



ABSCEOS CERVICALES.

Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos
Hospital Central Militar.

Dra. Flor de María Carro García, Dr. César Gamaliel Rivera Martínez.
Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Central Militar, México.



RESUMEN: El conocimiento de los planos fasciales y espacios del cuello es clave en el manejo de los abscesos de cuello. Los abscesos cervicales pueden tener como origen, procesos infecciosos dentales y de vías aéreas superiores, entre otros; pueden ser de etiología polimicrobiana, por aerobios y anaerobios. La presentación clínica puede variar en relación a la edad, la localización del absceso, las comorbilidades y tratamiento previo del paciente, sin embargo, el cuadro clínico habitual es la fiebre y el dolor cervical. Para evaluar la presencia de un absceso cervical, podemos emplear diferentes estudios de imagen, siendo el ultrasonido una prueba útil no invasiva y de bajo costo, no obstante, la tomografía computada continúa siendo el estudio de elección, ya que permite localizar y delimitar la fuente de infección, con una sensibilidad de hasta 95% y que permite diferenciar adecuadamente una celulitis de un absceso. El manejo de un absceso cervical se debe enfocar en primera instancia a asegurar la vía aérea, a continuación iniciar tratamiento antibiótico intravenoso, el cual debe enfocarse a cubrir microorganismos gram positivos y anaerobios; el drenaje quirúrgico debe establecerse cuando el absceso tenga un tamaño considerable (mayor de 2 cm²), cuando existan complicaciones asociadas o cuando el paciente no presenta respuesta adecuada de 24 a 72 horas después de iniciado el tratamiento farmacológico.

