
Absceso Retrofaringeo

Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Javier Durón-Martínez*, Dr. Carlos Muñoz**, Dra. Maribel Rivera-Medina'

RESUMEN. Presentamos un caso de paciente femenino de tres años ocho meses de edad con antecedente de infección de vía aérea superior y bronconeumonía y que posteriormente presentó disfagia, rechazo a los alimentos, respiración ruidosa, babeo. Al examen físico luce agudamente enferma, febril, voz apagada, gorgoteo, babeo, hiper extensión de cabeza, tumoración con cambios inflamatorios en hemicuello derecho; abombamiento anterior de pared faríngea, posterior y abundantes secreciones. Análíticamente leucocitosis-neutrofilia, reactantes inflamatorios de fase aguda elevados y con hallazgo radiológico de masa retrofaringeo y presencia de gas libre. Se realizó drenaje quirúrgico y se prescribió manejo antibiótico parenteral.

PALABRAS CLAVE: Absceso retrofaringeo.

INTRODUCCIÓN.

El espacio retrofaringeo es la segunda localización más común de abscesos cervicales profundos en niños.⁽¹⁾ Dicho espacio contiene los ganglios linfáticos de Henle.⁽²⁾ que drenan la nasofaringe, las adenoides y los senos nasales posteriores.⁽¹⁻⁶⁾ La supuración de los ganglios da lugar a formación de abscesos. Estos ganglios se encuentran en mayor número en niños menores de cuatro años de edad.^(1,2,6,7)

El absceso retrofaringeo puede ser una complicación de la faringitis bacteriana.⁽¹⁾ Con menos frecuencia aparece por extensión de una infección osteomielítico vertebral o tras la infección de una herida causada por una lesión penetrante en la pared posterior de la faringe.⁽¹⁾ Infecciones del espacio faríngeo lateral pueden extenderse al espacio retrofaringeo y vertebral.^(8,9)

Los agentes patógenos más frecuentes son los estreptococos beto hemolíticos del Grupo A, staphylococcus aureus y los anaerobios de la boca.¹⁻³¹ Los microorganismos anaerobios más comunes son especies de bacteroides y petostreptococcus.^(1,6)

CASO CLÍNICO.

Datos del paciente.

Femenina de tres años ocho meses de edad, procedente del área urbana de Tegucigalpa, primer hijo de matrimonio integrado, de clase socioeconómica media alta, se le atiende en Hospital La Policlínica con cuadro agudo el 22 de Febrero de 1991 a las 10:30 horas.

Historia de la enfermedad.

Fiebre de tres días de evolución, diaria, cuantificado en 39 °C disfagia, rechazo a los alimentos, limitación de movilidad de cuello hacia la derecha, limitación de apertura bucal; 48 horas después gorgoteo, respiración rui-

*Otorrinolaringólogo Pediatra, IHSS.

**Neonatólogo Pediatra, Hospital La Policlínica

***Infectólogo Pediatra, Hospital Escuela.

dosa, babeo y tumoración de hemicuello derecho con cambios inflamatorios.

Antecedentes.

El 9-II-99, estando en U.S.A., inicia infección de vía aérea superior, 24 horas después es visto por facultativo que prescribió azitromicina a 10 mg/kg el primer día y a 5 mg/kg/día tres días más.

El 15-11-99 se le diagnosticó bronconeumonía por clínica y radiología en esta ciudad, se le hospitalizó por tres días, recibe ceftriaxona a 100 mg/kg/día I.V. en dos dosis y ambulatorio dos días más en dosis única I.M. y luego cefixima V.O. a 9 mg/kg/día por dos días.

EXAMEN FÍSICO.

Peso: 16 kg, pulso: 118 por minuto. Luce agudamente enferma no tóxica, voz apagada, respiración ruidosa, babeo, hiperextensión de cabeza y lateralización de la misma a la izquierda, otoscopia con conductos auditivos externos y membranas timpánicas normales; nariz con septum central, no secreciones, cornetes con leve congestión, coloración normal; limitación de abertura bucal en un 50%, no carias, carrillos sin patología, base de lengua libre, amígdalas G-II sin evidencia de patología, pilares amigdalinos no abombados; pared posterior de faringe con abombamiento anterior y abundantes secreciones, no se efectúa palpación; cuello asimétrico a expensas de tumoración derecha con cambios inflamatorios de aproximadamente 6 por 4 cms.

Análíticamente: hemograma: Hb: 10.2 gr (dL), HE: 31 vol%, G. blancos: 19,100; Neutrófilos: 80%; Linfocitos: 17%; Monocitos: 3%; Plaquetas: normal; VES: 70mm/Hr(VN: 0-1.2 mg/dL),

Hemocultivo (1): Negativo.

Gram de aspirado: polimorfonucleares muy abundantes, cocos en cadenas escasas. Cultivo Aspirado: Streptococcus no hemolítico. Estudios radiológicos: Figura 1 y 2.

