

Infecciones profundas del cuello

Otorrinolaringología



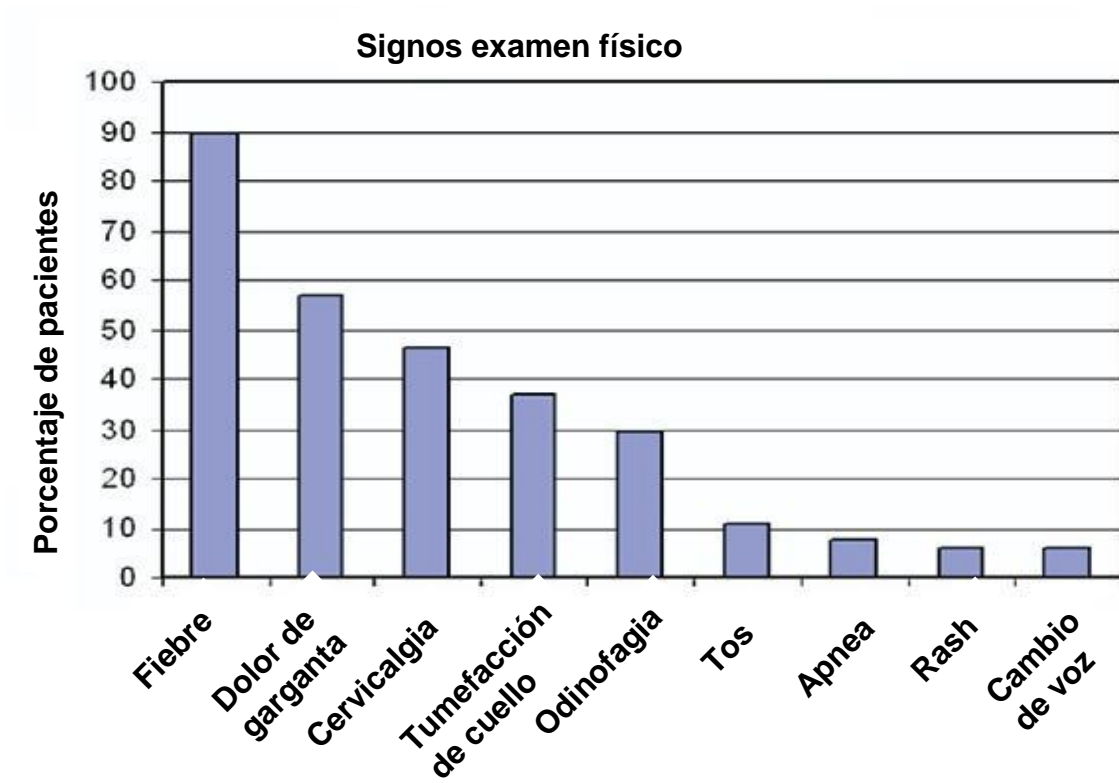
Absceso Retrofaríngeo

Los abscesos retrofaríngeos son una complicación infrecuentes de las infecciones de las vías aéreas superiores en los niños.