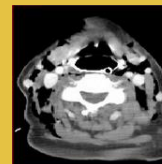
INTRODUCCIÓN. Los abscesos cervicales se definen como procesos de origen infeccioso, que involucran a uno o varios de los espacios en el cuello, ya sea que se encuentren localizados o diseminados. Antes del empleo de antibióticos, el 70% de los abscesos de cuello eran causados por diseminación de infecciones de la cavidad oral. Actualmente la amigdalitis sigue siendo la etiología más común en niños, seguida por las infecciones de origen odontogénico. Otras causas involucradas e etiología son: el abuso de drogas vía intravenosa, procedimientos quirúrgicos de la cavidad oral, infecciones de las vías respiratorias superiores, así como de las glándulas salivales; traumatismos a cavidad oral y orofaringe, etc. La mayoría de ellos son de etiología bacteriana polimicrobiana hasta en un 80 a 90% de los casos. Se consideran abscesos superficiales a aquellos que afectan el tejido celular subcutáneo, son autolimitados y no sobrepasan la aponeurosis superficial. Se consideran abscesos profundos a los que afectan los espacios contenidos en la fascia cervical profunda, ya sea en una o a través de sus tres capas (superficial, media y profunda). Existen tres espacios entre los planos de la fascia cervical profunda que son de gran importancia clínica: espacio submandibular, espacio parafaríngeo y espacio prevertebral. Las infecciones profundas de cuello comparten algunas características clínicas típicas como malestar o dolor faríngeo y trismus, estos síntomas indican presión o infección de los músculos de la masticación (masetero y pterigoideo) o afectación de la rama motora del nervio trigémino. La disfagia y odinofagia, son secundarias a inflamación alrededor de las articulaciones cricoaritenoides. La disfonía o afonía, se consideran hallazgos tardíos en las infecciones de cuello y pueden indicar afectación del nervio vago; la paresia unilateral de la lengua por afectación del nervio hipogloso. El estridor y la disnea, pueden ser manifestaciones de presión local o extensión de la infección hacia el mediastino. A la exploración física, el paciente puede presentarse con edema facial y/o cervical, descarga oral purulenta, acumulación de saliva y asimetría de la orofaringe. Generalmente se encuentra linfadenopatía, a la palpación se puede o no identificar la masa o fluctuación focal. El manejo adecuado de los abscesos de cuello depende de la localización y la profundidad de involucro del cuello, y el diagnóstico por imagen es esencial. El ultrasonido permite diferenciar un absceso de una celulitis; no obstante, la tomografía computada continúa siendo el estudio de elección, ya que ayuda a la caracterización de la naturaleza de la lesión, es especialmente importante en la planeación del abordaje quirúrgico y para valorar las probables complicaciones. El tratamiento se enfocará especialmente a la protección de la vía aérea, posteriormente se deberá iniciar tratamiento antibiótico empírico; reservando el drenaje quirúrgico para cuando existan comorbilidades que puedan complicar el curso clínico del absceso, cuando el paciente no presente mejoría 24 a 72 horas posteriores al inicio del tratamiento antibiótico o cuando el tamaño del absceso sea considerable (>2 cm²).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 51 años de edad, quien cuenta con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 17 años, el cual refiere que en agosto 2014 presentó accidente con lesión cervical tipo ahorcamiento por enroscarse su camisa en mecanismo de camión de carga ocasionándole compresión en región cervical derecha, 24 horas después, inició con dolor intenso en dicho sitio, por lo que acudió a valoración médica en donde indicaron analgésicos únicamente; sin embargo, persistió con dolor cervical intenso, incluso con irradiación a miembro superior ipsilateral. En esta ocasión, el paciente acudió a quiróprático donde le realizaron masaje y posterior a ello notó aumento de volumen en hemitórax derecho, inició con fiebre, diaforesis y malestar general, por lo que acudió a consulta médica a hospital de segundo nivel de atención médica donde le realizaron estudios complementarios, identificando leucocitosis 17.88, descontrol metabólico tipo hiperglicemia (glucosa 519) y tomografía de cuello con datos en relación a celulitis cervical, y se le inició doble esquema de tratamiento antibiótico con ceftriaxona y clindamicina, al no haber mejoría, se refiere a nuestro nosocomio para dar manejo quirúrgico. Al ingreso, el paciente presentaba en cuello aumento de volumen y eritema en región anterior cervical y hemicuello derecho que se extiende a tórax hasta la segunda costilla, muy doloroso a la palpación, enfisema subcutáneo sobre músculo pectoral mayor y región subclavicular derechos, traquea central, sin adenopatías palpables; la laringoscopia indirecta con endoscopio rígido de 70 ° sin alteraciones. Se realizó nuevamente tomografía cervical con extensión a cuello, la cual reportó enfisema subcutáneo en región cervical anterior, hemicuello y hemitórax derechos, sin datos de colección pero sin descartar proceso infeccioso en evolución; por lo que se decide realizar exploración cervical quirúrgica dentro de las 24 horas posteriores a su ingreso, donde se obtuvo tejido necrótico y licuefacto con escasa secreción purulenta de hemicuello derecho, sin embargo como medida precautoria se dejó abierta la herida quirúrgica de forma parcial y se envió cultivo de secreción. Durante el postoperatorio inmediato, el paciente persistió con enfisema y dolor moderado en hemitórax derecho, pero con mejoría notoria en región cervical, por lo que se solicitó valoración por el servicio de cirugía general quienes decidieron realizar exploración quirúrgica de hemitórax derecho, donde obtuvieron escaso material purulento y se colocó drenovac, el paciente fue sometido a 2 limpiezas quirúrgicas más por el servicio de cirugía general y posterior a ello se retiró drenaje con buena evolución clínica. Mientras el paciente se encontraba hospitalizado, se reportó cultivo positivo para S. Aureus por lo que se interconsultó con infectología quienes realizaron ajustes al esquema antibiótico a ceftriaxona y vancomicina, en fechas posteriores se reportó también positividad a K. pneumoniae y por dicho motivo se suspendió esquema antibiótico previo y se inició Piperacilina/tazobactam. Posteriormente se presentó a cámara hiperbárica donde indicaron 20 sesiones de tratamiento y con ello, el paciente mejoró de forma considerable, por lo que se decidió egreso y control como externo. Actualmente el paciente se encuentra con resolución completa del cuadro clínico sin secuelas que limiten sus actividades de la vida diaria.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO



Al ingreso, el paciente: cuello con aumento de volumen y eritema en región anterior cervical y hemicuello derecho, extensión a tórax hasta la segunda costilla.



