

# Absceso retrofaríngeo

Alfredo Carrillo Muñoz,\* Eduardo Manuel Bolívar Cheda,\*\* Xóchitl Yolanda Cahuantzi Caballero\*\*\*

## RESUMEN

Más del 95% de los abscesos en el espacio retrofaríngeo se presenta en pacientes menores de seis años. Generalmente, se desarrollan a causa de diseminación de infecciones nasofaríngeas, presencia de cuerpos extraños, traumatismos de la faringe o adenitis supuradas. En el adulto, su presentación está altamente relacionada con procedimientos quirúrgicos o cuerpos extraños en pacientes con prótesis dentales. Presentamos el caso de una mujer adulta, quien tras la impactación de una espina de pescado en la pared faríngea posterior, desarrolló un absceso retrofaríngeo que requirió de drenaje quirúrgico, traqueotomía y antibioterapia intravenosa. Finalmente, realizamos una revisión bibliográfica y presentamos los aspectos más destacados en cuanto a la presentación clínica, hallazgos en la exploración física y estudios de laboratorio y gabinete concernientes a esta entidad, así como las diferentes opciones quirúrgicas disponibles para su drenaje.

**Palabras clave:** Absceso retrofaríngeo, absceso profundo de cuello, espacios de cuello.

**Nivel de evidencia:** IV.

## Retropharyngeal abscess

### ABSTRACT

More than 95% of retropharyngeal abscesses present in children under six years of age. They occur as the result of the dissemination of nasopharyngeal infections, foreign bodies, trauma, and suppurative adenitis. In adults, retropharyngeal abscesses are related to a history of local trauma, such as surgical procedures or foreign bodies and in patients with a dental prosthesis. We present the case of an adult woman who had a fish bone impacted in the posterior pharyngeal wall. She developed a retropharyngeal abscess, which required surgical drainage, tracheotomy, intravenous antibiotic therapy, and daily surgical lavage. We review the literature and present the most important features of the clinical presentation, physical examination, laboratory and imaging findings, as well as surgical drainage options.

**Key words:** Retropharyngeal abscess, deep neck infection, neck spaces.

**Level of evidence:** IV.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones profundas de cuello son causadas por bacterias capaces de producir abscesos o celulitis en los espacios profundos del cuello; la etiología de estas infecciones puede ser odontógena, infecciones de las vías respiratorias superiores o de senos paranasales, uso de

drogas intravenosas, sialoadenitis, defectos de los arcos braquiales, neoplasias malignas y cuerpos extraños. Comorbilidades asociadas tales como diabetes mellitus o enfermedades cardiovasculares juegan un papel importante en la progresión de estas infecciones, así como el incremento en la incidencia y prevalencia de pacientes inmunocomprometidos y que tienen un factor predictivo en relación con la morbilidad y la mortalidad. El conocimiento de la anatomía del cuello es de suma importancia en el diagnóstico y tratamiento de estas infecciones y sus complicaciones. Son generalmente infecciones polimicrobianas debido a su origen, en el cual destacan bacterias aerobias y anaerobias, lo que hace que el abordaje inicial a base de antibióticos empíricos sea indispensable, así como elegir el tratamiento quirúrgico adecuado para evitar complicaciones fatales.

\* Otorrinolaringólogo y Cirujano de Cabeza y Cuello egresado del Hospital General de México.

\*\* Otorrinolaringólogo y Cirujano de Cabeza y Cuello egresado del Instituto Nacional de Rehabilitación.

\*\*\* Neuroanestesióloga adscrita al Servicio de Anestesiología del Hospital General de México.

Recibido para publicación: 05/06/2015. Aceptado: 17/03/2016.

Correspondencia: Alfredo Carrillo Muñoz

Euler 152-204, Polanco, 11570, Ciudad de México.