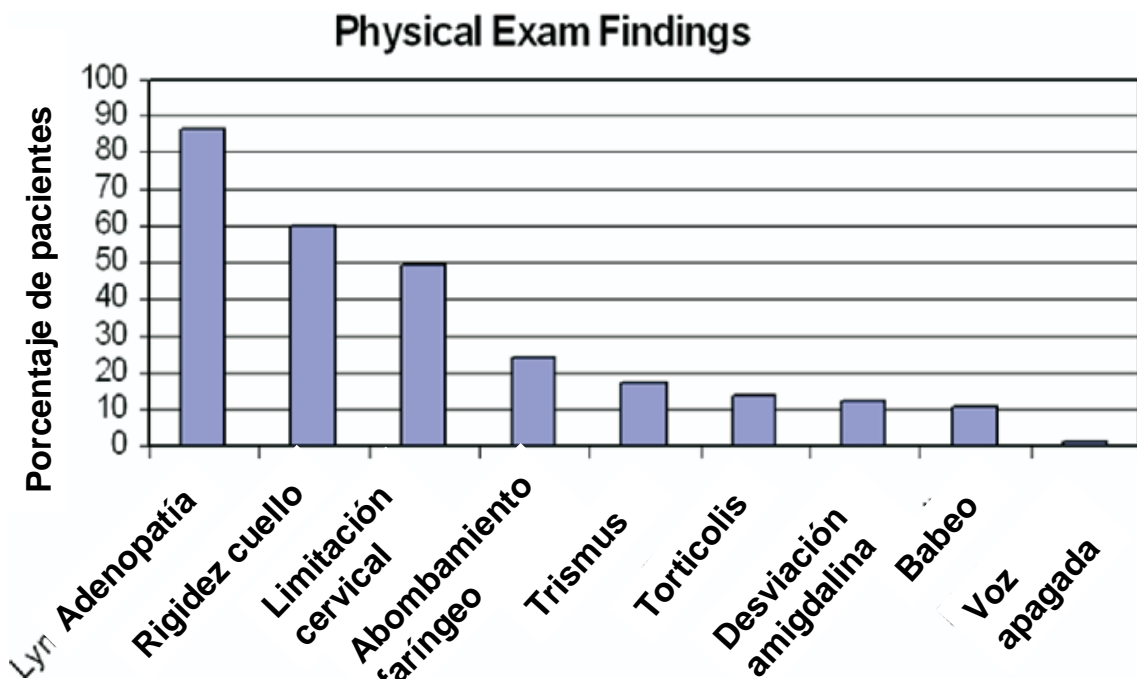
El espacio retrofaríngeo está limitado por la aponeurosis prevertebral y perifaríngea y lateralmente por tabiques sagitales que las unen, se continua hacia abajo con el mediastino posterior.

Los ganglios retrofaríngeos de Gillette situados frente a C2, que forman dos grupos a ambos lados de la línea media, regresan entre los 2 y los 5 años. La infección de estos ganglios explica la mayor frecuencia de las supuraciones retrofaríngeas antes de los 4 años. En niños mayores, generalmente son secundarias a la ingestión de un cuerpo extraño o a un traumatismo yatrogénico de la pared faríngea posterior; a la propagación de una infección de otro espacio perifaríngeo o de una infección ósea vertebral.

Síntomas ⁽¹⁾:



Signos ⁽¹⁾:



Absceso Laterofaringeo

En función de la localización con respecto al ramillete estiloideo se distinguen los abscesos preestiloideos (compartimiento anterior) y retroestiloideos (compartimiento posterior). El compartimiento anterior preestiloideo no contiene elementos nobles, sólo tejido adiposo y linfático. Es importante distinguir estas dos localizaciones anatómicas del absceso ya que la presentación clínica, la gravedad de la infección y la vía de acceso quirúrgica son diferentes.

Compartimiento anterior:

- Causas
 - Infección por 3er molar retenido.
 - Propagación de un absceso periamigdalina.
- Clínica:
 - Odinofagia intensa.
 - Hipertermia.
 - Tumefacción de la faringe con desplazamiento hacia la línea media y empastamiento doloroso submandibular.

Compartimiento posterior:

- Infrecuentes. Mayores complicaciones.
- Causas:
 - Propagación de Abscesos de la parótida.
 - Propagación de Abscesos de mastoides (Bezold).
 - Propagación de un absceso del compartimiento anterior.

Desde allí se puede diseminar al mediastino.

- Clínica:
 - Dolor parte alta del cuello subauricular
 - Torticolis por contractura del musculo esternocleidomastoideo (ECM)
 - Empastamiento y abombamiento del borde anterior del ECM.
 - Fauces de aspecto normal.

El diagnóstico de los abscesos profundos se complementa con la clínica, el laboratorio y diagnóstico por imágenes.

En cuanto al laboratorio, diferentes autores hallaron los siguientes datos:

- 91% de los pacientes presentaban leucocitosis. El valor más elevado fue 22400 glóbulos blancos (GB). ⁽¹⁾
- Recuento leucocitario medio de 20648 +/- 8617. PCR media de 165 +/- 116. ⁽³⁾
- Recuento de glóbulos blancos medio de 23.900 (rango 9000 – 47000),
PCR 107, 8 +/- 59 mg/l (rango 0,13- 186)
VES 99, 2 +/- 26 mm/hs (rango 48-160) ⁽²⁾

En cuanto a la tomografía computada (TC) con contraste, el trabajo realizado por Dayaa H. señala:

- Criterios que determinan que sea un absceso ⁽⁴⁾ :
 - Imagen hipodensa
 - La presencia de aire o colección
 - Realce periférico

Características tomográficas	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
Borde completo	47% (10/21)	83% (5/6)
Hiperdensidad con respecto a LCR	95% (20/21)	33% (2/6)
Evaluación global	81% (17/21)	67% (4/6)

Page, Kirse y Roberson consideran a los abscesos de los espacios retro y parafaríngeos como una sola entidad debido a que los ganglios de estos espacios comprenden un solo grupo ganglionar sin ninguna barrera que evite la propagación de la infección.

