

Tonsilitis Kronis Eksaserbasi Akut pada Pasien Dewasa Muda: Laporan Kasus

Muhammad Ridwan Monisa¹, Julu Manalu², Rodrigo Limmon³, Amrullah Latupono⁴, Stanley Permana Setiawan⁵, Raline Salma Keyneshia⁶, Masyithah Zerlina⁷, Salman Alfarizi⁸
^{1,2,3,4,5,6,7,8} Fakultas Kedokteran, Universitas Pattimura, Maluku, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Agustus 12, 2026
Revised Agustus 13, 2026
Accepted Agustus 13, 2026

Kata Kunci:

Tonsilitis,
Nyeri Alih,
Dewasa Muda,
Laporan Kasus,
Tonsilektomi

Keywords:

Tonsillitis,
Referred Pain,
Young Adult,
Case Report,
Tonsillectomy

ABSTRAK

Nyeri telinga tanpa kelainan otologis dapat merupakan manifestasi nyeri alih pada tonsilitis kronis eksaserbasi akut dan berpotensi menyebabkan keterlambatan diagnosis. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan karakteristik klinis, proses penegakan diagnosis, serta respons terapi pada pasien dengan kondisi tersebut. Metode yang digunakan adalah laporan kasus deskriptif pada perempuan berusia 23 tahun dengan keluhan odinofagia progresif, demam, malaise, dan otalgia selama tiga hari. Pemeriksaan dilakukan melalui anamnesis terstruktur dan pemeriksaan THT lengkap, kemudian pasien dipantau selama tujuh hari. Hasil menunjukkan tonsil T3/T3 dengan edema, hiperemis, dan permukaan tidak rata tanpa kript atau membran. Setelah diagnosis ditegakkan, pasien mendapatkan terapi kombinasi klindamisin, metilprednisolon, dan povidone-iodine. Terjadi perbaikan gejala secara klinis disertai penurunan ukuran tonsil menjadi T2 dalam tujuh hari. Disimpulkan bahwa pengenalan pola nyeri alih dan pemeriksaan THT menyeluruh berperan penting dalam diagnosis dan keberhasilan tatalaksana tonsilitis kronis eksaserbasi akut.

ABSTRACT

Otalgia without identifiable otologic abnormalities may represent referred pain associated with acute exacerbation of chronic tonsillitis, potentially leading to diagnostic delay. This case report aimed to describe the clinical features, diagnostic process, and therapeutic response in a young adult with this condition. A descriptive case report was conducted involving a 23-year-old woman presenting with progressive odynophagia, fever, malaise, and otalgia for three days. A structured history and comprehensive otolaryngological examination were performed, followed by seven days of clinical follow-up. Examination revealed bilateral T3 tonsils with edema, hyperemia, and irregular surfaces without crypts or membranes. The patient received combination therapy with clindamycin, methylprednisolone, and povidone-iodine gargle. Clinical symptoms improved, accompanied by a reduction in tonsillar size from T3 to T2 within seven days. This case highlights the importance of recognizing referred otalgia and performing a comprehensive otolaryngological examination for accurate diagnosis and effective management of acute exacerbation of chronic tonsillitis.

This is an open access article under the [CC BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) license



Corresponding Author:

Muhammad Ridwan Monisa
Fakultas Kedokteran, Universitas Pattimura
Jakarta, Indonesia
Email: muhammadridwanmonisa606@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Tonsilitis adalah peradangan tonsil palatina, komponen cincin Waldeyer yang berperan dalam respons imun lokal orofaring, dan merupakan salah satu penyakit infeksi saluran napas atas yang paling sering dijumpai baik di layanan kesehatan primer maupun poliklinik spesialis Telinga Hidung Tenggorok-Kepala Leher (THT-KL) [1,2,3]. Insiden tertinggi terjadi pada kelompok usia 5–15 tahun, namun kondisi ini juga lazim ditemukan pada dewasa muda akibat paparan patogen di lingkungan padat seperti asrama, kampus, maupun tempat kerja [1,2,4].

