

Microbiología y factores predisponentes en los abscesos profundos del cuello•

Joaquín Archibaldo Hope Guerrero,* Mauricio Morales Cadena**

Resumen

ANTECEDENTES

Aunque los antibióticos han disminuido la mortalidad asociada con los abscesos profundos del cuello, éstos pueden asociarse con complicaciones graves e incluso la muerte.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia de los agentes infecciosos causantes de los abscesos profundos del cuello, su resistencia a los diferentes fármacos antimicrobianos, así como conocer los factores predisponentes y los de mal pronóstico para estas infecciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron las bitácoras de quirófano y los expedientes clínicos entre los años 1998 y 2006.

RESULTADOS

Las infecciones odontogénicas fueron la principal causa (62.6%). Las principales bacterias aisladas fueron: *Streptococcus alfa haemolyticus* (13 casos), *Staphylococcus epidermidis* (siete casos) y *Streptococcus milleri* (cinco casos). Sólo se aislaron tres organismos anaerobios. La clindamicina y las tetraciclinas fueron los antibióticos con más resistencia. La diabetes mellitus fue la principal enfermedad sistémica asociada, en promedio, estos pacientes requirieron mayor número de lavados quirúrgicos; 63% de los pacientes que requirieron terapia intensiva tenían afectados tres o más espacios.

CONCLUSIONES

Los abscesos de origen odontogénico son los más frecuentes. La flora bacteriana reportada en nuestro estudio es semejante a la reportada en la bibliografía mundial, excepto nuestra baja incidencia de anaerobios, lo que refleja deficiencia en la toma y siembra de las muestras. Hay aumento en la resistencia bacteriana a la clindamicina, esto es importante para evaluar el futuro tratamiento de estas infecciones. El tratamiento quirúrgico es el patrón de referencia. El VIH/SIDA es cada vez más frecuente como factor predisponente y de mal pronóstico para estas infecciones y, junto con los pacientes diabéticos, requieren un tratamiento más agresivo.

Abstract

BACKGROUND

Even though antibiotics have decreased mortality related to deep neck abscesses, these may be associated to severe complications and, even, to death.

OBJECTIVES

To describe the frequency of the infections agents causative of deep neck abscess, their resistance to the different antibiotics, as well as to find predisposing factors for these infections.

MATERIAL AND METHOD

Retrospective, observational and descriptive study. The surgical books and medical records were examined from 1998 to 2006.

RESULTS

The odontogenic infections were the main etiologic factors (62.6%). The main bacteria cultured were: *Streptococcus alfa haemolyticus* (13 cases), *Staphylococcus epidermidis* (seven cases) and *Streptococcus milleri* (five cases). Only three anaerobic bacteria were isolated. Clindamycin and tetracycline were the antibiotics that showed the highest resistance. Diabetes mellitus was the main associated systemic disease; in average these patients required more surgical interventions. Sixty three percent of the patients that required intensive care unit had three or more spaces involved.

CONCLUSIONS

Deep neck abscess of odontogenic origins continue to be the most frequent. The bacteria culture in this study is similar to that reported in the world literature, but still differs in our decrease incidence of anaerobic bacteria culture in our study. This might be due to a deficiency in the taking of the samples or in their culture techniques. There is an increased resistance to clindamycin, this is important to take into consideration for future decisions regarding the initial management of these infections. Surgery continues to be the gold standard of treatment.

Palabras clave:

abscesos profundos del cuello,
microbiología, factores predisponentes.

Key words:

deep neck abscess, microbiology,
predisposing factors.