Tel y Fax: (55) 59081325

E-mail: oralfredocarrillo@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

## REPORTE DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 69 años de edad, diabética hace 23 años, en tratamiento

con hipoglucemiantes orales. Inició su padecimiento 20 días previos a su valoración, tras la ingesta de pescado, cuando refiriere haber notado una sensación de cuerpo extraño en la faringe. Por este motivo, acudió con facultativo, quien realizó una endoscopia y encontró una pequeña laceración en la pared posterior y edema local. Inició un tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios no especificados; durante 10 días presentó mejoría parcial de la sintomatología. Cuatro días después de haber concluido el tratamiento inicial, presentó faringodinia moderada tipo ardorosa, y al día siguiente, se agregó odinodisfagia de la segunda fase de la deglución, inicialmente a sólidos, posteriormente a líquidos. Tres días previos a nuestra valoración, inició con cambios en el tono de la voz y disnea progresiva.

A la exploración física, se encontró paciente con ortopnea; cavidad oral con adecuada apertura, algunas piezas dentales obturadas y edentulia, piso de la boca sin edema ni elevaciones, lengua central móvil, paladar duro y blando sin alteraciones, paredes faríngeas laterales sin desplazamientos; amígdalas palatinas grado I, crípticas, sin *caseum* ni reacción periamigdalina; la pared faríngea posterior se apreció con aumento de volumen, con la mucosa hiperémica.

Por lo anterior, se decidió su ingreso hospitalario para estudio y manejo.

Durante su estancia en el servicio de urgencias, se solicitó una radiografía anteroposterior y lateral de cuello (*Figura 1*), ante la sospecha de un absceso profundo del mismo.

En la radiografía lateral se observó radioopacidad dependiente del espacio retrofaríngeo con incremento en su espesor desde C-2 (30.73 mm) hasta C-7 (48.36 mm), que condicionaba estrechamiento de la vía aérea, así como contacto del vértice de la epiglotis con la pared faríngea posterior.

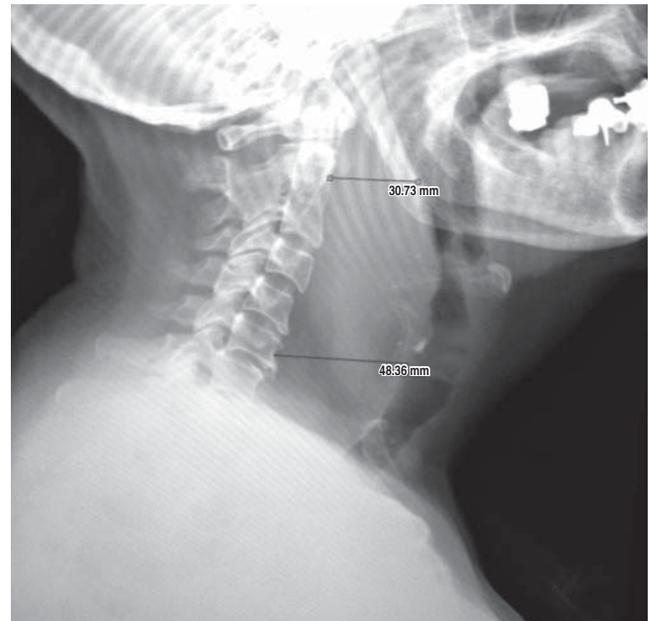
Se le realizaron estudios de laboratorio, donde destacaron los siguientes: leucocitosis de 16,900/ $\mu$ L con neutrofilia del 88.70%, glucosa 323 mg/dL, urea 74.9 mg/dL, creatinina 1.4 mg/dL, ácido úrico 5.5 mg/dL.

Debido a la elevación de la creatinina sérica y por recomendación del Servicio de Radiología, no fue posible realizar tomografía de cuello con medio de contraste (*Figuras 2 a 4*).

En el estudio simple se apreciaron múltiples imágenes isodensas al músculo en el espacio retrofaríngeo, que iban desde la base de cráneo hasta T2. Dicha imagen condicionó obstrucción de la vía aérea en un 70%, observándose un espacio entre la pared faríngea y la epiglotis de 2.34 mm. El resto del estudio, incluyendo el mediastino, fue normal.

