

El absceso retrofaríngeo en la edad infantil

P. Santos Gorjón, S. Santa Cruz Ruiz, P. Gómez de Quero Masía¹, A. Batuecas Caletrío, P. Santa Cruz Ruiz
Servicio de ORL y PCF. ¹Servicio de Pediatría (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica).
Hospital Universitario de Salamanca

Resumen

Introducción: Las infecciones del espacio retrofaríngeo tienen una baja incidencia. Suceden entre los 2 y los 5 años de edad normalmente. Son infecciones polimicrobianas, aunque dominan los estreptococos, estafilococos y gérmenes anaerobios. Producen dolor faríngeo, fiebre y disfagia, asociada a rigidez cervical. En la exploración se observa un abombamiento de la pared posterior faríngea.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 2 años que presentó un absceso de 11 cm³ de volumen, y otro de una niña de 4 años con un absceso de 8 cm³, por lo que se procede a la incisión y el drenaje del absceso por vía transoral de entrada.

Discusión: La tomografía computarizada (TC) cervical es la prueba diagnóstica de elección; permite realizar el diagnóstico en estadio temprano, así como la diferenciación entre celulitis y absceso.

El absceso retrofaríngeo rara vez se resuelve espontáneamente, por lo que es necesario administrar antibioterapia intravenosa y, si es mayor de 3 mL, un drenaje quirúrgico por vía transoral o externa mediante cervicotomía lateral.

Conclusión: La prueba estándar es la TC. Las complicaciones pueden ser muy graves.

Palabras clave

Absceso retrofaríngeo, infecciones profundas del cuello pediátricas, tratamiento quirúrgico transoral

Introducción

El espacio retrofaríngeo (ERF) es un espacio virtual profundo del cuello. Se extiende desde la base del cráneo al mediastino superior (primera vértebra dorsal). Las infecciones del ERF son raras y la mayoría suceden entre los 2 y los 5 años de edad. En niños, este espacio tiene gran cantidad de nódulos linfáticos, en los cuales drenan la cavidad nasal, la rinofaringe y los senos paranasales; Sólo el ERF suprahioides tiene ganglios. Todos los abscesos del ERF comienzan por una adenitis supurativa con celulitis (75%), y terminan en abscesos el 25%¹.

Este espacio es importante porque ofrece una vía de diseminación hacia el mediastino al igual que a otros espacios profundos del cuello. Los ganglios retrofaríngeos situados frente a C2, remiten entre los 2 y los 5 años. En el niño mayor o adul-

Abstract

Title: Childhood retropharyngeal abscess

Introduction: The incidence of retropharyngeal infections is low. They usually occur in children between the ages of 2 and 5 years. They are often polymicrobial infections, although *Streptococcus*, *Staphylococcus*, and anaerobic organisms are especially predominant. The clinical symptoms are sore throat, fever, dysphagia and stiff neck. Physical exploration reveals a bulging of the posterior pharyngeal wall.

Case report: We report the cases of a two-year-old boy with an abscess of 11 cm³ and a four-year-old girl with an abscess of 8 cm³ that required transoral surgical drainage.

Discussion: Computed tomography of the neck is the diagnostic technique of choice as it enables the early detection of abscesses and makes it possible to distinguish between an abscess and cellulitis.

Retropharyngeal abscesses rarely resolve spontaneously and, thus, require intravenous antibiotic therapy and, when the volume is greater than 3 cc, transoral surgical drainage or external drainage via lateral neck incision.

Conclusion: Computed tomography is the gold standard for the diagnosis of this entity. Very severe complications can develop.

Keywords

Retropharyngeal abscess, deep neck infections, children, transoral surgical treatment

to estas infecciones son secundarias a un cuerpo extraño o traumatismo, a veces yatrógeno, de la pared faríngea posterior (intubación, endoscopia, material de osteosíntesis cervical). A veces se debe a la propagación de una infección de otro espacio parafaríngeo o de una infección ósea vertebral (Mal de Pott)².

La etiología es polimicrobiana. Predominan los estreptococos, estafilococos y anaerobios^{3,4}.

La anatomía patológica macroscópica muestra un exudado amarillo-verdoso, con una gruesa pared de tejido fibroso de granulación que rodea al absceso.

La anatomía microscópica presenta restos necróticos, polimorfonucleares, linfocitos y macrófagos. Suelen estar envueltos por una cápsula de ácido hialurónico que retarda la fagoci-

tosis por parte de los polimorfonucleares y macrófagos, lo que le confiere un factor de virulencia⁵.

La presentación clínica asocia dolor faríngeo, fiebre y disfagia, con rigidez e incluso hiperextensión cervical. El examen físico muestra un abombamiento de la pared posterior faríngea.

