

11236 42



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

"EFICACIA DEL LEVOFLOXACINO EN EL
TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIAMIGDALINO"
UN ESTUDIO PARA EL MANEJO INTEGRAL

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA EL

DR. PABLO JULIAN MEDINA SANCHEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
OTORRINOLARINGOLOGIA



ISSSTE

MEXICO, D.F. SEPTIEMBRE DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

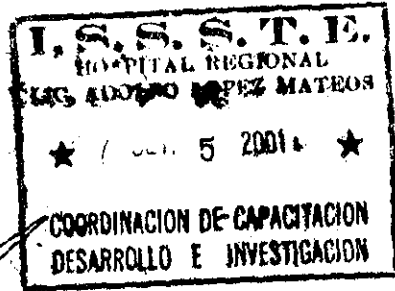


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

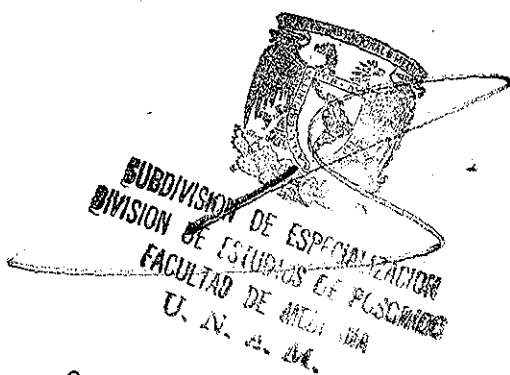
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



[Handwritten signature]
DR FRANCISCO JAVIER GARCIA PALOMINO
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

[Handwritten signature]
DR GUILLERMO AVENDAÑO MORENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA



[Handwritten signature]

DR DANIEL ANTONIO RODRIGUEZ ARAIZA
ASESOR DE TESIS

[Handwritten signature]

DR JOSÉ CIRIACO ARTURO YAZQUEZ GARCIA
VOCAL DE INVESTIGACION

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
* SET. 5. 2001 *
JEFATURA DE
INVESTIGACION

[Handwritten signature]

DR LUIS SERAFIN ALCAZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION

[Handwritten signature]

DR JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA

ENTRADA
05 SET 2001
Subdirección de
Enseñanza e
Investigación

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR DARME LA VIDA Y PERMITIR QUE LA VIVA FELIZMENTE

A MI PADRE Y MADRE POR TODO EL AMOR Y APOYO QUE ME HAN BRINDADO

A TODOS MIS HERMANOS, SOBRINOS, TIOS, PRIMOS, CUÑADOS Y EL RESTO DE MI FAMILIA QUE SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO EN TODOS LOS MOMENTOS DE MI VIDA

A KATY POR COMPARTIR CONMIGO SUEÑOS Y REALIDADES

A MIS HERMANOS DE MEXICO ENRIQUE, HECTOR, FELIPE, VICENTE, Y RICARDO POR HACER MI ESTANCIA EN ESTA CIUDAD MAS FACIL Y LLEVADERA.

A TODOS MIS COMPAÑEROS DE LA RESIDENCIA QUE DURANTE CUATRO AÑOS COMPARTIERON ANGUSTIAS, TRISTEZAS Y MOMENTOS GRATOS E INOLVIDABLES EN ESPECIAL A TONY Y JUAN RAMON AMIGOS QUE NUNCA OLVIDARE.

A TODOS LOS DOCTORES QUE DE ALGUNA MANERA O DE OTRA INTERVINIERON EN MI FORMACION COMO ESPECIALISTA Y DE FORMA MUY ESPECIAL Y CON MUCHO AGRADECIMIENTO POR QUE ADEMAS DE SER MI GRANDES MAESTROS EN INNUMERABLES OCASIONES ME DEMOSTRARON TAMBIEN SER MIS AMIGOS AL DR RODRIGUEZ, DR CASTAÑEDA, DR GUTIERREZ, DR AVENDAÑO, DR RIOS Y DR GUILLEN POR QUE SIN SUS VALIOSAS ENSEÑANZAS MI FORMACION PROFESIONAL NUNCA HUBIERA SIDO POSIBLE

A TODOS MI AMIGOS QUE HAN COMPARTIDO CONMIGO MOMENTOS FELICES Y MOMENTOS DIFICILES Y DE MANERA ESPECIAL A JORGE LUIS Y YUL, LUIS Y ALMENDRA, TARCISIO Y MARU, GONZALO, MEMO, MARIANO, PONCHO, Y MARIO.

