

## EL PROBLEMA DE LA INFECCION AMIGDALINA CRONICA \*

ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA  
Académico de número

El tema "Infección amigdalina crónica" es siempre de actualidad, por constituir un problema para todos los médicos y de todos los días. Es discutido de cuando en cuando, tanto por otorrinolaringólogos como por no especialistas, sin llegarse, por desgracia, a establecer conclusiones prácticas, ni a encontrar un nuevo planteo científico digno de atención.

Oímos decir: "no creo en la importancia de la amigdalitis crónica" y lo que es aún peor, vemos actuar a médicos que olvidan la intervención que la amigdalitis crónica tiene en la patología.

Por otra parte, oímos afirmar que debería instituirse como obligatoria la amigdalectomía, tal y como se ha hecho con la vacuna antivariolosa; dando por un hecho que no existe amígdala inocua.

Por experiencia sabemos que, si llevamos a un grupo de personas a consultar a tres o cuatro médicos de los que operan amígdalas, con seguridad ninguna de ellas quedaría a salvo de que se le propusiera la amigdalectomía.

Se sostienen ideas contradictorias, el asunto se vuelve tedioso y nos inclinamos a proponer: "por favor, no hablen de amigdalitis crónica".

El problema quirúrgico, salvo condiciones muy especiales en relación con el enfermo y no con las amígdalas, está liquidado. Anestesia, iluminación, disección y hemostasis, con variadas técnicas, lo han resuelto en todos los centros bien preparados.

Lo importante no es cómo se quitan las amígdalas; lo importante es cuándo está indicada la amigdalectomía y cuándo es oportuno hacerla.

El doctor Gurría Urgell nos dice en la "Sinopsis laringológica": "Las amígdalas no se deben quitar por grandes, ni porque es fácil, ni porque puegan por hacerlo; deben ser eliminadas por infectadas". Yo creo que al concepto del doctor Gurría Urgell debería cambiársele la palabra "infectadas" por infectantes, ya que pocas horas después de que un individuo nace sus amígdalas están infectadas.

---

\* Trabajo reglamentario leído el día 28 de julio de 1954.

Desde el punto de vista histopatológico no hay amígdala sana. Tener amígdalas y padecer amigdalitis, es una misma cosa.

Las amígdalas pueden actuar en dos formas: como un foco infectante ordinario o como punto de origen de infección focal; en el primer caso puede la infección actuar directamente, por continuidad, sobre el oído, la nariz o las vías digestivas y respiratorias. El diagnóstico se hace la mayoría de las veces por simple inspección y la presión sobre las amígdalas da salida al material infectante.

En el segundo caso, la infección amigdalina actúa a través del sistema circulatorio a distancias variables.

En estas condiciones nos enfrentamos a dos problemas: 1) saber cuándo la infección amigdalina es infectante por la vía sanguínea, es decir, cuando la infección sale de la amígdala al torrente circulatorio, y 2) cuáles son los podocimientos que pueden ser atribuidos a esta causa.

Todos los intentos realizados con objeto de encontrar datos que afirmen el diagnóstico del paso de la infección de las amígdalas a otras regiones, por la vía hemática, han fracasado. Clínicamente creo que podemos afirmar que existe paso de gérmenes o toxinas fuera de la amígdala, cuando encontramos periamigdalitis, índice cierto de que el proceso infeccioso ha pasado la barrera amigdalina con su cápsula. El pilar anterior rojo y el infarto ganglionar, son las mejores indicaciones de ello; pero aun así, lo que podemos afirmar es que el proceso inflamatorio ha pasado de las amígdalas, no que esté bombardeando al resto del organismo por vía sanguínea.

Los síntomas generales tales como febrícula, sensación de fatiga, etc., son inconstantes y en general no nos llevan, por sus caracteres, a poder afirmar que existan debido a la presencia de un foco infectante; son simplemente fenómenos generales que al encontrárseles ligados a la infección amigdalina más o menos clara, son atribuidos a ella.

Si encerramos en un círculo a todas aquellas personas que padecen amigdalitis crónica con fenómenos de periamigdalitis, y en otro a todas aquellas que presentan fenómenos generales de los que han sido atribuidos a un foco infectante, veríamos que en realidad, solamente se superponen en una pequeña porción.

En algunos casos la amígdala infectante procede al igual que cualquier foco infectante en otra parte, bien se llame pulmón, próstata, dientes, etc. Es una colección purulenta o foco de infección con una zona más o menos activa que le rodea.