Introducción

Los abscesos profundos de la cabeza y el cuello cada día son menos frecuentes. Las infecciones de origen odontológico son la causa principal.¹⁻⁵ Otras causas frecuentes son las infecciones de las vías respiratorias superiores, la cirugía del cuello, las lesiones cutáneas, la perforación esofágica y el abuso de drogas intravenosas.^{1,2,5,6} En 19 a 50% de los casos es imposible identificar el origen de la infección.^{2,5-8} La aparición de los abscesos puede asociarse con complicaciones graves e incluso la muerte, aunque la administración de antibióticos ha disminuido la mortalidad asociada con los abscesos profundos del cuello.^{2,3,7,9} Una vez ocurrida la formación de un absceso, la cirugía es el principal tratamiento a considerar.^{1,3,4,9}

No es infrecuente el antecedente de administrar antibióticos días previos a su formación para evitar su aparición (hasta en 50% de los casos).⁴ Los antibióticos han modificado los síntomas y el curso clínico de estas infecciones.¹⁰ Parte de esta modificación puede deberse al surgimiento de cepas de bacterias resistentes a los antimicrobianos más prescritos habitualmente. Un retraso en el diagnóstico y, peor aún, la falta de éste, pueden producir consecuencias graves como la mediastinitis o la muerte.²⁻⁶ Todavía en la era moderna de los antibióticos se ha reportado una mortalidad alta incluso de (40%).^{2,3,7,9} Los pacientes con enfermedades subyacentes son más propensos a padecer infecciones complicadas.⁴

La diabetes mellitus es reconocida como la enfermedad sistémica asociada más comúnmente con las infecciones profundas del cuello.^{2-5,9} La diabetes mellitus y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), son parcialmente responsables del incremento reciente en las complicaciones de las infecciones profundas del cuello.⁴

La mayor parte de las complicaciones son el resultado de la diseminación de la infección a lo largo de los planos fasciales de la cabeza y el cuello. Por tanto, es de importancia para el otorrinolaringólogo tenerla como un índice alto de

sospecha, entender la biología de la enfermedad y mostrar un conocimiento adecuado de la anatomía de la cabeza y el cuello. Todo esto le permitirá realizar un mejor diagnóstico y otorgar tratamiento médico o quirúrgico oportuno; y evitar, en lo posible, complicaciones.

Objetivos

Objetivos primarios: describir la frecuencia de los agentes infecciosos causantes de los abscesos profundos del cuello en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Español de México; y determinar la resistencia de estos agentes a los diferentes fármacos antimicrobianos.

Objetivos secundarios: conocer los factores predisponentes y los de mal pronóstico para los abscesos profundos del cuello.

Material y método

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron las bitácoras de quirófano y expedientes clínicos entre los años 1998 y 2006. Se encontraron 91 pacientes con abscesos profundos del cuello. Se excluyeron los pacientes con expedientes clínicos incompletos, abscesos exclusivamente periamigdalinos o superficiales, infecciones relacionadas con una herida externa en el cuello (traumática, quirúrgica, o ambas) y pacientes con tumores de la cabeza y del cuello. Al final se eligieron 67 pacientes. Se revisó el origen, bacteriología, tratamiento, duración de la estancia intrahospitalaria, enfermedades concomitantes, complicaciones y evolución.

Resultados

Edad y sexo: de los 67 pacientes, 41 eran del sexo masculino (61.2%), con edad promedio de 42 años (rango de edad de 3 a 78 años, figura 1).

Signos y síntomas: el tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de seis días, con rango de

• Trabajo presentado en mayo de 2008 en el LVIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, en Cancún, Quintana Roo.

* Residente de cuarto año del curso de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Español de México, Universidad La Salle.

** Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Coordinador del curso de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Español de México. Profesor adjunto de otorrinolaringología, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle.

Correspondencia: Dr. Joaquín Archibaldo Hope Guerrero. Hegel 419, depto. 301, colonia Chapultepec Morales, CP 11580, México, DF. Correo electrónico: archiehope@mac.com

Recibido: mayo, 2009. Aceptado: junio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Hope GJA, Morales CM. Microbiología y factores predisponentes en los abscesos profundos del cuello. *An Orl Mex* 2009;54(3):85-91.