AL PERSONAL HUMANO DEL LABORATORIO AVENTIS PHARMA Y EN ESPECIAL A LOS REPRESENTANTES MEDICOS POR SU APOYO INVALUABLE EN EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACION.

A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MI HOSPITAL YA QUE CON SU TRATO DIARIO MI ESTANCIA DENTRO DEL MISMO SE HIZO MUCHA MÁS FACIL.

INDICE

PAGINA 7	ANTECEDENTES
PAGINA 11	JUSTIFICACION
PAGINA 12	OBJETIVOS
PAGINA 13	MATERIAL Y METODOS
PAGINA 14	METODOLOGIA
PAGINA 15	RESULTADOS
PAGINA 18	CONCLUSIONES
PAGINA 19	GRAFICOS
PAGINA 23	DISCUSION
PAGINA 24	BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

El absceso periamigdalino se define como la colección de material purulento en el espacio periamigdalino, esto debido generalmente a una infección amigdalina previa, existe una gran cantidad de tratamientos propuestos para este tipo de patología como es la amigdalectomía "en caliente", tratamiento antibiótico parenteral incisión y drenaje del mismo.

Por lo anterior se realizó estudio del tipo del ensayo clínico en donde se obtuvieron un total de 35 pacientes los cuales se dividieron en dos grupos: los tratados con un esquema establecido previamente de penicilina sódica cristalina a razón de 50 000 UI por kilogramo de peso y 300 mg de clindamicina cada 6 horas dando un total de 23 pacientes y el segundo grupo tratados con levofloxacino 500 mg cada 12 horas intravenoso dando un total de 12 pacientes, ambos grupos se subdividieron en dos en aquellos que se realizó incisión y drenaje y en los que no.

Los pacientes tratados con levofloxacino en incisión y drenaje tuvieron una mejoría de su sintomatología de forma más rápida, con una estancia intrahospitalaria de menor tiempo con un promedio de 48 hrs desde su ingreso al hospital que al aplicar una T de Student da un valor de 13.66 con una significancia estadística por un valor de $P = 0.00017$.

Por lo que concluimos que el tratamiento de elección para esta patología será la administración de levofloxacina más incisión y drenaje del absceso, debido a sus resultados con una mejoría rápida de la sintomatología y seguridad del medicamento utilizado.

ANTECEDENTES

Se define como absceso periamigdalino, aquella patología en donde se encuentra una colección de pus en el espacio periamigdalino generalmente secundaria a una infección amigalina previa con sintomatología como: trismus, fiebre, ataque al estado general, y la presencia en la exploración física de desplazamiento de la úvula hacia el lado contrario y la presencia de aumento de volumen sobre el paladar blando ipsilateral a la lesión. (15)

El tratamiento del absceso periamigdalino es controversial, se han propuesto Tratamientos variados como es la amigdalectomia "en caliente", tratamiento antibiotico parenteral, incision y drenaje y aspiracion con aguja fina, y se han comparado algunos de estas modalidades terapeuticas. (5)

Se ha propuesto como tratamiento antibiotico parenteral de forma única a la penicilina sodica cristalica posterior a la incisión y drenaje del mismo, pero nunca como monoterapia sin realizar este procedimiento previo. (6)

Nunca se ha propuesto el uso de la levofloxacino como monoterapia con o sin incision y drenaje, y tampoco existen reportes del uso de la penicilina sodica cristalina asociada a clindamicina para verificar su eficacia en el tratamiento de dicho problema.