Tantangan utama dalam tatalaksana tonsilitis terletak pada kemampuan membedakan etiologi viral dan bakterial secara klinis, karena kesalahan penegakan diagnosis dapat berujung pada pemberian antibiotik yang tidak rasional di satu sisi, atau keterlambatan terapi pada kasus yang sesungguhnya memerlukan antibiotik di sisi lain. Kondisi ini menjadi semakin kompleks apabila peradangan akut terjadi pada dasar tonsil yang telah mengalami perubahan kronis sebelumnya, sebagaimana tercermin pada entitas tonsilitis kronis eksaserbasi akut, yang menuntut kejelian klinisi dalam anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pertimbangan tatalaksana yang tepat agar tidak terjadi komplikasi maupun kekambuhan di kemudian hari [2,5,6,7].

Berangkat dari pertimbangan tersebut, laporan kasus ini bertujuan memaparkan seorang pasien dewasa muda dengan tonsilitis kronis eksaserbasi akut yang datang dengan trias khas berupa nyeri menelan, demam, dan nyeri telinga sebagai *referred pain*. Kasus ini dipilih karena menggambarkan secara lengkap alur berpikir klinis mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, penegakan diagnosis dan diagnosis banding, hingga pemilihan tatalaksana yang rasional, sehingga diharapkan dapat menjadi sarana pembelajaran yang aplikatif mengenai pendekatan komprehensif terhadap tonsilitis dalam praktik klinis [2,8,3].

2. METODE

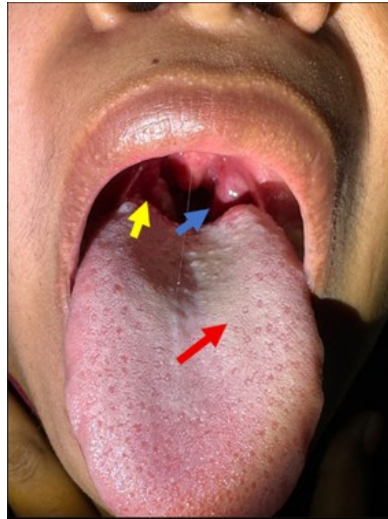
Studi ini merupakan laporan kasus (*case report*) deskriptif. Subjek adalah seorang perempuan berusia 23 tahun, mahasiswa, yang datang ke Poliklinik THT-KL RSUD Dr. M. Haulussy Ambon dengan keluhan utama nyeri menelan yang dirasakan sejak tiga hari sebelum pemeriksaan dan belum membaik. Data dikumpulkan melalui anamnesis terstruktur, pemeriksaan fisik THT lengkap, serta pemantauan *follow up* selama tujuh hari berturut-turut, dikombinasikan dengan pelaporan mandiri melalui telepon dan kontrol ulang langsung pada hari ketujuh.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Nyeri timbul setiap kali menelan makanan maupun minuman, namun pasien masih dapat makan dan minum seperti biasa. Sejak hari kedua keluhan, timbul nyeri pada telinga terutama saat menelan, tanpa disertai keluar cairan dari telinga maupun penurunan pendengaran. Pasien juga mengeluhkan demam disertai malaise sejak hari pertama, serta menyangkal adanya batuk maupun pilek. Pasien telah mengonsumsi ibuprofen dua kali sehari, namun keluhan menetap hingga pasien datang berobat. Episode ini merupakan keluhan pertama yang dialami pasien. Riwayat penyakit dahulu, kebiasaan merokok/konsumsi alkohol, dan riwayat keluhan serupa dalam keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang dengan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 90 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu 37,2°C, dan saturasi oksigen 99% pada udara ruangan. Pemeriksaan telinga (*inspeksi*, *otoskopi*, dan *tes penala*) serta pemeriksaan hidung dan sinus paranasal dalam batas normal pada kedua sisi. Pemeriksaan

tenggorokan menunjukkan tonsil membesar derajat T3/T3 menurut skala Brodsky, dengan permukaan tidak rata, disertai edema dan hiperemis pada kedua sisi tanpa kripa, detritus, maupun membran yang jelas, seperti tampak pada Gambar 1. Orofaring tampak basah dengan post nasal drip positif, sedangkan pemeriksaan mulut, leher, dan status generalis lainnya dalam batas normal, kecuali kelenjar getah bening servikal kanan yang teraba dan nyeri tekan.



Gambar 1. Pemeriksaan mulut dan orofaring pasien, tampak tonsil membesar (T3/T3) dan hiperemis pada kedua sisi, disertai coating putih pada dorsum lidah. Panah kuning menunjukkan tonsil kiri yang membesar dengan permukaan tidak rata dan hiperemis; panah biru menunjukkan tonsil kanan dengan gambaran serupa, tanpa kripa, detritus, maupun membran; dan panah merah menunjukkan coating putih pada dorsum lidah.

