

Absceso de espacios profundos del cuello: a propósito de un caso en un niño

Gustavo Bravo C.⁽¹⁾, Grettel Martelo P.⁽²⁾, Carlos Celedón L.⁽¹⁾, Camila Seymour M.⁽³⁾

⁽¹⁾*Servicio de Otorrinolaringología HCUCH.*

⁽²⁾*Estadía de Capacitación, Servicio de Otorrinolaringología, HCUCH.*

⁽³⁾*Estudiante de Medicina, U. de Chile.*

SUMMARY

Infections of the deep neck spaces are low-frequency entities. They can be classified according to the anatomical space committed to peritonsillar, parapharyngeal, retropharyngeal, etc. They are clinically similar to other upper respiratory infection with symptoms like: fever, sore throat, dysphagia, dysphonia, cervical lymphadenitis. The diagnosis is made by clinical history, physical examination findings and imaging studies. The treatment consists in securing the airway, intravenous antibiotics and surgical drainage. We report the case of a ten months years old child who consulted at the Hospital Clínico Universidad de Chile by an upper respiratory infection associated with right cervical enlargement. The neck CT scan showed extensive soft tissue inflammatory changes of right lateral cervical region, supra and infrahyoid. The diagnosis of right deep neck space abscess was made. We began treatment with Cefotaxime / Clindamycin, and surgical drainage, showing favorable results.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de los espacios profundos del cuello son entidades de baja frecuencia, debido al tratamiento antibiótico disponible en la actualidad; sin embargo, continúan siendo de importancia clínica por su riesgo inherente de compromiso de la vía aérea y su extensión a estructuras vitales⁽¹⁾.

En relación a la anatomía de los espacios profundos del cuello cabe, señalar que la fascia cervical profunda se divide en tres capas: superficial, media y profunda. La capa superficial de la fascia cervical profunda incluye los músculos esternocleidomastoideo y trapecio y las glándulas

salivales parótida y submaxilar. La capa media incluye los músculos prelaríngeos, la glándula tiroidea, esófago y la tráquea. Se extiende desde el hioides (por arriba) hasta el mediastino (parte inferior). La capa profunda se divide en dos partes: la fascia alar y la fascia prevertebral. La fascia prevertebral se encuentra junto a los cuerpos vertebrales cervicales y se extiende desde la base del cráneo hasta el cóccix. La fascia alar es inmediatamente anterior a la prevertebral, pero sólo llega a la segunda vértebra torácica. Los tres capas de la fascia cervical profunda forman parte del espacio carotídeo, por el cual pasan los vasos principales del cuello⁽²⁾.

Las infecciones de espacios profundos de cuello se pueden clasificar según el espacio anatómico comprometido; entre ellos los espacios submandibular, sublingual, masticatorio, parotídeo, visceral, periamigdalino, parafaríngeo, retrofaríngeo, prevertebral y espacio peligroso⁽³⁾.

En cuanto a la clínica, puede ser similar a cualquier otra infección respiratoria alta: fiebre, odinofagia, disfagia, disfonía, adenopatías cervicales; por lo que para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha⁽⁴⁾.

La presentación de las infecciones de los espacios profundos del cuello puede ir desde flegmón, hasta un absceso. Otro aspecto interesante es la relación entre la localización y el microorganismo involucrado; así en los abscesos periamigdalinos y parafaríngeos predomina la flora de la orofaringe, mientras que en los retrofaríngeos los gérmenes involucrados provienen de la nasofaringe^(4,5,7).

El diagnóstico de los abscesos profundos del cuello se realiza por la historia clínica, los hallazgos del examen físico y de los estudios imagenológicos^(3,4).

El tratamiento de elección consiste en asegurar la vía aérea, antibioticoterapia intravenosa y drenaje quirúrgico en caso necesario⁽¹⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 10 meses de edad sin antecedentes mórbidos perinatales, ni familiares, con esquema de vacunación al día y no acude a jardín. Consultó a su pediatra por cuadro clínico de inicio súbito caracterizado por fiebre y coriza. Se diagnosticó infección respiratoria alta y se indicó tratamiento con kaloba, nastizol y sinasmal. Dos días después acude a Servicio de Urgencia del HCUCH por persistencia de fiebre. Se realiza test *pack* viral el cual resulta positivo para in-

fluenza A y se inicia tratamiento con oseltamivir. El paciente continúa febril por lo que consulta nuevamente.