Presentación de casos clínicos

Sofía

Edad y sexo: 8 años - Femenino

Motivo de consulta: Fiebre y tumoración cervical de 4 días de evolución.

Clínica: Tumoración laterocervical derecha dolorosa sin signos de flogosis asociada a tortícolis.
Abombamiento asimétrico de pared faríngea posterior.
Sin dificultad respiratoria.

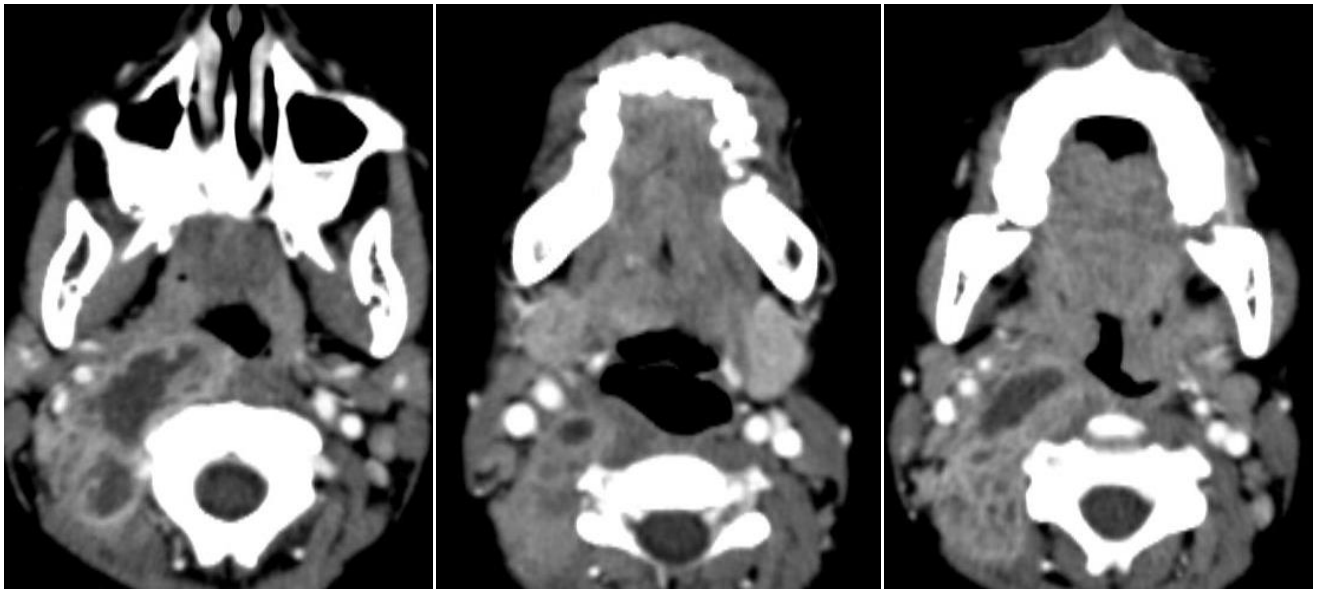
Estudios realizados durante la internación:

Ecografía cervical: imagen a nivel latero cervical derecha de 34 x 18 mm.
Ecoestructura normal de las miofibrillas paraespinales con área de colección laminar.

TC: colección heterogénea que se extiende por el espacio parafaríngeo derecho desde base de cráneo hasta C5, desplazando los vasos y comprimiendo la cara lateral derecha de la faringe.

Hemograma GB 19500 (84%N) VES 80 mm/h

Hemocultivo (HMC) Negativo



Tratamiento:

Ceftriaxona + Clindamicina 12 días EV y Dexametasona.

