- Juan Cavo: Recursos

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay

## Referencias

1. Blair AB, Booth R, Baugh R. A unifying theory of tonsillitis, intratonsillar abscess and peritonsillar abscess. *Am J Otolaryngol.* 2015;36(4):517–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2015.03.002>
2. Baker KA, Stuart J, Sykes KJ, Sinclair KA, Wei JL. Use of computed tomography in the emergency department for the diagnosis of pediatric peritonsillar abscess. *Pediatr Emerg Care.* 2012;28(10):962–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31826c6c36>
3. Mehanna HM, Al-Bahnasawi L, White A. National audit of the management of peritonsillar abscess. *Postgrad Med J.* 2002;78(923):545–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/pmj.78.923.545>
4. Ormianer M, Koplewitz BZ, Eliashar R, Gross M, Weinberger JM, Hirshoren N. Bilateral intratonsillar abscesses: A deceiving symmetrical oral bulging. *Isr Med Assoc J.* 2023;25(1):39–41.
5. Simons JP, Branstetter BF 4th, Mandell DL. Bilateral peritonsillar abscesses: case report and literature review. *Am J Otolaryngol.* 2006;27(6):443–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2006.03.010>
6. Hanna BC, McMullan R, Gallagher G, Hedderwick S. The epidemiology of peritonsillar abscess disease in Northern Ireland. *J Infect.* 2006;52(4):247–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2005.07.002>
7. Lin Y-Y, Lee J-C. Bilateral peritonsillar abscesses complicating acute tonsillitis. *CMAJ.* 2011;183(11):1276–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.100066>
8. Marom T, Cinamon U, Itskoviz D, Roth Y. Changing trends of peritonsillar abscess. *Am J Otolaryngol.* 2010;31(3):162–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2008.12.003>
9. Ulualp SO, Koral K, Margraf L, Deskin R. Management of intratonsillar abscess in children: Intratonsillar abscess in children. *Pediatr Int.* 2013;55(4):455–60. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ped.12141>
10. Albertz N, Nazar G. Peritonsillar abscess: treatment with immediate tonsillectomy - 10 years of experience. *Acta Otolaryngol.* 2012;132(10):1102–7. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016489.2012.684399>

---

## Bilateral intratonsillar abscess in a pediatric patient: case report and literature review

### Abstract

Bilateral intratonsillar abscess is an exceptional complication of acute pharyngotonsillitis. We present the clinical case of a paediatric patient and discuss diagnostic and therapeutic aspects.

**Keywords:** Acute pharyngotonsillitis. Intratonsillar abscess. Peritonsillar phlegmon. Suppurative complication. Paediatric patient.

---

## Abscesso intratonsilar bilateral em paciente pediátrico: relato de caso e revisão da literatura

### Resumo

O abscesso intratonsilar bilateral é uma complicação excepcional da faringoamigdalite aguda. Apresenta-se o caso clínico de uma paciente pediátrica e discutem-se aspectos diagnósticos e terapêuticos.

**Palavras-chave:** Faringoamigdalite aguda. Abscesso intratonsilar. Flegmão peritonsilar. Complicação supurada. Paciente pediátrica.

---