

Diagnóstico y Conducta en la Amigdalitis Crónica

Bernardo Ejzenberg

Introducción

La inflamación de las amígdalas, por la frecuencia y la posible repercusión clínica, es de los temas de mayor interés pediátrico. De esta manera, es sorprendente que aún en la actualidad, la amigdalitis crónica no se conozca la fisiopatogenia ni un examen comprobatorio no invasivo. Esto vuelve difícil el análisis del tema, pero aún así, discutiremos en este ensayo algunos aspectos que sugieren una cierta variabilidad clínica de la amigdalitis crónica. No hay datos concluyentes. El objetivo es el de estimular los estudios y la observación de otros colegas hacia la clínica de la amigdalitis crónica, la etiopatogenia y la heredabilidad.

Definición del perfil clínico de la amigdalitis crónica.

La amigdalitis crónica es una enfermedad que se caracteriza por infección persistente de las amígdalas. La simplicidad de esta definición está lejos de la práctica pediátrica y otorrinolaringológica, quedando muchas veces duda en cuanto al diagnóstico y al tratamiento ^{1,2}. Los textos médicos dicen que la amigdalitis crónica es una entidad clínica con un perfil establecido: 1- obstrucción de la vía aérea alta, además de aumento de volumen de las amígdalas palatinas y faríngeas (adenoides) y 2- infecciones a repetición. Hay repercusiones sistémicas sobre el bien estar y el desarrollo. Esto es definitivamente cierto para los casos más intensos y floridos, donde están presentes la fiebre recurrente, la odinofagia, la dificultad para la deglución, infarto ganglionar submandibular y cervical, halitosis, respiración bucal, y alteraciones generales en la condición física, aprendizaje, apetito, humor, y hasta en la palidez cutánea. En gran parte de los casos hay agudizaciones frecuentes, a veces intensas en dolor y fiebre. La obstrucción de la vía aérea puede originar ronquido, enuresis, apnea del sueño, deformidad torácica, y en casos extremos, sobrecarga e insuficiencia cardíaca.

Otro aspecto reconocible es el de variabilidad de la expresión clínica. Hay casos de infecciones muy intensas y repetidas, con grave repercusión sistémica, mientras que en otros puede haber episodios con menos fiebre y dolor, y hasta mayor espaciamiento entre las agudizaciones. El período de duración de la amigdalitis crónica también varía. Muchos casos son transitorios, decreciendo el número y la intensidad de los episodios infecciosos a lo largo del tiempo, cesando después de algunos años: mientras que otros duran toda la vida. Además de las características individuales, el ambiente puede también puede influenciar la mayor o menor expresión clínica, según el número de contactos, polución e insolación ambiental.

En los antecedentes familiares, muchas veces hay un antecedente semejante, con infecciones desde la tierna edad, e incluso desde los primeros meses de vida,

intensas, con una gran frecuencia de visitas médicas y uso de antibióticos, además de padres y tíos operados.

En el caso típico en el examen físico se verifica el abatimiento del niño, con un peso y estatura reducidos para el patrón familiar. La fascies adenoidea, la respiración bucal y la voz nasal. En la cavidad oral se encuentra la hipertrofia amigdalina, que a veces son pediculadas o intrevélicas, con caseum en las criptas pronunciadas. El paladar es elevado, y el aumento de secreción amigdalino confiere un olor fétido y persistente a la boca. Hay infarto ganglionar submandibular, y a veces cervical. La otitis media serosa, debida a obstrucción de la trompa auditiva, puede estar presente.

Diagnóstico

Los antecedentes familiares y el perfil clínico del caso típico propicia el diagnóstico con facilidad, inclusive por los padres y familiares. Pero el cuadro clínico, base del diagnóstico de la amigdalitis crónica, no es siempre tan característico. La hipertrofia amigdalina es muchas veces cuestionable en el examen físico, tanto por variabilidad individual y de la edad, como en la posición de la fosa amigdalina. Además cuando se presenta la hipertrofia crónica, esta no es necesariamente patognomónica de infección, pues también puede ser debida a alergia. También son conocidas las infecciones crónicas amigdalinas de pequeñas dimensiones, inclusive ocultas atrás de los pilares. También los episodios infecciosos recurrentes, otra característica de la infección crónica, puede confundirse con rinoфарингитis repetidas, adquiridas en ambientes insalubres, escuelas y guarderías.