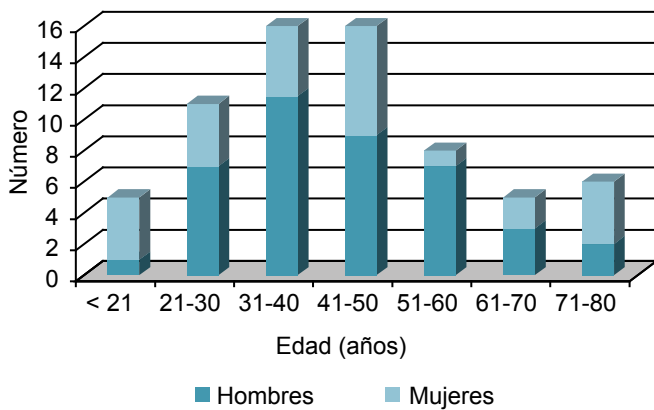


Figura 1. Distribución por edad y sexo de 67 pacientes con abscesos profundos del cuello.

1 hasta 35 días. Los principales síntomas al ingreso fueron: dolor (55.2%), disfagia (29.8%) y odinofagia (25.3%). Otros síntomas menos frecuentes fueron: faringodinia, otalgia, disnea y disfonía. Los principales signos al ingreso fueron: aumento de volumen (74.6%), fiebre (56.7%) y trismo (25.3%, cuadro 1).

Cuadro 1. Signos y síntomas al momento del diagnóstico

Síntomas y signos	Porcentaje
Dolor	55.22
Disfagia	29.85
Odinofagia	25.37
Faringodinia	14.92
Otalgia	17.91
Disnea	13.43
Disfonía	13.43
Aumento de volumen	74.62
Fiebre	56.71
Trismo	25.37

Etiología: las infecciones odontogénicas fueron las causas más importante en 62.6% de los casos, seguidas de las infecciones de las vías aéreas superiores (26.8%), infecciones de las glándulas salivales (5.9%) y en 5.3% de los casos no se logró determinar la causa.

Enfermedades sistémicas asociadas: 24% de los pacientes contaba con alguna enfermedad sistémica asociada, la más frecuente fue diabetes mellitus (17.8%), seguida del virus de inmunodeficiencia humana (5.9%), lupus eritematoso sistémico (2.9%), insuficiencia renal crónica (1.5%) y un paciente con trasplante renal secundario a insuficiencia renal crónica.

Espacios profundos del cuello afectados: los espacios profundos del cuello más frecuentemente afectados fueron el submandibular (73.3%), parafaríngeo (63.3%) y el sublingual

(26.6%). Los demás espacios del cuello también se afectaron, pero en menor frecuencia (cuadro 2); 60% de los pacientes tuvieron un solo espacio dañado, 21% dos espacios y 19% tenía afectado tres o más espacios.

Cuadro 2. Porcentaje de espacios profundos del cuello afectados

Espacios	Porcentaje
Submandibular	73.3
Parafaríngeo	63.3
Sublingual	26.6
Submental	20
Carotídeo	13.3
Masticador	13.3
Periamigdalino	13.3
Canino	10
Parotídeo	6.6
Triángulo anterior	6.6
Bucal	3.3
Retrofaríngeo	3.3

Bacteriología: sólo 50 pacientes contaban con el reporte de un cultivo; de éstos, 60% fueron positivos. Las principales bacterias aisladas fueron *Streptococcus alfa haemolyticus* (aislada en 13 cultivos), *Staphylococcus epidermidis* (aislada en siete cultivos) y *Streptococcus milleri* (aislada en cinco cultivos); las principales bacterias anaerobias fueron *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides ovatus* y *Enterobacter cloacae*, con un caso cada uno (cuadro 3).

En 30% de los pacientes con cultivos positivos hubo dos o más bacterias por cultivo; 40% de los cultivos positivos contaban con un antibiograma, donde se observó que la clindamicina, junto con las tetraciclinas, fueron los antibióticos que tuvieron más resistencia (cuadro 4).

En los pacientes con diabetes mellitus que tenían un cultivo positivo, *Pseudomonas aeruginosa* (aislada en tres cultivos), *Streptococcus alfa haemolyticus* (aislada en tres cultivos) y *Staphylococcus epidermidis* (aislada en dos cultivos) fueron las bacterias más frecuentes en estos pacientes (cuadro 5).