Al ingreso se constata paciente febril 39°C, irritable, con aumento de volumen sublingual y submandibular derecho, hemograma con leucocitos en 15700, segmentados 65%, monocitos 5% y linfocitos 21%; VHS: 88; PCR: 134,8.

Se realiza radiografía de tórax la cual fue normal y ecografía cervical de partes blandas que muestra signos compatibles con adenitis cervical derecha, asociado a cambios inflamatorios del tejido adyacente.

Paciente es hospitalizado en Servicio de Pediatría con diagnóstico de influenza A y adenoflegmón cervical derecho y se inicia antibioticoterapia con cefotaxime y cloxacilina.

A las 24 horas de hospitalización se realiza tomografía computarizada de cuello que muestra extenso compromiso inflamatorio de partes blandas de región cervical lateral derecha, supra e infrahioidea derecha, posiblemente secundaria a linfadenitis, asociado a compromiso flegmonoso y con signos de abscedación en evolución (Figura 1).

Por los hallazgos anteriores se solicita interconsulta a ORL. El paciente es evaluado, encontrándose aumento de volumen indurado en las regiones parotídea, masticatorio, submandibular, submentoniano, sublingual, yugulo-digástrico y cervical del lado derecho (Figura 2), sin compromiso ventilatorio. Se decide cambiar cloxacilina por clindamicina para cubrir anaerobios y esperar fluctuación de la masa para efectuar drenaje quirúrgico, con evaluación diaria por ORL.

Al tercer día de hospitalización se objetiva aumento de volumen cervical fluctuante, por lo que se decide programar para resolución quirúrgica.

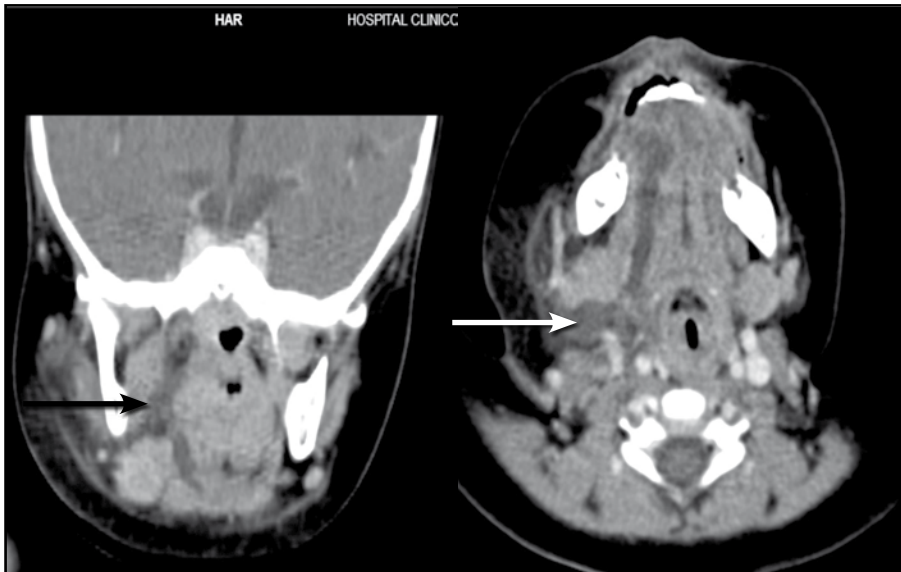


Figura 1. TC de cuello: extenso compromiso inflamatorio de partes blandas de región cervical superficial y profunda, supra e infrahioidea derecha, comprometiendo el espacio carotídeo derecho, extendiéndose hacia los espacios parafaríngeo, periamigdalino, masticador, carotídeo y piso de la boca. Asociado a compromiso flegmonoso y con signos de abscedación.

Se efectúa drenaje de absceso bajo anestesia general por abordaje externo, realizando una incisión submandibular de 2 cm, y atravesando el plano subplatismal donde se aprecia una masa la cual se punciona y se obtiene líquido citrino. Se vacía el contenido de la misma y se envía para cultivo. El resultado del cultivo fue negativo para crecimiento bacteriano, pero con abundantes leucocitos.

