

Historia Clínica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

CINTIA MORALES^a, FEDERICO D'ANTONIO^b, MARÍA JULIETA PANZITTA^c,
CAROLINA ORDOÑEZ^d Y VICTORIA MARTINELLI^d

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: EM.
Edad: 10 años.
Sexo: masculino.
Fecha de ingreso: 30/12/15.
Procedencia: Bolivia.

MOTIVO DE CONSULTA

Tortícolis, odinofagia y síndrome febril.

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Absceso latero y retrofaríngeo.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 10 años de edad oriundo de Bolivia, con antecedente de faringoamigdalitis a repetición; comienza seis días previos a la consulta con odinofagia progresiva, agregando a las 72 horas otalgia derecha y síndrome febril de tres días de evolución (uno a dos registros diarios, máximo de 38,5°C).

Consulta previamente en el Hospital Álvarez donde realizan diagnóstico de faringitis e indican amoxicilina a dosis adecuada y buena tolerancia. A las 48 horas concurre al Departamento de Urgencias de nuestro hospital por mala evolución, presentando trismus y movilidad cervical reducida. En fauces se valora una tumoración postero-lateral derecha con leve desviación de la línea media. Por sospecha de absceso laterofaríngeo se decide su internación en sala de clínica médica para tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Faringitis a repetición. Último episodio referido dos meses previos a la consulta. Sin complicaciones. Múltiples cultivos de fauces positivos para *Streptococcus pyogenes*.
- Hipertrofia amigdalina grado II.
- Vacunas: completas con calendario según país de origen.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO EN UNIDAD DE CLÍNICA

Regular estado general, clínica y hemodinámicamente estable, afebril.

Mala actitud alimentaria por limitación en la apertura bucal.

Signos vitales

FC: 88, FR: 18, Saturando 98% a aire ambiental.

Se ausculta soplo sistólico 2/6 sin irradiación. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Eupneico, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

A nivel del cuello se observa leve asimetría superior derecha a expensas de tumoración de aproximadamente 3x3 cm, duro-elástica, móvil, dolorosa a la palpación sin signos de flogosis, que corresponde a adenopatía cervical posterior.

Se observa además tanto escasa movilidad cervical como apertura bucal. Fauces congestivas, con abombamiento de pared póstero-lateral derecha de la faringe con desplazamiento de úvula hacia lado izquierdo. (Imagen n°1). Buen estado dentario.

Exámenes complementarios al ingreso

- Hemograma: GB: 18900/mm³ (77N/17L/4M/2C), Hb 13,3 gr/dl, Hto 39,6%, Plaquetas 314000/mm³.
- EAB: 7,37/37,2/21,5/-2,9.

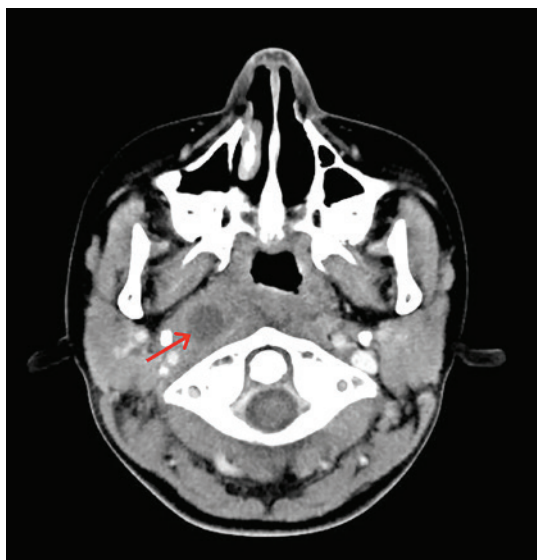
a. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica.
b. Residente de cuarto año de Clínica Pediátrica.
c. Residente de segundo año de Clínica Pediátrica.
d. Residente de primer año de Clínica Pediátrica.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG).
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Ionograma: Na 141 mmol/l, K 3,6 mmol/l, Cl 106 mmol/l, Ca iónico 1,07.
- Química: Urea 19 mg/dl, Glu 106 mg/dl, Ácido úrico 2,5 mg/dl, Creat 0,38 mg/dl, GPT 9 U/l, GOT 20 U/l, amilasa 96,7 U/l.
- Proteína C Reactiva (PCR): 124 mg/l.
- Coagulograma: TP 81%, KPTT 28 seg, Fibrinógeno > 600.
- Laboratorio con leucocitosis con neutrofilia y reactantes de fase aguda aumentados.

Figura 1. Abombamiento de pared postero-lateral derecha de la faringe con desplazamiento de úvula hacia lado izquierdo



Figura 2. TAC de cuello que muestra colección organizada en región retro faríngeo y laterofaríngeo derecha



- HMC X 2 negativos.
- Tomografía axial computada (TAC) de cuello con contraste endovenoso que evidencia área bien circunscrita de baja densidad y aspecto líquido en la región retrofaríngeo y laterofaríngeo derecha con extensión a región prevertebral, compatible con una colección organizada de 22 mm. Se observa desplazamiento de la línea media hacia el lado izquierdo. Vía aérea permeable. Sin compromiso muscular. Sugestivo de proceso infeccioso-inflamatorio (*Imagen 2*).
- Evaluación por odontología con buen estado dentario del paciente
- Por presentar soplo sistólico 2/6 en mesocardio, se realiza valoración cardiológica con electrocardiograma y ecocardiograma dentro de límites normales.