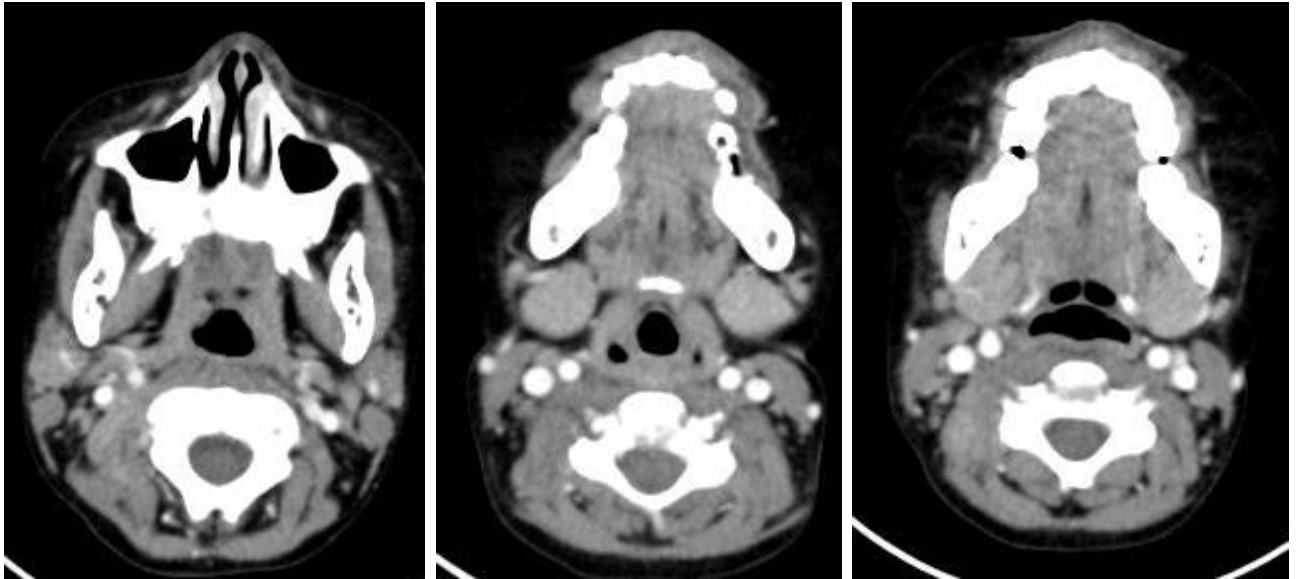
Por presentar buena evolución clínica, no se realizó drenaje quirúrgico.

Evolución:

Egreso hospitalario. Completó 18 días con amoxicilina clavulánico.
Cuatro días después de finalizar tratamiento presentó, tumefacción cervical derecha dolorosa a la palpación sin signos de flogosis.

Ecografía cervical: alteración de miofibrillas del músculo esternocleidomastoideo, sin colección.

TC: sin imagen de colección.



Re-internación.

Tratamiento: Ceftriaxona + Clindamicina 16 días EV con buena evolución

Ecografía cervical intratratamiento: normal.

Estudio Inmunológico: normal.

Completó tratamiento con Amoxicilina Clavulánico cumpliendo 24 días totales.

Fernando

Edad y sexo: 2 años - Masculino

Motivo de consulta: Fiebre, odinofagia y tumoración laterocervical de 72hs de evolución.

