

Abscesos profundos de cuello en edad pediátrica.

Dr. Francisco Javier Saynes Marín.
(Medico residente de cuarto año de la especialidad de Otorrinolaringología, Hospital Juárez de México)

Dr. Jorge Amador Aguilar Sánchez
(Medico adscrito del servicio de Otorrinolaringología, Hospital Juárez de México)

Dra. María del Carmen Del Ángel Lara
(Medico adscrito del servicio de Otorrinolaringología, Hospital Juárez de México)

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
Hospital Juárez de México.
México D.F.

RESUMEN

Un absceso profundo de cuello es una colección de material purulento en un espacio potencial conformado por el plegamiento de las fascias profundas del cuello, la infección puede involucrar estructuras del cuello de vital importancia que pueden comprometer la vida del paciente. Con excepción del absceso periamigdalino, los abscesos profundos de cuello son relativamente infrecuentes en los niños, sin embargo cuando se presentan son de curso rápido y requieren de manejo temprano. Se presenta la experiencia en el manejo de abscesos de cuello en pacientes pediátricos en el Hospital Juárez de México. Se realizó una revisión 45 pacientes pediátricos con esta patología atendidos en el servicio de Otorrinolaringología en el periodo de 1995 al 2002, tomando en cuenta: edad, sexo, factores de riesgo, etiología, espacios afectados, imagenología, tiempo de evolución, y el tratamiento administrado. Se mencionan las principales complicaciones y el tiempo de estancia intrahospitalaria. El tiempo de inicio de la sintomatología hasta su presentación e ingreso en el servicio el promedio fué de 11.5 días mientras que el promedio de estancia intrahospitalaria fué 7.5 días. El sitio de ubicación mas frecuente fué el espacio parafaríngeo seguido por el submandibular. De acuerdo al número de espacios afectados, encontramos que el 42% tenían un espacio afectado, y 22% dos espacios. El gérmen más frecuentemente hallado fué Staphylococcus aureus; 34% no desarrolló ningún germe patógeno. El manejo utilizado con mayor frecuencia fué el drenaje del absceso con antibioticoterapia sistémica, siendo la combinación penicilina G sódica + metronidazol la más empleada.

SUMMARY.

A deep abscess of neck is a collection of purulent effusion in a potential space conformed by the deep fascias of the neck, the infection can involve structures of the neck of vital importance that can compromise the patient's life. Except for the peritonsillar abscess, the deep abscesses of neck are relatively uncommon in the children, however when they are presented they are of quick course and they require early of handling. The experience is presented in the handling of neck abscesses in pediatric patient in the Hospital Juárez of Mexico. It was carried out a revision of 45 pediatric patients with this pathology assisted in the service of E.N.T in the period from 1995 to the 2002, taking into account: age, sex, factors of risk, etiology, affected spaces, imaging, time of evolution, and the administered treatment. The main complications and the time of intrahospitalary stay are mentioned. The time of beginning of the symptomatology until their presentation and entrance in the service the average was of 11.5 days while the average of intrahospitalary stay was 7.5 days. The location place but it frequents it was the parapharyngeal space continued by the submandibular space. According to the number of affected spaces, we find that 42% had an affected space, and 22% two spaces. The germ but frequently found it was Staphylococcus aureus; 34% didn't develop any pathogen germ . The handling used most frequently was the drainage of the abscess with systemic antibioticotherapy, being the combination penicillin sodium G + metronidazol the most employed.

INTRODUCCIÓN

En términos simples, un absceso profundo de cuello es una colección de material purulento en un espacio potencial conformado por el plegamiento de las fascias profundas del cuello. La infección de cualquiera de ellos puede extenderse rápidamente e involucrar estructuras del cuello de vital importancia como es la vía aérea, los grandes vasos y los pares craneales bajos, además del riesgo potencial de extenderse fuera del cuello hacia el mediastino. Con excepción del absceso periamigdalino, los abscesos profundos de cuello son relativamente infrecuentes en los niños, sin embargo en caso de los niños en edad escolar y más aún en los lactantes tienen el gran riesgo de desarrollar obstrucción de la vía aérea debido a que la laringe se encuentra ubicada en un sitio más alto a diferencia del adulto.(1, 2)

congénitas de la cabeza y el cuello pueden en un momento determinado presentar un evento de inflamación con o sin producción de secreción purulenta sin embargo el cuadro clínico que presentan prácticamente es igual que el de un absceso de cuello, finalmente serán los estudios de imagen y en muchos casos el manejo operatorio en donde se reportarán como hallazgos las presencia de dicha tumoración. Dichas lesiones congénitas pueden ser higromas quísticos, quistes del conducto tirogloso y los quistes branquiales. Otro diagnóstico diferencial importante son los abscesos superficiales de cuello que tienen prácticamente la misma etiología la misma presentación clínica sin embargo por su ubicación no comprometen estructuras importantes ni se diseminan por los espacios aponeuróticos profundos del cuello y muchas de ellas pueden ser manejadas inclusive de manera ambulatoria.(2,3)