Tratamiento

- Ampicilina-sulbactam 1.5 gr cada 6 hs (150 mg/kg/día cada 6 hs).
- Plan de hidratación parenteral a necesidades basales.
- Ayuno.
- Dexamentasona 0,6 mg/kg/día
- Dipirona 10 mg/kg/dosis cada 8 hs

Planteos diagnósticos

- Absceso laterofaríngeo.
- Absceso retrofaríngeo.
- Adenitis cervical.
- Celulitis cervical.
- Hematoma.
- Cuerpo extraño.
- Tumores: linfangioma, hemangioma, linfoma.

Evolución

Teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas y los exámenes complementarios (laboratorio e imagen tomográfica) se interpreta el cuadro clínico como absceso de los espacios latero y retrofaríngeo. Considerando los antecedentes personales de faringitis a repetición por *Streptococcus pyogenes* y la evolución del cuadro actual, se asume como complicación supurativa estreptocócica. Inicia medicación empírica con ampicilina-sulbactam cubriendo *S. pyogenes* y flora de la cavidad oral.

Es evaluado en forma multidisciplinaria por infectología, endoscopia y otorrinolaringología.

Durante las primeras 48 horas desde el ingreso evoluciona favorablemente, manteniéndose afebril, con mejoría de la apertura bucal y movilidad cervical, por lo que se decide mantener conducta quirúrgica expectante.

Sin embargo, a la semana de haberse iniciado el tratamiento antibiótico endovenoso, la tumoración en la pared posterior de la faringe persiste con iguales características por lo que se realiza nueva TAC de cuello con contraste endovenoso. La misma evidencia una imagen hipodensa que refuerza con contraste, de 15x30x31 mm de diámetro anteroposterior, transverso y céfalo-caudal respectivamente, en topografía latero-faríngea derecha con extensión retro-faríngea. Genera impronta en la vía aérea que se muestra asimétrica pero permeable. Se constata disminución del componente inflamatorio de las partes blandas regionales respecto a la previa (*Imagen 3*).

Es valorado por el servicio de cirugía maxilofacial realizando drenaje del absceso. En la anatomía patológica se evidencia mucosa faríngea con proceso inflamatorio subagudo; del cultivo se obtiene rescate de *Klebsiella pneumoniae* y *Streptococcus salivarius*, interpretados como contaminantes, sin modificar el esquema terapéutico inicial.

El paciente permaneció afebril desde el ingreso, sin signos de toxoinfección sistémica, fauces no congestivas, línea media conser-

vada y lesión cicatrizal secundaria a drenaje quirúrgico. (*Imagen 4*). Cumplió 21 días totales de tratamiento con ampicilina-sulbactam.

Con evolución clínica favorable y mejoría de los parámetros de laboratorio (PCR: 1,62), se otorga el egreso hospitalario. Continuó tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día durante 10 días, con nueva imagen de control (resonancia magnética - *Imagen 5*), que evidencia resolución de la colección.

Debido a la complicación presentada, se informa a los padres la indicación de amigdalectomía. La misma se programa en su país de origen donde tiene seguimiento por otorrinolaringología.

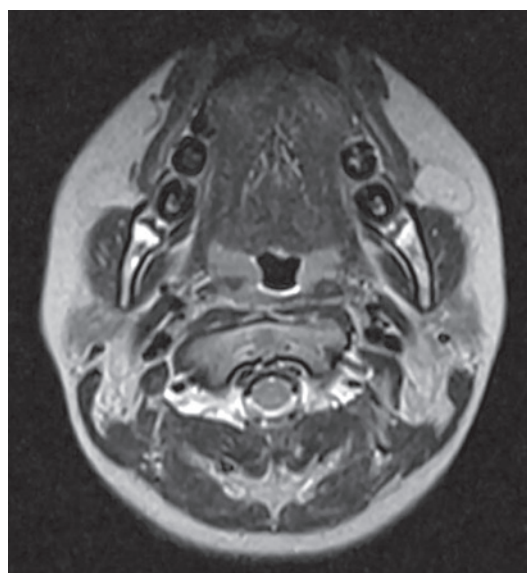
Figura 3. TAC: Disminución del componente inflamatorio de las partes blandas regionales respecto a la previa



Figura 4. Línea media conservada y lesión cicatrizal secundaria a drenaje quirúrgico



Figura 5. RMN: Nueva imagen de control, evidencia resolución de la colección



Diagnóstico al egreso

Absceso del espacio latero y retrofaringeo.

COMENTARIO

Dentro de las infecciones profundas del cuello, se describen el absceso laterofaríngeo (parafaríngeo) y el absceso retrofaringeo como entidades poco frecuentes, pero con complicaciones potencialmente graves.

