

Absceso retrofaríngeo en lactante menor. Reporte de caso y revisión de la literatura

Retropharyngeal abscess in a toddler: Case report and literature review

Daniela Cruz V¹, Catalina Bayer V¹, José Andrés Durán C¹, Katherine Rojas R¹, Felipe Ibacache N².

RESUMEN

*El absceso retrofaríngeo corresponde a una complicación infrecuente de las infecciones de tracto respiratorio superior, asociada a una potencial pero significativa morbimortalidad. Posee mayor incidencia en la edad pediátrica, siendo la media de presentación los 3 años. En la literatura se le atribuyen diferentes factores de riesgo, destacando como factores endógenos enfermedades crónicas como diabetes mellitus y otros estados de inmunodeficiencia, y como factor exógeno las infecciones de vía aérea superior, dentarias y el traumatismo por cuerpo extraño. Si bien es difícil aislar un solo agente etiológico, se describe con mayor frecuencia la participación de *Streptococcus pyogenes*. El diagnóstico es eminentemente clínico, con confirmación imagenológica con tomografía computarizada como gold standard. El tratamiento es controversial, existiendo defensores de un tratamiento quirúrgico precoz versus un manejo expectante con antibióticos endovenosos.*

Se presenta a continuación el caso de una lactante menor de 1 año 4 meses hospitalizada en el Servicio de Pediatría en Hospital San Camilo en San Felipe por un cuadro febril agudo, catalogado inicialmente como meningitis, resultando en un absceso retrofaríngeo con extensión hacia mediastino superior, el cual fue resuelto de manera exitosa con tratamiento quirúrgico precoz asociado a antibióticos endovenosos de amplio espectro.

Palabras clave: Absceso retrofaríngeo, infecciones cervicales profundas, infecciones vía aérea superior, tomografía computarizada, *Streptococcus pyogenes*.

ABSTRACT

*Retropharyngeal abscess corresponds to an uncommon complication of upper respiratory tract infections, associated with a potential but significant morbidity and mortality. It has a greater incidence in the pediatric age, being the average of presentation the 3 years. Different risk factors are attributed to the disease in the literature, standing out endogenous chronic diseases such as diabetes mellitus and other immunodeficiency states, and exogenous factors such as upper airway infections, dental infections and foreign body trauma. Although it is difficult to isolate a single etiologic agent, the involvement of *Streptococcus pyogenes* is more frequently described. The diagnosis is emi-*

¹ Médico Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Barros Luco Trudeau.

² Médico Servicio Anatomía Patológica, Hospital Barros Luco Trudeau.

nently clinical, with confirmed imaging with Tomography computed as gold standard. Treatment is controversial, with advocates of early surgical treatment versus expectant management with intravenous antibiotics.

Is presented below the case of a toddler girl of 1 year and 4 months hospitalized in the Pediatrics service at San Camilo's Hospital in San Felipe by an acute febrile condition, initially classified as meningitis, resulting in a retropharyngeal abscess with extension towards the upper mediastinum, which was successfully solved with early surgical treatment associated with broad-spectrum intravenous antibiotics.

Key words: *Retropharyngeal abscess, deep cervical infections, upper airway infections, Computed Tomography, Streptococcus pyogenes.*

INTRODUCCIÓN

El espacio retrofaríngeo, también llamado retrovisceral de Henke, retroesofágico o espacio visceral posterior, está comprendido entre la división visceral de la capa media de la fascia cervical profunda, la cual rodea a faringe y esófago por anterior, y la división alar de la capa profunda de la fascia cervical profunda hacia posterior. Se extiende desde la base de cráneo hasta la bifurcación traqueal a nivel de T2, donde las divisiones visceral y alar se fusionan^{1,2}. Contiene principalmente ganglios linfáticos retrofaríngeos, los cuales tienden a atrofiarse alrededor de los 5 años de edad³.

