

Abcesos profundos de cuello. Reporte de tres casos pediátricos

Deep neck infections. Report of three pediatric cases

Dra. Roxana Spini^a, Dra. Elena Arias^b, Dr. Lucas Bordino^a, Dra. Daniela Cohen^b y Dr. Julián Michalski^b

RESUMEN

Los abscesos retro y parafaríngeos son procesos infrecuentes aunque asociados con morbilidad significativa y potencial mortalidad. En los últimos años, se ha detectado un aumento de incidencia de estas infecciones, que se debe, principalmente, a una mayor disponibilidad de la tomografía computada y a mayor virulencia de los gérmenes (*Streptococcus* beta hemolítico del grupo A y *Staphylococcus aureus* meticilino resistente). Predominan en menores de 5 años. El tratamiento de los abscesos retro y parafaríngeos consiste en antibiótico endovenoso y, eventualmente, drenaje quirúrgico. Serían pasibles de tratamiento quirúrgico aquellos pacientes con abscesos mayores de 2 cm³, con dificultad respiratoria o mala respuesta al tratamiento antibiótico inicial.

El objetivo de este reporte es presentar las características clínicas y el tratamiento de tres pacientes con abscesos profundos de cuello que se presentaron en Otorrinolaringología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde en el período de un año.

Palabras clave: absceso cervical, absceso retrofaríngeo, cirugía, niño.

ABSTRACT

Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses are rare but associated with significant morbidity and potential mortality. In recent years, there has been an increase in the incidence of these infections, mainly due to a greater availability of computed tomography scan and a greater virulence of the germs (Group A β -hemolytic *Streptococcus* and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*). They predominate in children younger than 5 years.

Treatment of retropharyngeal and parapharyngeal abscesses consists of an intravenous antibiotic and eventually surgical drainage. Surgical treatment is indicated in patients with abscesses greater than 2 cm³, with respiratory difficulty or poor response to initial antibiotic treatment.

The aim of this study is to describe clinical features and treatment of three cases of deep neck abscesses presented at Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Otorhinolaryngology Department in the period of one year.

Key words: cervical abscess, retropharyngeal abscess, child, surgery.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.e302>

Cómo citar: Spini R, Arias E, Bordino L, Cohen D, et al. Abscesos profundos de cuello. Reporte de tres casos pediátricos. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(5):e302-e306.

- Residencia de Otorrinolaringología Infantil del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- División de Otorrinolaringología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia: Dra. Roxana Spini: roxanaspini@intramed.net

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 10-1-2017.

Aceptado: 2-5-2017.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos profundos de cuello (APC) son infecciones infrecuentes con potencial compromiso de vida en los niños que resultan de la supuración de los ganglios linfáticos retrofaríngeos o propagación de una infección subyacente. Dentro de los APC, se encuentran los abscesos retrofaríngeos (ARF) y laterofaríngeos (ALF).

En los niños, la incidencia de estos abscesos ha aumentado en los últimos años.¹⁻⁶ La edad media de presentación es menor de 5 años. La sintomatología más frecuente es la rigidez del cuello, disfagia, dolor o una masa en el cuello. La dificultad respiratoria y el estridor son infrecuentes.

El diagnóstico precoz es necesario para prevenir el desarrollo de complicaciones. Sin embargo, debido a su relativa poca frecuencia, la variabilidad en la presentación de los síntomas y la falta de los signos físicos presentan un desafío diagnóstico para los médicos de urgencias, pediatras y otorrinolaringólogos.^{1,2,4,5,7}

El objetivo de este reporte es presentar las características clínicas y el tratamiento de tres pacientes con APC que se presentaron en Otorrinolaringología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

Caso clínico 1

Paciente femenino de 8 años que consulta a Consultorios Externos por fiebre y tumoración cervical de 4 días de evolución. Al momento del examen físico, presenta tumoración laterocervical derecha sin signos de flogosis, tortícolis; en las fauces, se observa un abombamiento asimétrico de la pared faríngea posterior. Se solicita una ecografía cervical, que identifica una imagen a nivel laterocervical derecha de 34 x 18 mm. Ecoestructura normal de las miofibrillas paraespinales con área de colección laminar. El análisis de laboratorio muestra glóbulos blancos (GB): 19 500 /mm³ (neutrófilos: 84%); eritrosedimentación (VES): 80 mm/h; hemocultivos negativos y tomografía computada (TC) de cuello con contraste, en la que se observa colección heterogénea que se extiende por el espacio parafaríngeo derecho desde la base del cráneo hasta C5, desplaza los vasos y comprime la cara lateral derecha de la