La radiografía lateral de cuello muestra en C2 la pared faríngea posterior. Su espesor normal es de 4 mm. Si es mayor de 7 mm, se considera patológico.

En C6 se considera patología si es >14 mm en niños, o >22 mm en adultos. Precisa confirmación mediante tomografía computarizada (TC).

El tratamiento es médico (antibioterapia intravenosa energética) y/o quirúrgico.

Caso clínico 1

Varón de 2 años, sin antecedentes patológicos de interés. Presenta un cuadro febril de 10 días de evolución, síntomas catarrales y adenopatías laterocervicales. Ha sido tratado por su pediatra de atención primaria con claritromicina 7,5 mg/kg/12 h, durante 72 horas, sin que se observase mejoría. Se decide su ingreso en la unidad de pediatría.

- Exploración pediátrica básica. Buen estado general, sin exantemas ni petequias; signos meníngeos negativos; tono y reflejos normales; presencia de rinorrea purulenta e hipertrofia amigdalar derecha, sin exudado. La auscultación cardiopulmonar fue normal; abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias; genitales masculinos normales.
- Exploraciones complementarias. Hemograma: 31.300 leucocitos (75 N, 15 L y 7 M), serie roja y plaquetas normales. ASLO negativo, serología para citomegalovirus y virus de Epstein-Barr negativas; frotis faríngeo: flora mixta.
- Ecografía cervical. Adenopatías laterocervicales derechas diseminadas sin abscesificación.
- Hemocultivos negativos.

Evolución

Tras ser ingresado, se instaura tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico, 100 mg/kg/día i.v.), corticoides, 1 mg/kg/día, e ibuprofeno en suspensión, 100 mg/5 mL. Mejora la tumefacción cervical y desaparece la fiebre. El paciente presenta una discreta insuficiencia respiratoria de las vías altas durante el sueño. Al cuarto día se aprecia una protrusión de la pared faríngea derecha y se decide realizar un estudio de imagen (figura 1).

Se traslada al paciente a nuestro centro. Bajo anestesia general, se punciona con una aguja larga y gruesa (14-16 G) la zona protruida y se obtienen 7 mL de material purulento. Se envía la muestra de pus al servicio de microbiología. Se proce-



Figura 1. TC cervical (cortes sagital y axial) 19-01-07. Absceso retrofaríngeo derecho de 2,9 × 3,5 × 1,9 cm (volumen aproximado de 10-12 mL), que comprime la vía aérea en la orofaringe. Múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales, más grandes y numerosas en el lado derecho

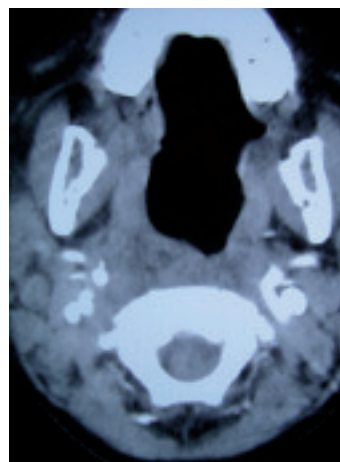


Figura 2. TC 21-01-07 (corte axial). Se comprueba un residuo purulento de menos de 5 mm y desaparición del edema faríngeo

de a la incisión y el drenaje del absceso por vía transoral, obteniéndose más cantidad de pus, así como parte de la cápsula de material fibrinoide. Se deja colocado un drenaje Penrose de 4 mm, fijado con dos puntos a la pared faríngea posterior, y se realizan lavados con agua oxigenada y Betadine®. El paciente permanece 48 horas sedoanalgesiado (con midazolam y fentanilo) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátrica y con ventilación mecánica.

Se realizan lavados diarios a través del drenaje, y cada vez se obtiene menos material purulento. Se van normalizando las cifras de leucocitos y proteína C reactiva (PCR) progresivamente: pasan de 31.300 leucocitos (75 N, 15 L y 7 M) a 15.000 leucocitos el segundo día y se normalizan el tercer día. La PCR inicial ≥ 9 se normalizó también el tercer día.

El cultivo microbiológico fue negativo para micobacterias y positivo para un estreptococo del grupo *viridans*. Se mantiene amoxicilina-clavulánico en dosis de 100 mg/kg/día, cloxacilina y corticoterapia, en dosis de 1 mg/kg/día.

Se realiza una TC de control al día +2 del drenaje quirúrgico (figura 2).