Secara teoritis, gambaran pada Gambar 1 merepresentasikan tanda klasik tonsilitis kronis yang mengalami eksaserbasi akut. Pembesaran tonsil bilateral dengan permukaan yang tidak rata (ditunjukkan oleh panah kuning dan biru) mencerminkan proses hiperplasia limfoid kronis akibat episode peradangan berulang, di mana jaringan parut dan fibrosis ringan pada kripa menyebabkan kontur permukaan tonsil menjadi ireguler, berbeda dengan tonsilitis akut murni yang umumnya menunjukkan permukaan tonsil masih relatif licin [9,5,3,2]. Hiperemis yang tampak pada kedua tonsil menandakan vasodilatasi akibat pelepasan mediator inflamasi lokal (seperti histamin, prostaglandin, dan sitokin proinflamasi) selama fase akut, sedangkan tidak adanya kripa melebar, detritus, maupun pseudomembran pada permukaan tonsil membantu menyingkirkan kemungkinan tonsilitis kripa purulen maupun tonsilitis difteri [1,8,3].

Coating putih pada dorsum lidah (ditunjukkan oleh panah merah) merupakan temuan penyerta yang lazim dijumpai pada infeksi orofaring akut. Lapisan ini umumnya terbentuk dari deskuamasi epitel, debris makanan, serta proliferasi bakteri komensal rongga mulut yang meningkat akibat penurunan asupan cairan, nyeri menelan yang membatasi pergerakan lidah untuk membersihkan diri secara alami (self-cleansing), dan higiene oral yang menurun selama sakit; temuan ini bukan patognomonik untuk satu diagnosis tertentu, tetapi memperkuat kesan adanya proses inflamasi orofaring yang sedang berlangsung dan perlunya edukasi higiene mulut sebagai bagian dari tatalaksana suportif [8,2,3].

Berdasarkan sistem gradasi Brodsky, ukuran tonsil T3 menunjukkan tonsil yang menempati sekitar 50–75% ruang orofaring (menyisakan ruang bebas sekitar 25–50%), suatu derajat pembesaran yang secara klinis bermakna dan konsisten dengan proses hipertrofi kronis yang mendasari episode akut ini [9,5,3,2]. Kombinasi antara derajat pembesaran yang signifikan, permukaan yang tidak rata, dan riwayat keluhan berulang secara teoritis mengarahkan klinisi pada diagnosis tonsilitis kronis eksaserbasi akut, dan bukan sekadar tonsilitis akut episodik pertama kali, sehingga turut memengaruhi pertimbangan tatalaksana jangka panjang termasuk evaluasi indikasi tonsilektomi elektif apabila pola kekambuhan berlanjut [5,10,16,9].

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan tonsilitis kronis eksaserbasi akut, dengan diagnosis banding faringitis akut, mononukleosis infeksiosa, dan tonsilitis difteri. Pasien diberikan tatalaksana berupa klindamisin 3×300 mg per oral, metilprednisolon 3×4 mg per oral, suplemen neurotropik (Nuro EF) 1×1 tablet per oral, serta kumur povidone-iodine 2–3 kali sehari, disertai edukasi mengenai tanda bahaya dan pentingnya kontrol ulang.

Pemantauan dilakukan selama tujuh hari. Perjalanan klinis pasien menunjukkan perbaikan yang konsisten, dengan resolusi demam pada hari ketiga dan perbaikan nyeri menelan yang progresif hingga hampir menghilang pada hari kelima, seperti dirangkum pada Tabel 1. Pada kontrol hari ketujuh, seluruh keluhan subjektif telah hilang dan pemeriksaan fisik menunjukkan perbaikan objektif berupa pengecilan ukuran tonsil dari T3/T3 menjadi T2/T2 dengan permukaan yang lebih rata, edema dan hiperemis negatif, serta kelenjar getah bening servikal yang tidak lagi teraba maupun nyeri tekan.