ETIOLOGÍA

Los abscesos profundos de cuello se producen generalmente por infecciones del tracto respiratorio superior siendo la infección más común la amigdalitis, seguido en orden decreciente por la rinosinusitis, faringitis, infección de glándulas salivales e infecciones odontógenas. Los traumatismos penetrantes de cuello son causas relativamente frecuentes de abscesos en niños ya sea por cuerpos extraños o iatrogénica (en el caso de las endoscopías)(1,2)

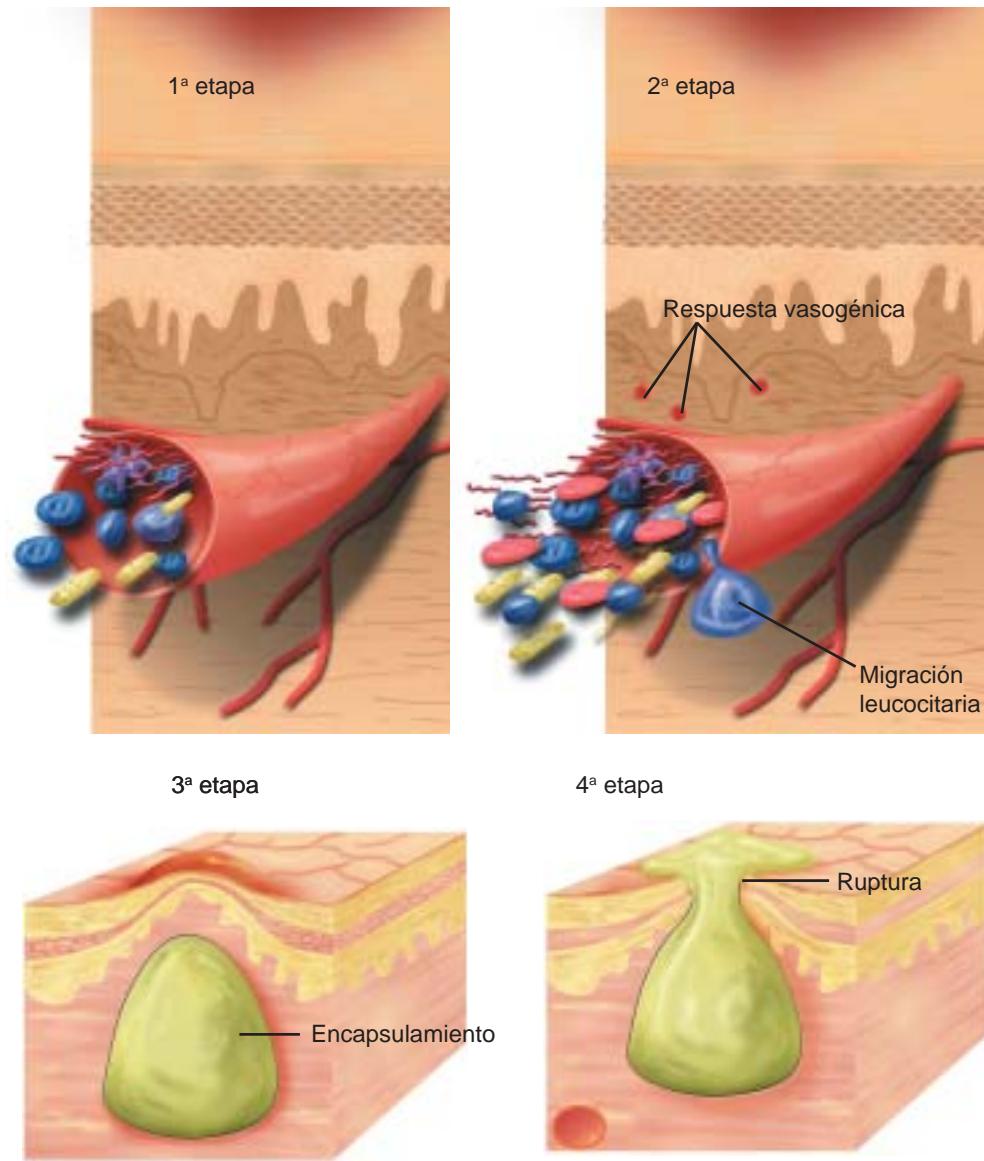
Los abscesos como todos los demás que se producen en el cuerpo humano se forman a través de cuatro etapas básicas, la primera es la de celulitis, la cual básicamente es un estado inflamatorio de la región, la segunda fase es la de organización caracterizada por la migración leucocitaria y la respuesta vasogénica, la tercera es la de encapsulamiento en la cual dicha colección purulenta se rodea de una cápsula de detritus celulares y finalmente la cuarta etapa es la de ruptura capsular (figura 1) con las consecuentes complicaciones que conlleva la ubicación del absceso en determinada región.(3)