Se retira el drenaje, se procede a una lenta retirada de la sedoanalgesia y se extuba al paciente, remitiéndolo a la unidad de hospitalización del servicio de pediatría. Al tercer día, se inicia alimentación oral y, al cuarto día, el paciente es dado de alta, manteniendo una dosis oral de antibioterapia durante 72 horas.

Caso clínico 2

Niña de 4 años sin antecedentes de interés. Presenta dolor progresivo a la movilización cervical de 5 días de evolución y fiebre de 38,7 °C. En las últimas 48 horas aparece una tumoración cervical alta izquierda. En la exploración se aprecia una tumoración submandibular izquierda y un abombamiento de la pared posterior de la orofaringe y la hipofaringe.

- Exploraciones complementarias. Hemograma: leucocitos 20.000 con 82 N, 10,3 L, 6,6 M. Serie roja normal y coagulación de plaquetas normales. PCR 3,7 mg/dL.
- TC cervical. Aumento de las partes blandas en la zona posterolateral izquierda de la orofaringe, con colección irregular de paredes cantantes de 2,3 × 2 × 1,3 cm de diámetro máximo (abscesificado).

Evolución

Se diagnostica a la paciente un absceso retrofaríngeo y se realiza un drenaje endobucal de forma urgente y con anestesia general. Se toma un cultivo del material purulento (aproximadamente de 5 mL). Se deja colocado un drenaje endobucal. En el cultivo, se aprecia un crecimiento de *Streptococcus pyogenes*.

Se traslada a la paciente a la UCI pediátrica para su control y tratamiento. Se mantiene con antibioterapia (amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg), sedoanalgesia (midazolam y fentanilo) y ventilación mecánica durante 48 horas. La paciente requiere una transfusión de concentrado de hematies porque la hemoglobina desciende a 7,4 g/dL.

Presenta un pico febril en el segundo día poscirugía, por lo que se realiza una nueva TC cervical, en la que se observa una mínima colección líquida y la persistencia del edema retrofaríngeo. Se constata una menor leucocitosis (11.000 L) y una PCR normal.

Se realizan lavados diarios a través del drenaje con solución de agua oxigenada y Betadine®.

Se derivó a la paciente a la planta de pediatría para seguir con antibioterapia intravenosa durante 72 horas más, y después fue dada de alta a su domicilio.

Discusión

En nuestros casos suponemos que la vía de entrada pudo ser una adenoiditis con afectación de los ganglios linfáticos prevertebrales. El diagnóstico del absceso del ERF suele establecerse tras la inspección de la orofaringe, que debe realizarse con pru-

dencia, sobre todo en el niño pequeño porque puede agravar la dificultad inspiratoria y provocar un espasmo laríngeo. Es necesario tener a mano un sistema de aspiración, ya que hay riesgo de inundación de las vías respiratorias por rotura del absceso, sobre todo si se intenta una palpación de la colección⁶.

La TC es la prueba diagnóstica de elección (con una sensibilidad del 68% y una especificidad del 56-73%)^{7,8}, ya que permite realizar el diagnóstico de las infecciones en estadio temprano y suele diferenciar la celulitis y el absceso; asimismo, define las estructuras vasculares y su relación con el proceso infeccioso, y delimita exactamente el espacio o espacios afectados^{9,10}.

La ecografía cervical no es útil. Su empleo puede retrasar el diagnóstico de esta grave patología, como ocurrió en el primer caso.

En abscesos periamigdalinos hay trismus. Aquí se aprecia rigidez e hiperextensión cervical antiálgica (irritación de la musculatura prevertebral). En los abscesos parafaríngeos puede haber tortícolis. Puede plantearse el diagnóstico diferencial con una epiglotitis, cuando hay disnea inspiratoria, sialorrea y fiebre.

Algunos artículos aconsejan efectuar en primer lugar un tratamiento conservador y, si éste fracasa, realizar cirugía¹¹; otros autores sólo recomiendan tratamiento médico en los casos de lesiones con un tamaño <3 mL¹⁰.

Con relación al tratamiento, deben adoptarse las siguientes medidas¹²:

1. Control de la vía aérea.
2. Posición de Trendelenburg para evitar la entrada de pus a la laringe y las vías respiratorias. Puede realizarse una punción-aspiración que evacúe la mayor parte del pus, antes de realizar la incisión y el desbridamiento del absceso.
3. Drenaje transoral.
4. Lavados de la zona y/o dejar un drenaje de las secreciones, con un drenaje Penrose o gasa de bordes. En esta paciente, dado el importante volumen de pus acumulado, se decide dejar un drenaje con salida a la cavidad oral. Para ello, se mantuvo durante 2 días bajo anestesia general y realizamos lavados repetidos con agua oxigenada rebajada para desbridar el absceso. En los abscesos periamigdalinos y parafaríngeos, que son muchísimo más comunes, es frecuente que deban reabrirse varios días consecutivos, o dejar un drenaje al exterior que previene el cierre precoz de la cápsula y evita la colección de pus.
5. Correcta antibioterapia intravenosa.

