

Correlación del trismus con la progresión de abscesos periamigdalinos

Correlation of trismus with the progression of peritonsillar abscesses

José M. Ponce-Puerto¹  y Gabriel M. Morales-Cadena^{1,2*} 

¹Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México; ²Jefatura, Curso de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle. Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: El trismus es un hallazgo frecuente del absceso periamigdalino, cuya utilidad como marcador de extensión hacia espacios profundos del cuello es incierta. **Objetivo:** Evaluar el valor del trismus como predictor clínico de extensión del absceso periamigdalino. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Español de México. Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino entre 2020 y 2026. Se registró la presencia de trismus durante la evaluación inicial y la extensión del absceso mediante tomografía computarizada contrastada. Se calcularon razón de momios (RM), sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de verosimilitud y prueba de χ^2 . **Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes con una edad media de 33 años; 20 (45.4%) presentaron trismus y 12 (27.3%) extensión a espacios profundos del cuello, con afectación parafaríngea en todos los casos. El trismus mostró una asociación no significativa con la extensión (RM: 2.05; IC 95%: 0.53-7.86; $p = 0.39$). La sensibilidad fue del 58.3%, la especificidad del 59.4%, el valor predictivo positivo del 35% y el valor predictivo negativo del 79.2%, con LR+ de 1.44 y LR- de 0.70. **Conclusiones:** El trismus no fue un predictor fiable de la extensión del absceso periamigdalino; la tomografía contrastada continúa siendo el método de referencia para definir la extensión anatómica y orientar el tratamiento.

Palabras clave: Absceso periamigdalino. Trismus. Espacios profundos del cuello. Tomografía computarizada.

Abstract

Background: Trismus is a common clinical finding in peritonsillar abscess, but its value as a predictor of extension into deep neck spaces remains uncertain. **Objective:** To evaluate the usefulness of trismus as a clinical predictor of peritonsillar abscess extension. **Material and methods:** A retrospective study was conducted at Hospital Español de México. Medical records of patients diagnosed with peritonsillar abscess between 2020 and 2026 were reviewed. Trismus at initial presentation and deep neck space extension confirmed by contrast-enhanced computed tomography were recorded. Odds ratios (OR), sensitivity, specificity, predictive values, likelihood ratios, and χ^2 testing were calculated. **Results:** Forty-four patients with a mean age of 33 years were included. Trismus was present in 20 patients (45.4%), and deep neck space extension occurred in 12 (27.3%), involving the parapharyngeal space in all cases. Trismus showed a nonsignificant association with extension (OR: 2.05; 95% CI: 0.53-7.86; $p = 0.39$). Sensitivity was 58.3%, specificity 59.4%, positive predictive value 35% and negative predictive value 79.2%, with LR+ 1.44 y LR- 0.70. **Conclusions:** Trismus was not a reliable predictor of peritonsillar abscess extension into deep neck spaces. Contrast-enhanced computed tomography remains the reference standard for determining disease extent and guiding appropriate therapeutic management.

Keywords: Peritonsillar abscess. Trismus. Deep neck spaces. Computed tomography.

*Correspondencia:

Gabriel M. Morales-Cadena

E-mail: moralescadena@gmail.com

0185-3252 / © 2026 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 14-07-2026

Fecha de aceptación: 26-08-2026

DOI: 10.24875/AMH.26000040

Disponible en internet: 19-10-2026

An Med ABC. (Ahead of print)

www.analesmedicosabc.com

Introducción

El absceso periamigdalino, conocido históricamente como *quinsy*, constituye la infección más frecuente de los espacios profundos del cuello en la práctica otorrinolaringológica, tanto adulta como pediátrica, representando cerca del 50% de estas infecciones en la segunda^{1,2}. Generalmente se desarrolla como una complicación supurativa de una faringoamigdalitis bacteriana o de una rinofaringitis viral con sobreinfección bacteriana^{1,2}. Aunque tradicionalmente *Streptococcus pyogenes* se consideró el principal agente etiológico, los estudios recientes describen un predominio de *Staphylococcus aureus* en pacientes pediátricos y de *Streptococcus viridans* en adultos^{2,3}.

El absceso periamigdalino corresponde a una colección purulenta localizada entre la cápsula fibrosa de la amígdala palatina y el músculo constrictor superior de la faringe². Debido a que este espacio está constituido por tejido areolar laxo, la infección puede propagarse rápidamente hacia espacios profundos del cuello, principalmente al espacio parafaríngeo y, con menor frecuencia, a los espacios retrofaríngeo, submandibular, carotídeo y visceral²⁻⁴. La progresión de la infección incrementa significativamente el riesgo de complicaciones potencialmente mortales, entre ellas obstrucción de la vía aérea, sepsis, compromiso neurovascular (como el síndrome de Lemierre) y mediastinitis descendente secundaria a la diseminación a través del denominado «espacio peligroso»⁵⁻⁷.