El 70% de los pacientes ya había recibido algún tipo de tratamiento antimicrobiano prehospitalario, automedicado o por recomendación de su odontólogo u otro médico. Todos los pacientes requirieron hospitalización, con un tiempo promedio de estancia intrahospitalaria de 7.6 días, con rango de 1 a 60 días.

Tratamiento

Para todos los casos se utilizó el tratamiento quirúrgico y médico. El tratamiento empírico con un antibiótico inicial fue a base de un doble esquema, las combinaciones más uti-

Cuadro 3. Bacterias aisladas en los cultivos positivos

Organismo	Número de bacterias aisladas	Organismo	Número de bacterias aisladas
<i>Streptococcus alfa haemolyticus</i>	13	<i>Staphylococcus aureus</i>	1
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	7	<i>Moraxella catarrhalis</i>	1
<i>Streptococcus milleri</i>	5	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	<i>Enterobacter cloacae</i>	1
<i>Streptococcus viridans</i>	2	<i>Bacteroides distasonis</i>	1
<i>Streptococcus pyogenes</i> (grupo A)	1	<i>Bacteroides ovatus</i>	1
<i>Streptococcus beta haemolyticus</i>	1	<i>Candida albicans</i>	1
<i>Streptococcus sanguis</i>	1	BAAR positivos	2
<i>Enterococcus faecium</i>	1	Sin desarrollo	20

Cuadro 4. Resistencia bacteriana global

Antibiótico	Porcentaje
Clindamicina	12
Tetracilinas	12
Claritromicina	10
Eritromicina	10
Cefalotina	7
Cefotaxima	7
Oxacilina	6
Imipenem	6
Ciprofloxacina	6
Cefazolina	6
Amoxicilina/clavulanato	6
Gentamicina	3
Ampicilina	3
Cefoxitina	1
Ceftazidima	1
Ceftriaxona	1
Cefuroxima	1
Trimetoprima-sulfametoxazol	1

lizadas fueron: clindamicina con ceftriaxona, clindamicina con ciprofloxacina; y clindamicina con amoxicilina con clavulanato. Al tener los resultados de los cultivos, se ajustaron los esquemas de tratamiento.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, los principales abordajes fueron el cervical amplio (52%), el transoral (22.3%) y el mixto (25.3%). Diez pacientes (14%) requirieron dos o más lavados quirúrgicos, con un promedio de 3.5 lavados por paciente; la mayoría de estos pacientes eran diabéticos y un paciente tenía VIH.

Complicaciones

Diecinueve pacientes (28%) requirieron ingresar a la unidad de terapia intensiva, donde permanecieron, en promedio,

Cuadro 5. Bacteriología en pacientes con diabetes mellitus

Organismo	Número de bacterias aisladas
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3
<i>Streptococcus alfa haemolyticus</i>	3
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2
<i>Streptococcus viridans</i>	1
<i>Streptococcus sanguis</i>	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1
<i>Candida albicans</i>	1

4.5 días. El 63% de estos pacientes tenía dañados tres o más espacios (cuadro 6).

Nueve pacientes (13.4%) tuvieron complicaciones graves. Siete pacientes (10.4%) sufrieron daño en las vías aéreas y requirieron traqueotomía. Dos pacientes padecieron medias-tinitis descendente y requirieron toracotomía. La mortalidad en nuestro estudio fue de 0%.

Discusión

En nuestro estudio los abscesos profundos de cuello los causaron principalmente las infecciones odontogénicas y en segundo lugar las infecciones de las vías aéreas superiores, esto es similar a lo reportado en la bibliografía mundial y a lo reportado por nuestro servicio en 1990.¹⁻⁵ Cada día se comunican más en la bibliografía mundial, principalmente en ciudades grandes, las infecciones secundarias a la administración de drogas intravenosas (hasta 74% de los casos en algunos reportes);^{5,6} en nuestro estudio no tuvimos ningún caso con este tipo de infección. Esto puede deberse a que en México apenas se inicia el uso extenso de drogas intravenosas, además del tipo de población que acude al Hospital Español de México, pero no sería extraño que en un futuro cercano veamos este tipo de infecciones.