Tabel 1. Ringkasan follow up pasien selama tujuh hari pemantauan

Hari	Temuan Klinis	Tatalaksana
Hari ke-0 (awal)	Nyeri menelan, demam, tonsil T3/T3 edema (+/+) hiperemis (+/+), KGB kanan nyeri tekan	Klindamisin 3×300mg, metilprednisolon 3×4mg, Nuro EF 1×1, Betadine gargle
Hari ke-2	Demam mulai turun, nyeri menelan berkurang	Lanjutkan terapi
Hari ke-4	Nyeri menelan minimal, tidak demam	Lanjutkan terapi hingga tuntas
Hari ke-7 (kontrol)	Keluhan (-), tonsil T2/T2, edema/hiperemis (-/-), KGB tidak teraba	Terapi dihentikan, edukasi kontrol bila kambuh

Tabel 2. Ringkasan poin penting kasus

Aspek	Keterangan
Diagnosis akhir	Tonsilitis kronis eksaserbasi akut
Usia / jenis kelamin	Perempuan, 23 tahun
Keluhan utama	Nyeri menelan progresif 3 hari, demam, malaise, disertai nyeri alih ke telinga
Temuan kunci pemeriksaan	Tonsil T3/T3, permukaan tidak rata, edema dan hiperemis bilateral, tanpa kripa/detritus/membran
Diagnosis banding yang disingkirkan	Faringitis akut, mononukleosis infeksiosa, tonsilitis difteri
Tatalaksana	Klindamisin, metilprednisolon, suplemen neurotropik, kumur povidone-iodine
Luaran (7 hari)	Resolusi klinis lengkap, tonsil mengecil dari T3/T3 menjadi T2/T2
Pesan klinis utama	Nyeri telinga tanpa kelainan otologis pada pasien dengan nyeri tenggorokan patut dicurigai sebagai nyeri alih dari tonsilitis, bukan kelainan THT primer lain

Pasien pada laporan kasus ini menunjukkan trias klasik tonsilitis akut maupun eksaserbasi akut dari tonsilitis kronis, yaitu nyeri tenggorokan, odinofagia, dan demam, sejalan dengan gambaran klinis yang telah banyak dilaporkan dalam literatur [1,2,8,3].

Keluhan nyeri telinga yang muncul sejak hari kedua tanpa disertai otorea maupun penurunan pendengaran, serta tidak ditemukannya kelainan pada pemeriksaan otoskopi dan tes penala, sesuai dengan konsep nyeri alih (referred pain) pada tonsilitis. Persarafan sensorik orofaring dan telinga tengah

oleh cabang nervus glossofaringeus menjelaskan mengapa peradangan tonsil dapat dirasakan sebagai nyeri telinga tanpa disertai kelainan otologis [13,14,15,3].

Bila dinilai menggunakan kriteria Centor yang dimodifikasi (McIsaac score), adanya demam disertai pembesaran tonsil dan tidak adanya batuk pada pasien berusia 15–44 tahun (skor tambahan usia 0) memberikan skor sekitar 3, yang menempatkan pasien pada kategori risiko sedang terhadap kemungkinan infeksi *Streptococcus* β -hemolitikus grup A dan mengindikasikan perlunya pertimbangan pemeriksaan penunjang seperti rapid antigen test atau kultur usap tenggorok sebelum pemberian antibiotik empiris, meskipun pemeriksaan tersebut tidak tersedia pada kunjungan ini [6,7,11,12].

Perlu ditekankan bahwa penegakan diagnosis tonsilitis kronis secara ideal turut memerlukan konfirmasi riwayat episode tonsilitis akut berulang sesuai kriteria Paradise (tujuh episode dalam satu tahun, lima episode per tahun selama dua tahun, atau tiga episode per tahun selama tiga tahun berturut-turut); pada kasus ini riwayat tersebut tidak tergali secara eksplisit sehingga menjadi keterbatasan yang perlu ditelusuri lebih lanjut pada kunjungan berikutnya [5,10,16,9].

Tiga diagnosis banding dipertimbangkan dan disingkirkan pada kasus ini. Faringitis akut dipertimbangkan karena tumpang tindih gejala nyeri tenggorokan dan demam, namun kondisi tersebut umumnya tidak disertai pembesaran tonsil yang bermakna seperti pada pasien ini (T3/T3) [2,4,3,5]. Mononukleosis infeksius dipertimbangkan mengingat usia pasien yang termasuk kelompok risiko, namun kondisi ini khas disertai limfadenopati generalisata, splenomegali, dan fatigue bermakna yang tidak ditemukan pada pasien [7,17,12]. Tonsilitis difteri dipertimbangkan karena dapat memberikan gambaran tonsil membesar, namun khas ditandai pseudomembran keabuan yang melekat erat disertai gejala sistemik berat (bull neck), sedangkan pada pasien tidak ditemukan membran pada kedua sisi tonsil sehingga diagnosis ini dapat disingkirkan [1,8,3].