Dentro de las complicaciones de las infecciones de vía respiratoria alta, el absceso retrofaríngeo (ARF) es una de las más infrecuentes, sin embargo su consideración es de suma importancia pues conlleva una potencial pero significativa morbimortalidad⁴. Corresponde aproximadamente al 22% de los abscesos profundos del cuello, ocupando el segundo lugar en frecuencia, luego del compromiso del espacio periamigdalino con 49%, le sigue el espacio submandibular con 14% y parafaríngeo con 7,5%⁵.

Datos recientes sugieren que los abscesos de los espacios profundos del cuello han aumentado su incidencia en los últimos años⁶, probablemente debido al aumento de sus factores favorecedores como los estados de inmunodepresión y enfermedades crónicas como la diabetes.

La causa principal en edad pediátrica es la abscesificación de los linfonodos retrofaríngeos o "de Gillette" secundaria a adenoiditis⁷, seguido de la inoculación directa por trauma de la cavidad orofaríngea. En adultos la principal causa corresponde a las infecciones o abscesos dentales y en menor frecuencia infecciones faringoamigdalinas, infec-

ción y/o obstrucción de glándulas salivales, instrumentalización aerodigestiva o dental, entre otros⁸.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de fiebre, compromiso del estado general con dolor cervical, disfagia, odinofagia, sialorrea y compromiso respiratorio en grado variable. En la exploración física se aprecia un abombamiento de la pared posterior de la faringe, y frecuentemente habrá trismus por irritación de la musculatura pterigoidea. El empastamiento cervical indica extensión del proceso infeccioso hacia los espacios laterales^{4,7}.

El diagnóstico es eminentemente clínico y se confirma mediante imágenes, fundamentalmente radiografía simple lateral de cuello y tomografía computarizada cervical con contraste como *gold standard*⁹.

Todo absceso profundo del cuello debe ser considerado una urgencia médica y debe manejarse como tal. Requiere de un enfrentamiento rápido y ordenado, con énfasis en la evaluación de la permeabilidad de vía aérea. Si bien el manejo debe ser adaptado caso a caso, se recomienda hospitalizar al paciente, debido a la evolución incierta de este cuadro, pudiendo presentar un compromiso de vía aérea rápidamente progresivo requiriendo inclusive traqueotomía o cricotiroidotomía de urgencia¹⁰.

Existe controversia en la literatura científica sobre el enfrentamiento de esta patología, sin existir un único algoritmo. Si bien la mayoría de los pacientes responde favorablemente al drenaje quirúrgico precoz, se plantea la posibilidad de un manejo médico con antibióticos endovenosos de amplio espectro, reservando el manejo quirúrgico frente a su fracaso, determinado con la ausencia de respuesta clínica tras 48 horas de tratamiento¹¹.

Se describen numerosas complicaciones de un ARF y de los abscesos profundos del cuello, entre ellos obstrucción de vía aérea, mediastinitis,

osteomielitis de los cuerpos vertebrales, fasciitis necrotizante, entre otros, que si bien suelen ser poco frecuentes, pueden poner en riesgo la vida del paciente^{4,10,11}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año 4 meses, sin antecedentes mórbidos, es derivada a Urgencias Pediátricas desde atención primaria bajo la sospecha de meningitis aguda, basado en un cuadro de 4 días de evolución, inicialmente catalogado como faringitis aguda, caracterizado por fiebre de hasta 39,7°, asociada a rechazo alimentario y rigidez de nuca. A su ingreso se solicitan exámenes destacando parámetros inflamatorios elevados y se realiza punción lumbar, la cual descarta meningitis.

Debido a un rápido y progresivo compromiso del estado general asociado a dificultad respiratoria, se solicita evaluación por otorrinolaringólogo, quien evidencia un abombamiento severo de pared posterior de orofaringe asociado a trismus. Se solicita TAC de cuello de urgencia, constatando la presencia de un absceso retrofaríngeo (Figura 1).

Tras confirmar su diagnóstico y delimitar su extensión hasta mediastino superior, se inicia tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona + clindamicina y se realiza drenaje quirúrgico de urgencia, dando salida a abundante material purulento del cual se solicita cultivo, resultando positivo para *Streptococcus pyogenes*.