El diagnóstico diferencial de los abscesos de cuello radica en lesiones congénitas, tumores, y masas de origen desconocido. Las lesiones quísticas

Finalmente muchas infecciones pueden cursar un estado de adenitis cervical, la cual en ocasiones puede sufrir un proceso de supuración desarrollando un absceso profundo de cuello. Es importante definir la etiología infecciosa ya que el manejo médico de muchos de ellas ha cambiado en los últimos años, principalmente aquellas debidas a rickettsias, VIH y micobacterias generalmente atípicas.45

MICROBIOLOGÍA

Los estreptococos beta hemolíticos del grupo A de Lancefield y *Staphylococcus aureus* permanecen aún como los agentes etiológicos más frecuentes en los abscesos profundos de cuello en los niños. Dada su relativa predominancia en la etiología de estos cuadros y a su creciente resistencia antibiótica se recomienda el uso de una penicilina resistente a penicilinasas desde el principio del manejo médico.(3) Por otro lado, si bien es cierto que los anteriores mencionados son los más frecuentes gérmenes aerobios en esta patología, lo más común es encontrar abscesos de etiología polimicrobiana en los cuales además de incluir gérmenes aeróbicos, también se encuentran anaerobios principalmente los organismos conocidos como *Bacteroides sp.* Es por ello



importante que ante cualquier paciente con absceso de cuello se tome mediante punción con técnica estéril una muestra la cual se llevará a cultivo y realización de antibiograma, ya que aunque inicialmente el manejo es empírico, el reporte del cultivo permitirá un mejor enfoque terapéutico, o el cambio del mismo en caso de obtener un cultivo positivo para otros gérmenes que no sea sensible a los antibióticos iniciales. Cabe mencionar que una alta incidencia de los cultivos son negativos. (1)

Algunos autores han postulado como una excepción a esta regla la presencia de abscesos periamigdalinos que generalmente son producidos por estreptococos y estafilococos, por lo que el manejo invariablemente es con penicilina, sin embargo el

involucramiento de otros espacios donde los gérmenes anaerobios pueden estar presentes (submandibular y espacios más inferiores) el manejo puede cambiar y además es necesario agregar uno o dos antibióticos generalmente alguno contra anaerobios más un aminoglucósido.(6)

FORMA DE REPRESENTACIÓN DE LOS ABSCESOS DE ACUERDO AL ESPACIO AFECTADO

En orden de frecuencia los abscesos periamigdalinos ocupan el primer lugar en cuanto a casuística de abscesos profundos de cuello en el niño seguidos por los abscesos del espacio retrofaríngeo, y posteriormente los del espacio submandibular, parafaríngeo, bucal y parotídeo, siendo este último el más raro.⁷ Generalmente son pacientes que refieren alguna de las situaciones arriba mencionadas como factor causal primario presentado generalmente odinofagia progresiva, fiebre, aumento de volumen en el cuello y en ocasiones dependiendo de la severidad del cuadro o del espacio afectado, obstrucción de la vía aérea, trismus o limitación de los movimientos del cuello. (8)

