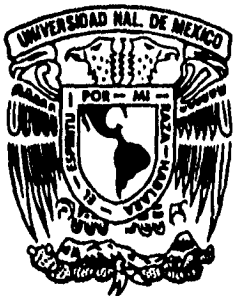


11236
50
78



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
"MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA

**"RESPUESTA AL TRATAMIENTO
MEDICO EN PACIENTES CON
ABSCESO PERIAMIGDALINO EN EL
HOSPITAL REGIONAL GENERAL
No. 36 DURANTE MARZO DE 1994
A AGOSTO DE 1995"**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN :

OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. MARIA ADRIANA ANDRADE MERIDA

ASESOR

DR. JORGE F. ALVAREZ BALBAS
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PUEBLA, PUEBLA.

1996



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

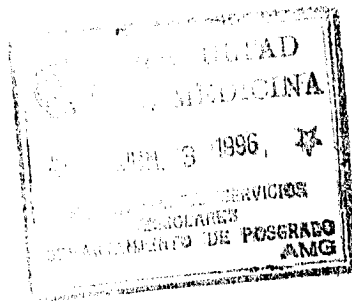
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

Arceco.!

DR. ARTURO GARCIA VILLASEÑOR
INSTITUTO DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACIONES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "M. AVILA CARRASCO"
DURANGO



ÍNDICE

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
HIPÓTESIS.....	9
PROGRAMA DE TRABAJO.....	10
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Angina es una palabra inglesa vieja que describe algunas infecciones de la garganta y especialmente de amigdalitis. La palabra en griego es "cyancho" y ambas palabras derivan del latín "quinancia". En 1800 la palabra angina comenzó a ser más específica para el absceso periamigdalino. (1)

El absceso periamigdalino es una acumulación local de pus dentro de los tejidos periamigdalinos, por lo general a raíz de una infección supurada de las amígdalas. Esta infección atraviesa la cápsula de la amígdala (por lo general en un sitio superior), y penetra en el espacio de tejido conectivo comprendido entre la cápsula y la pared posterior de la fosa amigdalina. A continuación puede permanecer localizada o ir disecando el músculo constrictor e irrumpir en el espacio retrofaríngeo. (2)

El absceso periamigdalino (angina) es una infección profunda común de cabeza y cuello en adultos y la complicación más común de la amigdalitis supurativa aguda. Es una urgencia otorrinolaringológica. (3)

Beeden y Evans mencionan que la edad promedio de presentación de esta enfermedad es entre los 20-30 años de edad, afectando hombres y mujeres por igual. Los pacientes frecuentemente sufren de amigdalitis crónica o han sido multitratados. (3,4)

El papel preciso de la virulencia bacteriana aún no está claro en las infecciones periamigdalinas. Los cultivos muestran aumento de las bacterias aerobias y anaerobias así como flora mixta incluyendo organismos grampositivos y gramnegativos. (4)

Muchos estudios muestran al Estreptococo como el patógeno primario del absceso periamigdalino, con invasión secundaria por anaerobios. (1)

Brook y cols. en un periodo de 7 años aislaron 107 bacterias encontrando 58 bacterias anaerobias, en las que predominan *Bacteroides* sp., *Bacteroides melaninogenicus* y *Fusobacterium*; y 49 bacterias aerobias, predominando --- *Streptococcus* sp., *Haemophilus* sp. y *S. aureus*. (5,6,7)

El más común es el Estreptococo β -hemolítico grupo A la incidencia más alta ocurre de noviembre a diciembre y de abril a mayo, correspondiendo con la frecuencia relativamente alta de faringoamigdalitis estreptocócica. (8)

Con la amigdalitis folicular aguda, las criptas tonsilares se agrandan e inflaman y pueden ocluirse. Esta -- obstrucción promueve la infiltración bacteriana a través de tejidos planos y espacios intercelulares, con la subse-- ciente invasión de las áreas periamigdalina y perifaringea, particularmente el tejido libre de la amígdala. (8)