Tras 48 horas de evolución en UPC pediátrica, se solicita TAC de cuello de control (Figura 2), evidenciando columna aérea conservada, sin signos de una nueva colección por lo cual se extuba, sin

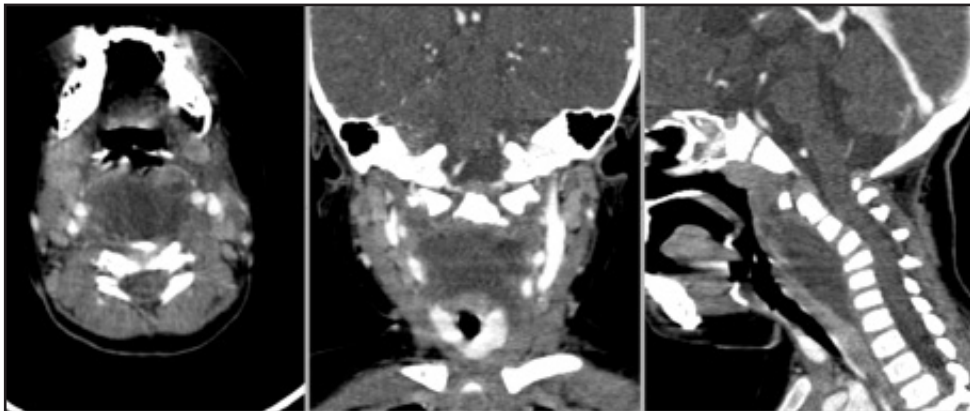


Figura 1. Se observa una voluminosa colección hipodensa fusiforme ubicada en el espacio retrofaríngeo, que se extiende en forma caudal hacia mediastino superior (diámetro AP: 4,11 cm, transverso a nivel faríngeo: 2,32 cm, céfalo-caudal: 5,65 cm). Presenta aspecto interno homogéneo y determina compresión extrínseca o efecto de masa sobre la columna cervical posterior y hacia anterior sobre la vía aérea faríngea, donde presenta el mayor efecto de masa. También desplaza curvatura cervical importante a nivel de arterias carotídeas.

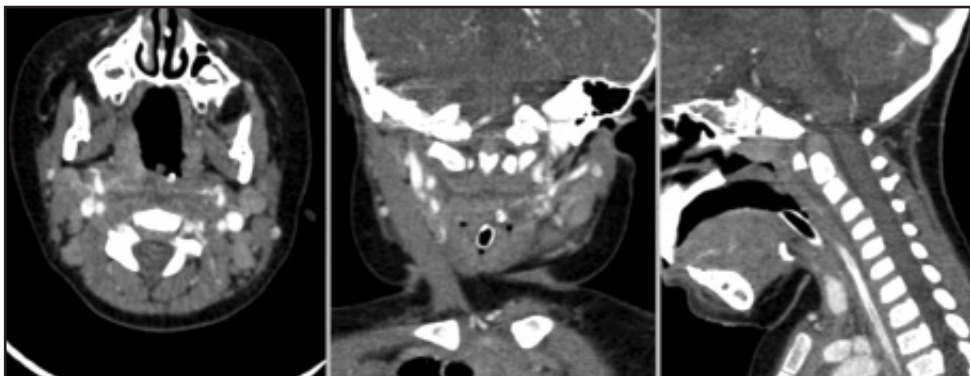


Figura 2. TC de control a las 48 horas postdrenaje quirúrgico.

incidentes. Se ajusta tratamiento antibiótico según cultivo (penicilina sódica + clindamicina) y se decide traslado a servicio de pediatría.

En sala evoluciona favorablemente, con parámetros inflamatorios en descenso. Tras completar 7 días de tratamiento endovenoso, se realiza traslape a amoxicilina + ácido clavulánico y se decide completar esquema de 14 días de manera ambulatoria.