Paciente evoluciona afebril, en buenas condiciones generales, sin aumento de volumen cervical, por lo que se decide alta con antibioticoterapia oral

(cefuroximo 130 mg c/12 h) por 14 días, con control en una semana por ORL.

DISCUSIÓN

El diagnóstico inicial de las infecciones de los espacios profundos del cuello es por lo general difícil en pacientes pediátricos, debido a lo sutil de los síntomas. Además los niños pueden ser poco cooperadores durante el examen físico son incapaces de comunicar con claridad sus síntomas y su orofaringe es difícil de examinar debido a su pequeño tamaño. Por otra parte, la

Figura 2. Aumento de volumen cervical derecho, que compromete las regiones parotídea, masticatorio, submandibular, submentoniano, sublingual, yugulodigástrico y cervical del lado derecho.



presentación clínica puede confundirse con otras enfermedades más frecuentes, como amigdalitis, faringitis viral, y linfadenitis, lo que puede favorecer diagnósticos erróneos^(3,9).

Los signos y síntomas observados en la mayoría de los estudios con niños son masa o aumento de tamaño cervical, fiebre, linfadenopatías, disminución de la ingesta oral y rigidez de nuca^(3,4,6,8,10).

Los factores predisponentes son similares para niños y adultos: infecciones del tracto respiratorio superior, infecciones odontogénicas, adenitis cervical; pero las características clínicas pueden ser distintas, dependiendo del grupo etario. Es así como los quistes congénitos sobreinfectados se observan con mayor frecuencia en pacientes pediátricos^(3,4,12).

Coticchia y cols. encontraron en su estudio los siguientes factores predisponentes en lactantes: prematuridad, trauma reciente de cabeza y cuello, antecedente de hospitalización en UCI, quistes congénitos, inmunosupresión, historia de sepsis e infección otorrinolaringológica reciente⁽⁶⁾.

Estos abscesos se presentan en los distintos espacios del cuello dependiendo del grupo etario; de esta forma los abscesos periamigdalinos son más frecuentes en adolescentes y adultos, y los retrofaríngeos, en niños pequeños^(3,4,6,8,10).

Chang y cols obtuvieron hallazgos similares en su estudio: todos los pacientes con abscesos retrofaríngeos eran niños pequeños, mientras que el 81% de los abscesos periamigdalinos ocurrieron en adolescentes⁽³⁾.

La tomografía computarizada (TC) es el examen de imagen más importante para la evaluación correcta de los espacios profundos del cuello. Su importancia radica en que permite determinar el

abordaje quirúrgico correcto, ya que en la mayoría de los casos hay más de un espacio cervical afectado. La TC posee excelente eficiencia en la determinación de todos los sitios involucrados. La propagación de la enfermedad puede ser reconocida por el aumento del contraste de los tejidos blandos del cuello. Una radiografía de tórax es también esencial en la determinación de la planificación terapéutica, ya que podría indicar complicaciones más graves, tales como mediastinitis^(1,3,11).

En los abscesos retrofaríngeos (AR) o parafaríngeos con compromiso respiratorio, es necesario realizar un drenaje quirúrgico inmediato y antibioterapia empírica^(1,2,3,6,13).

En los niños sin compromiso respiratorio, la mayoría de las publicaciones recientes optan por tratamiento antibiótico en casos de AR < 2 cm. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos en que existe compromiso respiratorio, empeoramiento clínico, abscesos > 2 cm, y falta de respuesta a antibióticos. El uso de tratamiento conservador implica un seguimiento cercano, por la posibilidad de complicaciones^(1,2,4,6,7,13).

Como tratamiento empírico se utilizan antibióticos de amplio espectro intravenosos, que cubran gérmenes gram positivos/negativos, anaerobios y gérmenes productores de betalactamasas. Se han usado diferentes combinaciones, una de ellas la asociación de cefalosporinas de 2° ó 3° generación y clindamicina o metronidazol, o el uso de betalactámico más un inhibidor de betalactamasa, entre otros^(1,3,5-7). En nuestro caso la combinación cefotaxime y clindamicina coincidió con los empleados en la literatura.