ESTUDIOS DE IMAGEN

Desde hace algunos años las placas radiográficas simples han dejado de ser un apoyo importante en el diagnóstico siendo ahora más fidedigna la

información que aportan la tomografía computada, el ultrasonido y la resonancia magnética. Cuando se carecen de estos medios las placas pueden dar información valiosa como la presencia de ensanchamiento de la región prevertebral, la presencia de algún cuerpo extraño o la presencia de aire en sitios donde no se debe encontrar. La ultrasonografía es un método diagnóstico útil, rápido, fácil de realizar, no invasivo y no requiere de sedación para el paciente, cualidades que lo hacen en los pacientes pediátricos un excelente método diagnóstico ya que permite ubicar perfectamente la masa, definir el tipo de contenido y en un momento dado dirigir algún procedimiento de punción para fines diagnósticos o curativos.(3,4)

La tomografía computada es la técnica diagnóstica más ampliamente usada en el mundo en el apoyo diagnóstico de los abscesos profundos del cuello, su sensibilidad es mucho mayor que el ultrasonido en identificar tamaño, ubicación y extensión del absceso. Sus desventajas son que requiere de radiación ionizante y que el niño esté relativamente tranquilo para poder realizar el estudio lo que en ocasiones obliga al radiólogo a sedar al niño, además de utilizar un medio de contraste que puede causar algún tipo de respuesta alérgica. La resonancia magnética tiene algunas ventajas relativas sobre la tomografía en el sentido de no utilizar radiación ionizante, muestra las imágenes en tres planos y una mejor resolución de los tejidos blandos afectados, sin embargo también requiere de la cooperación del niño y también utiliza medio de contraste. Es importante recalcar que la necesidad de mantener tranquilos a los niños mediante sedación es un proceso riesgoso en función de que se trata de pacientes que pueden tener comprometida la vía aérea a nivel del cuello.(9)

MANEJO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

En la mayoría de los casos los pacientes ya han iniciado alguna forma de manejo antibiótico ya que inician como una infección del tracto respiratorio

superior. Con ciertas excepciones, como en el absceso periamigdalino, el manejo médico de cualquier absceso profundo del cuello debe ser manejado con antibioticoterapia intravenosa inicialmente, con lo cual la formación de los abscesos se verá limitada remitiendo así el cuadro. Aquellos pacientes que en 48 a 72 hrs. no respondan al manejo médico, o cuya sintomatología se incremente, son candidatos al manejo quirúrgico.

En cuanto a los procesos de drenaje, la aspiración ha tenido en la ultima década un nuevo repunte sobretodo en aquellos pacientes con abscesos periamigdalino. Se refiere que es efectivo hasta en 94% según algunos estudios en el manejo definitivo de estos pacientes, y evitan el riesgo quirúrgico, además de ser rápido, barato y no implicar hospitalización del paciente permitiendo el manejo médico ambulatorio.(10) Sin embargo el estándar de oro en el manejo quirúrgico de los abscesos profundos de cuello es el drenaje abierto, el cual debe ser la primera opción en pacientes con compromiso de la vía aérea, inmunosuprimidos o sépticos.¹¹ El manejo temprano y oportuno de esta entidad permite evitar complicaciones como la obstrucción de la vía aérea per se, trismus, mediastinitis, septicemia, trombosis de la vena yugular, erosión de la arteria carótida con la consecuente ruptura, parálisis de los nervios craneales IX, X, XI y XII.¹²

A continuación presentamos parte de la experiencia que se tiene en el manejo de abscesos de cuello en pacientes pediátricos en el Hospital Juárez de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los expedientes clínicos de pacientes pediátricos con abscesos de cuello atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México en un periodo de 5 años, desde 1995 al año 2002, tomando en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo, etiología, espacios afectados, imagenología, tiempo de evolución, y el tratamiento médico y/o quirúrgico. Se mencionan las principales

complicaciones y el tiempo de estancia intrahospitalaria.

Los resultados obtenidos de esta revisión se presentan en tablas y graficas representativas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

En total fueron revisados 45 expedientes de pacientes menores de 17 años con abscesos profundos de cuello manejados en el servicio. El rango de edad fué de 7 meses a 17 años, siendo el

rinofaríngea en 65% de los casos (29 pacientes), infección ótica en 2% (1 paciente), politraumatismos 6% (3 pacientes), parotiditis 5% (2 pacientes), sarampión y varicela un caso cada uno (2% respectivamente), y finalmente en 18% (8 pacientes) no se identificó la causa

