Resolución del caso presentado en el número anterior

Absceso retrofaríngeo complicado Severe complications due to retropharyngeal abscess

Dra. Claudia Sosa^a, Dra. Marina Camerano^a y Dr. Guillermo Noriega^a

http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.295

Niña de 1 año y 7 meses de edad, eutrófica, sin antecedentes familiares ni personales de importancia; consulta a la guardia del Hospital por presentar dificultad respiratoria de 72 h de evolución, acompañada de tumoración en la región laterocervical izquierda y fiebre los siete días previos.

Al momento del ingreso, la paciente se encuentra febril, con aspecto tóxico (palidez cutáneo-mucosa, taquicardia, taquipnea). Se realiza una radiografía de tórax, en la que se observa una consolidación en el parénquima pulmonar izquierdo y ensanchamiento del mediastino.

Se solicita hemograma y se obtiene un recuento de glóbulos blancos de 22000/mm³, con una fórmula leucocitaria con leve predominio de neutrófilos, eritrosedimentación de 140 mm/h; se realizan dos hemocultivos con resultado negativo y serologías para virus de Epstein Barr, citomegalovirus, toxoplasmosis, virus de inmunodeficiencia humana y bartonelosis negativas. PPD de 0 mm (negativa).

La paciente se interna, y se indica ampicilina 200 mg/kg/día. Se realiza TC con contraste de tórax (Figura 1) y de cuello (Figura 2), y se observa absceso retrofaríngeo a nivel de C4, que se extiende al espacio pretraqueal y produce desviación contralateral de la tráquea y del lóbulo tiroideo izquierdo y caudalmente hasta el límite superior del mediastino paracardíaco izquierdo; posteriormente, hasta el cuerpo vertebral de D6/D7 y sus arcos costales posteriores izquierdos, los cuales impresionan no estar afectados, y anteriormente compromete el mediastino prevascular. Se reconocen adenomegalias cervicales izquierdas, la mayor de 11 mm, y adenomegalias mediastínicas prevasculares, las mayores de 13 mm. Se observa una imagen sugerente de tromboflebitis de vena yugular izquierda. En la región lateral y lateroposterior del cuello homolateral, se observa aumento de tamaño de la glándula parótida y del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, el cual presenta límites mal definidos.

 a. Servicio de Emergencias Hospital "Pedro de Elizalde", Capital Federal, Argentina.

Correspondencia:

Dr. Guillermo Noriega: noriegaguillermo@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 28-12-2013. Aceptado: 24-2-2014. Se realiza un drenaje y un cultivo de la colección laterocervical, y se obtiene material purulento con rescate de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (SAMR).

Se adecúa tratamiento antibiótico con vancomicina 40 mg/kg/día y rifampicina 10 mg/kg/día, y cumple 30 días con buena evolución clínica y tomográfica, sin requerimiento de drenaje mediastínico. Se otorga el alta con trimetoprima-sulfametoxazol 10 mg/kg/día y rifampicina 10 mg/kg/día por vía oral y seguimiento por Servicio de Infectología.

COMENTARIO

Los abscesos retrofaríngeos son relativamente frecuentes en niños, y este tipo de infecciones tienden a decrecer en relación con la edad, aparentemente no solo por la atrofia progresiva del tejido linfoide retrofaríngeo, sino también por una disminución en el número de episodios de infecciones respiratorias en niños mayores.¹

El 50% de los casos ocurre entre los 6 y los 12 meses de edad, secundario a infección faríngea, heridas del velo del paladar, adenoidectomía previa, continuidad de infecciones de oídos, nariz, garganta o senos paranasales, por extensión directa o a través de ganglios linfáticos.² En el caso presentado, la etiología del absceso retrofaríngeo se podría asumir como secundaria a la diseminación por contigüidad de una faringitis complicada.