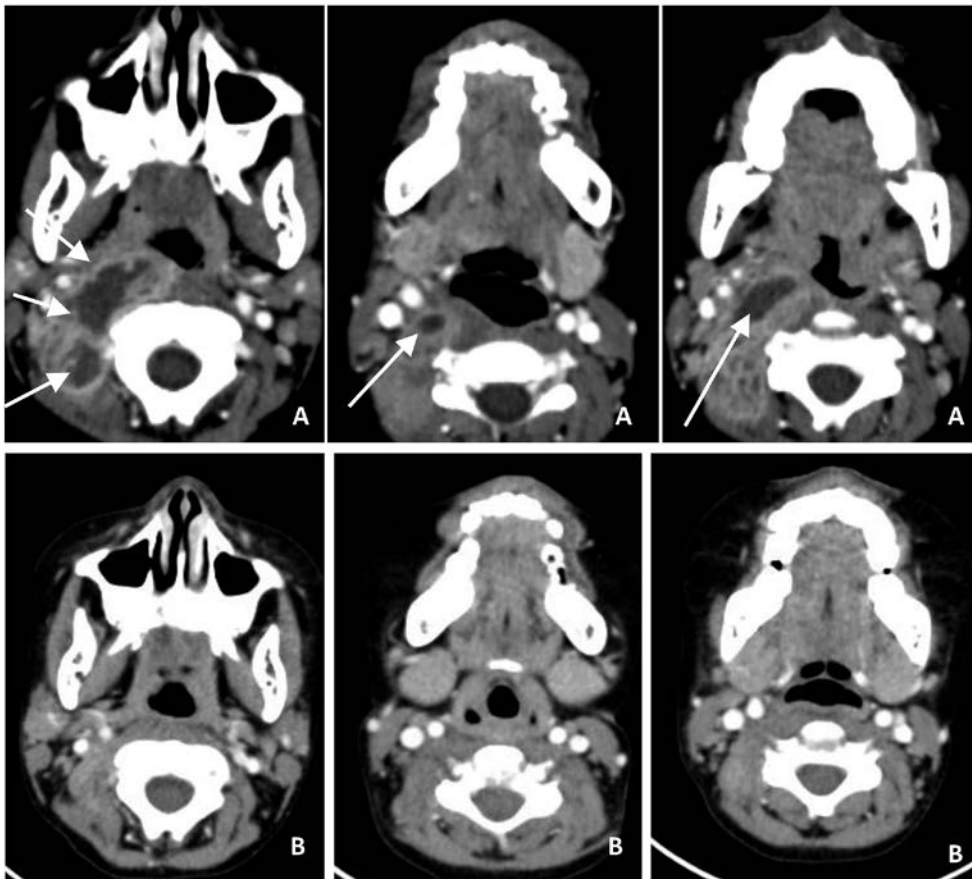
faringe (Figura 1. a). Se interna y se indican 50 mg/kg/día de ceftriaxona más 30 mg/kg/día de clindamicina y 0,6 mg/kg/día de dexametasona, por vía endovenosa (EV). Por presentar buena evolución clínica, no se realiza un drenaje quirúrgico, y se cumplen 12 días de tratamiento endovenoso y 7 días en forma ambulatoria con 40 mg/kg/día de amoxicilina-clavulánico. Cuatro días después de finalizar el tratamiento, presenta tumefacción cervical derecha dolorosa ante la palpación sin signos de flogosis, afebril y leve rigidez del cuello. La ecografía cervical muestra alteración de miofibrillas del músculo esternocleidomastoideo, sin colección. La TC con contraste, sin imagen de colección (Figura 1. b). Se reinterna con diagnóstico de miositis y se indican 50 mg/kg/día de ceftriaxona más 30 mg/kg/día de clindamicina. Se descarta inmunodeficiencia (virus de la inmunodeficiencia humana –VIH– negativo, dosaje de inmunoglobulinas y estudio

celular normal). Se otorga el egreso hospitalario con ecografía cervical normal y 16 días de tratamiento endovenoso, y cumple el tratamiento con amoxicilina-clavulánico por 24 días en total.