Cuadro 6. Resumen de pacientes que requirieron terapia intensiva

Caso	Edad/ Sexo	Espacio	Núm. de espacios afectados	Causa	Enfermedades concomitantes	Patógeno	Complicación	Cirugía	Núm. de días en la unidad de terapia intensiva	Resultado final
1	47/F	P-f, S-m, R-f	3	Odontogénico	DM	S-v	Sepsis	I&D	5	Bueno
2	77/M	S-mt, S-m, S-l, C-a	4	Odontogénico	Ninguno	M-c	A-Va	I&D	2	Bueno
3	47/F	M-r, P-f, S-m, S-mn, C-a	5	Odontogénico	DM	S-s	Sepsis, A-Va	I&D	8	Bueno
4	42/F	P-f, S-m, R-f, C-a	4	Odontogénico	Ninguno	Ninguno	A-Va	I&D	6	Bueno
5	77/M	S-mt, S-m, S-l	3	Odontogénico	Ninguno	P-a	M-s, Sepsis	I&D, T-t	10	Bueno
6	38/M	M-r, P-f	2	Odontogénico	Ninguno	P-a	A-Va	I&D	2	Bueno
7	32/M	P-f, S-m	2	Odontogénico	DM	Sc-ml	A-Va	I&D	3	Bueno
8	67/M	P-f, M-r	2	Odontogénico	Ninguno	S-v	Sepsis, A-Va	I&D	13	Bueno
9	56/M	P-f, S-m, M-r	3	Odontogénico	DM	S-e, P-a, C-a, K-p	Sepsis, A-Va	I&D	8	Bueno
10	62/M	P-f	1	Odontogénico	Ninguno	E-f, E-c	M-s, Sepsis	I&D, T-t	8	Bueno
11	26/M	P-f	1	Odontogénico	Ninguno	Ninguno	Sepsis	I&D	1	Bueno
12	40/M	P-f, R-f	2	Odontogénico	Ninguno	Ninguno	A-Va	I&D	4	Bueno
13	31/F	T-a	1	IVA, quiste	LES	S-e, S-alfa	A-Va	I&D	1	Bueno
14	31/M	P-d	1	S-li	Ninguno	S-alfa	A-Va	I&D	1	Bueno
15	59/F	P-d	1	IVA	Ninguno	S-alfa	A-Va	I&D	3	Bueno
16	35/M	P-d, S-m	2	Odontogénico	Ninguno	Ninguno	A-Va	I&D	2	Bueno
17	34/F	P-f, P-a	2	IVA	Ninguno	S-beta	A-Va	I&D	1	Bueno
18	42/F	P-f	1	Odontogénico	Ninguno	Ninguno	A-Va	I&D	4	Bueno
19	57/F	P-f, S-m	2	Odontogénico	DM	S-e, P-a, K-p	A-Va	I&D, T-q	3	Bueno

P-f: parafaríngeo; S-m: submandibular; R-f: retrofaríngeo; S-mn: submental; M-r: masticador; T-a: triángulo anterior; P-d: parotídeo; P-a: periamigdalino; S-l: sublingual; C-a: carotídeo; DM: diabetes mellitus; LES: lupus eritematoso sistémico; S-v: *Streptococcus viridans*; M-c: *Moraxella catarrhalis*; S-s: *Streptococcus sanguis*; P-a: *Pseudomonas aeruginosa*; Sc-ml: *Streptococcus milleri*; S-e: *Staphylococcus epidermidis*; C-a: *Candida albicans*; E-f: *Enterococcus faecium*; E-c: *Enterobacter cloacae*; S-alfa: *Streptococcus alfa haemolyticus*; S-beta: *Streptococcus beta haemolyticus*; K-p: *Klebsiella pneumoniae*; A-Va: afectación de las vías aéreas; M-s: mediastinitis; quiste: quiste branquial congénito; S-li: sialolitiasis; I&D: incisión y drenaje; T-t: toracotomía; T-q: traqueotomía.