Manejo: se prescribió cobertura antibiótica con penicilina cristalina 200,000 UI kg/día c/4 hrs y clindamicina 40 mg/kg/día c/6 hrs y se practicó drenaje quirúrgico bajo anestesia general, extrayendo aproximadamente 100 ml de material purulento, respiración se normaliza.

Evolución: Primer día postoperatorio cedió la fiebre, respiración normal, se alimentó con agrado; del 2^o al 6^o

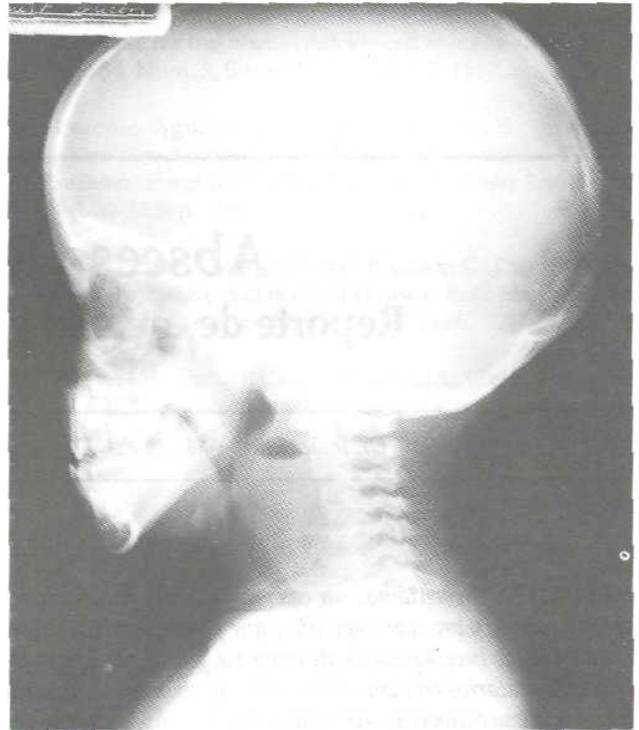


Figura No. 1 Radiografía lateral de cuello que muestra maso retrofaringeo con nivel hidroaéreo.

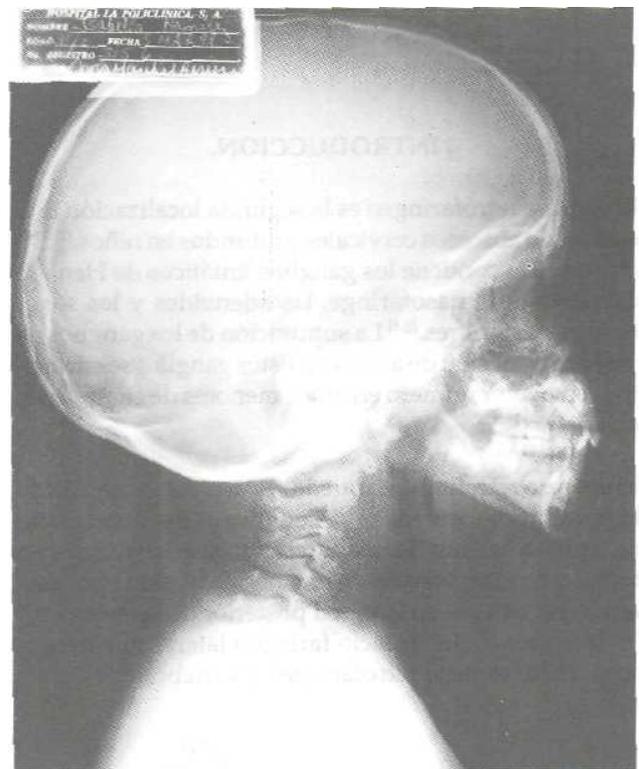


Figura No. 2 Radiografía lateral de cuello 8 días postoperatorio, se aprecia normalización de la curvatura cervical, espacio prevertebral ligeramente aumentado.

día postoperatorio, afebril, FOG normales, respiración y movimientos activos, pasivos de cuello normal, egresa al 6º día postoperatorio con exámenes de control normales, cumplió ocho días de terapia antibiótica I.V. y dos días más de clindamicina V.O.

DISCUSIÓN.

El espacio retrofaringeo se encuentra en la pared faríngea posterior e incluye el espacio potencial (virtual) de la mucosa a la aponeurosis prevertebral.^(1,4,6) El borde superior es la base del cráneo, mientras que el inferior puede estar hasta la bifurcación de la tráquea. Un absceso retrofaringeo puede producir erosión del espacio prevertebral y luego descender por debajo del diafragma hasta los músculos psoas.^(1,6)

El paciente suele tener una historia de nasofaringitis o faringitis aguda^(1-4,6,7) y los síntomas de la enfermedad anterior pueden estar manifestándose todavía. El comienzo suele ser brusco, con fiebre y dificultad para tragar, rechazo del alimento, molestias locales intensas con dolor faríngeo, hiperextensión de la cabeza, respiración ruidosa y, a menudo, con gorgoteo.^(2,3)