La mayoría de los pacientes con absceso periamigdalino no presentan un cuadro faríngeo reciente (de días o hasta de 3 semanas), y que han recibido tratamiento. (8)

El cuadro clínico está caracterizado por dolor localizado en faringe, principalmente del lado del absceso, - fiebre de 39-40°C, escalofríos, malestar general, náuseas odinofagia, disfagia, otalgia, sialorrea, trismus, cefalea, halitosis y voz nasal. (2,3,4,8)

En la exploración física se encuentran datos de deshidratación, edema e hiporemia de los tejidos periamigdalinos, abultamiento de los pilares amigdalinos y/o paladar blando, la amígdala se encuentra desplazada hacia adelante, abajo y hacia la línea media, la úvula se encuentra desviada al lado opuesto, adenopatías cervicales, puede haber área de fluctuación. (2,3,8)

Puede estar afectada una de las amígdalas palatinas, ya sea la derecha o izquierda, durante el absceso periamigdalino puede asentarse en forma bilateral en un 7% --- aproximadamente. El 70% de los casos se encuentra en el polo superior, 19% en el área tonsilar media, y 10% en el polo inferior. (3)

Los estudios de laboratorio incluyen cultivos de la secreción con tinción de Gram, y una biometría hemática - con diferencial donde se detecta leucocitosis. (3)

Se debe hacer diagnóstico diferencial del absceso periamigdalino con: absceso parafaríngeo, absceso retromolar, mononucleosis infecciosa, absceso retrofaríngeo, linfoma, leucemia, cuerpo extraño, aneurisma de la arteria carótida interna, fiebre escarlatina, y adenitis cervical. (3,8)

En los siglos II y III a.C., Celsus describió dos tipos de enfermedad amigdalina, una en la cual hay inflamación sin ulceración y otra en la cual existe inflamación y obstrucción respiratoria. Él recomendó drenaje de las amígdalas si es que no drenaba espontáneamente. Este reporte de Celsus puede ser el primer documento acerca del tratamiento del absceso periamigdalino. (4)

La primera descripción de incisión y drenaje fué de Guy de Chauliac, cirujano francés en 1362. Su descripción fue: " hacer la incisión con una lanceta y entonces enjuagar la boca con agua de perejil; pero si aún no se ve el absceso, romper con una uña o frotar con algún objeto". - En 1859 Chassaignac fue el primero en realizar amigdalectomía en el momento en que se diagnostica el absceso y -- describió el curso clínico del absceso periamigdalino. Este procedimiento fue popular en Europa, Escandinava y Bretaña, apareció en América en los años de 1900. El alemán Winkler en 1911 sugirió la amigdalectomía de rutina. (1,9)

Entre los años de 1890 y 1930 los cirujanos europeos y americanos sometieron a debate el tratamiento con incisión y drenaje contra la amigdalectomía parcial o completa. Las modificaciones quirúrgicas incluyeron disección parcial del polo superior con su luxación. Después de que la infección se controlaba y se rehidratava al paciente, posteriormente se realizaba la amigdalectomía. Otra idea fue empaquetar con gasa el absceso con amigdalectomía posterior; esta idea se llevó a cabo por muchos años. (1, 10, 11)

Los Europeos se mostraron entusiastas en la amigdalectomía aguda, y en el Hospital Universitario de Otorrinolaringología en Helsinki reportó dos grandes series consecutivas de 1100 casos, tratados agudamente con amigdalectomía bilateral. Sus resultados fueron excelentes y -- continuaron promoviendo éste método hasta 1960. La renuencia para recomendar y realizar la amigdalectomía aguda se basó en la hipótesis de siembra séptica por el absceso el cual podía producir complicaciones agudas o subsecuentes de fiebre reumática y glomerulonefritis. (1)

Desde 1973 se ha utilizado la aspiración con aguja fina combinado con el uso de antibióticos para el tratamiento de absceso periamigdalino, los autores que han estado a favor de este método son Strome, Herzon, Schetchter, Spires, Stringer, Ophir y Weinber, quienes han obte-

nido excelentes resultados en adultos y niños. Sin embargo, otros autores como Beeden, Evans, Fried, Forrest, --- Nielsen y Greinsen, están a favor de realizar incisión y drenaje del absceso periamigdalino, el cual es el método tradicional. (3,4,6,9,12,13,14,15)