La presentación clínica depende de la magnitud de la colección y de los espacios anatómicos comprometidos. Habitualmente, los pacientes refieren antecedente reciente de faringitis acompañada de fiebre y odinofagia que no mejora o empeora pese al tratamiento instaurado. Conforme progresa el cuadro, los pacientes desarrollan odinofagia intensa, disfagia, sialorrea, voz en «papa caliente» y, en la exploración física, hipertrofia amigdalina asimétrica, abombamiento del pilar anterior, desviación contralateral de la úvula y adenopatías cervicales¹⁻⁴.

Entre los hallazgos clínicos destaca el trismus, definido como una apertura bucal menor de 35 mm entre los incisivos centrales superiores e inferiores, ocasionado por espasmo o inflamación de los músculos de la masticación, particularmente del músculo pterigoideo medial, debido a su estrecha relación anatómica con el espacio periamigdalino^{8,9}. Los estudios han demostrado que el trismus posee mayor capacidad para diferenciar un absceso de una celulitis periamigdalina que otros parámetros clínicos o de laboratorio,

identificándose incluso como un predictor independiente de absceso periamigdalino (razón de momios [RM]: 2.392; $p = 0.005$)^{8,10,11}. Asimismo, la extensión de la infección hacia el espacio parafaríngeo y otros espacios profundos del cuello puede incrementar la intensidad de este signo y favorecer el desarrollo de complicaciones sistémicas graves¹²⁻¹⁵.

El diagnóstico clínico de la extensión del absceso periamigdalino puede resultar complejo debido a la estrecha relación anatómica entre los espacios cervicales y a la escasa especificidad de los hallazgos clínicos iniciales¹⁶. Por ello, la tomografía computarizada con contraste intravenoso continúa siendo el estudio de referencia para delimitar la extensión del proceso infeccioso y orientar la estrategia terapéutica¹⁷⁻¹⁹. Sin embargo, su disponibilidad, su costo y el tiempo requerido para su realización pueden retrasar el inicio del tratamiento, en particular en servicios de urgencias con alta carga asistencial.

Hasta donde fue posible identificar durante la revisión de la literatura, no existen estudios que hayan evaluado si el trismus constituye un predictor clínico de extensión del absceso periamigdalino hacia otros espacios profundos del cuello. La identificación de un marcador clínico confiable permitiría optimizar la selección de pacientes candidatos a estudios de imagen, disminuir los tiempos de decisión terapéutica y reducir los costos hospitalarios. Por ello, el objetivo del presente estudio fue determinar la utilidad del trismus como marcador clínico de extensión del absceso periamigdalino hacia los espacios profundos del cuello.

Material y métodos

Se tomó como hipótesis que la aparición del trismus en un paciente con absceso periamigdalino es un indicador fiable de la extensión de este a otros espacios profundos del cuello, siendo la hipótesis nula que el trismus no es un indicador fiable de dicho evento.

Se consultaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de absceso periamigdalino en el sistema electrónico Florence del Hospital Español de México. Se registraron las variables demográficas (número de expediente, nombre, edad y sexo) en un libro del programa Microsoft Excel 2016. Se consultaron el reporte tomográfico y la nota de valoración de urgencias de los expedientes clínicos. Se registró si los pacientes presentaron trismus o no en su valoración inicial en el servicio de urgencias, así como la presencia o ausencia de extensión de la colección periamigdalina hacia otros espacios profundos del cuello; se

asignó un valor dicotómico 1 o 2 (sí o no) a cada una de estas variantes. Por último, en pacientes con extensión del absceso fuera del espacio periamigdalino se registró el espacio profundo del cuello afectado.

Con la información descrita se realizaron cálculos de estadística descriptiva, RM, sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud. Por último, se realizó la prueba de χ^2 para determinar el valor de p y la significancia estadística.