Se han realizado estudios de microbiologia en donde se ha cultivado la secreción obtenida de dichos abscesos en donde se reporta lo siguiente: de un

total 51 pacientes 34 hombres y 17 mujeres en donde las edades variaban de 8 a 46 años con una media de 18 años; 23 de ellos se obtuvo la secreción con aspiración del absceso, 17 a través de una incisión y 11 al momento de una amigdalectomía y se encontró que 31 pacientes presentaron microorganismos aerobios como anaerobios, esto representa el 61%; en el 31% se presentó con flora aerobia y anaerobios facultativos, en dos pacientes se encontraron bacterias anaerobios y en el 2% restantes no se cultivo ningún microorganismo. (9)

Dentro de las bacterias que se encontraron mas frecuentemente fueron: Streptococcus b-hemolyticus del grupo A en 8 pacientes en 7 del grupo C, streptococcus viridians en 13 pacientes, staphylococcus aureus en 4 pacientes así como en igual número de pacientes se encontró haemophilus influenzae. (9)

Dentro de los anaerobios se encontró que las fusobacterias se encontraban presentes en 7 pacientes y bacteroides en 2 pacientes. (9)

Se han ideado tratamiento único con cánula de aspiración como una modalidad en donde la mejoría de los pacientes es buena pero sin asociarse al uso de medicamentos intravenosos. (1)

Se han realizado estudios en donde miden el impacto de este tipo de problema de salud en días cama en un hospital de acuerdo a la modalidad terapéutica pero haciendo énfasis particular en los días estancia en cada una y comparándolo únicamente por este aspecto. (2)

Otro punto importante para el manejo de este tipo de pacientes es el del dolor, en donde se ha encontrado que el alivio de este sintoma se ve mas favorecido por la incision y drenaje del mismo, aunque esto es un reto diagnóstico por que muchos de los absceso se llegan a encontrar en fase de flemon por lo que no existe un estudio de diagnostico de imagen que pruebe ser efectivo sin embargo en estudios recientes se ha encontrado que el ultrasonido transoral puede llegar a ser una buena opción pero hasta la fecha no se ha demostrado que estos estudios sean efectivos en su totalidad y que el diagnóstico sigue siendo clínico. (3)

Se define la incisión y drenaje como el procedimiento por medio del cual y con el empleo de anestesia tópica se realiza una incisión sobre la plica semilunaris de la amígdala y se aspira la secreción que se obtenga de dicho procedimiento. (14)

Levofloxacin: Se trata de un antibiótico bactericida de amplio espectro perteneciente a la familia de las quinolonas, que su acción esta dada por la inhibición de la enzima DNA girasa bacteriana no permitiendo así el enrollamiento del material genético de la misma con la consecuente imposibilidad para su replicación. (16)

El espectro de microorganismo cubiertos por la Levofloxacin es el siguiente: Altamente sensibles dentro de los aerobios gram positivos: Staphylococcus Aureus Streptococcus b-hemolítico, Streptococcus Pneumoniae, de los aerobios negativos se encuentra la Escherichia Coli, Haemophilus influenzae, moraxella catarrhalis, pseudomona Aeruginosa; dentro de los anaerobios se encuentra a

bacteroides, fusobacterias, peptococcus, y Peptostreptococcus, Chlamydia Pneumoniae y mycoplasma Pneumoniae. (16)

Penicilina: se trata de un antibiótico bacteriostático perteneciente a la familia de los betalactámicos que su mecanismo de acción está en no permitir a la bacteria producir su propia pared bacteriana, su espectro antibiótico comprende la mayor parte de los anaerobios de la cavidad oral así como un germen Grampositivos pero su espectro no cubre gérmenes gramnegativos. (16)

La clindamicina es un congere de la lincomicina que su mecanismo de acción es ligarse a la subunidad 50s de ribosomas bacterianos y suprimiendo la síntesis proteica, cubre principalmente anaerobios y aerobios gram positivos. (16)

Por todo lo anterior se han propuesto múltiples tratamientos para el absceso periamigdalino pero hasta la fecha ninguno ha tenido las variables necesarias para llegar a un tratamiento ideal para esta patología.