La obstrucción de la vía aérea alta es muy poco específica, y puede ocurrir por alergia, alteración anatómica, o infección crónica en la nariz y cavidades paranasales. La concomitancia de estos cuadros es bastante frecuente, dificultando la evaluación de la obstrucción determinada por la adenoides. También la repercusión sistémica debida a la amigdalitis crónica es clínicamente poco específica: poca disposición, mal rendimiento escolar, enuresis y menor crecimiento. Estas alteraciones pueden ser meras características personales u debidas a causas psíquicas, familiares o coyunturales. Muchas veces, la acción deletérea sistémica de la amigdalitis crónica es observada apenas con la evolución post-quirúrgica del caso. La mejora del apetito, de la disposición, de la tonalidad de la piel, del humor y del rendimiento escolar es acentuada, constituyendo una contra-prueba de la resolución de un problema crónico, como es reconocido frecuentemente por los familiares de los niños operados.

Exámenes diagnósticos auxiliares

La dificultad del diagnóstico de la amigdalitis crónica debida a la ausencia de un examen diagnóstico específico y no invasivo, se mantiene hasta nuestros días³⁻⁵. Para los casos floridos, típicos, los exámenes subsidiarios tienen una importancia reducida. Los recursos de imagen- radiografía de cavum en perfil, tomografía computarizada y la endoscopía nasal (nasofibroscofia)- se prestan menos para ratificar la evidencia clínica de la hipertrofia amigdalina, y son más útiles para verificar la concomitancia de otras enfermedades como las obstrucciones nasales por rinitis, pólipos, desviaciones septales, hipertrofia de cornetes, estenosis, sinusopatía, etc. La otitis media con efusión puede ser evaluada por timpanometría.

El **diagnóstico histológico** de la amigdalitis crónica no es específico⁶. Las amígdalas retiradas de casos intensos muestran, de modo general, una gran hipertrofia de la estructura y alteración del epitelio, con queratinización. Este aspecto siempre está presente, pero es imposible reconocer si esta alteración sería la causa primaria o una consecuencia de las repetidas infecciones. El aspecto encontrado en las infecciones amigdalinas recurrentes y en las persistentes es semejante, indicando una única entidad clínica.

El **diagnóstico microbiológico** de la amigdalitis tiene como principal característica la presencia de flora bacteriana mixta dentro de la estructura, frecuentemente compuesta por anaeróbios³. Esto es observado en las piezas quirúrgicas removidas así como en material aspirado por punción de las amígdalas con aguja fina. La flora bacteriana es bastante semejante a la encontrada en la superficie amigdalina, que normalmente es considerada comensal, solamente. Las infecciones repetidas por *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (GAS) y otros estreptococos piogénicos también ocurren en los casos crónicos, volviendo estos casos microbiológicamente semejantes a las amigdalitis recurrentes.

El **déficit inmunológico** en la amigdalitis crónica puede ser comprobado actualmente. Es fuerte la hipótesis de inmunodeficiencia local congénita, ya que los niños con amigdalitis crónica tienen un claro factor hereditario, un inicio precoz de las infecciones, que son causadas frecuentemente por oportunistas (anaerobios). La ausencia de otros sitios de infección en el organismo y la resolución del cuadro después de la adenoamigdalectomía corroboran esa hipótesis. No se ha reconocido en estos casos defectos de la inmunidad humoral, celular, ni de la secreción local de inmunoglobulina de superficie. Las alteraciones presentes en el epitelio amigdalino pueden ser causa o consecuencia de las infecciones crónicas. Así que al respecto con la fisiopatogenia, son mayores las dudas que las certezas^{4,5}.

Prevalencia y variación clínica de los cuadros de amigdalitis crónica

La falta de examen comprobatorio acertado y no invasivo resulta en una evaluación empírica y subjetiva de los casos sospechosos⁶. El conocimiento sobre la epidemiología de la amigdalitis crónica queda perjudicado, y es probable que el cuadro sea más frecuente de lo que se considera, frente a algunas evidencias. El contingente de casos que podría ser reconocido como provocado por amigdalitis crónica parece abarcar una parte de aquellos diagnosticados como faringitis/amigdalitis recurrente. Es interesante observar que la literatura médica referente a la faringitis recurrente, de fácil reconocimiento clínico, es extensa, en cuanto que los artículos que enfocan la amigdalitis son escasos. Cuando reflexionamos al respecto del sustrato del tejido de las faringitis recurrentes, es muy probable la necesidad de que halla una alteración local que propicie las infecciones repetidas, especialmente cuando la propuesta de tratamiento para muchos casos es la amigdalectomía. La fisiopatogenia de las infecciones recurrentes que suceden solo en ese sitio anatómico debe tener allí un sustrato estructural y/o funcional alterado. De hecho, los niños operados por amigdalitis recurrentes tienen una histología amigdalina alterada en la superficie y bacterias presentes dentro de la estructura, resaltando que los niños son operados durante una fase sin infección clínica aparente (cirugía en frío)⁶. Los aspectos histopatológicos de las amigdalitis