En AR pequeños sin compromiso respiratorio se puede intentar antibioterapia de 24–48 h, realizar control con TC cervical y considerar drenaje quirúrgico abierto^(1,2,6,13,14).

El drenaje quirúrgico se realiza de acuerdo a la localización. Para los abscesos retrofaríngeos y periamigdalinos se recomienda el drenaje intraoral y para los abscesos parafaríngeos el abordaje externo^(2,9,13,14).

En el caso presentado no hubo compromiso respiratorio, pero debido al extenso compromiso inflamatorio a pesar del tratamiento antibiótico, se decidió resolución quirúrgica.

El alta y cambio a tratamiento oral debe realizarse cuando el paciente esté afebril y con mejoría clínica, completando en forma ambulatoria tratamiento oral por 14 días mínimo^(5,6).

En este caso optamos por cefuroximo a dosis de 130 mg c/12 hrs por 14 días, el cual demostró ser una buena alternativa dada la evolución favorable.

La literatura sugiere que en los cuadros recidivantes de éstas infecciones en pacientes pediátricos

debe descartarse patología congénita, principalmente quistes branquiales⁽¹⁵⁾.

La presentación, extensión y evolución del cuadro clínico nos hace sospechar la presencia de malformación congénita asociada, por lo que mantendremos a nuestro paciente bajo estricta vigilancia y seguimiento. Ante cualquier signo de recidiva, complementar con más estudios imagenológicos para eventual resección quirúrgica.

CONCLUSIONES

Las infecciones de espacios profundos del cuello son una entidad poco común en general; sin embargo, su enfrentamiento inicial adecuado permite manejarlo correctamente evitando serias complicaciones. La sospecha clínica sumada a imágenes, permite su diagnóstico y tratamiento precoz ya sea con antibioticoterapia y/o drenaje quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Yang S, Lee M, Lee Y, Huang S, Chen T, Fang T. Analysis of life-threatening complications of deep neck abscess and the impact of empiric antibiotics. *Orl J Oto-Rhino-Laryngol* 2008;70:249-56.
2. Nubiato A, Takahiro C, Santana A, Montenegro M, Pereira R, Altemani J. Clinical versus computed tomography evaluation in the diagnosis and management of deep neck infection. *Sao Paulo Med J* 2004;122:259-63.
3. Chang L, Chi H, Chiu N, Huang F, Lee K. Deep neck infections in different age groups of children. *J Microbiol Immunol Infect* 2010;43:47-52.
4. Tan P, Chang L, Huang Y, Chiu Ch, Wang Ch, Lin T. Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect* 2001;34:287-92.
5. McClay J, Murray A, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:1207-12.
6. Ramos J, Rizo M, Cañuelo O, Trigo J, Fernández E. Infecciones profundas del cuello: abscesos retro y parafaríngeos. *J An Pe (Barc)* 2010;72:359-60.

7. Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1545-50.
8. Coticchia J, Getnick G, Yun R, Arnold J. Age-, site-, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:201-7.
9. Cmejrek R, Coticchia J, Arnold J. Presentation, diagnosis, and management of deep-neck abscesses in infants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:1361-4.
10. Meher R, Jain A, Sabharwal A, Gupta B, Singh I, Agarwal A. Deep neck abscess: A prospective study of 54 cases. *J Laringol Otol* 2005;119:299-302.
11. Vural C, Gungor A, Comerci S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. *Am J Otolaryngol* 2003;24:143-8.
12. Lee J, Kim H, Lim S. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J* 2007;48:55-62.
13. Craig F, Schunk J. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003;111:1394-8.
14. Al-Sabah B, Bin Salleen H, Abdulrahman H, Choi-Rosen Manoukian J, Tewfik L. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol* 2004;33:352-5.
15. Nusbaum A, Som P, Rothschild M, Shugar J. Recurrence of a Deep Neck Infection. A Clinical Indication of an Underlying Congenital Lesion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:1379-82.

CORRESPONDENCIA

Dr. Gustavo Bravo Cordero
 Servicio de Otorrinolaringología,
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santos Dummont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 978 8153
 E-mail: guztab@gmail.com