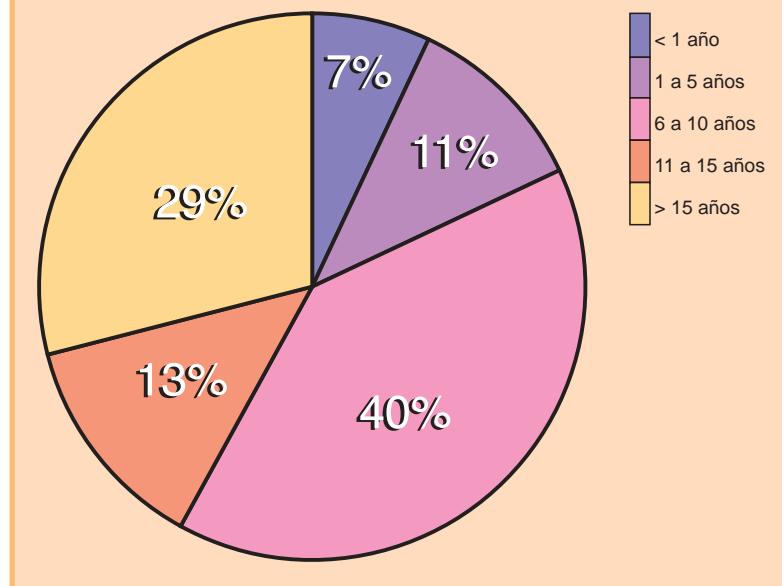
El sitio de ubicación de los abscesos de cuello de acuerdo al espacio aponeurótico afectado se muestra en la tabla II donde se observó que el principal espacio afectado fué el parafaríngeo con 66%

De acuerdo al número de espacios afectados, encontramos que el 42% (19 pacientes) solo tenían un espacio afectado, mientras que en diez casos (22%) la extensión comprendía dos espacios, y finalmente 16 pacientes desarrollaron abscesos en tres o más espacios del cuello (36%).

Del total de pacientes atendidos en el 78% (35 pacientes) se tomó cultivo de la secreción. De estos pacientes el 66% ($N=20$) resultaron positivos siendo el germe más frecuente *Staphylococcus aureus*, el restante 34% no desarrolló algún germe patógeno; los demás resultados son mostrados en la gráfica 2. un hecho importante de comentar es que cerca del 77% de los pacientes (35), contaban ya con uno o más esquemas antibióticos previos a su ingreso sin mejoría del cuadro.

En cuanto a los estudios de imagen en 8% (4 pacientes) se tomaron placas radiográficas de cuello encontrando entre los hallazgos más importantes: presencia de gas en tejidos blandos, aumento del espacio retrofaríngeo, y desplazamiento de la vía aérea. Cabe mencionar que en la actualidad las placas radiográficas no son tan útiles como otros estudios de imagen, y en nuestro servicio prácticamente en

Gráfica 1. Distribución por grupo de edad



promedio 8.7 años. Del total 62% fueron varones (28 pacientes) y 38% (17 pacientes) fueron mujeres. La distribución por edad se presenta en la Gráfica 1.

En lo referente al tiempo de inicio de la sintomatología hasta su presentación e ingreso en el servicio el promedio fué de 11.5 días (rango de 2 días a 30 días). El promedio de estancia intrahospitalaria fué 7.5 días en promedio (rango de 4 a 17 días)

La sintomatología más importante en estos pacientes se muestra en la tabla I. El factor desencadenante aparente fué una infección

Tabla 1.

Sintomatología (N=45 pacientes)	
Síntoma	Porcentaje (%) (No. pacientes)
• Fiebre	87 (39)
• Aumento de volumen en cuello	82 (37)
• Odinofagia	72 (32)
• Dolor cervical	51 (23)
• Disminución de la apertura bucal	47 (21)
• Anorexia	33 (15)
• Rinorrea	28 (13)
• Limitación de los movimientos del cuello	26 (12)
• Voz en papa caliente	24 (11)
• Otalgia	13 (7)
• Hipotermia	13 (6)
• Cefalea	11 (5)
• Tos	11 (5)
• Dificultad respiratoria	8 (4)
• Sensación de cuerpo extraño	6 (3)
• Sialorrea	2 (1)
• Crisis febres	2 (1)

todos los pacientes se realiza tomografía computada.