Caso clínico 2

Paciente masculino de 2 años que consulta por fiebre, odinofagia y tumoración laterocervical de 72 h de evolución. Presenta tumoración laterocervical izquierda dolorosa sin signos de flogosis; en las fauces, se observa un abombamiento de la pared posterior de la faringe, tortícolis. La radiografía de perfil del cuello muestra un aumento del espacio prevertebral de densidad de partes blandas en la región retrofaríngea. TC con contraste: imagen compatible con colección asociada a celulitis en la región retrolaterofaríngea izquierda desde C1 a C5, con desplazamiento del paquete vasculonervioso y de la vía aérea asociado a un

FIGURA 1. A: Tomografía computada de cuello con contraste, cortes axiales: se visualiza, en la región parafaríngea derecha, una imagen hipodensa con borde que se realza ante el contraste, que desplaza los grandes vasos del cuello. B: Tomografía computada de cuello con contraste, cortes axiales: no se visualiza una imagen de colección luego de 19 días totales de tratamiento antibiótico, pero con reparación de la tumoración dolorosa del cuello.



abombamiento de la pared faríngea posterior (Figura 2). El análisis de laboratorio muestra GB: 23 200/mm³ (neutrófilos: 78%); VES: 118 mm/h; hemocultivos negativos. Se interna y se indican 50 mg/kg/día de ceftriaxona más 30 mg/kg/día de clindamicina y 0,6 mg/kg/día de dexametasona, por vía endovenosa. A las 72 h, se realiza un drenaje quirúrgico con abordaje transoral, y se obtiene material purulento. Cultivo positivo para *Streptococcus pyogenes*. Buena evolución clínica; recibe tratamiento endovenoso por 10 días y completa 21 días con 40 mg/kg/día de amoxicilina-clavulánico en forma ambulatoria.

Caso clínico 3

Paciente masculino de 2 años que consulta por fiebre, disfagia, tortícolis y tumoración cervical de 72 h de evolución. Presenta

tumoración laterocervical izquierda dolorosa sin signos de flogosis; en las fauces, se observa un abombamiento de la pared posterior de la faringe y tortícolis. Sin dificultad respiratoria. La radiografía de perfil del cuello muestra una imagen radiopaca en la región retrofaríngea que desplaza la vía aérea. TC con contraste: colección prevertebral desde C2 hasta el nivel dorsal bajo. Engrosamiento reaccional de la pleura parietal y la cisura del pulmón homolateral ocupada por líquido (Figura 3). El análisis de laboratorio muestra GB: 11 200/mm³ (neutrófilos: 65%); hemocultivos negativos. Se interna y se indican 50 mg/kg/día de ceftriaxona más 30 mg/kg/día de clindamicina y 0,6 mg/kg/día de dexametasona, por vía endovenosa. A las 72 h, presenta mejoría del estado general, afebril con recuperación completa de la movilidad del cuello, pero una

FIGURA 2. Tomografía computada del cuello con contraste, cortes axiales (A y B) y corte coronal (C): se visualiza, en la región parafaríngea izquierda, una imagen hipodensa con bordes algo delimitados que desplaza levemente los grandes vasos del cuello y abomba la pared posterior de la faringe.

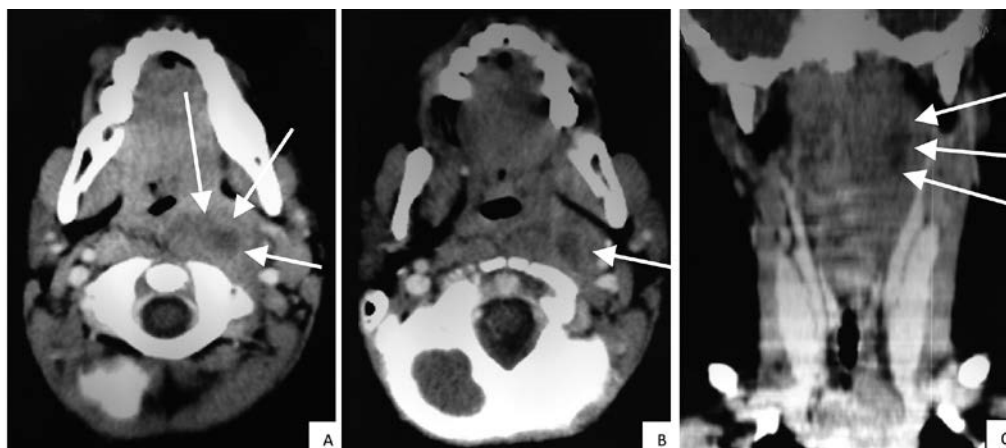
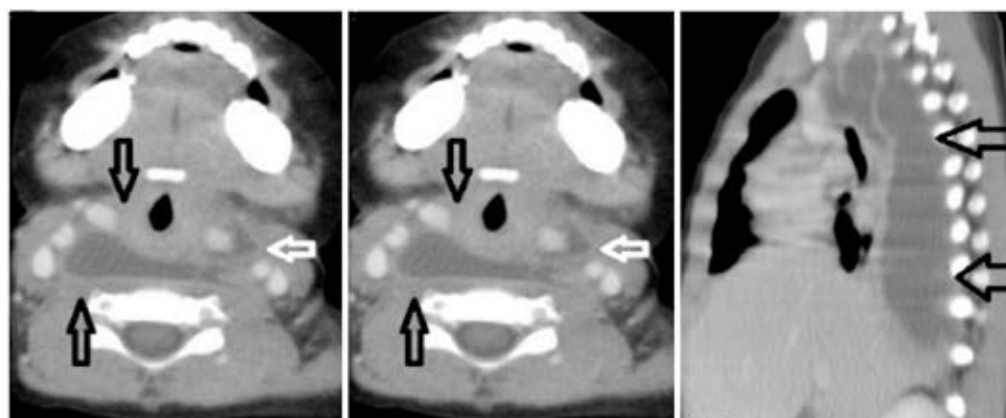