Luego de dos semanas se evalúa a la paciente en policlínico de alta, encontrándose asintomática y sin indicios de recidiva. Por no presentar factores de riesgo, se decide realizar estudio inmunológico en busca de alguna alteración que explique el origen de su cuadro, resultando todos dentro de rango de normalidad.

DISCUSIÓN

Los abscesos retrofaríngeos son complicaciones poco comunes, pero potencialmente graves de las infecciones de vía aérea superior (VAS). El interés por esta enfermedad sigue siendo elevado debido su escasa incidencia, a la variabilidad de formas de presentación y la falta de signos clínicos específicos, haciendo su diagnóstico un verdadero reto para el clínico.

Un estudio realizado en Brasil¹³ en el que se analizaron 101 casos de infecciones cervicales profundas, evidenció una mayor incidencia en adultos (media: 28 años, 73,3% de los casos), mientras que en pacientes pediátricos, presentó predominio en edad preescolar (media: 3 años, 26,7% de los casos). La mayor incidencia se registró en el sexo masculino (55%). Particularmente el absceso retrofaríngeo correspondió al 17,8% del total de los casos estudiados, afectando principalmente a adultos (77,7% de los casos).

Llama la atención los resultados de este estudio en particular, debido a que es ampliamente difundido en la literatura una mayor incidencia de abscesos retrofaríngeos en la edad pediátrica^{1,5,8,9,13,14}, lo cual se explica por la presencia de los linfonodos retrofaríngeos o "de Gillette", siendo su abscesificación la principal causa de esta patología en dicho grupo etario hasta los 5 años, cuando inician su atrofia³.

Otra revisión de 286 casos de infecciones cervicales profundas realizada en España⁹ también evi-

denció mayor incidencia edad adulta (83,2%), con una media de 37,2 años. Sin embargo, de esta muestra sólo el 5,6% correspondieron a abscesos retrofaríngeos y de éstos, 56,2% fueron pacientes de edad pediátrica (principalmente entre los 2 y 5 años de edad) y el 43,8% restante, adultos.

Al analizar las etiologías de los abscesos cervicales profundos se puede evidenciar que en numerosas ocasiones es difícil determinar un desencadenante, así como los factores de riesgo asociados. En la revisión española⁹ se logró identificar el antecedente de enfermedades metabólicas (dislipidemia, hipertensión y diabetes) en 68%; le sigue en frecuencia el antecedente de infección de VAS presente en 60% de los casos (incluyendo faringoamigdalitis e infecciones odontógenas).

Específicamente en la edad pediátrica, los desencadenantes asociados, en primer lugar y al igual que los adultos, fue el antecedente de infección de VAS (43,7%), seguido del antecedente de traumatismo de VAS y/o cuerpo extraño (8,3%), resultando en la abscesificación de los ganglios linfáticos retrofaríngeos.

Sin embargo, considerando adultos y niños, en 38,5% de los pacientes no se pudo identificar un factor de riesgo asociado, tal como ocurrió en nuestro caso clínico.

Determinar el agente etiológico resulta un verdadero desafío. El estudio brasileño ya mencionado¹³ evidenció que el agente detectado con mayor frecuencia es *Streptococcus pyogenes*, mientras que la revisión española⁹ informa la mayoría de los casos como polimicrobianos.

La presentación clínica del absceso retrofaríngeo es variable, desde síntomas inespecíficos (irritabilidad, rechazo al alimento y fiebre) hasta incluso hiperextensión (signo de Bolte), rigidez y dolor a la movilización del cuello (lo que muchas veces confunde el diagnóstico con meningitis), taquipnea y estridor¹⁵. En fases iniciales del proceso la clínica puede ser indistinguible de una faringitis aguda. Conforme evoluciona, se desarrolla una inflamación progresiva que puede llegar a obstruir la vía aerodigestiva superior.

En general, los principales signos y síntomas descritos en la literatura científica son fiebre, adenopatías cervicales, dolor a la movilización cervical y disfagia en grado variable^{3,4,7}. Esto puede acompañarse de cambios en el tono vocal y

dificultad respiratoria, lo cual suele ser manejado inicialmente como una faringitis aguda¹⁶, tal como sucedió en nuestro caso.

