

Frecuencia y topografía de los abscesos profundos del cuello

Luz Arcelia Campos Navarro,* Dan Neftalí Hernández Llamas,** Mario Antonio Barrón Soto***

Resumen

ANTECEDENTES

La infección profunda del cuello es la colección de material purulento a través de los planos profundos del cuello, formados por fascias. Predomina en hombres durante la quinta década de la vida. El espacio parafaríngeo es el más afectado en todos los grupos de edad, seguido por el submandibular. Las manifestaciones clínicas son diversas y el tratamiento está encaminado a asegurar la vía aérea, administrar antibióticos y el drenaje quirúrgico. El 83% de los pacientes requieren drenaje quirúrgico y 10% traqueotomía.

OBJETIVO

Determinar la epidemiología y topografía de los abscesos profundos del cuello en el Centro Médico Nacional La Raza del IMSS.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Se analizaron 57 pacientes con abscesos profundos del cuello, atendidos de enero de 2007 a junio de 2008. Se estudió: frecuencia, aspectos demográficos, enfermedades relacionadas, origen de la infección, espacios del cuello afectados, tratamiento utilizado y días de estancia.

RESULTADOS

De 57 pacientes, 37 fueron hombres (65%) y 20 mujeres (35%); 54 eran adultos (95%) y tres niños (5%), con un rango de edad de 3 a 75 años, promedio de 42.2 años $\pm$ 17.3. La topografía predominante fue el espacio parafaríngeo (38 pacientes); seguido del submaxilar y submental. En 51% de los casos había dos o tres espacios afectados, lo que condicionó más tiempo de recuperación. La estancia hospitalaria fue de 9.6 días y predominó el tratamiento combinado de drenaje-fasciotomías y antibióticos.

CONCLUSIONES

Los abscesos son aún frecuentes pero raros en población pediátrica en nuestro medio. Son comunes entre los 26 y 55 años, afectan dos o más espacios, principalmente el parafaríngeo y submandibular. Para su control se requiere tratamiento médico y la cirugía.

Abstract

BACKGROUND

Deep infection of neck is defined as one that spreads across the deep planes of the neck formed by fascias. The literature reports predominance in males, in the fifth decade. It is reported the parapharyngeal space as the most affected both in adults and in children, followed by the mandibular one. The treatment is directed to assure the airways, to administer intravenous antibiotics and surgical drainage if it is needed. There is reported that 83% of patients with deep abscesses of neck will need surgical drainage and 10%, tracheotomy.

OBJECTIVE

To determine the epidemiology and topography of the deep abscesses of neck in La Raza Hospital, IMSS.

PATIENTS AND METHOD

Retrospective, observational, transverse and descriptive study. 57 patients' processes were analyzed by abscess deeply of neck, attended from January 2007 to June 2008. There were studied frequency, demographic aspects, associate diseases, origin of the infection, neck spaces involved and used treatment. Frequency, demographic aspects, associated diseases, origin of the infection, involved neck spaces, treatment prescribed and days in the hospital were analyzed.

RESULTS

57 processes were included, 37 men (65%) and 20 women (35%). 54 patients were adults (95%) and three children (5%); range of age from 3 to 75 years, an average of age of 42.2 years $\pm$ 17.3. The predominant topography was the parapharyngeal space in 38 patients; followed by submaxillary and submental. In 51% of cases were two or three spaces involved. The mean hospital stay was of 9.6 days and combined treatment of fasciotomy and antibiotics predominates.

CONCLUSIONS

Deep abscesses of neck are frequent but rare in the pediatric population of La Raza Hospital. They appear in the fifth decade of life, affect two or more spaces, mainly the parapharyngeal and submaxillary. Most of patients need medical treatment and surgery.

Palabras clave:

absceso del cuello, espacios profundos del cuello, infecciones cervicales, topografía de abscesos.

Key words:

abscess of neck, deep spaces of neck, cervical infections, topography of abscesses.

Introducción

Los abscesos del cuello son un padecimiento que amerita la atención diagnóstica y terapéutica urgente, debido a la alta incidencia de complicaciones y de mortalidad. La infección profunda del cuello ocurre más comúnmente en hombres,¹ con edad promedio de 50 años,² mientras que en edad pediátrica es entre cuatro y cinco años.³

Las causas son diversas, pueden ser secundarios a una infección rinofaríngea, odontogénica por hábitos higiénicos dentales deficientes o manipulación dental, infección ótica, politraumatismos, parotiditis, sarampión, desnutrición, causados por un cuerpo extraño, cirugía o diseminación de una infección localizada y superficial; en 20% de los casos se desconoce la causa.⁴

Las fascias que recubren los músculos del cuello, debido a su amplia extensión y continuidad anatómica al mediastino y a las estructuras vasculares importantes, al infectarse se convierten en espacios potencialmente peligrosos para la vida.⁵

Los principales espacios afectados según varios estudios^{6,7} son: el parafaríngeo, el submandibular y el masticatorio, en especial con infecciones de origen odontógeno, aunque puede extenderse al retrofaríngeo, visceral, muscular, entre otros, hasta llegar al mediastino o constituir una angina de Ludwig.⁸ Suele iniciar en un espacio y extenderse a otros, situación comúnmente reportada en la mayor parte de las publicaciones.