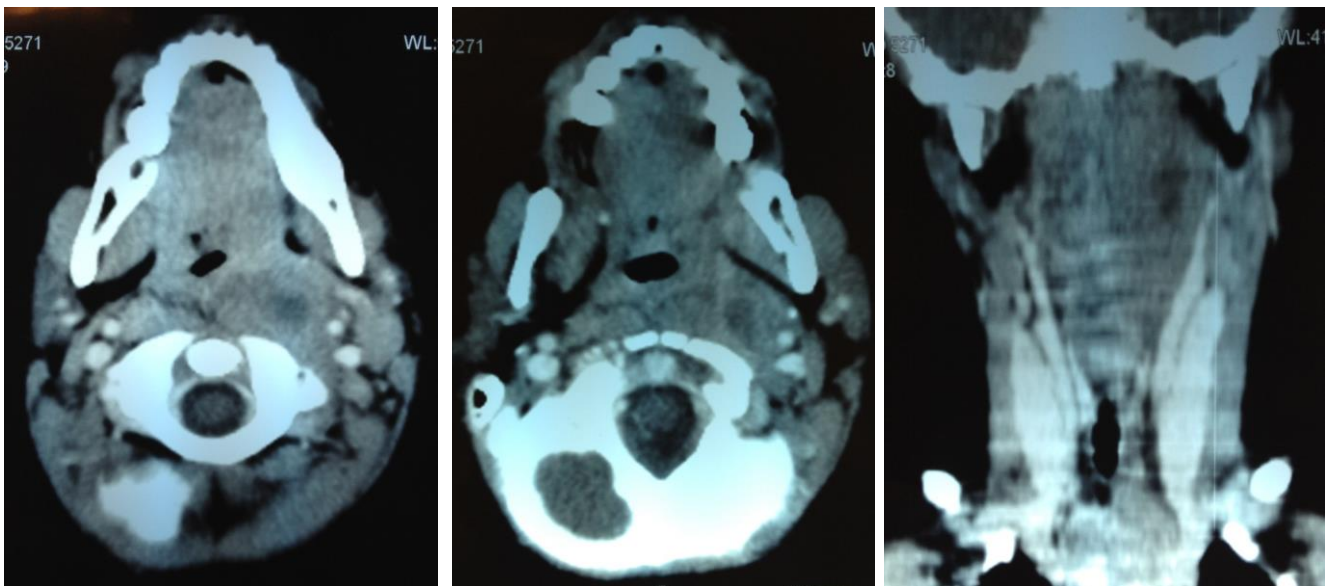
Clínica: Tumoración laterocervical izquierda dolorosa sin signos de flogosis y Abombamiento de pared posterior de faringe asociada a torticolis.
Sin dificultad respiratoria.

Estudios realizados durante la internación:

Rx cervical: aumento del espacio prevertebral con densidad de partes blandas en región retrofaríngea.

TC: Se observó imagen compatible con colección asociada a celulitis en región retro-latero faríngeo izquierdo desde C1 a C5, con desplazamiento del paquete vasculonervioso y de la vía aérea asociado a abombamiento de la pared faríngea posterior.

Laboratorio: Hemograma con GB 23200 (78% N). VES 118
HMC (-).



Tratamiento:

Se medicó con Ceftriaxone + Clindamicina y Dexametasona.

A las 72hs se realizó drenaje quirúrgico del absceso con abordaje transoral, obteniéndose material purulento.

Cultivo: Streptococcus pyogenes.

Evolución:

Buena evolución.

Recibió un total de 10 días ATB EV y completo 21 días VO.

Dylan

Edad y sexo: 2 años - Masculino

Motivo de consulta: Fiebre, disfagia, tortícolis y tumoración cervical de 72hs de evolución.

Clínica: Tumoración laterocervical izquierda dolorosa sin signos de flogosis asociada a tortícolis.
Abombamiento de la pared faríngea posterior.
Sin dificultad respiratoria.

Estudios realizados durante la internación:

Radiografía cervical: imagen radiopaca en región retrofaríngeo que desplaza vía aérea,

Ecografía cervical: compatible con absceso retrofaríngeo.

TC: Colección prevertebral que se extiende desde C2 hasta nivel dorsal bajo.

Engrosamiento reaccional de la pleura parietal y la cisura del pulmón homolateral ocupada por líquido.

Laboratorio: GB 11200 (65% N)

HMC (-)

Tratamiento:

Ceftriaxona + Clindamicina y Dexametasona.

Evolución:

Afebril con recuperación completa de la movilidad del cuello en las primeras 72hs.

TC de control: Misma colección.

Se realizó punción y drenaje quirúrgico transoral con pasaje de sonda obteniéndose material purulento.

Cultivo: Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente (SAMR).

Tratamiento: Se suspendió Ceftriaxona. Se rota esquema antibiótico a Clindamicina + Rifampicina 10 días EV.

Completó Clindamicina VO 21 días.

TC de control: sin colección.

INFECCIONES PROFUNDAS DE CUELLO

Revisando la bibliografía publicada, se describen los siguientes hallazgos coincidentes en todos los trabajos ^(1, 2, 3, 4, 5,6):

- Todos los estudios fueron retrospectivos.
- Edad: la edad media de presentación fue en menores de 5 años. Las edades variaron entre 6 días a 17 años de vida.
- Síntomas: fiebre, limitación de la movilidad del cuello, tortícolis, odinofagia, tumor en cuello. La dificultad respiratoria y el estridor fueron infrecuentes.
- Aumento de la incidencia: Los diferentes autores observaron un aumento de la incidencia en los últimos 15-20 años y esto se lo atribuyeron: a la mayor accesibilidad a centros de atención, mayor disponibilidad para realizarse una TC, al aumento de rescate y virulencia del *Streptococcus beta*hemolítico de grupo A (SBHGA) y SAMR, a la predisposición de una respuesta inmune supurativa en niños menores de 5 años y por último a profesionales más preparados en sospechar y diagnosticar esta patología.
- Época del año: invierno y primavera
- Complicaciones: la mayoría de los autores no describieron complicaciones y entre las pocas descritas fueron: mediastinitis, neumonía aspirativa, trombosis de la vena yugular interna y aneurisma de la arteria carótida común.