Los síntomas más frecuentes reportados en la bibliografía corresponden a los encontrados en nuestro estudio: dolor (55.2%), disfagia (29.8%) y odinofagia (25.4%).^{4,7}

Los principales espacios afectados en nuestra serie fueron el submandibular, el parafaríngeo y el sublingual, esto es de esperarse debido a que la principal causa fueron las infecciones odontogénicas, esto es similar a lo reportado en la bibliografía mundial.^{4,8} Según la serie que se revise, la frecuencia de estos espacios puede cambiar, por ejemplo, en las series que reportan un alto porcentaje de administración de drogas intravenosas como causa, el espacio más afectado es el carotídeo;⁶ mientras que en la bibliografía pediátrica los espacios más afectados son el retrofaríngeo y parafaríngeo,¹⁰ esto es debido a que estas infecciones, por lo general, son secundarias a faringitis u otras infecciones de las vías aéreas superiores.

Aunque no se realizaron cultivos a todos los pacientes (50 de 67), el porcentaje de cultivos en nuestra serie fue de 60%, esto es una mejoría significativa al compararla con 33% de cultivos positivos que reportó nuestro servicio hace 18 años;¹ y corresponde con lo comentado en la bibliografía mundial, en la cual 46 a 67% de los cultivos son positivos.⁷ El 30% de los cultivos obtenidos desarrolló dos o más patógenos, lo que concuerda con la bibliografía mundial,^{3,9,11} y nos indica que al menos una tercera parte de todas las infecciones son polimicrobianas, esto es importante a la hora de decidir el o los antibióticos iniciales. En nuestro estudio, como en la bibliografía mundial, las principales bacterias aisladas fueron *Streptococcus*,^{2,4-6,8,9,11} seguidas de *Staphylococcus*.^{4-6,9} Esto difiere de lo reportado por nuestro servicio en 1990, cuando la principal bacteria desarrollada fue *Klebsiella*.¹ Otra diferencia notable entre nuestro estudio actual y el publicado hace 18 años con la bibliografía mundial es la falta de gérmenes anaerobios, los cuales en algunos estudios son aislados hasta en 59% de los casos,^{3,5,9,10,11} mientras que nosotros sólo aislamos tres anaerobios en toda la serie actual y ninguno hace 18 años.¹ Esto puede deberse a una falla en la toma o siembra de la muestra, así como a dosis altas de antibióticos intravenosos previos a la cirugía, lo que explicaría el alto porcentaje de cultivos negativos para anaerobios.

La administración indiscriminada de los antibióticos produce cada día mayor resistencia¹⁰ a los antibióticos de elección para tratar estas infecciones, como es el caso de la clindamicina, con 12% de resistencia en nuestra serie. Este antibiótico, en combinación con una cefalosporina, quinolona o beta-lactámico, fue el tratamiento empírico inicial en nuestra serie; por lo que hay que analizar si no abusamos de la clindamicina y, en consecuencia, provocamos estos patrones de resistencia. También puede considerarse iniciar el tratamiento empírico con algún otro esquema.

La diabetes mellitus representa un problema de salud pública en todo el mundo, con una prevalencia de 4% o más en algunos países;⁹ además, es la principal enfermedad sistémica asociada con los abscesos profundos de cuello,^{2-5,9} lo que concuerda con lo comunicado en nuestro estudio. La bacteria más frecuente reportada para estas infecciones en pacientes diabéticos es *K. pneumoniae*,^{8,9} lo cual difiere con lo encontrado en este estudio en el que se obtuvieron *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus alfa haemolyticus* y *Staphylococcus epidermidis*. Diversos estudios han demostrado cómo la función inmunológica se altera con la hiperglucemia, incluidas la función bactericida de los neutrófilos, la inmunidad celular y la activación del complemento.⁹ Estos defectos en el sistema inmunológico, junto con la insuficiencia vascular, predisponen al paciente diabético a una variedad de infecciones agudas e invasoras; con evolución clínica más tórpida, más complicaciones y mayor estancia intrahospitalaria. Estos pacientes requieren un tratamiento inicial más intenso, con drenaje quirúrgico, antibióticos intravenosos y control de la glucemia.^{2,3,5,9}