Resultados

Se obtuvieron 47 pacientes diagnosticados y tratados por absceso periamigdalino (ya fuera aislado o con involucro de otros espacios profundos del cuello) en el Hospital Español de México entre los años 2020 y 2026. Tres pacientes fueron descartados por expedientes incompletos, por lo que se obtuvo una muestra total de 44 pacientes. La media de edad fue de 33 años, con una relación de sexo de aproximadamente 1:1 (23 mujeres y 21 hombres). De la población de pacientes estudiada, 20 (45.4%) desarrollaron trismus como parte de la evolución de su enfermedad, y 24 (54.6%) no lo desarrollaron (Tabla 1). Con respecto a los espacios profundos del cuello involucrados, 12 (27.3%) presentaron extensión tomográfica fuera del espacio periamigdalino (Tabla 1); específicamente, el espacio parafaríngeo estuvo involucrado en el 100% de estos casos, con extensión más allá del parafaríngeo reportada en 4 casos, en los que estuvieron afectados los espacios retrofaríngeo, masticador o parotídeo (Tabla 2). De los pacientes que presentaron trismus en el momento de su valoración, 13 (65%) tenían un absceso aislado en el espacio periamigdalino, mientras que 7 (35%) presentaron extensión del absceso al espacio parafaríngeo con o sin involucro de otros espacios profundos del cuello. En contraste con los pacientes que no presentaban trismus en el momento de su valoración, 19 (79.1%) de estos presentaron un absceso aislado en el espacio periamigdalino, mientras que 5 (20.9%) presentaron extensión del absceso al espacio parafaríngeo con o sin involucro de otros espacios profundos del cuello.

Se realizaron cálculos para determinar el valor del trismus como marcador clínico de extensión de un absceso periamigdalino a otros espacios profundos del cuello. La RM fue de 2.05 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.53-7.86), lo que indica una tendencia hacia una mayor probabilidad de extensión del absceso en pacientes con trismus; sin embargo, el IC 95% incluyó la unidad, por lo que dicha asociación no es

Tabla 1. Correlación del trismus con la extensión fuera del espacio periamigdalino

Trismus	Extensión (+)	Extensión (–)	Total
Presente	7	13	20
Ausente	5	19	24
Total	12	32	44

Tabla 2. Correlación de la presencia de trismus con el espacio profundo del cuello afectado

Espacio	Trismus presente	Trismus ausente	Total
Parafaríngeo	5	3	8
Retrofaríngeo	1	1	2
Masticador	1	0	1
Parotídeo	1	0	1
Total	8	4	12

estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.74$; $p = 0.39$). La sensibilidad fue del 58.3%, la especificidad del 59.4%, el valor predictivo positivo del 35% y el valor predictivo negativo del 79.2%. Con respecto a las razones de verosimilitud (LR, *likelihood ratio*), se determinó una LR+ de 1.44 y una LR– de 0.7, lo que se interpreta como debilidad del trismus para confirmar o descartar la extensión del absceso fuera del espacio periamigdalino. Por último, la prueba de χ^2 arrojó un resultado de ≈ 0.74 y un valor de $p \approx 0.39$. Se rechaza la hipótesis y no se rechaza la hipótesis nula, lo cual significaría que, de acuerdo con nuestro estudio, la presencia de trismus no es un indicador fiable de extensión de un absceso periamigdalino a otros espacios profundos del cuello.

Discusión

El presente estudio evaluó la utilidad del trismus como marcador clínico de extensión del absceso periamigdalino hacia otros espacios profundos del cuello. Aunque los pacientes con trismus mostraron aproximadamente el doble de probabilidad de presentar extensión del proceso infeccioso en comparación con aquellos sin este hallazgo (RM: 2.05), dicha asociación no alcanzó significancia estadística ($p = 0.39$); sin embargo, la magnitud del efecto observada y la amplitud del intervalo de confianza sugieren que son

necesarios estudios con mayor tamaño muestral antes de descartar definitivamente una posible utilidad clínica. Así mismo, el trismus mostró una sensibilidad del 58.3%, una especificidad del 59.4% y unas LR cercanas a la unidad, indicando un rendimiento diagnóstico limitado para confirmar o descartar la progresión del absceso más allá del espacio periamigdalino.

Estos resultados sugieren que, si bien el trismus forma parte de la presentación clínica habitual del absceso periamigdalino, su presencia aislada no constituye un marcador fiable de invasión a los espacios profundos del cuello. Este hallazgo resulta en particular relevante porque, hasta donde fue posible identificar durante la revisión bibliográfica, no existen estudios que hayan evaluado específicamente esta asociación. La mayoría de los trabajos publicados se han enfocado en identificar factores predictivos para diferenciar una celulitis periamigdalina de un absceso establecido, o bien en analizar factores relacionados con el éxito del tratamiento conservador y la microbiología del proceso infeccioso, sin investigar la utilidad del trismus como predictor de extensión anatómica^{10,12,18}.