## TRATAMIENTO

Con la paciente en decúbito supino, se realizó traqueotomía bajo sedación y anestesia local previa al drenaje



**Figura 1.** Radiografía lateral de cuello en donde se aprecia aumento en el espesor del espacio retrofaríngeo a nivel de C2 y C7.

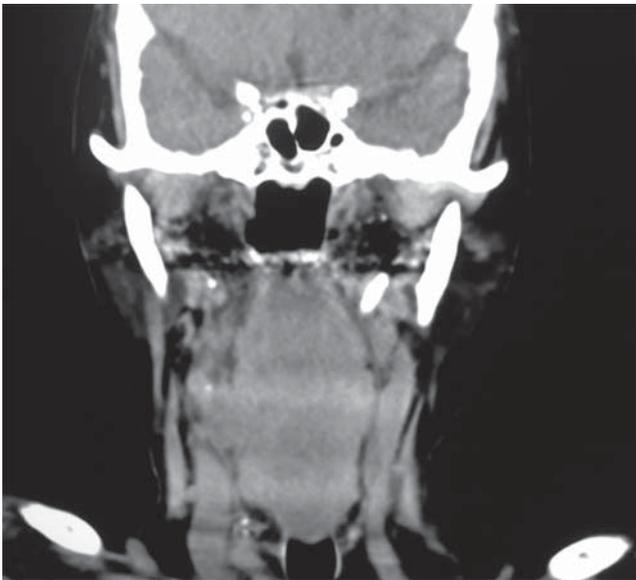


**Figura 2.** Corte sagital de tomografía simple de cuello con aumento en el espesor del espacio retrofaríngeo, con imágenes hipodensas sugestivas de presencia de aire.

del absceso; posteriormente, con rotación de la cabeza hacia la izquierda, se infiltró la piel y el tejido celular subcutáneo con lidocaína con epinefrina al 2% a nivel del borde anterior del músculo esternocleido-



**Figura 3.** Corte axial de tomografía simple de cuello a nivel de C6 con aumento en el espesor del espacio retrofaríngeo, con imágenes hipodensas sugestivas de presencia de aire.



**Figura 4.** Corte coronal de tomografía simple de cuello a nivel del espacio retrofaríngeo, en donde se muestran imágenes hipodensas sugestivas de presencia de aire.

mastoideo desde su inserción en la apófisis mastoides hasta cinco cm por encima de su inserción distal en el manubrio del esternón. Se incidió con hoja de bisturí número 20 y localizó el músculo platisma. Se disecó y cortó con monopolar; se visualizó e incidió la capa superficial de la fascia cervical profunda. Posteriormente, se accedió al espacio parafaríngeo desplazando el contenido del espacio carotídeo en sentido anterior. Finalmente, con disección digital, se accedió al espacio retrofaríngeo, donde se encontraron aproximadamente 50 mL de material purulento espeso. Se realizaron irrigaciones con abundante solución fisiológica y se cerró parcialmente la incisión por planos. La paciente salió a recuperación sin apoyo mecánico ventilatorio. Durante los siete días subsecuentes, se realizaron dos curaciones diarias con irrigaciones estériles a base de solución fisiológica con agua oxigenada (10:1) a través de la incisión, que fue afrontada sólo parcialmente en su mitad superior. Se administró doble esquema antimicrobiano (ceftriaxona, clindamicina), antiinflamatorios no esteroideos y cuidados de traqueostomía. La paciente fue egresada sin complicaciones; continuó tratamiento antibiótico por siete días más, se cerró la incisión completamente y se retiró la cánula de traqueostomía.

#### REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Las infecciones profundas de cuello ocurren como consecuencia de infecciones bacterianas desde el tracto aerodigestivo superior, aunque las etiologías son múltiples. Pueden producirse celulitis o abscesos, ya sea en espacios superficiales o profundos del cuello. El abordaje se basa en principios quirúrgicos, manejo de la vía aérea y un entendimiento claro de la microbiología de estas infecciones.<sup>1</sup> Actualmente, las infecciones de cuello rara vez ponen en riesgo la vida del paciente cuando se inicia un tratamiento médico y quirúrgico a tiempo. Sin embargo, la mortalidad se incrementa cuando aparecen complicaciones como mediastinitis necrotizante descendente, pericarditis, obstrucción de la vía aérea, neumonía, derrame pleural, trombosis yugular, choque séptico o erosión de la carótida.<sup>2,3</sup> Las infecciones, ya sean abscesos o celulitis, típicamente se diseminan a lo largo de los espacios cervicales formados por las múltiples fascias musculares que se encuentran en el cuello. Es por eso que, para iniciar un tratamiento adecuado, es indispensable que se conozca de forma extensa la anatomía del cuello. De acuerdo con las manifestaciones clínicas, el origen de las infecciones y los estudios de imagen, es posible realizar un diagnóstico topo-

gráfico que es la base para el éxito en el tratamiento de estas infecciones. En el caso de la paciente que se presenta en este artículo, se trata de un absceso retrofaríngeo aislado. Lo común es encontrar dos o más espacios involucrados debido a la facilidad con la que estas infecciones pueden diseminarse.

El absceso retrofaríngeo es una colección de pus en el espacio retrofaríngeo del cuello, el cual se extiende desde la base del cráneo (su límite superior) hasta el mediastino en su límite inferior a nivel de la segunda vértebra torácica. En su borde anterior está delimitado por la pared posterior de la faringe, y en su borde posterior, por la fascia alar de la fascia cervical profunda.<sup>4,5</sup>

Se trata de una entidad usualmente descrita en niños. Más del 95% de los casos ocurren en menores de seis años, siendo poco común en adultos. Un estudio reporta 51 casos de abscesos retrofaríngeos en adultos en un periodo amplio de estudio de 1970-1995.<sup>6</sup>

Es causada por organismos aeróbicos como el estreptococo beta hemolítico, *Staphylococcus aureus*, organismos anaerobios como *Bacteroides* y *Veillonella* y Gram negativos como *Haemophilus parainfluenzae* y *Bartonella henselae*.

La presentación clínica varía de acuerdo con el grupo etario que se estudie. Los principales síntomas en adultos son faringodinia, disfagia, odinofagia, dolor cervical y disnea. En niños menores de un año, son más comunes faringodinia, fiebre, rigidez de nuca, odinofagia y tos. Los síntomas en niños incluyen fiebre, inflamación cervical, pobre alimentación, rinorrea, letargia y tos.

Los abscesos retrofaríngeos se presentan como complicación de infecciones de vías respiratorias superiores e infecciones orales —ya sea por vía drenaje linfático o por contigüidad—, trauma faríngeo, como lo sería durante una mala intubación endotraqueal, inserción de sonda nasogástrica<sup>7</sup> e ingestión de cuerpos extraños.

Los pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, cáncer, alcoholismo e infección con el virus de inmunodeficiencia humana tienen mayor riesgo de padecer esta complicación.

Una revisión en Taiwán realizada por Wang y colaboradores en 2003, reportó una tasa de mortalidad del 1% en individuos con infecciones de espacios profundos de cuello.<sup>8</sup> En Alemania, Ridder y su grupo reportaron en 2005 una mortalidad del 2.6% en un estudio con 234 sujetos.<sup>9</sup> La mortalidad se eleva dramáticamente una vez que el absceso se disemina y se complica con mediastinitis, alcanzando hasta el 50%.

Por su importancia y alto riesgo de complicaciones, presentamos el caso de una mujer de la séptima década de vida con un absceso retrofaríngeo secunda-

rio a la impactación de un cuerpo extraño en la pared faríngea posterior.