Los estudios tomográficos se realizaron en 38 pacientes (84%). De estos pacientes (38) los hallazgos más frecuentes fueron una densidad de tejidos blandos en el área afectada en 84% (32 pacientes) la cual era generalmente de aspecto heterogéneo y rodeado por una cápsula que captaba el medio de contraste; presencia de gas en 21% (8 pacientes), desplazamiento de la vía aérea en 19% (5 pacientes). Otros hallazgos obtenidos fueron la presencia de una lesión quística en dos pacientes (5%); en 20 pacientes la presencia de probables conglomerados ganglionares (52%), los cuales se caracterizaban por tener reacción perilesional y focos de necrosis; glándula submandibular aumentada de tamaño en seis pacientes (15%), y erosión de la vaina carotídea en dos casos (5%).

En el 6.5% de los casos (3 pacientes) se realizó un ultrasonido encontrando como hallazgos la presencia de una masa que

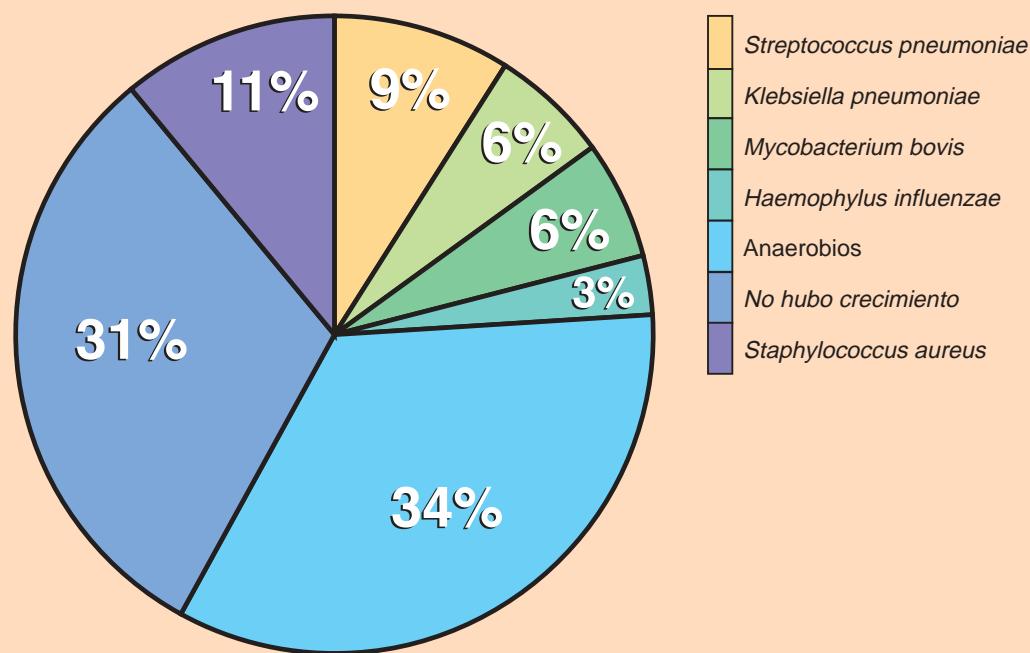
Gráfica 2. Reporte de cultivos

Tabla 2.

Espacio afectado (N=45 pacientes)	
Espacio afectado	Porcentaje % (N= pacientes)
• Parafaríngeo	66 (30)
• Submandibular	57 (26)
• Periamigdalino	10 (22)
• Parotídeo	9 (4)
• Retrofaríngeo	4 (2)
• Prevertebral	4 (2)
• Carotídeo	4 (2)
• Triángulo posterior	4 (2)
• Visceral	3 (1)

Tabla 3.

Manejo (N=45 pacientes)	
Manejo	Porcentaje % (N= pacientes)
• Antibioticoterapia + observación	11 (5)
• Antibioticoterapia más punción	18 (8)
• Antibioticoterapia más drenaje quirúrgico	71 (32)

ocupaba el cuello sin sombra acústica, y que permitió en un caso el drenaje del mismo a través de punción; así también se lograron detectar abscesos a nivel submandibular a través del ultrasonido

El manejo que se dió básicamente fué drenaje quirúrgico más antibioticoterapia, sin embargo se utilizaron otras modalidades de tratamiento mostradas en la tabla III

De los pacientes operados, entre los hallazgos quirúrgicos encontrados, en 90% se confirmó la presencia de secreción purulenta en los espacios aponeuróticos afectados. En 59% el diagnóstico final fué de adenitis purulenta; otros hallazgos importantes fué erosión de la vaina carotídea en dos casos (9.5%), y aumento del tamaño de la glándula submandibular en 9 pacientes (28%)

En todos los pacientes se administró antibiótico (Tabla IV). Es importante mencionar que el esquema

Tabla 4.