El diagnóstico se establece con la historia clínica y la exploración física, con sensibilidad de 55% y especificidad de 73% para detectar colecciones purulentas, según Miller y col. Ellos reportaron que la TAC combinada con la exploración física aumenta la sensibilidad a 95% y la especificidad a 80%.⁹ Además, la TAC es una herramienta que nos ayuda para decidir alguna intervención quirúrgica y definir la extensión de la lesión. Es el estudio de elección, pues da una excelente demarcación del absceso y define las estructuras anatómicas adyacentes, encuentra reforzamiento periférico si está formado ya el absceso, que se ratifica al observar la hipodensidad central con el medio de contraste.^{3,10}

Las radiografías laterales del cuello son de ayuda, en especial para el diagnóstico de abscesos retrofaríngeos donde se observa: edema del espacio prevertebral, pérdida de la lordosis cervical normal, hallazgo de aire en los tejidos blandos o aumento del espacio afectado.

Pese a la administración de antibióticos, siguen ocurriendo casos de grandes abscesos (figuras 1 y 2), debido a comorbilidad como la diabetes mellitus, lesiones traumáticas cervicales, falta de atención oportuna o tratamientos incompletos o inadecuados, que determinan la permanencia y el aumento de los abscesos profundos del cuello.¹¹

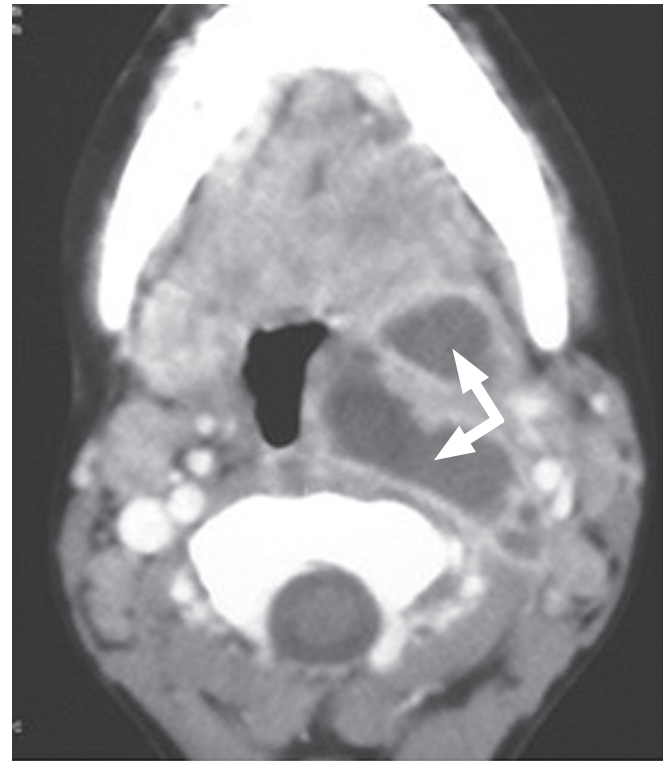


Figura 1. Zonas hipodensas (flechas) que corresponden al absceso de región parafaríngea con reforzamiento periférico, que desplazan a los constrictores y vía aérea.

* Maestra en Educación. Jefa de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Pediátrica.

** Residente de cuarto año de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

*** Academia Mexicana de Cirugía. Otorrinolaringólogo y especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Ángeles Metropolitano, México, DF.

Correspondencia: Dra. Luz Arcelia Campos Navarro. Tlacotalpan 59-530, colonia Roma Sur, CP 06760, México, DF. Correo electrónico: lucycampos@prodigy.net.mx

Recibido: junio, 2009. Aceptado: julio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Campos NLA, Hernández LDN, Barrón SMA. Frecuencia y topografía de los abscesos profundos del cuello. An Orl Mex 2009;54(4):129-34.