Brodsky manejó 21 niños con absceso periamigdalino y 57% mejoró solamente con antibióticos intravenosos. Richardson trató a 60 de 115 niños con absceso periamigdalino con antibióticos sistémicos, de los cuales 3 ameritaron drenaje. Schetchtor tuvo 2 fracasos en una serie de 22 abscesos periamigdalinos que sólo fueron tratados con antibióticos. (9,12)

El antibiótico de elección es la penicilina y en caso de alergia se utiliza la eritromicina, ésto se basa en los estudios de cultivos. (8)

Debido a que existe un alto índice de recurrencia -- del 63% durante los 3 primeros años posterior al cuadro agudo del absceso periamigdalino, se recomienda la amigdalectomía a las 4-12 semanas después de tratamiento del -- proceso agudo del absceso periamigdalino. (8,10,16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la gran controversia que existe en torno al tratamiento del absceso periamigdalino, el cual prácticamente es quirúrgico, en el Hospital General Regional #36 se lleva a cabo únicamente tratamiento médico en pacientes con absceso periamigdalino.

Sin embargo no hay estudios relacionados con el tratamiento médico por lo que ésta es una oportunidad para demostrar qué tan eficaz es la antibioticoterapia parenteral y tenerlo presente como primer alternativa puesto que es un método no invasivo con menor riesgo al paciente y menor costo.

OBJETIVOS

GENERAL:

Mostrar la eficacia del uso de antibióticos por vía parenteral como tratamiento en los pacientes con absceso periamigdalino en el servicio de Otorrinolaringología.

ESPECÍFICOS:

- a) Identificar la ventaja de utilizar antibióticos por vía parenteral en los pacientes con absceso periamigdalino.
- b) Establecer como primera alternativa el uso de antibióticos por vía parenteral en los pacientes con absceso periamigdalino.
- c) Observar la evolución de los pacientes con absceso periamigdalino bajo tratamiento médico.

HIPÓTESIS

- 1) II0: El uso de antibióticos por vía parenteral -- ofrece ventajas en los pacientes con absceso periamigdalino.
II1: El uso de antibióticos por vía parenteral -- no ofrece ventajas en los pacientes con absceso periamigdalino.

- 2) II0: Es útil la antibioticoterapia parenteral como primer alternativa en pacientes con absceso periamigdalino.
II1: No es útil la antibioticoterapia parenteral - como primer alternativa en pacientes con absceso periamigdalino.

- 3) II0: Los pacientes con absceso periamigdalino sometidos a tratamiento médico presentan buena -- evolución.
II1: Los pacientes con absceso periamigdalino sometidos a tratamiento médico no presentan buena evolución.

PROGRAMA DE TRABAJO

LÍMITES:

El presente estudio se realizó en el Hospital General Regional #36 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el servicio de Otorrinolaringología, con pacientes que acudieron a dicho servicio en forma ordinaria o urgente en el período comprendido del mes de marzo de 1994 al mes de agosto de 1995 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- * Pacientes con absceso periamigdalino
- * Pacientes de cualquier edad y sexo
- * Pacientes que radican en Puebla

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- * Pacientes con absceso periamigdalino con drenaje espontáneo del absceso
- * Pacientes inmunosuprimidos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- * Pacientes en los que no se demostró absceso periamigdalino
- * Pacientes con enfermedad concomitante
- * Pacientes alérgicos

RECURSOS MATERIALES:

Y Cubrebocas

Y Espejo frontal

Y Abatelenguas

RECURSOS HUMANOS:

Y Médicos residentes de Otorrinolaringología

Y Médicos de base de Otorrinolaringología

RECURSOS FINANCIEROS:

Y Medicamentos del cuadro básico del IMSS

MÉTODO:

Se realizó historia clínica completa con un buen interrogatorio y una exploración física detallada, supervisada por médico de base, para determinar el diagnóstico de absceso periamigdalino y se hospitalizó en forma inmediata para proceder a administrar antibióticos por vía intravenosa (Penicilina Sódica Cristalina a dosis de 50,000 a 100,000 Unidades/kilogramo de peso/dosis, dicha dosis se administra cada 6 horas, y Amikacina a dosis de 7.5 miligramos/kilogramo de peso/ dosis cada 12 horas).