recurrentes son los mismos de los casos operados por amigdalitis crónica

En cuanto al aspecto clínico, los niños con faringoamigdalitis recurrente presentan, casi uniformemente, una mejoría clínica después de la cirugía, abarcando varios de los siguientes aspectos: tonalidad de la piel, disposición, humor, apetito, y resultados escolares. Esta mejoría, constatada además por los familiares, se refiere al día a día, y solamente puede ser atribuida a la remoción de un foco infeccioso mantenido o crónico. Los episodios febriles repetidos posiblemente constituían un desequilibrio momentáneo del proceso infección/inmunidad local y/o infecciones repetidas a nivel local del tejido alterado crónicamente. Por tanto, aparentemente una parte de los casos diagnosticados como amigdalitis recurrentes son, en verdad, amigdalitis crónicas con episodios de exacerbación. La recurrencia es la manifestación clínica, más el sustrato es la alteración tisular crónica, como comprueban las piezas quirúrgicas.

Otra parte de los casos de amigdalitis crónica puede no ser reconocida debido a los cuadros de expresión clínica reducida o con manifestaciones de difícil comprobación causal. En las mismas familias en que hay casos intensos, con toda la expresión clínica descrita y con comprobación histológica después de la cirugía, hay padres y hermanos que afirman tener o haber tenido dolor local y/o fiebre recurrentes, pero de menor intensidad. Es bastante razonable inferir que parte de esos familiares tienen, o tuvieron, una amigdalitis crónica. La prevalencia de estos casos carece de evaluación, por falta de un examen no invasivo.

Otro aspecto con gran variabilidad entre los pacientes con amigdalitis crónica es la interferencia con el crecimiento y el bienestar. Hay casos que se ven muy afectados, y otros no. A partir de esta observación queda indagar cuál sería el motivo de esta variabilidad. Es posible conjeturar si la acción deletérea a distancia de la amigdalitis crónica podría ocurrir en algunos pacientes con poca expresión de manifestaciones locales, como la fiebre y la hipertrofia amigdalina. Tendemos a considerar que la acción a distancia será igualmente reducida, pero ¿Será así?

Desconocemos el mecanismo íntimo por el cual las enfermedades crónicas interfieren en otros órganos, y el motivo por el cual se perjudica el crecimiento, por ejemplo. La amigdalitis crónica con poca expresión local fue considerada en el siglo pasado como causa de alteraciones sistémicas. Durante décadas, en el período anterior a los años 70's, la amigdalectomía estaba muy diseminada, realizada en niños que presentaban cualquier alteración general - del crecimiento o del apetito y mal desempeño escolar. En las últimas tres décadas, el riesgo quirúrgico y la dificultad de comprobar estas asociaciones de causa-efecto eliminó esta indicación de amigdalectomía. Esto ocurrió porque la Medicina con base en la evidencia no encontró un examen comprobatorio no invasivo para el diagnóstico de la amigdalitis crónica y tampoco pudo evaluar la repercusión sistémica de la amigdalitis crónica. La variación biológica y la multiplicidad de factores ambientales y hereditarios ayudaron a dificultar esta evaluación. En la actualidad, hay algunos pocos indicios, colectados en casos aislados, de que puede haber repercusión sistémica en la amigdalitis crónica de limitada expresión local. Son evidencias muy frágiles. Vi hace 10 años uno de esos niños, que seguí desde el nacimiento, con gestación y parto normales. Desde el año de edad la altura

se situó persistentemente debajo del percentil 2,5 en la tabla de NCHS, hasta los cuatro años. No había justificación aparente. El niño presentaba uno o dos episodios anuales de amigdalitis, y estas eran un poco mayores que lo habitual, de coloración eritematosa intensa todo el tiempo, con discreta halitosis. No había obstrucción respiratoria. La exploración laboratorial extensa fue negativa, comenté con la madre el único problema aparente del niño con la madre - las amígdalas. Sorprendentemente, un mes después el niño volvió al consultorio operado. Inmediatamente después, el niño tuvo una mejoría del humor, apetito y movilidad; en un año la altura alcanzó el percentil 25 de la tabla de NCHS, y ahí se mantiene hasta hoy. Vi algunos otros de estos casos, dudosos en cuanto a la presencia de una amigdalitis crónica, al considerar la frecuencia y la intensidad de los hallazgos faríngeos, pero que fueron operados y tuvieron una mejoría de las condiciones generales y de crecimiento.

Solamente estudios prospectivos controlados podrán responder si la amigdalitis crónica con poca expresión local podría ser considerada como una causa de falta de apetito, disposición, bien estar y, especialmente, crecimiento inferior al de los padres.

Tratamiento

La adenoamigdalectomía tiene indicación precisa, cuando ocurre uno o más de los siguientes aspectos clínicos: infecciones recurrentes, obstrucción respiratoria y flata de crecimiento. La adenoidectomía aislada puede ser propuesta para la obstrucción de las trompas faringotimpánicas, y en los casos de otitis recurrente o persistente.