JUSTIFICACION

Debido a que en la literatura mundial existe una gran cantidad de información acerca del tratamiento del absceso periamigdalino, pero ninguna de estas es consistente en cuanto al tratamiento de forma integral, ni tampoco de forma estandarizada, propongo el uso de un medicamento de dos aplicaciones al día via parenteral respaldada por un estudio estandarizado y ya además de que no existe ningun reporte del uso de este medicamento en esta patologia.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la efectividad del levofloxacinó en el tratamiento del absceso periamigdalino
- 2.- Puntualizar si la debridación del absceso periamigdalino adelanta el tiempo de curación de estos pacientes.
- 3.- Comparar dos terapias de tratamiento antimicrobiano.
- 4.- Proponer una terapia integral para el absceso periamigdalino en base a los hallazgos del presente estudio.

MATERIAL Y METODOS

Los sujetos de estudio se dividieron en dos grupos: uno el grupo testigo que estuvo integrado por los pacientes que ingresaron de julio de 1998 a julio del 2000 con diagnóstico de absceso periamigdalino y a su vez este se dividió en dos subgrupos que fueron aquellos que se les realizó incisión y drenaje y a los que no se les realizó, todos estos pacientes fueron tratados con penicilina sódica cristalina 50 000 UI por kilogramo de peso por día dividido en 4 dosis, y clindamicina 300 mg cada 6 horas.

El grupo control estuvo integrado por todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de absceso periamigdalino entre Agosto del 2000 y agosto del 2001 a los cuales se les dividió en dos subgrupos también: los que se les realizó incisión y drenaje y a los que no; a todos se les dio levofloxacino 500 mg cada 12 hrs.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes que ingresaron con diagnóstico de absceso periamigdalino.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes pediátricos y alérgicos al levofloxacino

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que ingresaron con diagnóstico de absceso periamigdalino pero que debido a su evolución se complicaron con infecciones de otros espacios de cuello.

Pacientes que no acepten ingresar al estudio.

METODOLOGIA

La captura de los datos de los pacientes del grupo control se llevara a cabo de Los expedientes de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de absceso periamigdalino obteniendo todos los datos que se incluyen en la hoja de captura de datos.

Los pacientes del grupo problema se capturaran de la siguiente forma:

Los enfermos son captados por el servicio de urgencias el cual no solicita una interconsulta para revisión y de acuerdo a las variables a estudiar se realiza el diagnóstico clínico se le toman muestras del laboratorio de biometría hemática, química sanguínea electrolitos séricos, y tiempos de coagulación, se solicitara además un estudio de tomografía de cuello, se iniciara terapia antimicrobiana con la levofloxacina 500 mg cada 12 hrs intravenoso, se canaliza con solución glucosa y se deja en ayuno, se interna al paciente y a los pacientes pares se

Les realiza la incisión y drenaje de acuerdo a la definición de las variables y a los pacientes nones no se realiza ningún procedimiento extra, pero a todos se les dio tratamiento antibiótico, se mantendrá en vigilancia en hospitalización y se decidirá su alta de acuerdo a evolución.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 35 pacientes, de los cuales se distribuyeron de la siguiente manera en los 4 subgrupos: pacientes tratados con penicilina más clíndamicina un total de 23 de los cuales se subdividieron en dos grupos más que se les realizó incisión y drenaje que fueron 10 (G1) y los que no se les realizó un total de 13 pacientes (G2)

El otro grupo es tratado con levofloxacina que fueron 12 pacientes, divididos de igual forma en dos subgrupos, los que se les realizó incisión y drenaje un total de 6(G3) y de igual número a los que no se les realizó (G4).

La distribución por sexo en total fue de 18 masculinos y 17 femeninos, las edades estuvieron entre los 21 y los 57 años distribuidos en los siguientes grupos etareos de 15-24 6 pacientes, de 25 a 34 13 pacientes, y de 35 a 54 un total de 14 Pacientes, y de 55 A 64 2 pacientes.