Se evaluó a cada paciente su estado general, abultamiento en el área periamigdalina, odinofagia, trismus, disfagia, fiebre, y se realizó biometría hemática para determinar leucocitosis, neutrofilia, al momento del ingreso y durante su hospitalización que fue de 5 días. Poste-

riormente se llevó un control al mes y a los tres meses - en la consulta externa evaluando los mismos parámetros.

Se entiende por mejoría a la buena evolución del cuadro clínico (abultamiento del área periamigdalina, odinofagia, disfagia, trismus, fiebre).

El método estadístico utilizado fueron medidas de -- tendencia central (media, moda), gráficas de barras y pag tel para variables.

Tipo de estudio: Prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo.

RESULTADOS

Durante nuestro período de estudio obtuvimos un total de 30 pacientes que presentaron absceso periamigdalino.

La mayor incidencia de absceso periamigdalino registrada en nuestro estudio se presentó en los meses de -- abril y mayo, seguido del período diciembre, enero, febrero; sin encontrar incidencia de casos en los meses de julio y octubre. (Gráfica 1)

En nuestra población observamos un predominio importante de pacientes del sexo masculino en relación con el femenino con una proporción de 3:1. (Gráfica 2)

El rango de edad de los pacientes fue de 21-64 años de edad, encontrando que el grupo más afectado fue de 26-35 años (Gráfica 3). Con respecto al promedio de edad general fue de 36.8 años con una moda de 28 años, existiendo diferencia entre ambos sexos, con un promedio de 29.8 años para el sexo masculino y un promedio de 42.7 años para el sexo femenino.

Con respecto al cuadro clínico predominó la disfagia odinofagia, voz nasal, trismus y abultamiento de la región periamigdalina en todos los pacientes; seguidos por fiebre, leucocitosis y neutrofilia los cuales se presentaron en un número menor de pacientes. (Tabla 1)

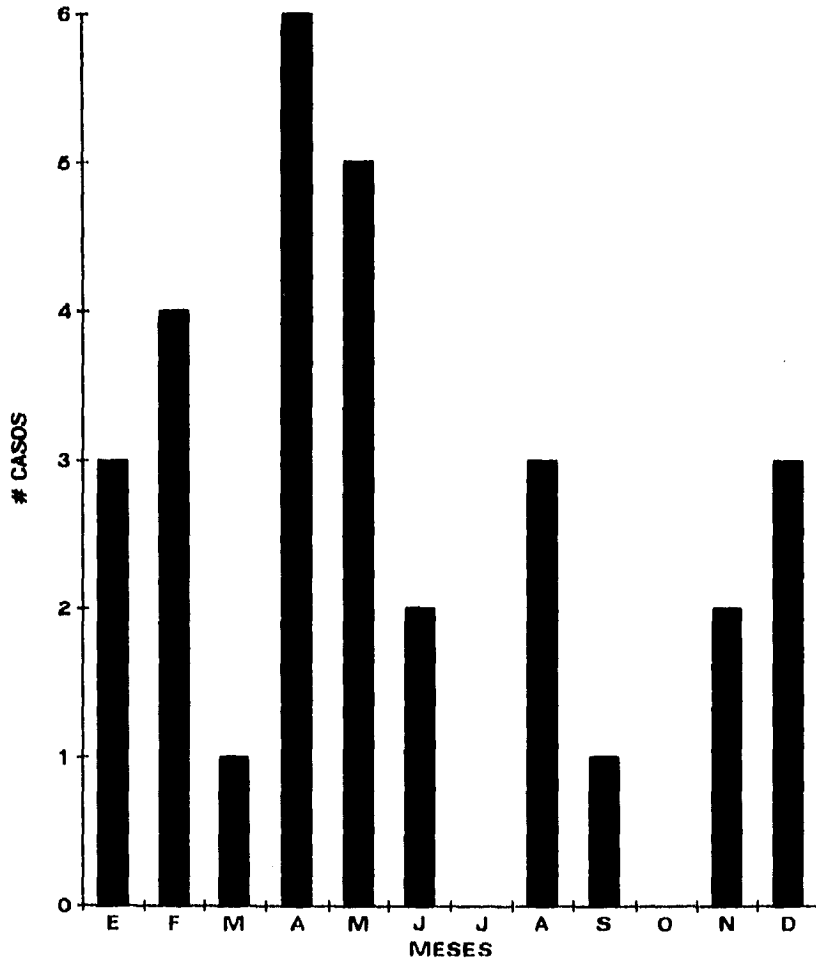
El sitio afectado del absceso en todos los pacientes fue el polo superior, y en todos la presentación fue unilateral, siendo la misma frecuencia del lado derecho e izquierdo. En ningún caso fue bilateral. (Tabla 2)