FIGURA 3. Tomografía computada de cuello y tórax con contraste: se visualiza colección hasta el nivel dorsal bajo, que desplaza la vía aérea y grandes vasos del cuello



nueva TC de control no muestra cambios, por lo que se decide la intervención. Se realiza una punción y un drenaje quirúrgico transoral con pasaje de sonda y se obtiene material purulento. Cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR). Se rota el esquema antibiótico a 30 mg/kg/día de clindamicina más 600 mg/día de rifampicina, por vía endovenosa, por 10 días. Se otorga el egreso hospitalario con TC sin colección. Completa 21 días con clindamicina por vía oral.

DISCUSIÓN

Los ARF y ALF son infecciones profundas con potencial morbilidad y mortalidad. Diferentes autores observaron un aumento de la incidencia en los últimos 15-20 años y lo atribuyeron a la mayor accesibilidad a centros de atención, mayor disponibilidad para realizarse una TC, al aumento de rescate bacteriológico y virulencia del *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A (SBHGA) y SAMR, a la predisposición de una respuesta inmune supurativa en niños menores de 5 años y a profesionales más preparados en sospechar y diagnosticar esta patología. Los microorganismos causales: SBHGA, SAMR y anaerobios, y la mayoría son polimicrobianos.^{1,5,6,8-10}

El diagnóstico se complementa con la clínica, el análisis de laboratorio y el diagnóstico por imágenes. Diferentes autores hallaron el recuento de GB medio entre 20 500-25 000/mm³, con aumento de los reactantes de fase aguda.^{1,2,11} La radiografía de perfil del cuello debe ser realizada con el cuello en extensión, en la fase de inspiración y sin que el niño llore para evitar una falsa impresión de una inflamación del espacio retrofaríngeo. La TC con contraste es muy sensible (81%), pero poco específica (67%).⁵ Debe diferenciarse de patologías más comunes, como la linfadenitis cervical y parotiditis, de tumoraciones

cervicales (desde quiste tirogloso infectado hasta linfoma). Hay que tener una alta sospecha clínica de estos procesos y, aunque, en sus primeras fases, son idénticos a una faringitis no complicada, en su progresión, hay signos/síntomas que deben alertar por corresponder a la obstrucción de la vía aérea y/o digestiva.

Se cree que la TC es un estudio complementario, pero no debe ser imprescindible para decidir sobre el drenaje quirúrgico, ya que el edema tisular local puede imitar la acumulación de pus en la TC. Por lo tanto, es fundamental la corticoterapia sistémica en dosis antiinflamatorias en el tratamiento de esta patología. Cuando hay compromiso de las vías respiratorias, el drenaje quirúrgico se realiza sin demora. En caso contrario, la exploración quirúrgica debe ser conducta expectante según la respuesta a antibióticos parenterales por 48-72 horas.^{4,5,10,11}

Se describen, en la *Tabla 1*, los factores predictivos en la TC de la presencia de pus y factores para el drenaje quirúrgico.^{4,5,10-13}

El tratamiento de los APC continúa siendo controvertido en cuanto a la necesidad o no de cirugía.^{1,2,4,6,13,14} En la última década, numerosos trabajos adoptan un manejo conservador.^{4,5,10} Cheng et al., encontraron que el 66,3% de pacientes pediátricos respondía satisfactoriamente al tratamiento antibiótico exclusivo.