Klindamisin per oral dipilih sebagai antibiotik empiris yang efektif terhadap *Streptococcus* β -hemolitikus grup A maupun bakteri anaerob yang mungkin berperan pada tonsilitis kronis dengan kriptas yang telah mengalami perubahan struktural [4,18,12,11]. Pemberian metilprednisolon dosis rendah bertujuan mengurangi edema dan inflamasi tonsil sehingga mempercepat perbaikan odinofagia, sedangkan kumur povidone-iodine diberikan sebagai terapi suportif untuk menjaga higiene rongga mulut dan mengurangi beban mikroba lokal [8,2,3].

Lihat Tabel 1 untuk rangkuman lengkap pola pemulihan klinis pasien selama tujuh hari pemantauan, yaitu fase inflamasi akut yang dominan pada hari pertama, fase transisi saat demam mulai surut pada hari kedua hingga ketiga, hingga fase resolusi menjelang hari kelima sampai ketujuh, sejalan dengan literatur yang mencatat sebagian besar kasus tonsilitis mengalami perbaikan gejala dalam tujuh hingga sepuluh hari setelah tatalaksana yang tepat [2,21,4,22]. Penurunan demam yang mendahului perbaikan nyeri menelan mencerminkan kerja farmakodinamik kombinasi terapi: eradikasi bakteri oleh antibiotik memutus rantai pelepasan mediator inflamasi sistemik penyebab demam, sedangkan penurunan edema mukosa oleh kortikosteroid membutuhkan waktu lebih lama akibat proses resorpsi cairan interstisial yang tidak instan [2,4,18,8].

Perubahan ukuran tonsil dari T3 menjadi T2 pada kontrol hari ketujuh menjadi bukti objektif yang memperkuat kesan perbaikan subjektif yang dilaporkan pasien.

Tidak dijumpainya tanda bahaya seperti trismus, kesulitan menelan air liur, maupun sesak napas sepanjang masa pemantauan menunjukkan bahwa proses infeksi dan inflamasi berhasil dikendalikan sebelum menembus kapsul tonsil menuju ruang peritonsil, sehingga komplikasi supuratif seperti abses peritonsil dapat dihindari [22,19,20,7]. Resolusi klinis yang lengkap tanpa komplikasi pada akhir minggu pertama menegaskan bahwa kombinasi diagnosis dini, pemilihan antibiotik yang tepat sasaran, pemantauan berjenjang, serta kepatuhan pasien terhadap terapi merupakan kunci keberhasilan tatalaksana tonsilitis kronis eksaserbasi akut, meskipun evaluasi berkala serta pertimbangan tonsilektomi elektif tetap diperlukan bila episode berulang terjadi di kemudian hari [16,10,5]. Lihat Tabel 2 untuk rangkuman poin-poin penting kasus ini.

4. KESIMPULAN

Telah dilaporkan kasus seorang perempuan usia 23 tahun dengan tonsilitis kronis eksaserbasi akut yang tampil dengan trias nyeri menelan, demam, dan nyeri telinga sebagai referred pain, disertai tonsil T3/T3 dengan permukaan tidak rata pada pemeriksaan fisik. Diagnosis banding berupa faringitis akut, mononukleosis infeksiosa, dan tonsilitis difteri dapat disingkirkan berdasarkan karakteristik klinis yang khas. Tatalaksana kombinasi antibiotik klindamisin, kortikosteroid metilprednisolon, dan kumur antiseptik povidone-iodine, disertai edukasi tanda bahaya, memberikan resolusi klinis lengkap dalam tujuh hari pemantauan dengan prognosis baik. Perlu ditekankan pentingnya penggalian riwayat episode tonsilitis berulang secara lebih rinci pada kunjungan berikutnya untuk memperkuat kepastian diagnosis tonsilitis kronis serta mempertimbangkan indikasi tonsilektomi elektif apabila pola kekambuhan tersebut terkonfirmasi [5,10,16,9].