Observamos que al tercer día de tratamiento la mayoría de los pacientes presentó mejoría clínica y al quinto día todos se encontraron asintomáticos. (Tabla 3)

No se encontraron recurrencias durante el período de seguimiento y a la mayoría de los pacientes se les realizó amigdalectomía a los 3 meses de haber presentado el cuadro. No se presentaron complicaciones del absceso ni de la cirugía. (Gráfica 4)

GRAFICA 1

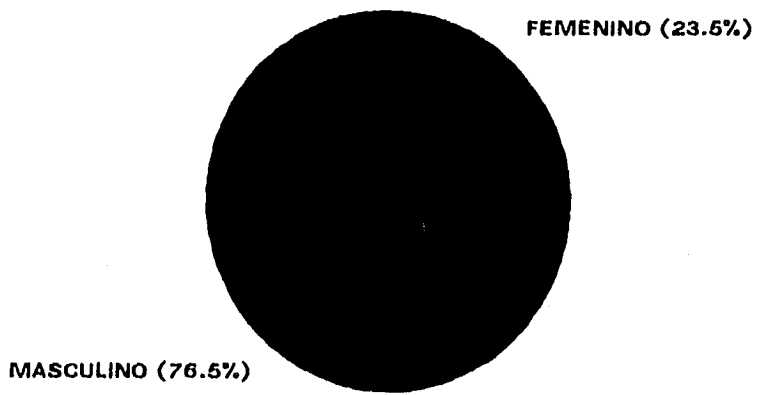
INCIDENCIA DE CASOS DE ABSCESO PERIAMIGDALINO POR MES



FINTE: Archivos de Otorrinolaringología de 1974-1995.