En los dientes presenta características especiales bien estudiadas desde hace tiempo en el extranjero y motivo de investigaciones y estudios muy

importantes llevados a cabo por el doctor Luis Farril entre nosotros. Si en estos casos se elimina el foco o se esteriliza la zona infectante, acabada la causa desaparece el efecto. El diagnóstico es posible hacerlo en los dientes con cierta exactitud, pero es frecuente observar que personas a las que se ha diagnosticado foco infectante, curan de él y siguen padeciendo los mismos trastornos generales a los cuales en algunas ocasiones se añade el hecho de que quedan desdentados. Por fortuna, en la boca, la mayoría de las veces, la prótesis resuelve el problema. La explicación al hecho anterior puede ser la siguiente: las lesiones producidas a distancias son irreversibles o adquirieron personalidad propia.

Las amígdalas pueden actuar, además, en otra forma que, en mi concepto, es la que debe considerarse como origen de enfermedad focal.

El estudio llevado a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología por Gurría Davó y dirigido por el doctor Salazar Mallén, demuestra que la flora faríngea y en particular la presencia de estreptococo hemolítico, depende fundamentalmente de la época del año. En sujetos sin procesos agudos en la faringe, amigdalectomizados o no, la flora era prácticamente la misma en cada prueba. Estas observaciones fueron llevadas a cabo durante dos años en el personal del Instituto y en las amígdalas que fueron operadas durante ese tiempo, y se llegó a la conclusión ya dicha, o sea que la flora depende más de la época del año que de cualquier otra circunstancia.

Desde el punto de vista histopatológico podemos decir que las amígdalas que encontramos en los casos de amigdalitis crónica, ricas en síntomas, son más o menos iguales a las de aquellos sujetos que no se quejan o no se quejaron de molestias faríngeas durante su vida.

Hemos comprobado que las amígdalas de los operados por amigdalitis crónica y las de los cadáveres de personas en cuya historia no se señalan molestias faríngeas, son iguales.

Estas investigaciones, que se llevaron a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología no aportaron datos nuevos; otros investigadores encontraron lo mismo.

Algunas veces al hacer una amigdalectomía como al quitar un diente, los fenómenos generales como: fatiga, cefalea, vértigo, artritis, desaparecen rápidamente. ¿Qué ha sucedido? Si nosotros inmediatamente, o días después de haber hecho la amigdalectomía, hacemos un estudio bacteriológico de la faringe del sujeto amigdalectomizado, en el cual la sintomatología del cuadro de enfermedad focal ha desaparecido, encontramos que existen los mismos gérmenes que antes de la operación. La única dife-

rencia perceptible es la falta de tejido amigdalino infectado, pues tejido linfoide encontramos en otras partes de la faringe.

Tendremos entonces que entender que, para que se desarrolle el cuadro de infección focal, es necesario que exista un elemento integrado por la acción de los gérmenes sobre las amígdalas y que actúe a distancia a la manera de los fenómenos alérgicos.

El doctor Salazar Mallén ha intentado demostrarlo en la siguiente forma y con los siguientes resultados:

Intentó verificar la posibilidad de que el tejido amigdalino se comportara como antígeno e hizo con extractos de amígdala, pruebas de fijación de complemento y de aglutinación, empleando partículas de colodión, frente a sueros normales y sueros problema.

Al obtener resultados negativos en el experimento anterior, asoció el tejido amigdalino a toxinas estreptocócica y estafilocócica, con lo cual se pensó se integraría, como en el caso de otros tejidos tales como el renal (Schwentker), el carácter antigénico de la mezcla. Los resultados fueron, sin embargo, negativos también.

El doctor Salazar Mallén concluyó que, a la vista de los experimentos negativos, puede quedar en pie la hipótesis de que el tejido tonsilar sea responsable de fenómenos alérgicos a distancia. Esperamos resultados de experimentos orientados con otras bases técnicas.

A pesar del fracaso para encontrar un medio que demuestre que se trata de un fenómeno de este tipo, creo que clínicamente se puede afirmar que es lo que más se parece.

Existen casos de urticaria, jaqueca, rinitis vasomotora, sinusitis y vértigo que mejoran y aun desaparecen después de la eliminación de las amígdalas. Esto indica la posibilidad de que sean las amígdalas punto de partida de antígenos capaces de producir los cuadros mencionados de enfermedad focal, cuyos caracteres los ponen en condiciones de ser agrupados entre los cuadros alérgicos.