Enfisema subcutáneo en región anterior de hemicuello y hemitórax derecho, sin datos de colección.

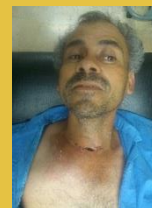
PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE MANEJO



Debajo de colgajo subplatistal superior, tejido necrótico y licuefacto. Secreción purulenta encima del músculo esternotiroideo



Región paratraqueal con secreción purulenta y delante de músculos esternocleidomastoideos.



Se dejó abierta la herida quirúrgica de forma parcial. Durante el postoperatorio inmediato con mejoría en región cervical pero persistencia de eritema y aumento de volumen en hemitórax derecho.

DISCUSIÓN El absceso cervical consiste en un proceso infeccioso que forma una colección de material purulento localizado en alguno de los espacios del cuello, su importancia recae en la elevada morbilidad y mortalidad que conlleva sin tratamiento adecuado, frecuentemente se originan por infecciones odontogénicas en adultos y de amigdalitis en niños; sin embargo, su etiología es diversa. Es notorio que está relacionado con las condiciones inherentes del paciente, la comorbilidad asociada con más frecuencia es la diabetes mellitus tipo 2. La sintomatología es diversa según la localización del absceso. Actualmente la tomografía computada es el estudio de imagen de elección para el diagnóstico, que en combinación con la exploración física tiene sensibilidad de 95% y especificidad de 80% para el diagnóstico. Es importante la localización y extensión precisa de los abscesos para definir el tratamiento más adecuado, y en caso de requerirse para determinar el procedimiento más apropiado para el drenaje. Existen algunos espacios como el visceral, vascular y retrofaríngeo que por su comunicación hacia el mediastino permiten su diseminación rápida y, con ello, aumenta el riesgo de mortalidad.

CONCLUSIÓN. El absceso profundo de cuello es una infección grave que puede diseminarse y agravarse rápidamente, por lo que es de preponderante importancia reconocer los datos clínicos y tener un alto nivel de sospecha ante lesiones cervicales, debido a que el pronto diagnóstico impacta directamente en el pronóstico. Es necesario el manejo hospitalario para el estudio protocolizado y metodológico del paciente, incluyendo estudio de imagen y el inicio de tratamiento antibiótico empírico. Se deberá llevar a cabo una vigilancia médica estricta para valorar la evolución del paciente. La prevención de las complicaciones potenciales y del control de la vía aérea son la base del tratamiento inicial, así mismo se debe realizar tratamiento quirúrgico cuando las indicaciones sean precisas. El caso clínico previo ejemplifica la recomendación de la literatura de mantener un manejo multidisciplinario a fin de brindar al paciente las mejores posibilidades de recuperación.

REFERENCIAS.

- Pediatric cervical/ Deep neck space infections. Stanley Voigt and Jan C. Groblewski. Department of Otolaryngology, Tufts University Medical Center, Boston, MA.
- Deep neck space infections; retrospective review of 46 patients. Rameez M. Mumtaz, Asif A. Arain, Anwar Suhail, Shaheryar A. Rajput, Mohammad Adeel, Nabeel H. Hassan. Hospital, Karachi, Pakistan.
- Deep Neck Infections Treatment & Management. Alan D Murray, MD; Chief Editor: Arlen D Meyers, MD, MBA.
- Frecuencia y topografía de los abscesos profundos del cuello. Luz Arceña Campos Navarro, Dan Neftali Hernández Llamas, Mario Antonio Barrón Soto. AN ORL MEX Vol. 54, Núm. 4, 2009.
- Abscesos de los espacios profundos del cuello y su complicación hacia el mediastino: comunicación de dos casos. Juan Antonio Lugo Machado, Óscar Arturo Solís Da Costa.