Ocasionalmente este puede ocurrir como una obstrucción respiratoria.^(1,4-6)

A la exploración se encuentra al niño febril y con dolor al movimiento del cuello⁽¹⁾ la pared posterior de la faringe está abombada hacia delante^(1-4,6) Si el niño permite palpación de la pared posterior de la faringe con frecuencia se percibe fluctuación, no obstante, esta maniobra debe realizarse con gran cautela y nunca se debe forzar al niño, debido a que el absceso puede romperse y producir broncoaspiración y obstrucción de la vía respiratoria.^(1,6) Además hay linfadenopatía cervical ipsilateral^(1-4,6)

A veces los abscesos retrofaringeos no se descubren por la simple inspección,⁽¹³⁾ en estos casos si las condiciones del paciente lo permiten se puede practicar una exploración con nasofaringoscopia flexible; (2) una radiografía lateral de la nasofaringe o del cuello demostrará la masa retrofaringea; cuando existe un absceso retrofaringeo, la anchura del tejido retrofaringeo blando es mayor que la mitad de la anchura de los cuerpos vertebrales adyacentes estando el paciente con el cuello en extensión, puede haber desaparición de la lordosis cervical normal,^(13, 7, 11) también puede verse aire libre en retrofaringe,^(1, 4, 6) esto último sugiere infección por anaerobios.⁽¹⁾

La tomografía computada del cuello con énfasis en el área retrofaringea, es el mejor método para el diagnóstico definitivo^(1, 6) este método o el uso de la ultrasonografía, pueden ayudar a diferenciar entre celulitis y absceso.^(1,4,6)

El tratamiento consiste en la administración parenteral de antibióticos (penicilina sódica cristalina o cefalosporinas más cloranfenicol o clindamicina)^(1,4,6) y aunque ha habido informes de casos de pequeños abscesos retrofaringeos tratados de manera exitosa sólo con antibióticos todavía el drenaje quirúrgico es el tratamiento definitivo,^(17,12, 13) el cual debe hacerse bajo anestesia general.

La complicación más común es la rotura hacia vías respiratorias con la subsecuente aspiración, sobre todo en niños.⁽²⁻⁵⁾ Otras complicaciones son la extensión al espacio parafaringeo o el mediastino, o su diseminación por vía hematogena y linfático a la región meníngeo. También puede haber erosión de los grandes vasos del cuello, o presión de la epiglotis con el subsecuente edema laríngeo, por último puede haber abscesos pulmonares.⁽²⁻⁷⁾

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ni Claus FM, Kelley PE. Tratamiento de infecciones profundas en el cuello. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. 1996; 6:1189-1208.
2. Graef JW. Manual de terapéutica pediátrica. Quinta edición. Mason-Lirtle Brown, S.A. 1995; 66-67, 459-460.
3. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Orvin AN. Nelson Tratado de Pediatría. Décimo Quinta edición. McGraw Hill-Interamericana. 1997; 2:1496-1497.
4. Escajadillo JR. Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. Primera edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1991; 471 -172.
5. Ballenger JJ. Enfermedades de la nariz, garganta, oído, cabeza y cuello. Décimo Tercera edición. Salvat Editores, S.A. 1988; 263-264.
6. Feigin RD, Cherr JD. *Téxbook of Pediatric Infectious Diseases*. Fourth edition. Philadelphia W.B. Saunders Company. 1998; 1:164-170.
7. Adams GL, Boies LR, Paparella MM. *Otorrinolaringología de Boies*. Quinta edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1981,396-400.
8. Paparella MM, Shumrick DA. *Otorrinolaringología*. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. 1987; 1:479.

-
9. Law RC, Fouque CA, Waddell A, Cusk E. traumatismo penetrante intra-oral en niños. *BMJ Latinoamericano*. 1997; 5: 22-24.
 10. Weir MR. Peritonsillitis: Abscess or cellulitis? *Pediatr Infect Dis J*. 1986; 5:435-439.
 11. Bluestone CD, Stool SE, Schertz MD. *Pediatric otolaryngology*. Second edition. W.B. Saunders Company. 1990; 2:1156,1285-1286.
 12. Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI. *Pediatric Surgery*. Fourth edition. Chicago year. Book Medical Publishers, Inc. 1986; 1:510.
 13. Braughton RA. Non surgical management of deep neck infections in children. *Pediatr Infect Dis J*. 1992; 1:14-18.

SUMMARY. *We report a female of a 3 years and 8 months old with a high airway infection and bronchopneumony and that afterwards presentí dysphagia, meal rejection, noisy breathing and salivation. To the physical exam seems acutely sick, febrile, soft voice, gurgling, salivation, head hyperextension, inflammatory change swelling in the right neck, pharyngeal wall anterior bulging, posterior and bountifil secretions. Analitically leucocytosis with neutrophilia, high acide reacting and a radiological finding as a retropharyngeal mass and free gas presence. Surgical drain was done and parenteral antibiotic was precribed.*

KEY WORDS: *Retropharyngeal abscess.*