Los pacientes presentaron una media de 34 años y una moda de 32 años con una desviación estándar de 10.96 años

La distribución por sexo y edad en los diferentes subgrupos fue de la siguiente manera:

G1-6 hombres y 4 mujeres y edades entre los 23 y los 53 años

G2- 7 hombres y 6 mujeres y edades entres los 21 y los 45 años

G3 3 hombres y 3 mujeres y edades entres los 28 y los 55 años

G4 2 hombres y 4 mujeres y edades entres los 26 y los 57 años

La sintomatologia referido por los pacientes se fue la siguiente:

Voz en papa caliente	100%
Odinofagia	100%
Fiebre	80%
Disfagia	76%
Trismus	84%
Otodinia	72%

Debido a que algunos pacientes su estancia intrahospitalaria disminuyo se determino medir dicha estancia en horas dando los siguientes resultados:

Las horas estancia en promedio fue de 61.11 hrs con una mediana de 56 horas Y una desviación estándar de 20.94 hrs.

G1: 54 hrs efectivas de estancia promedio desde su ingreso a urgencias y fue desde 42 hrs hasta 78hrs.

G2: 77hrs en promedio y rango desde las 56hrs hasta las 132 hrs

G3: una estancia promedio de 48 hrs con un rango desde 36 hrs hasta las 56 hrs

G4: 51 hrs efectivas en promedio y con rangos que variaban entre las 39 hrs hasta las 64 hrs.

La desaparición del dolor de acuerdo a cada grupo se tomó también base a Tiempo en horas resultado de la siguiente forma:

G1: promedio de 9 hrs con un rango de entre las 7 hrs y las 12 hrs.

G2: se promedio en 15 hrs con rangos de entre 11 y 18 hrs.

G3: 5 hrs con un rango de entre las 2 y las 10 hrs.

G4: tuvo un promedio de 8 hrs con rangos de entre las 6 hrs y las 17 hrs

La fiebre desapareció en cada unos de los grupos con los siguientes valores expresados en horas:

G1: promedio de 11 hrs con rangos de 7 hasta 16 hrs

G2: promedio de 15 hrs con los rangos de entre 10 y las 21 hrs

G3: 8 hrs en promedio, con rangos de 4 hrs hasta 13 hrs

G4: 10 hrs en promedio con rangos entre las 6.5 hrs y las 15 hrs.

La administración del antibiótico se midió en dosis por paciente en donde se encontró lo siguiente:

G1: 9 dosis en promedio de penicilina y clindamicina con rangos entre las 7 y 13 dosis.

G2: con un promedio de 12 dosis con rangos de las 9 a las 22 dosis

G3: 4 dosis de promedio, con un rango de 3 a 5 dosis

G4: con un promedio de 8 dosis con un rango de 6 a 11 dosis.

Se aplico una prueba T de Student en cruzando las variables horas de estancia contra cada uno de los grupos en donde se encontró que el grupo 3 una T de 13.66 con una significancia estadística por una valor de $P = 0.00017$.