Otras enfermedades sistémicas observadas en nuestro estudio fueron el VIH/SIDA, lupus eritematoso sistémico e insuficiencia renal crónica (en dos pacientes, uno de ellos con trasplante renal). Todas estas enfermedades causan un estado de inmunosupresión que favorece la aparición de infecciones más graves y mayor incidencia de complicaciones. En la bibliografía mundial, hasta la fecha, hay poco reportado sobre la relación entre el VIH/SIDA y las infecciones profundas de cuello.^{4,12} En el estudio de Crespo y col.⁴ se reportó 6% de pacientes con SIDA y abscesos profundos del cuello, éstos tuvieron mayor porcentaje de complicaciones. Nosotros creemos que cada día se reportarán más pacientes con SIDA y abscesos profundos del cuello debido al aumento en la infección por el VIH.

Conclusiones

Los abscesos de origen odontogénico son los más frecuentes en nuestro medio, lo que concuerda con lo reportado en la bibliografía mundial y en nuestro estudio de 1990.

Tenemos un aumento significativo en el número de cultivos positivos en esta serie, en comparación con lo reportado en nuestro estudio previo. Sin embargo, tenemos una deficiencia en la toma o siembra de anaerobios que hay que resolver.

La flora bacteriana reportada en nuestro estudio difiere de lo comunicado por nuestro servicio hace 18 años, pero es similar a la reportada en la bibliografía mundial, excepto en relación con el desarrollo de anaerobios.

Observamos un aumento en la resistencia bacteriana a la clindamicina, que es uno de los antibióticos más presuntos

por nuestro servicio como tratamiento empírico inicial. Este aumento debe tomarse en cuenta para una administración más cautelosa y evitar un aumento en su resistencia.

El tratamiento quirúrgico es el patrón de referencia para el tratamiento de estas infecciones.

Siempre hay que sospechar enfermedades sistémicas, como diabetes mellitus y VIH, en especial al no tener la respuesta terapéutica esperada. Cuando se conozca la existencia de estos factores de mal pronóstico, u otros factores que causen inmunocompromiso, debe iniciarse un tratamiento más intensivo para disminuir la morbilidad y la mortalidad.

Referencias

1. Morales-Cadena M. Abscesos profundos de cabeza y cuello. *An Orl Mex* 1990;3:189-95.
2. Lee JK, Kim HD, Lim SC. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J* 2007;48:55-62.
3. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Da Mosto MC. Conservative management of deep neck abscesses in adults: the importance of CECT findings. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:894-9.
4. Crespo AN, Chone CT, Fonseca AS, Montenegro MC, et al. Clinical *versus* computed tomography evaluation in the diagnosis and management of deep neck infection. *Sao Paulo Med J* 2004;122:259-63.
5. 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;133:709-14.
6. Biller JA, Murr AH. The importance of etiology on the clinical course of neck abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:388-91.
7. Marioni G, Castegnaro E, Staffieri C, Rinaldi R, et al. Deep neck infection in elderly patients. A single institution experience (2000-2004). *Aging Clin Exp Res* 2006;18:127-32.
8. Regueiro VS, Vázquez BJC, Herranz GBJ. Deep neck infections: etiology, bacteriology and treatment. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006;57:324-8.
9. Huang TT, Tseng FY, Liu TC, Hsu CJ, Chen YS. Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:943-7.
10. Cotichia JM, Getnick GS, Yun RD, Arnold JE. Age-, site-, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:201-7.
11. Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, Hsu CJ, Chen YS. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *Acta Otolaryngol* 2006;126:396-401.
12. Lee KC, Tami TA, Echavez M, Wildes TO. Deep neck infections in patients at risk for acquired immunodeficiency syndrome. *Laryngoscope* 1990;100:915-9.