En los pacientes con infecciones recurrentes, la cirugía reduce el número de episodios infecciosos posteriores, en promedio de una o dos faringitis por año, mejora la respiración nasal y recupera el crecimiento⁷. Generalmente hay una mejoría de las condiciones generales en cuanto al bienestar, actividad y el sueño. Casos de menor intensidad pueden ofrecer duda en cuanto al diagnóstico y conducta. Hay factores ambientales que deben ser evaluados, en especial la escolarización precoz, la polución ambiental y la salubridad domiciliar. En muchos niños, la retirada de la escuela, el cambio de casa y de habitación, pueden mejorar parte del cuadro. Las posibilidades y opiniones de los familiares en relación a estos aspectos y a la propia importancia del cuadro clínico posibilitan establecer el plano terapéutico de cada paciente. La expectativa y la historia familiar, así como su patrón cultural - contra o a favor de la amigdalectomía, son muy importantes en las decisiones. La conducta expectante prevalece, en la esperanza de equilibrio/mejora de la competencia inmunológica del niño a largo plazo.

La difícil evaluación del efecto sistémico de las amigdalitis crónicas puede llevar a una diferencia de conducta, especialmente entre pediatras y otorrinolaringólogos⁸. La familia del paciente con alteraciones generales de disposición, bienestar, apetito, desempeño escolar y crecimiento, busca al pediatra. Pero, estos aspectos son menos valorizados por el otorrinolaringólogo, que tiende a priorizar la verificación de alteraciones objetivas a nivel local. De esta forma, es importante que la decisión terapéutica sea tomada en conjunto, y que los casos dudosos sean observados por períodos largos, antes de adoptar una conducta quirúrgica. Todas estas posibles evaluaciones de familiares, pediatras y otorrinolaringólogos hacen

que exista una variación en la tasa de amigdalectomía entre diferentes países, y en diferentes períodos⁸.

La precaución antes de indicar la amigdalectomía recomienda que sean evaluadas otras causas de obstrucción nasal - rinitis, pólipos, desviación septal, hipertrofia de cornetes, estenosis, sinusopatía, etc. Esto explica la frustración con el resultado de algunas adenoamigdalectomías, en que se mantienen otras causas de obstrucción aérea y secreción nasal. La evaluación de enfermedades sistémicas también es recomendable, pues el efecto local puede ser apenas parte del problema.

Conclusiones

La falta de examen comprobatorio y no invasivo de amigdalitis crónica impide conocer la prevalencia y hasta la determinación de la conducta individual⁹. La enfermedad parece ser más frecuente de lo que se reconoce, siendo muchas veces diagnosticada como amigdalitis recurrente. El perfil clínico variado de la amigdalitis crónica, en cuanto a la intensidad de las repercusiones locales y sistémicas, dificulta el diagnóstico. Los casos intensos son de fácil reconocimiento y tienen indicación quirúrgica, pero, el contingente con menor repercusión local trae importantes problemas en el diagnóstico y conducta para pediatras y otorrinolaringólogos. La fisiopatogenia y heredabilidad de las amigdalitis recurrentes/crónicas debería ser más estudiada.

Referencias bibliográficas

1. Passàli D, Damiani V, Passàli GC, Passàli FM, Bocazzi A, Bellussi L. Structural and immunological characteristics of chronic adenotonsillar tissue in childhood. *Clin Diagn Lab Immunol* 2004;11:1154-7.
2. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002;112 (Suppl 2):6-10.
3. Kurien M, Sheelan S, Jeyasan L, Brahadathan TK. Fine needle aspiration in chronic tonsillitis:reliable and valid diagnostic test. *J Laryngol Otol* 2003;117:973-5.
4. Rudack C, Jorg S, Sachse F. Biologically active neutrophil chemokine pattern in tonsillitis. *Clin Exp Immunol* 2004;135:511-8.
5. Yilmaz T, Kocan EG, Besler HT. The role of oxidants and antioxidants in chronic tonsillitis and adenoid hypertrophy in children. *Int J Pediatr Otorhyngol* 2004;68:1053-8.
6. Williams MD, Brown HM. The adequacy of gross pathological examination of routine tonsils and adenoids in patients 21 years old and younger. *Hum Pathol* 2003;34:1053-7.
7. Ikinciogullari A, Dogu F, Ikinciogullari A, Egin Y, Babacan E. Is immune system influenced by adenotonsillectomy in children? *Int J Pediatr Otorhyngol* 2002;66:251-7.
8. Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of children with recurrent tonsillitis? *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001;26:371-8
9. Ejzenberg B. Diagnóstico e Conduta na Tonsilite crônica. *Revista de Pediatria (São Paulo)*, 2005;27(4): 267-273.