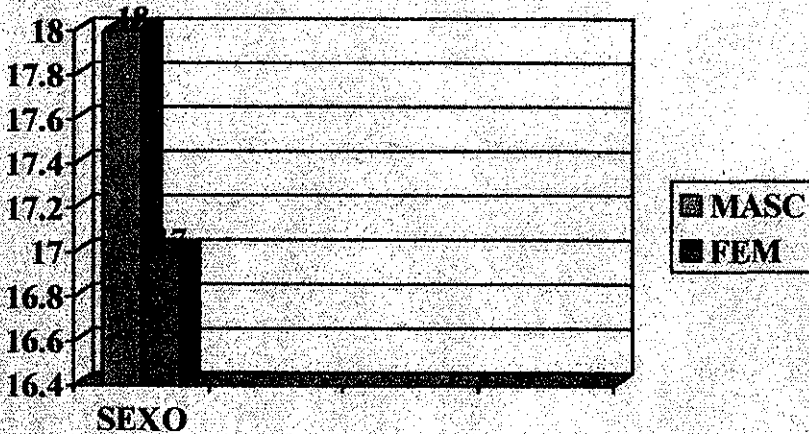
CONCLUSIONES

1. - La mejor terapia que se encontró de las cuatro que se estudiaron fue la administración intravenosa de levofloxacino con debridación con una significancia estadística comprobada con la prueba T de Student.
- 2.- La curación de los pacientes en los cuales se les debridó el absceso periamigdalino fue más rápido en comparación con los que no se les realizó dicho procedimiento; medido con la estancia intrahospitalaria de estos pacientes en donde disminuyó y la desaparición del dolor fue más rápido en estos dos grupos.
3. - Comparando ambas terapias antimicrobianas, la que mejor resultados dio fue la administración de levofloxacino ya que presentó una recuperación más rápida y una estancia intrahospitalaria más corta.
- 4.- En el presente estudio los pacientes tratados con penicilina más clindamicina con debridación presentaron una estancia intrahospitalaria muy similar a la de los pacientes tratados con levofloxacino sin debridación.
5. - En base los resultados del presente estudio proponemos que el tratamiento del absceso periamigdalino sea con levofloxacino más debridación ya que los pacientes con esta terapia mejora su sintomatología de forma más rápida y su tiempo de estancia intrahospitalaria disminuye.