Diversos autores han descrito al trismus como uno de los signos clínicos más característicos del absceso periamigdalino^{2,10,18}. Millar et al.¹¹ identificaron este hallazgo como uno de los elementos clínicos con mayor utilidad para sospechar la presencia de una colección purulenta, mientras que estudios más recientes han reportado que el trismus posee mayor capacidad discriminativa que parámetros inflamatorios como el conteo leucocitario o la proteína C reactiva para diferenciar un absceso de una celulitis periamigdalina³. Sin embargo, dichos estudios evaluaron la presencia del absceso como desenlace principal y no la extensión del mismo hacia otros espacios cervicales. Por lo tanto, nuestros resultados no contradicen la evidencia existente, sino que responden una pregunta clínica distinta.

Desde el punto de vista fisiopatológico, existen varias explicaciones para la ausencia de una asociación estadísticamente significativa. El trismus es consecuencia del espasmo reflejo y de la inflamación de los músculos de la masticación, en particular del músculo pterigoideo medial, cuya proximidad anatómica con el espacio periamigdalino favorece su irritación incluso cuando la infección permanece confinada a dicho espacio^{2,6}. En consecuencia, la aparición del trismus puede representar simplemente la intensidad de la respuesta inflamatoria local y no necesariamente la propagación anatómica de la infección. De manera similar, algunos pacientes con extensión al espacio parafaríngeo pueden presentar una progresión predominantemente

medial o posterior de la colección sin desarrollar una afectación suficiente de la musculatura masticatoria como para producir una limitación importante de la apertura oral.

Otro aspecto que probablemente influyó en los resultados fue la naturaleza dicotómica de la variable estudiada. En el presente trabajo solo se registró la presencia o ausencia de trismus de acuerdo con la valoración clínica inicial. Sin embargo, la gravedad del trismus constituye una variable continua que puede cuantificarse de manera objetiva midiendo la apertura interincisal. Es posible que una importante limitación de la apertura bucal se asocie con una mayor probabilidad de extensión a los espacios profundos, relación que no puede demostrarse cuando el fenómeno se analiza únicamente como una variable dicotómica. Estudios prospectivos que incorporaran mediciones seriadas de la apertura oral podrían esclarecer este aspecto.

Desde la perspectiva clínica, nuestros resultados tienen implicaciones importantes para la toma de decisiones en el servicio de urgencias. Aunque la RM obtenida sugiere una tendencia hacia una mayor frecuencia de extensión cervical en los pacientes con trismus, las LR obtenidas (LR+ 1.44 y LR- 0.70) indican que este hallazgo modifica muy poco la probabilidad clínica de enfermedad. En consecuencia, la presencia de trismus por sí sola no debería emplearse para indicar estudios de imagen, mientras que su ausencia tampoco permite excluir con seguridad la existencia de compromiso parafaríngeo u otras extensiones cervicales. Estos resultados respaldan las recomendaciones actuales, que continúan considerando a la tomografía computarizada contrastada como el método de elección cuando existe sospecha clínica de un absceso profundo de cuello^{2,18}.

Cabe destacar que, aunque el valor predictivo negativo observado fue relativamente elevado (79.2%), este resultado probablemente estuvo influenciado por la baja prevalencia de extensión a los espacios profundos en la población estudiada. Por ello, dicho parámetro debe interpretarse con cautela y no puede extrapolarse a poblaciones con diferente prevalencia de enfermedad o mayor gravedad clínica.

Entre las fortalezas del presente estudio destaca que, hasta donde conocemos, constituye uno de los primeros trabajos enfocados específicamente en evaluar el valor predictivo del trismus como marcador de extensión del absceso periamigdalino hacia otros espacios profundos del cuello. Asimismo, todos los casos incluidos contaron con corroboración tomográfica de la extensión anatómica, lo que disminuye el riesgo de clasificación errónea del desenlace principal.

No obstante, este estudio presenta diversas limitaciones. Su diseño retrospectivo depende de la calidad del registro clínico realizado por diferentes médicos, lo que introduce variabilidad en la identificación del trismus. El tamaño muestral relativamente reducido disminuye la potencia estadística y aumenta la posibilidad de cometer un error tipo II, por lo que no puede descartarse por completo la existencia de una asociación que no haya podido demostrarse con la muestra disponible. Además, el estudio fue realizado en un único centro hospitalario, por lo que la extrapolación de los resultados a otras poblaciones debe hacerse con cautela. Por último, no se analizaron otras variables potencialmente relacionadas con la extensión del absceso, como el tiempo de evolución, parámetros inflamatorios, tamaño de la colección, microorganismos aislados o comorbilidad del paciente.