Esquemas antibióticos utilizados (N=26 pacientes)	
Manejo	Porcentaje % (N= pacientes)
• Penicilina G - Metronidazol	47 (21)
• Dicloxacilina - Metronidazol	20 (9)
• Penicilina G - Clindamicina	7 (3)
• Cefalotina - Metronidazol	7 (3)
• Penicilina G - Metronidazol - Amikacina	5 (2)
• Cefalotina - Clindamicina	2 (1)
• Cefalotina + Rifampicina	2 (1)
• Clindamicina únicamente	2 (1)
• Dicloxacilina - Clindamicina	2 (1)
• Eritromicina - Clindamicina	2 (1)
• Penicilina G sódica cristalina únicamente	2 (1)
• Rifampicina	2 (1)

antibiótico sugerido por nuestro servicio es el de penicilina G sódica cristalina mas metronidazol, el cual hemos visto que nos ha funcionado adecuadamente y con buena respuesta por parte de nuestra población. Sin embargo en algunas ocasiones los pacientes son ingresados por otros servicios (pediatría, urgencias) e inician otros esquemas antibióticos por lo que la elección del servicio ha sido continuar dichos esquemas y completarlos en vez de suspenderlos y reiniciar uno diferente por ello es que se menciona los diferentes esquemas utilizados.

En cuanto a factores de riesgo asociado se encontró hábitos higiénicos deficientes en 9 pacientes (28%), desnutrición en 4 pacientes (8.5%), politraumatismos en 3 pacientes (6.5%), alcoholismo en dos pacientes (4.3%), e infecciones del tracto respiratorio superior de repetición en 25 pacientes (58%).

De estos pacientes, solamente uno requirió de la realización de traqueotomía (2%). Se presentaron en total 2 complicaciones posquirúrgicas que representan el 4.6% de nuestro pacientes sometidos a drenaje, siendo estas: la formación de un hematoma posquirúrgico en uno y una dehiscencia de la herida quirúrgica en otro caso, ambas resueltas en nuestra unidad sin complicaciones posteriores

DISCUSIÓN

Existen publicados algunos estudios sobre abscesos de cuello en niños, estos resultados permiten comparar las opciones terapéuticas y el perfil del paciente que cursa con esta patología, desde el punto de vista de microbiología, espacios afectados y diagnóstico. En el estudio realizado por Ungkanont y cols.³ encontraron cierta predominancia en varones reportando un 57% de los casos evaluados, situación que también se reporta en nuestro estudio, al igual en lo que se refiere a grupos de edad afectados resultando en ambos estudios los de mayor incidencia los de la edad preescolar y escolar.

Llama la atención en nuestro estudio el número significativamente mayor de pacientes pediátricos con involucramiento del espacio parafaríngeo en 62% de los casos, submandibular 57% y periamigdalino 22%, comparado con el estudio de Ungkanont,³ quien refiere que el principal espacio afectado en su grupo de estudio fué el periamigdalino con 49%, retrofaríngeo con 22% y submandibular con 14%, mientras que el espacio parafaríngeo solo se afectó en el 2% únicamente. Esto se debe probablemente a que en el caso particular de nuestro servicio muchos de los pacientes llegan en etapas avanzadas dentro de la historia natural de su padecimiento y dado que de todos los espacios están relacionados entre sí, es frecuente observar en nuestra población pacientes con afección parafaríngea debido a la falta de manejo oportuno. Tan solo en el mencionado estudio el tiempo de evolución previo al ingreso a su unidad fué de 4.3 días cuando en nuestro estudio el tiempo promedio de evolución fué de 11.5 días.

Los hallazgos tomográficos en nuestro estudio reportaron una sensibilidad del 95% en la identificación de abscesos profundos de cuello (incluidos los casos de celulitis y adenitis), mientras que tuvo una especificidad del 61% en la detección de abscesos profundos de cuello exclusivamente, mientras que en la detección de adenitis fué de 42%. Un estudio realizado por Flanary y cols (13) reportan resultados similares.

En cuanto al manejo 11% de nuestros pacientes se manejaron con observación y antibioticoterapia,

obteniéndose buena evolución, nuestros resultados concuerdan con Broughton y cols,⁹ al considerar que estos pacientes cuando presentan abscesos de tamaño pequeño y con buena respuesta inmunitaria pueden ser sometidos únicamente al manejo antibiótico, sin embargo si en un espacio de 48 a 72 hrs. no hay resolución del cuadro deben de ser sometidos a manejo quirúrgico con incisión y drenaje del absceso.