GRAFICA 2

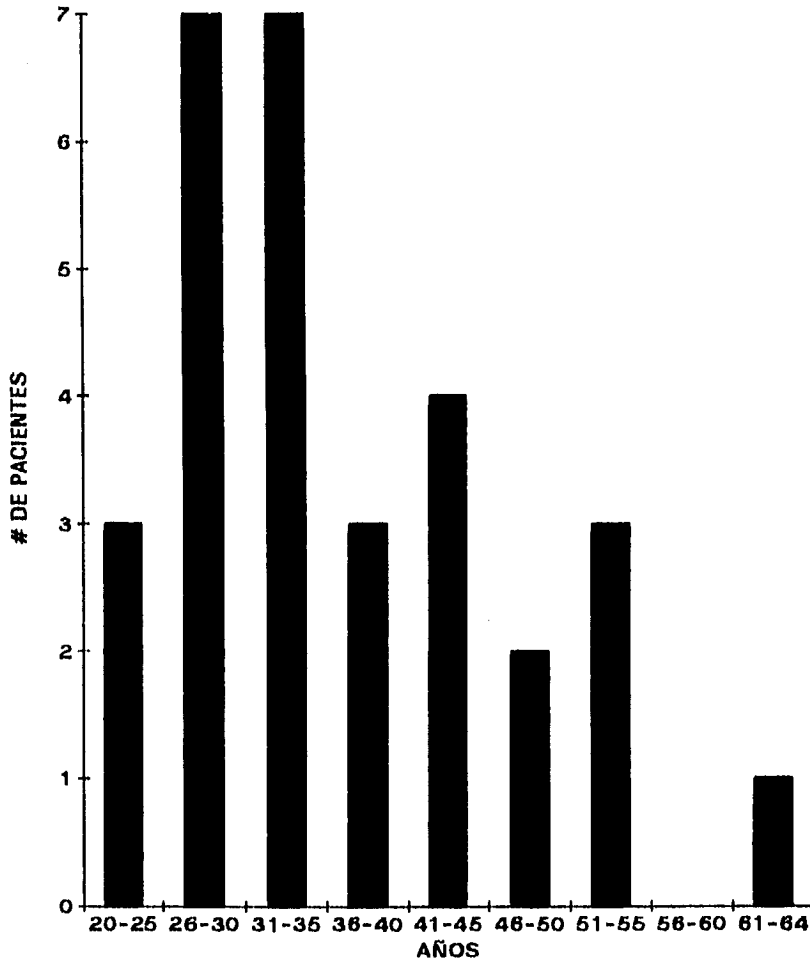
**DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES
CON ABSCESO PERIAMIGDALINO**



FUENTE: Archivos de Otorrinolaringología de 1994-1995.

GRAFICA 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ABSCESO PERIAMIGDALINO POR GRUPO DE EDAD



FUENTE: Archivos de Otorrinolaringología de 1994-1995.

TABLA 1
HALLAZGOS CLINICOS EN PACIENTES CON ABSCESO
PERIAMIGDALINO

HALLAZGOS	MUJERES	HOMBRES	PORCENTAJE
DISFAGIA	7	23	100 %
ODINOFAGIA	7	23	100 %
VOZ NASAL	7	23	100 %
TRISMUS	7	23	100 %
ABULTAMIENTO DE LA REGION PERIAMIGDALINA	7	23	100 %
FIEBRE	7	17	80 %
NEUTROFILIA	7	17	80 %
LEUCOCITOSIS	5	15	66.6 %

FUENTE: Archivos de Otorrinolaringología de 1994-1995.

TABLA 2**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ABSCESO PERIAMIGDALINO
SEGUN EL LADO AFECTADO Y POR SEXO**

LADO DEL ABSCESSO	MUJERES	HOMBRES	PORCENTAJE
DERECHO	3	12	50 %
IZQUIERDO	4	11	100 %
POLO SUPERIOR	7	23	100 %
TOTAL	7	23	100 %

FUENTE: Archivos de Otorrinolaringología de 1994-1995.

TABLA 3**PACIENTES QUE PRESENTARON MEJORIA POSTERIOR A
TRATAMIENTO**

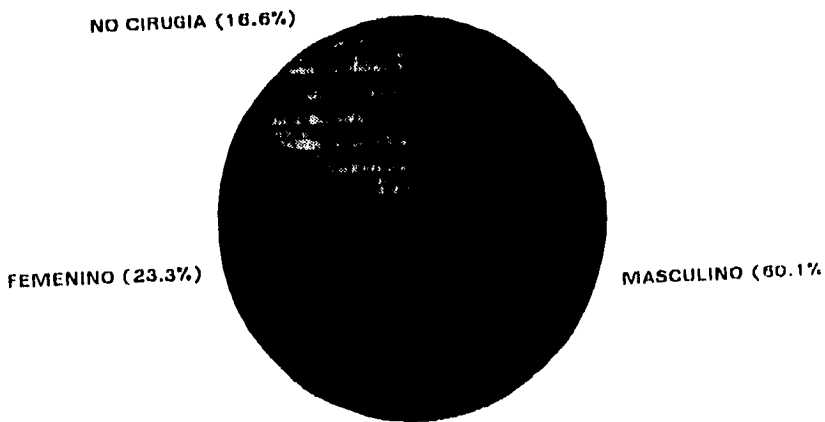
MEJORIA	MUJERES	HOMBRES	PORCENTAJE
1er. DIA	0	1	3.3 %
2o. DIA	1	5	20 %
3er. DIA	6	16	73.3 %
4o. DIA	0	1	3.3 %
TOTAL	7	23	100 %

FUENTE: Archivos de Otorrinolaringología de 1994-1995.