Wong et al. presentaron 15% de éxito en el tratamiento antibiótico sin cirugía en el grupo de niños con absceso > 25 mm. Estos estudios coinciden en que los abscesos > 2,2 cm se asocian a la falla del tratamiento antibiótico exclusivo y que los menores de 2 años deben monitorearse por mayor riesgo de infección por SAMR, de tener complicaciones y de posibilidad de drenaje quirúrgico.

Además, un estudio multicéntrico prospectivo constató que la demora en la cirugía en pacientes pediátricos no fue asociada a un aumento en la morbilidad/mortalidad en comparación con adultos en los que esta asociación fue significativa.

TABLA 1. Factores predictivos en la tomografía computada de la presencia de pus y factores para drenaje quirúrgico^{4,5,10-13}

Factores predictivos de presencia de pus en la TC	Factores clínico-imagenológicos para el drenaje quirúrgico
<ul style="list-style-type: none"> • Realce periférico ante el contraste • Bordes del absceso poco delimitados. • Corte transversal al absceso mayor de 2,0 cm². 	<ul style="list-style-type: none"> • Duración de los síntomas: mayor de 2 días. Pacientes que reciben un esquema antibiótico adecuado no mejoran o empeoran clínica y/o imagenológicamente. • TC de corte transversal del área de la lesión mayor de 2,0 cm².

Cuanto más características estén presentes en la TC, más probabilidad de que sea un absceso y no un flemón.

TC: tomografía computada.

El tratamiento antibiótico empírico consiste en 50 mg/kg/día de cefalosporina de 3^{ra} asociada a 30 mg/kg/día de metronidazol o 30 mg/kg/día de clindamicina,⁸ que cubren gérmenes anaeróbios, ya que está descrita la trombosis yugular y sepsis por *Fusobacterium necrophorum* o síndrome de Lemierre.^{4,6,13,14} El tratamiento quirúrgico consiste en el drenaje transoral, que está indicado ante un absceso medial a los grandes vasos y limitado a un ganglio retrofaríngeo, o el drenaje externo, ante un absceso lateral, compromiso de grandes vasos del cuello y ruptura del absceso.

Como conclusión, se subraya el papel de la TC como herramienta fundamental para el diagnóstico diferencial con tumores y para el monitoreo durante el tratamiento de estas infecciones. La evolución clínica a las 48 horas del tratamiento médico es fundamental para decidir el eventual tratamiento quirúrgico o no. ■

REFERENCIAS

1. Page NC, Bauer EM, Lieu JE. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;138(3):300-6.
2. Grisarú-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children - epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74(9):1016-20.
3. Cabrera CE, Deutsch ES, Eppes S, et al. Increased incidence of head and neck abscesses in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136(2):176-81.
4. Bolton M, Wang W, Hahn A, et al. Predictors for successful treatment of pediatric deep neck infections using antimicrobials alone. *Pediatr Infect Dis J* 2013;32(9):1034-6.
5. Ramos Díaz JC, Rizo Hoyos M, Canñuelo Ruiz O, et al. Infecciones profundas del cuello: abscesos retro y parafaríngeos. *An Pediatr (Barc)* 2010;72(5):359-60.
6. Novis S, Pritchett C, Thorne M, et al. Pediatric deep space neck infections in U.S. children, 2000-2009. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78(5):832-6.
7. Cramer J, Purkey M, Smith SS, et al. The Impact of Delayed Surgical Drainage of Deep Neck Abscesses in Adult and Pediatric Populations. *Laryngoscope* 2016;126(8):1753-60.
8. Ruiz Guiñazú J. Infecciones del cuello. En: Paganini H. *Infectología Pediátrica*. Buenos Aires: Interamericana, 2007:300-3.
9. Abdel-Haq N, Quezada M, Asmar B. Retropharyngeal Abscess in Children: The Rising incidence of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr Infect Dis J* 2012;31(7):696-9.
10. Cheng J, Elden L. Children with deep space neck infections: our experience with 178 children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;148(6):1037-42.
11. Choche Santander B, Prieto del Prado A, Madrid Castillo MD, et al. Abscesos retrofaríngeo y parafaríngeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr (Barc)* 2011;75(4):266-72.
12. Johnston D, Schmidt R, Barth P. Parapharyngeal and retropharyngeal infections in children: Argument for a trial of medical therapy and intraoral drainage for medical treatment failures. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73:761-5.
13. Wong D, Brown C, Mills N, et al. To drain or not to drain - management of pediatric deep neck abscesses: a case-control study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012;76(12):1810-3.
14. Adil E, Tarshish Y, Roberson D, et al. The Public Health Impact of Pediatric Deep Neck Space Infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;153(6):1036-41.