Finalmente 78 % fué sometido a drenaje quirúrgico más antibioticoterapia de forma inicial, cuando otras series reportan tasas del 44% a 60%. (7,9)

Se realizó amigdalectomía temprana en 5 pacientes de los 10 que presentaron absceso periamigdalino lo que representa el 11% de nuestra población. Otras publicaciones como la de Ungkanont reporta el 9% de su población. A los otros 5 pacientes se les realizó una punción y o drenaje en consultorio mas manejo antibiótico y se difirió la amigdalectomía posteriormente. (3,9)

En cuanto a la microbiología predominante en nuestro estudio del universo se sometieron a cultivo 35 pacientes (78%), encontrado en estos pacientes 65.8% con crecimiento bacteriano positivo mientras que el 34.2% resultó sin crecimiento bacteriano. El microorganismo más frecuente fue el estafilococo dorado con 35%;

Los casos reportados como ausencia de crecimiento, se explica debido a que frecuentemente los pacientes ya fueron manejados con antibioticoterapia previamente a su ingreso. Otros estudios como el de Simo y cols (5), encontraron un 78% de positividad para crecimiento bacteriano en su estudio de abscesos profundos de cuello mientras que el resto resultó sin crecimiento bacteriano (22%), siendo también el agente más frecuente el estafilococo dorado en un 45%.

Solo dos de nuestros pacientes presentaron una complicación lo que corresponde al 6.5%, porcentaje similar al que presentan otras series.(9)

El tiempo de evolución depende tanto del cuidado de la salud en forma particular y también de los sistemas de salud disponibles. Los factores

relacionados a esta patología como mal estado higiénico dietéticos, hacinamiento, promiscuidad e ignorancia hacen de la población ubicada en estratos socioeconómicos bajos individuos potenciales para desarrollar estos cuadros.

CONCLUSIONES

Los abscesos de cuello que se presentaron con mayor frecuencia en este estudio fueron el absceso parafaríngeo y en segundo lugar en el espacio submandibular.

El principio en el tratamiento de los abscesos profundos de cuello sigue siendo el drenaje quirúrgico temprano con el manejo antibiótico agresivo, donde la combinación de antibióticos parece ser la mejor elección.

La tomografía computada en este estudio demostró una alta sensibilidad y una relativa especificidad en el diagnóstico de absceso profundo de cuello

El número de espacios ocupados se encuentra directamente relacionado con la gravedad del padecimiento y el pronóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Nicklaus PJ, Kelley PE. "Management of Deep Neck Infection". En Pediatric Clinics of North America, Dec 1996; Vol. 43 (6).
2. Marra S, Hotaling AJ. Deep Neck Infections. Am J Otolaryngol 1996; 17 (5): 287-98
3. Ungkanont K, Yellon R, Weissman JL, Casselbrant ML, Bluestone CD. Head and Neck space infections in infants and children. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 112: 375-82
4. Strong EB, Woodward PJ, Johnson LP. Intraoral ultrasound evaluation of peritonsillar abscess. Laryngoscope 1995; 112(3): 375-82
5. Simo R, Hartley C, Rapado B, Fazarod AP, Sanyal D. Microbiology and antibiotic treatment of head and neck abscesses in children. Pediatr Infect Dis J 1998; 23 (2): 164-8
6. Lindner HH. The anatomy of the fasciae of the face and neck with particular reference to the spread and treatment of intraoral infections that have progressed into adjacent fascial spaces. Ann Surg 1996; 204(6):705-14.
7. Doods B, Maniglia AJ. Peritonsillar and neck abscesses in the pediatric group. Laryngoscope 1988; 98: 956-59
8. Faerber EN, Swartz JD. Imaging of neck masses in infants and children. Crit Rev Diagnostic Imaging 1991; 31: 283-314
9. Broughton RA. Nonsurgical management of deep neck infections in children. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 14-8
10. Dharambir SS, Stanley RE. Deep neck abscesses - changing trends. J Otolaryngol 1994; 108: 138-43
11. Gidley PW, Ghorayeb BY, Stierberg CM. Contemporary management of deep neck space infections. Otolaryngol head neck Surg. 1997; 166 (1): 16-22
12. Flanary VA, Conley SF. Pediatric deep space neck infections: the Medical College of Wisconsin experience. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1997; 38 (3): 263-71