A la exploración física, además de los hallazgos ya descritos, es de vital importancia realizar un acucioso examen de la orofaringe mediante inspección; pudiendo observarse una tumoración en la pared faríngea posterior, generalmente, a un lado de la línea media que comúnmente se acompaña de linfadenopatías cervicales¹⁵. No es infrecuente la presencia de trismus, el cual dificulta la inspección orofaríngea por la escasa apertura bucal.

El laboratorio inicial frente a la sospecha de un ARF, debe incluir un hemograma completo, cultivo del exudado faríngeo (si se observa), hemocultivos y del contenido evacuado por drenaje o punción aspirativa, con estudio para microorganismos anaerobios y aerobios¹⁶.

El diagnóstico de ARF se basa en la sospecha clínica confirmado con estudios de imagen. Inicialmente una radiografía cervical lateral tomada con el cuello en hiperextensión durante una inspiración profunda permitirá evaluar el aumento de volumen de los tejidos blandos prevertebrales, enfisema o niveles hidroaéreos en los tejidos circundantes o la presencia de cuerpos extraños. El estudio de elección es la tomografía computarizada (TC) la cual permite identificar su localización y determinar su extensión¹⁷.

Es importante descartar como diagnóstico diferencial meningitis, enfermedad de Pott, osteomielitis cervical y tendinitis de los músculos del cuello¹⁵.

El tratamiento de los abscesos retrofaríngeos continúa siendo controversial respecto a la necesidad de resolución quirúrgica. En la última década se han publicado numerosos trabajos que abogan por un manejo conservador de esta patología⁴. Sin embargo, el tratamiento de las infecciones cervicales profundas tiene una doble dimensión: médica (basada en la antibioterapia intensiva) y quirúrgica (por vías externas o mediante abordaje intraoral). Su éxito radica en la rapidez de instauración de tratamiento y en la adecuada selección de pacientes que requieran un abordaje quirúrgico¹⁸.

La terapia médica debe iniciar con antibióticos endovenosos de amplio espectro considerando un foco polimicrobiano, con presencia de aerobios y anaerobios. Se sugiere un esquema inicial de clín-

damicina + cefalosporina de tercera generación o la combinación de penicilina, gentamicina y metronidazol, ajustados según los resultados del cultivo y antibiograma. La duración total del tratamiento debe ser de 14 a 21 días, siendo endovenoso hasta al menos 48 horas después de la resolución de la fiebre¹⁵.

En relación a la resolución quirúrgica, el abordaje intraoral, con anestesia tópica o general, debe ser considerado como tratamiento quirúrgico de elección, privilegiando esta última en pacientes de edad pediátrica debido a su escasa capacidad de colaboración. El abordaje intraoral ha demostrado ser al menos igual de eficaz que el abordaje clásico por vía externa, pero con menor morbilidad, estancia hospitalaria y costos asociados¹⁸.

En nuestro caso, tras confirmar el diagnóstico y delimitar su extensión con TC de cuello con contraste, se optó por un manejo agresivo. Se inició tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona + clindamicina y se realizó drenaje quirúrgico de urgencia en pabellón. Se tomaron muestras para cultivo en el intraoperatorio y con sus resultados se ajustó tratamiento antibiótico. Tras completar 7 días de tratamiento endovenoso con evolución favorable corroborada por TC, se procedió a extubar a la paciente y realizar traslape a antibióticos vía oral, completando esquema de 14 días de manera ambulatoria de manera satisfactoria.

De no ser tratado oportunamente, el ARF puede evolucionar con complicaciones que pueden comprometer la vida^{13,14,17}, es por esto que en el enfrentamiento, más allá del algoritmo utilizado, debe considerar un alto índice de sospecha y un seguimiento cercano.