ESTE LIBRO NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 4

**PACIENTES SOMETIDOS A AMIGDALECTOMIA
3 MESES DESPUES DE TRATAMIENTO MEDICO**



GRUPO: Asistencia de Otorrinolaringología de 1994-1997.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se pudo determinar que la mayor incidencia de absceso periamigdalino fue en los meses de diciembre, enero, febrero, abril y mayo, similar a lo reportado en los estudios de Epperly y Wood (8), sin embargo difiere de los estudios de Buturo y Maisel (14,1), quienes reportan los meses de junio y julio los de mayor incidencia; con base en nuestra incidencia podemos determinar que el absceso periamigdalino tiene relación con los cambios de estación (invierno-primavera) y esto a su vez se relaciona con la mayor incidencia de faringoamigdalitis como factor predisponente. (8)

En nuestra población de estudio el absceso periamigdalino fue más frecuente en pacientes del sexo masculino con una proporción de 3:1 con respecto al sexo femenino, tal y como lo reporta Hall en su estudio (9); pero contrasta con el estudio de Buturo (14) donde la mayor frecuencia es para el sexo femenino con una proporción de 2:1 con respecto al sexo masculino. Lo cual puede deberse a que en nuestro país la población económicamente activa es predominantemente del sexo masculino, mientras que en África no es así, y éste es el lugar donde realizó el estudio este autor.

En la literatura se reporta que la edad en que se -- presenta el absceso periamigdalino está entre el rango de edad de 2-65 años, y la mayor incidencia es de los 20-30-años de edad (3,4), como lo reportamos en nuestro estudio. Por lo que establecemos que es una patología que afecta a la población económicamente activa y que se ve reflejado en los centros laborales ocasionando inasistencia y baja-productividad.

En lo que se refiere al cuadro clínico, todos los pa- cientes presentaron disfagia, odinofagia, voz nasal, trig- mus y abultamiento de la región periamigdalina que aunque no son patognomónicos de esta patología nos orientan a es- tablecer el diagnóstico, el cual fue confirmado por la -- presencia de fiebre, leucocitosis y neutrofilia, tal y co- mo se describe en la literatura (2,3,4,8). Cabe señalar - que para poder establecer el diagnóstico debería ser nece- sario obtener la secreción del absceso para cultivo y tin- ción, por lo que esto podría ser tema de otra investiga- ción, ya que en el presente estudio no se contemplaba la- aspiración, ya que modificaría la evolución. Por otro la- do el hecho de que no todos nuestros pacientes presenta- ron fiebre y leucocitosis puede deberse a que los pacien- tes presentaron la fase flemonosa del absceso periamigda- lino, como ocurrió en el estudio de Brodsky. (12)

Debido a que se reporta al Estreptococo como agente causal del absceso periamigdalino (8), decidimos emplear penicilina y amikacina para nuestro estudio, con lo que obtuvimos 100% de mejoría sin someter a ningún paciente a tratamiento quirúrgico; ¿fue el Estreptococo el agente etiológico en nuestros pacientes? Este sería tema de otra investigación para contestar nuestra pregunta. En los estudios de Brodsky (12) obtuvo 57% de mejoría en sus pacientes; Richardson (9,12) obtuvo 95% de mejoría en sus pacientes y finalmente Schetchter (12) obtuvo 90.9% de mejoría en sus pacientes. Aunque son buenos porcentajes, es los autores manejaron una población infantil y nosotros manejamos adultos, y esta podría ser una causa de la diferencia.