La presentación clínica comprende fiebre, tumoración y dolor cervical, irritabilidad, tos, tortícolis, odinofagia, disnea, estridor, sialorrea y/o compromiso del estado general.³

Los gérmenes hallados con mayor frecuencia son el estreptococo B hemolítico del grupo A y el *Staphylococcus aureus*, aunque debe considerarse la presencia de flora mixta compuesta por gérmenes aerobios y anaerobios.³

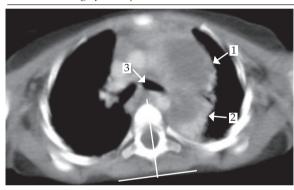
Dentro de las complicaciones, se encuentran la mediastinitis, neumoní a, sepsis, obstrucción secundaria de la vía aérea y trombosis de vena yugular.²

La radiografía cervical lateral con cuello en hiperextensión permite observar el espacio retrofaríngeo, que es normal de 3-6 mm en niños y de 7 mm en adolescentes y adultos. La TC con contraste es el estudio por imágenes de elección, ya que permite visualizar la presencia de colección, el compromiso de estructuras y la extensión a mediastino.^{2,3}

El uso de antibióticos con cobertura de anaerobios y cocos gram positivo y el drenaje quirúrgico de la colección es la combinación necesaria para el tratamiento de los abscesos retrofaríngeos. El uso de cefalosporinas de segunda o tercera generación asociadas a metronidazol o clindamicina son una excelente combinación. Aunque la vancomicina no se utiliza de forma rutinaria como terapia empírica, debe ser considerada en niños críticamente enfermos y en aquellos con evidencia de extensión de la infección al mediastino hasta haber obtenido los resultados del cultivo.³

En el caso clínico, se destaca la importancia creciente del SAMR adquirido de la comunidad como productor de abscesos laterofaríngeos y retrofaríngeos; esto se relaciona estrechamente con el aumento general de la prevalencia de infecciones por este germen en la población general. Dado el aumento de las infecciones por SAMR en los últimos años, se requieren nuevos estudios que evalúen la participación actual de este organismo en las infecciones profundas del cuello a fin de instaurar un

Figura 1. Tomografía computada de tórax



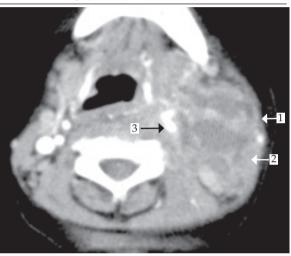
Desde la altura de C4 y del hueso hioides, se visualiza una imagen hipodensa con realce en anillo compatible con absceso (1, 2), que se extiende al espacio pretraqueal y produce una desviación contralateral de la tráquea (3) y del lóbulo tiroideo izquierdo, el cual también se encuentra desplazado en sentido anterior.

tratamiento antibiótico precoz y adecuado, además de la realización del drenaje, para evitar las posibles complicaciones por la extensión de la infección.³ ■

BIBLIOGRAFÍA

- González Saldaña N, Romero Feregrino R, Juárez Olguin H. Características clínicas y manejo de los abscesos retrofaríngeos en un hospital pediátrico. Experiencia de 39 años y revisión de literatura. Neumol Cir Tórax 2010;69(1):22-6.
- Pérez RA, Cueto RG, de la Escosura RG, Cicero SR. Mediastinitis necrosante descendente. Resultados del tratamiento médicoquirúrgico en 17 casos. Gac Méd Méx 2003;139(3):199-204.
- Åbdel-Haq N, Quezada M, Asmar BI. Retropharyngeal abscess in children: the rising incidence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Pediatr Infect Dis J 2012;31(7):696-9.

Figura 2. Tomografía computada cervical



Se observa un aumento del espesor de las partes blandas compatible con absceso (1, 2). No se logra visualizar la vena yugular interna (3), probablemente por estar comprimida, y no se puede descartar tromboflebitis.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Un niño de 8 años consultó al Servicio de Dermatología por una lesión torácica. No presentaba dolor, prurito ni había tenido signos inflamatorios previos. Su madre comentó que la lesión había aparecido a los tres años, había crecido en los años siguientes y luego había permanecido estable. No había antecedentes médicos de importancia ni lesiones familiares similares.

Al momento del examen físico, mostraba una mácula hiperpigmentada en la parte anterior izquierda del tórax, con hipertricosis. El resto del examen clínico era normal, al igual que los estudios de laboratorio.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Mancha mongólica.
- Síndrome de McCune-Albright.
- Nevus de Becker.
- · Pitiriasis versicolor.
- Blastomicosis.

Figura 1. Mácula hiperpigmentada con hipertricosis



Para poder votar ingrese a: http://www.sap.org.ar/archivos