REFERENSI

- [1] Nimmana BK, Paterek E. Tonsillitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Updated 2025 Jul 7.
- [2] Smith KL, Hughes R, Myrex P. Tonsillitis and tonsilloliths: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2023;107(1):35-41.
- [3] Masters KG, Lasrado S. Anatomy, head and neck: tonsils. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Updated 2025 Jul 26.
- [4] Pallon J, Rööst M, Sundqvist M, Hedin K. The aetiology of pharyngotonsillitis in primary health care: a prospective observational study. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):971.
- [5] Guntinas-Lichius O, Geißler K, Mäkitie AA, Ronen O, Bradley PJ, Rinaldo A, et al. Treatment of recurrent acute tonsillitis – a systematic review and clinical practice recommendations. *Front Surg*. 2023;10:1221932.
- [6] Kanagasabai A, Evans C, Jones HE, Hay AD, Dawson S, Savović J, Elwenspoek MMC. Systematic review and meta-analysis of the accuracy of McIsaac and Centor score in patients presenting to secondary care with pharyngitis. *Clin Microbiol Infect*. 2024;30(4):445-452.
- [7] Jääskeläinen J, Renko M, Kuitunen I. Centor scores associated poorly with rapid antigen test findings in children with sore throat. *Eur J Pediatr*. 2024;184(1):4.
- [8] Samara P, Athanasopoulos M, Athanasopoulos I. Unveiling the enigmatic adenoids and tonsils: exploring immunology, physiology, microbiome dynamics, and the transformative power of surgery. *Microorganisms*. 2023;11(7):1624.
- [9] Nair LSR, George S, Anandaraj S, Anuja S, Naveena TV, Aishwarya U. Interexaminer agreement among pediatric dental specialists in assessment of tonsil size, Friedman tongue position, and Friedman staging of obstructive sleep apnea in children: an observational study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2024;42(2):91-97.
- [10] Wilson JA, Fouweather T, Homer T, O'Hara J, Stocken DD, Steen N, et al. Conservative management versus tonsillectomy in adults with recurrent acute tonsillitis in the UK (NATTINA): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2023;401(10389):1586-1597.
- [11] Tirago TD, Worku M, Nima TM, Ormago MD. Microbial composition, antibiotic sensitivity patterns, and contributing factors among children with tonsillitis in Hawassa Town, Sidama, Ethiopia. *Int J Microbiol*. 2025;2025:6366378.
- [12] Infectious Diseases Society of America; American Society for Microbiology. Guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2024 update. *Clin Infect Dis*. 2024;ciae104.
- [13] Hwa TP, Brant JA. Evaluation and management of otalgia. *Med Clin North Am*. 2021;105(5):813-826.

- [14] Dalley AF 2nd, Agur AMR. Moore's Clinically Oriented Anatomy. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023.
- [15] Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. Gray's Anatomy for Students. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
- [16] Houborg HI, Klug TE. Quality of life after tonsillectomy in adult patients with recurrent acute tonsillitis: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022;279(6):2753-2764.
- [17] Wang C, Duan L, Li P, Zhao W, Cao X. A case of suppurative tonsillitis as a complication of acute infectious mononucleosis. *Sci Prog*. 2025;108(2).
- [18] Shevale VB, Shinde RV, Patil SR. Bacteriological profiles and antimicrobial susceptibility patterns among isolates in tonsillitis patients attending a tertiary care hospital. *Cureus*. 2024;16(10):e72403.
- [19] Krishnaprasadh D, Hohman MH, McDowell RH. Peritonsillar abscess. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Updated 2026 Jan 31.
- [20] Portillo-Medina A, Golet Fors M, Penella Prat A, Manos M, Videla S, González-Compta X. Recurrent peritonsillar abscess in adults: incidence and risk factors in a prospective longitudinal cohort. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2024;75(6):361-366.
- [21] BMJ Best Practice. Acute pharyngitis/tonsillitis. London: BMJ Publishing Group; Topic reviewed 2025.
- [22] Kjærulff AMG, Fuglsang S, Klug TE. Peritonsillar abscess assessment tool. *Dan Med J*. 2024;71(8):A03240195.
- [23] Ketterer MC, Maier M, Burkhardt V, Mansour N, Knopf A, Becker C. The peritonsillar abscess and its management – is incision and drainage only a makeshift to the tonsillectomy or a permanent solution? *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1282040.