Brodsky observó mejoría en su serie de pacientes en las primeras 24-48 horas después de tratamiento con antibióticos (12), y nosotros obtuvimos mejoría a las 72 hrs (3 días) en la mayoría de nuestros pacientes con absceso periamigdalino. Esta diferencia puede ser por que en su estudio incluyó a pacientes con celulitis periamigdalina.

En ninguno de nuestros pacientes se presentaron recurrencias durante el periodo de seguimiento, mientras que en la literatura se reportan recurrencias 0-22% (10,16) Tampoco se observaron complicaciones durante el proceso infeccioso, esto debido, probablemente, a que a los 3 meses se les realizó amigdalectomía a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Por todo lo anterior podemos concluir que en el manejo de pacientes con absceso periamigdalino la utilización de antibióticos por vía intravenosa nos ofrece la gran ventaja de ser un método no invasivo y eficaz, puesto que los pacientes cursan con buena evolución, presentando mejoría a las 72 horas de administración de los antibióticos, sin llegar a presentar algún tipo de complicación. Además que se puede contemplar como primer alternativa en el tratamiento de cualquier paciente con absceso periamigdalino.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Maisel R. H. Peritonsillar abscess: Tonsil antibiotic - levels in patients treated by acute abscess surgery. -- Laryngoscopo 92: 80-87, 1982.
- 2) Paparella M. M.; Schumrick D. A. Otorrinolaringología.- 2a. ed. W. B. Saunders Co. Filadelfia. Vol. (3): 2253-2255, 1982.
- 3) Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess. Laryngoscope 104: 185-190, 1994.
- 4) Petruzzelli G. J.; Johnson J. T. Peritonsillar abscess. Why aggressive management is appropriate. Postgrad Med - 88(2): 99-108, 1990.
- 5) Brook I.; Frazier C. H.; Thompson D. H. Aerobic and -- anaerobic microbiology of peritonsillar abscess. Laryngoscope 101: 289-292, 1991.
- 6) Savolainen S.; Jousimies-Somer H. R.; Makitie A. A.; -- Ylikoski J. Peritonsillar abscess. Clinical and microbiologic aspects and treatment regimens. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 119: 521-524, 1993.
- 7) Snow D. G.; Campbell J. B.; Morgan D. W. The microbiology of peritonsillar sepsis. J Laryngol Otol 105 (7): -- 553-555, 1991.

- 8) Epperly T. D.; Wood T. C. New trends in the management-
of peritonsillar abscess. Am Fam Physycian 42(1): 102-
112, 1990.
- 9) Hall S. F. Peritonsillar abscess: The treatment options
J Otolaryngol 19 (3): 226-229, 1990.
- 10) Sorensen J. A.; Godballe C.; Henrik N.; Jorgensen K. -
Peritonsillar abscess: Risk of disease in the remaining
tonsil after unilateral tonsillectomy a chaud. J. --
Laryngol Otol 105: 442-444, 1991.
- 11) Lockhart R.; Parker G. S.; Tami T. A. Role of quinsy -
tonsillectomy in the management of peritonsillar abs-
cess. Ann Otol Rhinol Laryngol 100: 569-571, 1991.
- 12) Brodsky L.; Sobie S. R.; Korwin D.; Stanievich J. F. A
clinical prospective study of peritonsillar abscess in
children. Laryngoscope 98: 780-783, 1988.
- 13) Weinberg E.; Brodsky L.; Stanievich J. F.; Volk M. --
Needle aspiration of peritonsillar abscess in children.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg 119: 169-172, 1993.
- 14) Buturo C. G. Management of peritonsillar abscess (quin
sy) at Harare Central Hospital. Centr Afr J Med 36(8):-
187-190, 1990.
- 15) Maharaj D.; Rajah V.; Hemsley S. Management of periton
sillar abscess. J Laryngol Otol 105: 743-745, 1991.
- 16) Becker W.; Naumann H. H.; Pfaltz C. R. Otorrinolaringo
logia. Manual Ilustrado 2a. ed. Doyma. 213-216, 1992.