GRAFICAS

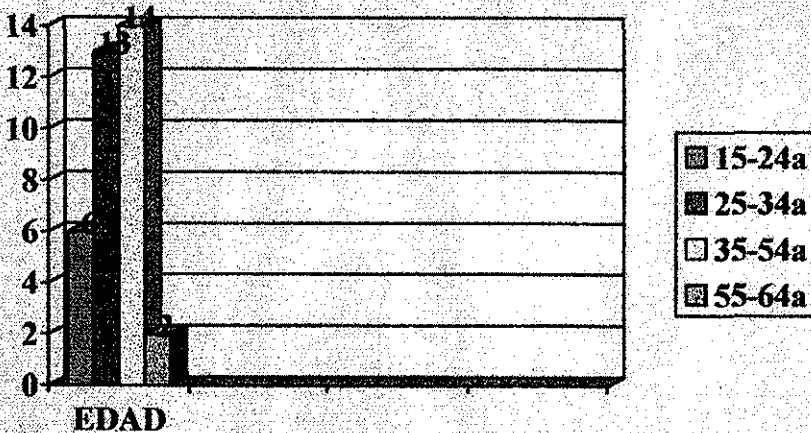
DISTRIBUCION POR SEXO

Número de pacientes

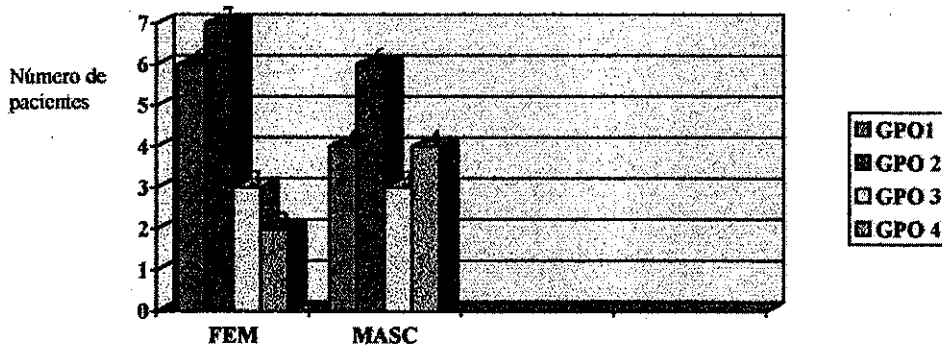


DISTRIBUCION POR EDAD

Número de pacientes

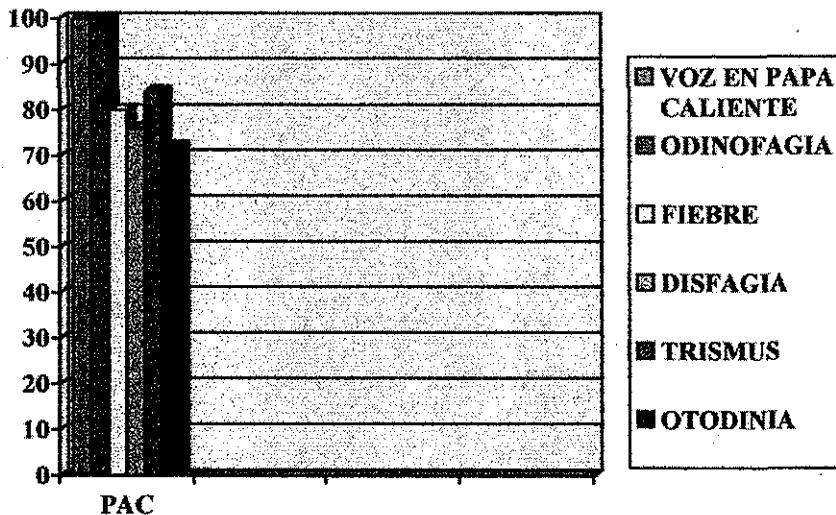


DISTRIBUCION POR GRUPOS

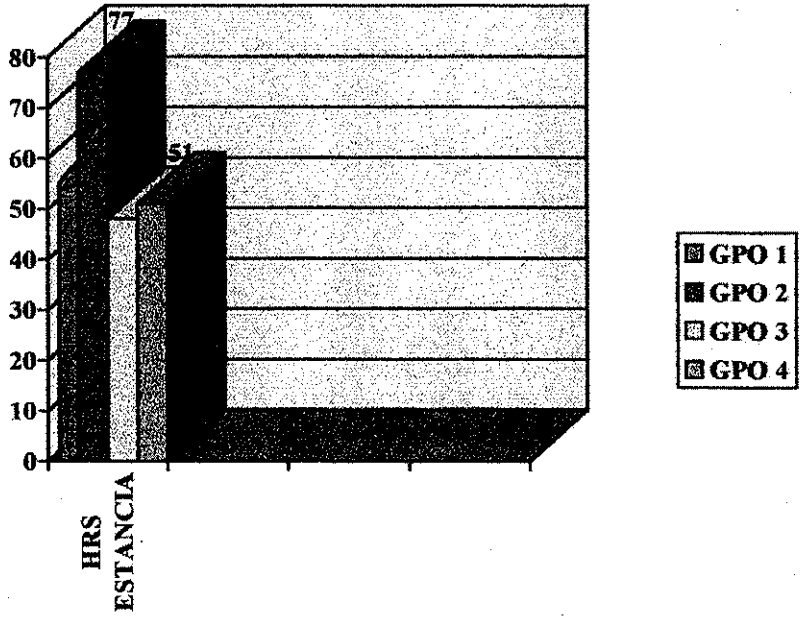


%

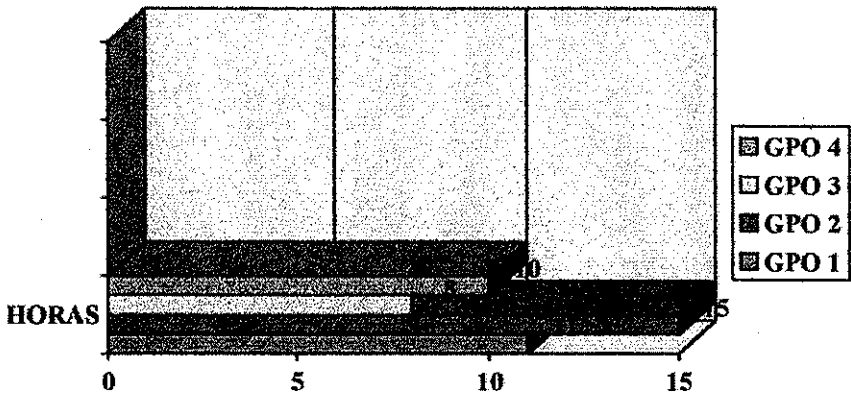
SINTOMATOLOGIA



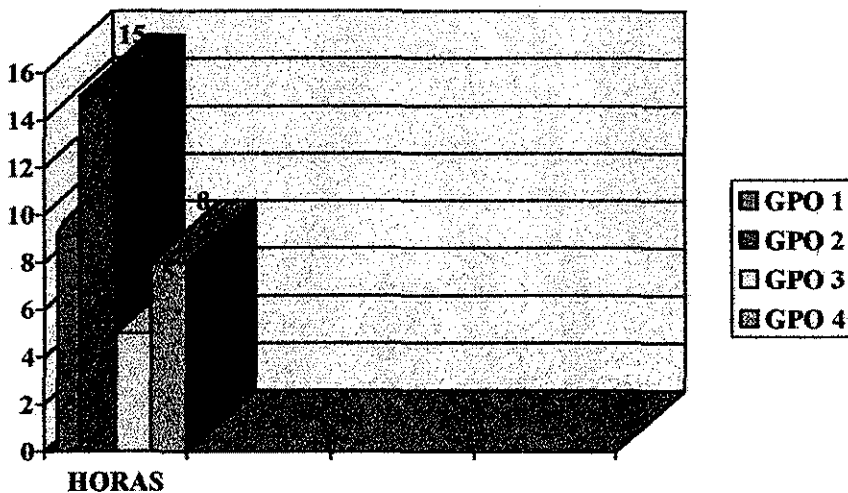
HORAS ESTANCIA POR GRUPO



DESAPARICION DE LA FIEBRE



DESAPARICION DEL DOLOR



DISCUSION

En base a lo encontrando en el presente estudio y de acuerdo a lo reportado en la Literatura mundial proponemos que el tratamiento integral para el absceso periamigdalino sea de la siguiente forma: en todos los pacientes que no sean susceptibles a la formula del levofloxacino iniciar la terapia antimicrobiana intravenosa 500 mg cada 12 hrs, internar al paciente para su vigilancia y en las primeras horas de estancia y bajo anestesia local realizar la incisión y drenaje del mismo ya que encontramos que de esa forma el paciente mejora de forma más rápida su sintomatología y las horas de estancia intrahospitalaria disminuyen, con resultados satisfactorios para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Otolaryngol Head Neck Surg 2001 Feb;124(2):172-3
- 2.-Schweiz Med Wochenschr 2000;Suppl 125:17S-19S
- 3.-Schweiz Med Wochenschr 2000;Suppl 125:14S-16S