- Agente causal:

BACTERIOLOGIA: en orden de frecuencia ^(1,6)

- *Streptococcus beta*hemolítico del grupo A
- *Staphylococcus aureus*
- Flora mixta
- Bacterias anaeróbicas: *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* spp
- Bacterias aeróbicas: *Streptococcus* grupo A, *Haemophilus Influenzae*, *Staphylococcus aureus*

Diferentes autores coinciden en el manejo de este tipo de pacientes:

- Internación: ante la sospecha y/o diagnóstico de absceso retro o latero faríngeo todos los niños se internan. La internación varía para

los diferentes autores entre 2 a 9 días, los que presentaron complicaciones permanecieron más días internados.

- Estudios: TC con contraste es el estudio de elección para el diagnóstico y el seguimiento. Es útil para evaluar la extensión del absceso y descartar complicaciones. Se describieron hallazgos predictivos en la TC de la presencia de pus: realce periférico, bordes del absceso irregulares, corte transversal al absceso mayor a 2.0cm²
Laboratorio: valor elevado de GB, VES, PCR.

- Tratamiento: médico/quirúrgico

Tratamiento antibiótico empírico. (6)

- Cubrir bacterias anaerobias y cocos gram + aerobios
- Cefalosporina 1ra: Cefalotina o Cefazolina 100 a 150 mg/kg/d cada 6h
- O Cefalosporina de 3ra: 50 a 100mg/kg/d cada 24 hs.
- Asociado a: Metronidazol 30mg/kg/d cada 8h o Clindamicina 30mg/kg/d cada 6h

Tratamiento quirúrgico (5):

- DRENAJE TRANSORAL:
 - 1) Absceso medial a los grandes vasos
 - 2) Contenido limitado en un ganglio retrofaríngeo
- DRENAJE EXTERNO:
 - 1) Absceso lateral
 - 2) Compromiso de grandes vasos del cuello
 - 3) Ruptura de absceso

Por otro lado, existen factores predictivos para drenaje quirúrgico (1):

- TC corte transversal del área de la lesión mayor a 20 mm²
- Duración de los síntomas: mayor de 2 días. Niños que recibiendo un esquema antibiótico adecuado no mejoran o empeoran clínica y/o radiológicamente.
- Tratamiento antibiótico previo.

CONCLUSIONES

- Más frecuente en niños menores de 5 años.
- En los últimos años se observó un aumento de la incidencia.
- Clínica: fiebre, limitación en la movilidad del cuello, tortícolis, odinofagia, tumor en cuello. La dificultad respiratoria y el estridor son infrecuentes.
- En flemones y abscesos pequeños menores a 20 mm² el tratamiento antibiótico puede ser suficiente, debe seguirse con TC con contraste.
- Tratamiento quirúrgico: abscesos mayores a 20 mm², complicaciones, compromiso de la vía aérea.
- El abordaje transoral: es seguro y efectivo

BIBLIOGRAFÍA

1. Nathan C, Page MD, Erik M, Bauer MD, et al. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2008; 138:300-306.
2. Grisarú-Soes G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children – Epidemiology, clinical features and treatment. *International Journal of pediatric otorhinolaryngology* 2010; 74: 1016-1020.
3. Santander B, Prieto del prado A, Madrid Castillo MD, Neth O, et al. Abscesos retrofaringeo y parafaringeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr (Barc)* 2011; 75 (4): 266-272.
4. Dayaa H, Loa S, Papsin B, Zachariasovab A. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 2005; 69: 81-86
5. Kirse D, Roberson MD. Surgical Management of Retropharyngeal Space Infections in Children. *Laryngoscope* 2001; 111:1413–1422.
6. Ruiz Guiñazú, J. Infecciones del cuello. *Infectología Pediátrica, Hugo Paganini*; 2007; 33:300-303