Conclusiones

La presencia o ausencia de trismus en pacientes con sospecha clínica de absceso periamigdalino no debe influir en la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas, ya que, a pesar de ser un hallazgo clínico frecuente, no ha demostrado ser un indicador fiable o de suficiente rendimiento diagnóstico para determinar la extensión de un absceso periamigdalino a otros espacios profundos del cuello. La tomografía computarizada con contraste intravenoso, mediante la evaluación de los espacios profundos cervicales afectados, el volumen de la colección y el calibre de la vía aérea, continúa siendo el método de referencia para la toma de decisiones terapéuticas.

Futuros estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño de muestra, incorporando mediciones objetivas de la apertura bucal y análisis multivariados, permitirán establecer con mayor precisión el verdadero papel del trismus en la evaluación clínica inicial de estos pacientes.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados. Debido a la naturaleza del estudio, no fue necesario el consentimiento informado individual. Se han seguido las recomendaciones éticas pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que se utilizó ChatGPT para adaptar el resumen al número de palabras requeridas.

Referencias

- Schraff S, McGinn JD, Derkay CS. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57:213-8.
- Flint PW, Francis HW, Haughey BH, Lesperance MM, Lund VJ, Robbins KT, et al., editores. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery.* 8th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2025.
- Ahmed Ali S, Kovatch KJ, Smith J, Bellile EL, Hanks JE, Truesdale CM, et al. Predictors of intratonsillar abscess versus peritonsillar abscess in the pediatric patient. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018;114:143-6.
- Alansari K, Sheikh R, Sheehan PZ, Joseph V, Hoffman RJ. Confluent retropharyngeal, lateral pharyngeal, and peritonsillar MRSA abscess in an infant. *Pediatr Emerg Care.* 2018;34:e161-4.
- Grant MC, Raggio B, Barton B, Guarisco JL. Establishing the need for an evidence-based treatment algorithm for peritonsillar abscess in children. *Clin Pediatr (Phila).* 2018;57:1385-90.
- Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess. *Laryngoscope.* 1994;104:185-90.
- Geißler K, Markwart R, Requardt RP, Weigel C, Schubert K, Scherag A, et al. Functional characterization of T-cells from palatine tonsils in patients with chronic tonsillitis. *PLoS One.* 2017;12:e0183214.
- Serrano C, Bedini I, Demarchi MV. Bilateral peritonsillar abscess. A case report and review of controversies surrounding diagnosis and management. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122:e202303034.
- Klug TE. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2014;33:1163-7.
- Herzon FS, Harris P, Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope.* 1995;105(8 Pt 3 Suppl 74):1-17.
- Millar KR, Johnson DW, Drummond D, Kellner JD. Suspected peritonsillar abscess in children. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23:431-8.
- Kim DK, Lee JW, Na YS, Kim MJ, Lee JH, Park CH. Clinical factor for successful nonsurgical treatment of pediatric peritonsillar abscess. *Laryngoscope.* 2015;125:2608-11.
- Freire GSM, Dos Santos JHZ, Rolón PA, Pinheiro GB, Sampaio ALL. Peritonsillar abscess: epidemiology and relationship with climate variations. *J Laryngol Otol.* 2017;131:627-30.
- Bank S, Jensen A, Nielsen HM, Kristensen LH, Voldstedlund M, Prag J. *Fusobacterium necrophorum* findings in Denmark from 2010 to 2014 using data from the Danish microbiology database. *APMIS.* 2016;124:1087-92.
- Gomez Urena EO, Sheehy J, Krastev I. A case of bilateral peritonsillar abscesses as a complication of acute mononucleosis. *IDCases.* 2023;33:e01829.
- Yaxley KL. Infectious mononucleosis complicated by peritonsillar abscess and postural orthostatic tachycardia syndrome: a case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2020;8:2050313X20915413.
- Wikstén J, Kallitainen E, Pitkäranta A, Blomgren K. Renewal of peritonsillar abscess: impact of the bacterial species of the infection and clinical features of the patient — a prospective comparative aetiological study. *Clin Otolaryngol.* 2017;42:1358-62.
- Klug TE. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. *Dan Med J.* 2017;64:B5333.
- Lee J, Han SY, Kim DH, Kwon JH, Koo HB, Jeon SJ, et al. Incision and drainage versus needle aspiration for peritonsillar abscess: a prospective randomized controlled trial. *Korean J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2024;67:228-33.