Con cierta frecuencia vemos también a pacientes que después de una amigdalectomía y más frecuentemente después de amigdalectomía y adenoidectomía practicadas por frecuentes ataques de amigdalitis o faringitis y catarro nasal, presentan asma, urticaria o jaqueca. Creo que en estos casos ha habido un error en el diagnóstico y por lo tanto en la indicación terapéutica. Probablemente no se trataba de amigdalitis o adenoiditis de causa infecciosa, sino que eran fenómenos alérgicos en los cuales se tomó el órgano de choque como la causa. Esto equivale a que a un sujeto con urticaria le quitaran la piel. La amígdala no es aquí el punto de partida,

sino el órgano de choque y al ser eliminada, el fenómeno alérgico se ha presentado en otra parte.

En ocasiones la amigdalitis crónica no es un padecimiento localizado capaz de causar mayor o menor daño local o general, es solamente un síntoma, es la reacción amigdalina a un trastorno general, es aquí síntoma y no causa. Esto es fácil observarlo en algunas enfermedades infecciosas y hemáticas.

Para indicar correctamente la amigdalectomía es necesario ver al individuo, pensar como médico y ver un campo más amplio que el que permita el hoyo del espejo frontal.

En estos casos como en todos, el especialista debe ser un médico que sabe proyectar los conocimientos generales de medicina sobre un sector de ella.

#### RESUMEN

El autor da a conocer la experiencia habida en el Instituto Nacional de Cardiología respecto al problema de la infección amigdalina como infección focal.

Pone en guardia contra los extremos en la actitud, ya sean en el sentido de querer extirpar todas las amígdalas, por sistema, o en el de adoptar actitudes demasiado conservadoras. Para él, la posición ideal es intermedia.

Hace hincapié en que lo importante no es saber cuando una amígdala esté infectada, ya que prácticamente todas lo están, sino cuando se hace infectante. Por último, a pesar del fracaso de ciertos experimentos, no deja de aceptar la hipótesis de que la infección de las amígdalas actúe más bien por un mecanismo de sensibilización.

#### SUMMARY

The author communicates his experience at the Instituto Nacional de Cardiología regarding the problem of tonsillitis as focal infection.

He condemns extremist attitudes, both too aggressive or conservative and personally adheres to the middle-of-the-way position. He also stresses the fact that it is more important to know whether the tonsils are spreading infection than to know if they are infected, since they always are.

Finally, and not with standing the failure of several experiments, he still holds the hypothesis that tonsil infection may act through an allergic mechanism.

## COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. BUSTAMANTE GURRIA

SAMUEL MORONES  
Académico de número

Muchas enseñanzas se logran al leer el trabajo del doctor Bustamante Gurria, enseñanzas sólidas, ya que están referidas por persona de amplia experiencia en la materia y que actúa en un medio como el del Instituto Nacional de Cardiología que puede ser considerado como el más selecto del país.

El saber que las amígdalas desde el punto de vista quirúrgico pueden ser manejadas con grandes márgenes de seguridad y por consecuencia con riesgos mínimos, es muy consolador.

El estar enterados de que determinada flora bacteriana es patrimonio de esos órganos desde el nacimiento hasta la muerte, patrimonio que varía por factores no terapéuticos, es un dato académico de la mayor importancia.

También plantea, y eso como meollo del trabajo, el papel de la amigdalopatía crónica como infección focal y propone la posibilidad de que actúe más por el mecanismo de alergia que por el infectante propiamente dicho, a pesar de que las investigaciones conducidas por el doctor Salazar Mallén no han podido confirmar ese pensamiento.

Habla de las curas radicales de los cuadros de infección focal que siguen a la amigdalectomía, pero también se refiere a los fracasos terapéuticos en los que el estado patológico no solamente queda indiferente a la maniobra, sino que por el contrario, se acrecienta sintomáticamente.

Habla de que en muchos casos la amígdala es sólo un síntoma de trastorno general como en el caso de discrasias sanguíneas o de infecciones generalizadas en los que el médico general es el autorizado para actuar, como en las agranulocitosis, difteria, escarlatina, brucelosis, salmonelosis de curso tifoídico, etc.

Cuando hace la frase de que el hoyo del espejo frontal no permite valorizar con toda amplitud el problema, se coloca en un equilibrio plausible y pone de manifiesto una convicción que comparto con él, es decir, la necesaria colaboración del médico con el cirujano a fin de que los pacientes

estén estrictamente revisados para así acercarse a la práctica más correcta de la medicina.

Por último, las dudas que plantea y los aspectos señalados que aún no tienen fórmula de solución, hacen pensar que constituyen una meta que alcanzar y asegurar que el problema es muy arduo, ya que ha sido perseguido por el doctor Bustamante en un medio ideal de trabajo como es el Instituto Nacional de Cardiología y con la colaboración de médicos muy conspicuos, sin haber logrado resolverlo totalmente.