CONCLUSIÓN

El absceso retrofaríngeo, si bien es una patología infrecuente, es de suma importancia considerarla dentro de los posibles diagnósticos diferenciales causales de adenopatías cervicales, dificultad respiratoria y rigidez cervical, ya que de no ser detectado de manera oportuna, puede determinar complicaciones de riesgo vital.

Al ser un cuadro de evolución impredecible, es fundamental un seguimiento cercano, con énfasis en la detección de aquellos casos que requieran un manejo agresivo con resolución quirúrgica precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. HEDGE A1, MOHAN S, LIM WE. Infections of the deep neck spaces. *Singapore Med J* 2012; 53(5): 305-11.
2. NAYA M.J., ET AL. "Complicaciones infecciosas tras la ingesta de cuerpos extraños sólidos en adultos" *ORL Aragón* 1998; 1: 6-12.
3. FALTA AUTORES? The effectiveness of conservative management for retropharyngeal abscesses greater than 2 cm Khudan, A. et al. *Annals of Medicine and Surgery* 2016; 11: 62-5
4. B. CROCHE SANTANDER. ET AL. "Abscesos retrofaringeo y parafaringeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década", Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. *An Pediatr (Barc)* 2010; 75(4): 266-72.
5. HUANG CM, HUANG FL, CHIEN YL, CHEN PY. "Deep neck infections in children", 2015; 1684-1182.
6. CABRERA CE, DEUTSCH ES, EPPES S, ET AL. "Increased incidence of head and neck abscesses in children". *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136: 176-81.
7. GOLDENBERG D, GOLZ A, JOACHIMS HZ. "Retropharyngeal abscess: a clinical review", *J Laryngol Otol* 1997; 111: 546-50.
8. MARTÍNEZ PASCUAL P, PINACHO MARTÍNEZ P, FRIEDLANDER E, MARTIN OVIEDO C, SCOLA YURRITA B. "Peritonsillar and deep neck infections: a review of 330 cases." *Braz J Otorhinolaryngol* 2017.
9. GORJÓN, P. S. ET AL. "Infecciones cervicales profundas. Revisión de 286 casos". *Acta Otorrinolaringol España* 2012, 63(1): 31-41.
10. MOTAHARI, S. J., POORMOOSA, R., NIKKHAH, M., BAHARI, M., SHIRAZY, S. M. H., & KHAVARINEJAD, F. "Treatment and Prognosis of Deep Neck Infections." *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* 2015; 67(Suppl 1): 134-7.
11. GARCÍA-GARCÍA A., ET AL. "Absceso retrofaringeo con invasión mediastínica: antibioterapia exclusiva". *An Pediatr* 2016; 85(2): 112-3.
12. BALDASSARI C., MD, ET AL. "Complications in Pediatric Deep Neck Space Abscesses". Original Research—*Pediatric Otolaryngology*, 2010.
13. BRITO T. P. ET AL. "Deep neck abscesses: study of 101 cases". *Braz J Otorhinolaryngol* 2016.
14. VINOGRAD AM, ZONFRILLO MR, PAWEL B. "Retropharyngeal Abscess and Mediastinitis in a Well-Appearing Infant With Prolonged Fever". *Pediatr Emerg Care* 2017; 33(1): 43-6.
15. GONZÁLEZ SALDAÑA N., ET AL. "Características clínicas y manejo de los abscesos retrofaringeos en un hospital pediátrico. Experiencia de 39 años y revisión de literatura". *Neumol Cir Torax* 2010; 69(1): 22-6.
16. ACOSTA NAVAS B. "Absceso retrofaringeo". *Rev Pediatr Aten Primaria* 2016; 69: e27-e30.
17. BENAIXA J.P., ET AL. "Tratamiento de los abscesos perifaríngeos mediante punción-aspiración y drenaje por vía intraoral". *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007; 58(3): 105-9.
18. F. VÁZQUEZ RUEDA, R. NÚÑEZ NÚÑEZ, E. BLESÁ SÁNCHEZ. "Absceso retrofaringeo. Aportación de tres casos". *An Esp Pediatr* 1996; 45: 82-4.