Pronóstico

Es posible la recuperación completa con un tratamiento oportuno. El absceso retrofaríngeo rara vez se resuelve espontáneamente, precisa antibioterapia intravenosa (efectiva entre el 20 y el 40% de los abscesos) previa al drenaje quirúrgico por vía transoral o cervicotomía lateral¹³.

Complicaciones

La más común es la infección de tracto respiratorio por aspiración de pus. La septicemia aparece en niños menores de 6 años. Otras complicaciones pueden ser: mediastinitis, derrame pleural, pericarditis e incluso muerte súbita¹⁴. El síndrome de Grisel (luxación de la articulación atlantoaxoidea) es secundario al edema y a la tensión de ligamentos provocados por el absceso¹⁵.

Prevención

El diagnóstico y el tratamiento oportuno de las faringitis o infecciones respiratorias del tracto superior previenen el desarrollo de un absceso retrofaríngeo. Hay gran controversia sobre la necesidad de realizar profilaxis antibiótica en algunos pacientes tras la ingesta y la retirada de cuerpos extraños en puntos de atención continuada o servicios de urgencias hospitalarios, dadas las complicaciones y la potencial letalidad de este cuadro.

Conclusiones

El manejo óptimo del absceso retrofaríngeo ha cambiado debido a los importantes avances en el cuidado médico. Ha decrecido espectacularmente la mortalidad. El avance de técnicas de imagen, como la TC, ha posibilitado el diagnóstico en estadios tempranos y su localización más exacta. El control de la vía respiratoria y el precoz drenaje del absceso garantizan un resultado óptimo.

Las complicaciones pueden ser graves (obstrucción de la vía respiratoria superior y neumonía secundaria a la rotura del absceso hacia el tracto respiratorio inferior, mediastinitis...).

Bibliografía

1. Shefelbine SE, Mancuso AA, Gajewski BJ, Ojiri H, Stringer S, Sedwick JD. Pediatric retropharyngeal lymphadenitis: differentiation

from retropharyngeal abscess and treatment implications. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007; 136: 182-188.

2. García González B, Gil Contel MC, Aznar Facerias E, Nogués Orpi J, Dicenta Sousa M. Patología inflamatoria cervical: infecciones cervicales. En: Manual del residente de ORL y PCF. Tomo II. Barcelona: GSK, 2002; 1.209.

3. Braun S. Estudio microbiológico del tracto respiratorio superior. *Rev Chil Infect.* 2003; 20(3): 193-198.

4. Tan PT, Chang LY, Huang YC, Chiu CH, Wang CR, Lin TY. Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect.* 2001; 34: 287-292.

5. Barry B, Kici S, Ameline E, Bensimon JL. Supuraciones perifaríngeas. En: Enciclopedia médico-quirúrgica, 5.ª ed. Barcelona: Elsevier, 2005.

6. Benaixa JP, González-Pérez JM, Rodríguez M, Moreno R, Rando I, Esteban F. Treatment of peripharyngeal abscesses by means of intra-oral puncture aspiration and drainage. *Acta Otorrinolaringol.* 2007; 58: 105-109.

7. Craig Fw, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging and current management. *Pediatrics.* 2003; 111: 1.394-1.398.

8. Vural L, Gurger A, Comerci S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. *Ann J Otolaryngol.* 2003; 24: 143-148.

9. Boucher C. Retropharyngeal abscesses: a clinical and radiologic correlation. *J Otolaryngol.* 1999; 28: 134-137.

10. Stone ME, Walner DL, Koch BL, Egelhoff JC, Myer CM. Correlation between computed tomography and surgical findings in retropharyngeal inflammatory processes in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999; 49: 121-125.

11. Al-Sabah B, Bin Salleen H, Hagr A, Choi-Rosen J, Manoukian JJ, Tewfik TL. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol.* 2004; 33: 352-355.

12. Tom MB, Rice DH, Roberson MD. Surgical management of retropharyngeal space infection in children. *Laryngoscope.* 2001; 3: 1.413-1.422.

13. Goldenberg D, Golz Joachims A. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol.* 1997; 3: 546-550.

14. Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001; 110: 1.051-1.054.

15. Yu KK, White DR, Weissler MC, Pillsbury HC. Nontraumatic atlantoaxial subluxation (Grisel syndrome): a rare complication of otolaryngological procedures. *Laryngoscope.* 2003; 113: 1.047-1.049.