En general se producen por extensión de infecciones de la orofaringe, como presuntos que ocurrió en nuestro paciente, aunque también pueden originarse tras la ingesta de cuerpos extraños que lesionan el esófago o la tráquea, por maniobras de intubación orotraqueal intempestivas, infecciones bucodentarias, o ser de causa idiopática.

Aunque puede presentarse en cualquier grupo etáreo, es más frecuente en menores de 6 años, y afecta predominantemente a varones con una relación 3 a 1.

Ambos procesos supurativos se manifiestan con síndrome febril, odinofagia, disfagia y adenopatías regionales homolaterales. El absceso laterofaríngeo además puede presentarse con trismus, edema e induración del ángulo mandibular y asimetría de fauces.

Por otro lado, los procesos supurativos del espacio retrofaringeo se acompañan característicamente de tortícolis, cambios en el tono de voz, alteraciones respiratorias (taquipnea o estridor) y abombamiento de la pared posterior de la faringe.

El paciente descrito presentó superposición de signos y síntomas de las dos entidades, lo que se explica por el compromiso anatómico de ambos espacios evidenciado en la TAC.

En ocasiones el absceso retrofaringeo se produce por infección contigua desde el espacio laterofaríngeo, como se propone que puede haber ocurrido en este paciente.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista microbiológico corresponden a infecciones polimicrobianas, siendo el *Streptococcus pyogenes* el patógeno más frecuentemente aislado. Otros agentes etiológicos posibles son *Staphylococcus aureus*, anaerobios oro faríngeos (*Fusobacteria*, *Prevotella*, *Veillonella spp.*) y con menor frecuencia *Haemophilus influenzae*. Suelen cursar con hemocultivos negativos.

La exploración clínica junto con la radiografía lateral de cuello y la TAC con contraste permiten el diagnóstico.

Todo paciente con sospecha de absceso latero o retrofaringeo debe ser internado y tratado con antibióticos endovenosos. Aunque existen controversias respecto a la indicación de tratamiento quirúrgico inicial, el mismo es mandatorio en pacientes con compromiso de la vía aérea o que no mejoran luego de 48 o 72 horas de antibióticos.

En los casos en lo que se opta por tratamiento médico exclusivo, debe realizarse seguimiento estrecho y nueva TAC de acuerdo a la evolución.

Por otra parte debido al aumento de infecciones graves por *S. aureus meticilino resistente* (SAMR) de la comunidad, se sugiere como tratamiento empírico inicial clindamicina. En una serie de casos de siete pacientes con absceso retrofaringeo presentada por el Servicio de Infectología del hospital, tres tuvieron rescate de SAMR de la comunidad, uno presentó *S. pyogenes*, otro *Streptococcus viridans* y dos sin rescate de germen. Todos fueron tratados de forma empírica inicial con clindamicina más una cefalosporina de tercera generación.

En aquellos pacientes sin contexto clínico sugestivo de infección por SAMR e historia de faringitis estreptocócica puede considerarse el uso de ampicilina-sulbactam.

La duración del tratamiento endovenoso dependerá de la evolución clínica, recomendándose como mínimo 5 días, y completando por vía oral 15 días totales.

Las complicaciones de los abscesos retro y laterofaríngeo son infrecuentes pero potencialmente fatales. La infección puede extenderse a otros espacios profundos del cuello, estructuras adyacentes o septicemia. Las complicaciones incluyen obstrucción de la vía aérea, neumonía aspirativa, trombosis de la vena yugular, mediastinitis, ruptura de la arteria carótida, dislocación de la articulación atlanto-axoidea.

CONCLUSIÓN

Los abscesos retro y latero faríngeos son patologías infrecuentes pero graves. La sospecha clínica y su diagnóstico temprano puede evitar complicaciones potencialmente mortales, por lo que el pediatra debe tenerlo siempre presente dentro de sus diagnós-

ticos diferenciales ante una faringitis de la mala evolución.

Agradecimientos

A la Unidad 8 y al Servicio de Infectología del HNRG.

BIBLIOGRAFÍA

- Chow AW. Infections of the oral cavity neck, and head. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennetts Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. Págs.855-871.
- Wald ER et al. Retropharyngeal infections in children. UpToDate. Enero 2014.
- Chow AW. Deep neck space infections. UpToDate. Julio 2015.
- Brown NK et al. *Staphylococcus aureus* retropharyngeal abscess in children. *Pediatr Infect Dis J* 2015 Apr;34(4):454-6.
- Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal Abscess in Children: Clinical Presentation, Utility of Imaging, and Current Management. *Pediatrics* 2003 Jun;111(6 Pt 1):1394-8.
- Page C, et al. Parapharyngeal abscess: diagnosis and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2008) 265:681-686.
- Mejía Díaz JH, et al. (2015, November). Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation and impact of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in adverse outcomes. Poster session presented at the 9th World Congress on Pediatric Infectious Diseases, Brazil, Rio de Janeiro.