## DISCUSIÓN

Todos los pacientes con infecciones de espacios profundos de cuello requieren manejo intrahospitalario debido al alto riesgo de complicaciones y elevada morbilidad de las mismas. Debido a que la etiología de este padecimiento es polimicrobiana, la cobertura con antibióticos de amplio esquema es fundamental, incluyendo a bacterias productoras de beta-lactamasa y anaerobias. El tratamiento quirúrgico debe ser individualizado dependiendo del espacio afectado. Los puntos clave para el abordaje de estos individuos son el aseguramiento de la vía aérea, control vascular, visualización adecuada y no pasar por alto la posibilidad de extensión con rapidez al mediastino.

El abordaje quirúrgico de las infecciones cervicales profundas generalmente requiere de abordajes extensos bajo anestesia general. La metodología debe basarse en tres principios:

- Evidenciar las zonas de afección de modo que puedan tomarse cultivos bacteriológicos.
- Abordaje de los espacios aponeuróticos para drenaje adecuado de los espacios, evitando así colecciones residuales.
- Escindir todos los tejidos necróticos hasta los tejidos sanos y realizar lavados quirúrgicos de compartimentos anatómicos.

Para acceder al espacio retrofaríngeo, existen dos abordajes principales. En sujetos que no se encuentran complicados con una masa en orofaringe, puede realizarse vía transoral; en el caso contrario, la indicación es un abordaje con drenaje externo.<sup>10,11</sup>

En el caso que se presenta, se decidió asegurar en primer lugar la vía aérea mediante la realización de traqueotomía, y en segundo tiempo, un abordaje cervical lateral (*Figura 5*).

El plan terapéutico se enfocó en realizar drenaje y lavados posteriores por irrigación, así como desbridamiento de tejido necrótico y fibrina.

## CONCLUSIONES

Es ampliamente conocido que el diagnóstico veraz y oportuno de los abscesos profundos de cuello tiene un valor pronóstico importante desde el punto de vista de la morbilidad, con lo cual coincide nuestra experiencia. Los pacientes con abscesos de espacios



**Figura 5.** Imagen del abordaje quirúrgico al día siguiente del drenaje, en donde se aprecia fibrina en el plano muscular, sin salida de material purulento.

profundos de cuello representan un reto diagnóstico y terapéutico, el cual requiere de un manejo multidisciplinario e integral debido a que, en su mayoría, coexisten comorbilidades que pueden afectar de forma negativa la evolución de su padecimiento. La intervención médica y/o quirúrgica temprana en estos individuos tiene un valor vital.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck*. 2004; 26 (10): 854-860.
2. Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2001; 110 (11): 1051-1054.
3. Lee JK, Kim HD, Lim SC. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J*. 2007; 48 (1): 55-62.
4. Gadre AK, Gadre CK. Infections of the deep spaces of the neck. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, editors. *Head and neck surgery: otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. pp. 668-682.
5. Duncan N. Infections of the airway. In: Cummings, Fredrickson, Harker, Krause, Richardson, Schuller, editors. *Otolaryngology: Head and neck surgery*. 4th ed. Mosby: St. Louis; 2005. pp. 4365-4367.
6. Chu Kin Chiu F. Retropharyngeal abscess. *Hong Kong J Emerg Med*. 2002; 9: 165-167.
7. Hirshoren N, Gross M, Weinberger JM, Eliashar R. Retropharyngeal infected hematoma: a unique complication of nasogastric tube insertion. *J Trauma*. 2009; 67 (4): 891.
8. Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. *Am J Otolaryngol*. 2003; 24 (2): 111-117.
9. Ridder GJ, Technau-Ihling K, Sander A, Boedeker CC. Spectrum and management of deep neck space infections: an 8-year experience of 234 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 133 (5): 709-714.
10. Mosher HP. The submaxillary fossa approach to deep pus in the neck. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1929; 34: 19-36.
11. Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope*. 2001; 111 (8): 1413-1422.