- 4.-J Laryngol Otol 2000 Oct;114(10):765-7
- 5.-Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2000;121(2):107-10.
- 6.-J Laryngol Otol 1999 Mar;113(3):229-32
- 7.-Acta Otorrinolaringol Esp 1999 May;50(4):261-4
- 8.-Otolaryngol Head Neck Surg 1999 Jan;120(1):57-61
- 9.-J.Laryngol otol 1997 april; 111, 392-395.
- 10.-Brook, I., Frazier E. H. Thompson, D. H. (1991) aerobic and anaerobic microbiology of peritonsillar abscess. Laryngoscope 101: 289-291.
- 11.-Jokinen K y cols. Peritonsillar absces: bacteriological evaluation. Clinical otolaryngology, 1985 10: 27-30.
- 12.- Sydney, M Finegold, M.D. Role of anaerobic bacteria in infections of the tonsils and adenoids. Annals of otology, Rhinology an Laryngology.1991 suppl. 154 , 30-33.

13.- Folleto informativo del 10° European Congress of Clinical Microbiology and infectious diseases. Celebrado en Estocolmo Suecia el 29 de mayo del 200.

"Evaluación del riesgo de las fluoroquinolonas en el nuevo milenio".

14.- Diccionario de Medicina Mosby. Edición 1995. Pag 423-424 y pagina 714.

15.- OIDO, NARIZ, GARGANTA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO. Jesus Ramon Escajadillo . 1era edición. Manual moderno. Pagina 47|.

16.- Hardman y cols. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Novena edición. Interamericana Mc-Graw - Hill. Vol 1 y 2.