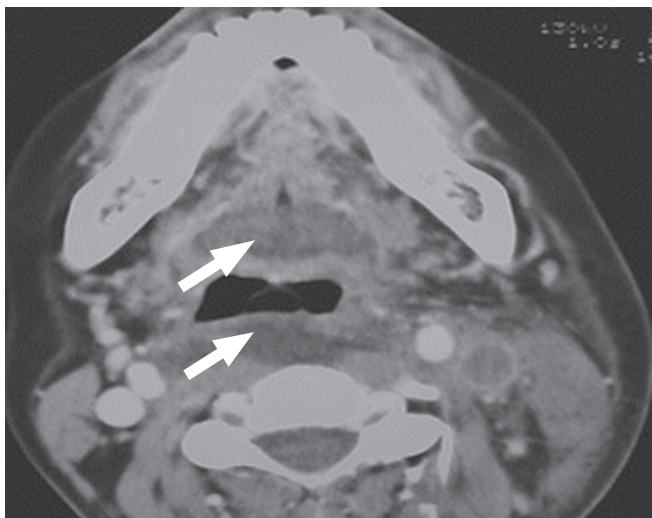


Figura 2. Las flechas muestran áreas hipodensas correspondientes al pus en la región del genigloso y el espacio retrofaringeo.

El tratamiento recomendado son los antibióticos intravenosos, el manejo de las vías aéreas y el drenaje quirúrgico. El tratamiento en más de 83% de los casos en la actualidad es la terapia quirúrgica,^{8,12} aunado al control del proceso comórbido asociado, como diabetes mellitus (la enfermedad más relacionada con los abscesos profundos del cuello), seguida de abuso de sustancias tóxicas, leucemia, agranulocitosis, diálisis renal, trombocitopenia hepatotóxica, tuberculosis pulmonar, entre otros. El consumo de antibióticos ha disminuido la mortalidad por infecciones profundas del cuello. Zietek¹³ reportó 7%; sin embargo, hay reportes de rangos de mortalidad hasta de 40% en otras series.⁶

Las complicaciones comunicadas como secundarias a abscesos profundos del cuello son: mediastinitis, sepsis y neumonía; con 2.6% de mortalidad.¹² En México, un estudio realizado por Manzo y col. en el Centro Médico Nacional Siglo XXI mostró que los pacientes requieren estancias hospitalarias en las unidades de cuidados intensivos un promedio de 18 días, con mortalidad de 23%.¹⁴

Por lo anterior, debido a que los abscesos profundos del cuello son una afección clínica de alta morbilidad que condiciona estancias prolongadas, es necesario conocer con mayor certeza su epidemiología, que obliga a mantener la capacitación de los médicos otorrinolaringólogos y planear o derivar cada vez mayores recursos por parte de la institución para la atención de una manera racional y satisfactoria; de ahí se desprende su importancia, con prioridad a establecer un diagnóstico oportuno y así lograr un control de la progresión de la enfermedad y evitar complicaciones mayores que pongan en peligro la vida del paciente.

Pacientes y método

Se incluyeron 57 pacientes que cursaron con uno o varios abscesos profundos del cuello y fueron atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Centro Médico Nacional La Raza, en la ciudad de México, en el periodo comprendido entre enero de 2007 y junio de 2008. El objetivo fue determinar la epidemiología y topografía clínica de los abscesos profundos del cuello en este hospital de concentración.

El estudio lo autorizó el comité de investigación local y estuvo apegado a los lineamientos éticos y normas establecidas en materia de investigación para la salud en seres humanos.

Se seleccionaron todos los pacientes atendidos durante un año y medio en el Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica y de Adultos, de ambos sexos, para evitar variables de temporalidad. Cuando se identificaron los pacientes con absceso del cuello en el control de ingreso diario de pacientes, se eliminaron aquéllos con adenitis cervical abscedada, tumores benignos o malignos y otras enfermedades que pudiesen modificar el curso clínico, como tuberculosis, mononucleosis, etc. y de quienes no se obtuvo la información requerida.

Se identificó la edad, el sexo, los espacios profundos del cuello afectados sustentados en los aspectos clínicos, diagnósticos emitidos y confirmación tomográfica; tratamiento utilizado (médico o quirúrgico), posible origen del absceso, días de estancia hospitalaria y se obtuvo la frecuencia de pacientes con absceso profundo del cuello en el periodo. Se comparó el número y espacios profundos afectados con la TC, que se obtuvo del archivo radiológico.

El análisis se hizo con el *software* SPSS versión 14. Se aplicó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión de las características de la población en estudio y de las variables de interés.

Resultados

De los 57 pacientes que ingresaron a los Servicios de Otorrinolaringología Pediátrica y de Adultos, 37 eran hombres (65%) y 20 mujeres (35%), con una relación hombre:mujer de 1.8:1. Sólo tres niños (5%) padecieron absceso profundo del cuello por 54 pacientes adultos (95%). No hubo pérdidas.

Se encontró un rango de edad de 3 a 75 años, con un promedio de 42.2 años $\pm$ 17.3 (figura 3).

En relación con la topografía del absceso del cuello, los sitios mayormente afectados fueron el espacio parafaríngeo en 38 pacientes, el submaxilar en 36, el submental en 21 y el periamigdalino en 15 (cuadro 1).

Por número de espacios profundos del cuello afectados de manera simultánea en cada paciente, se encontró afectado sólo

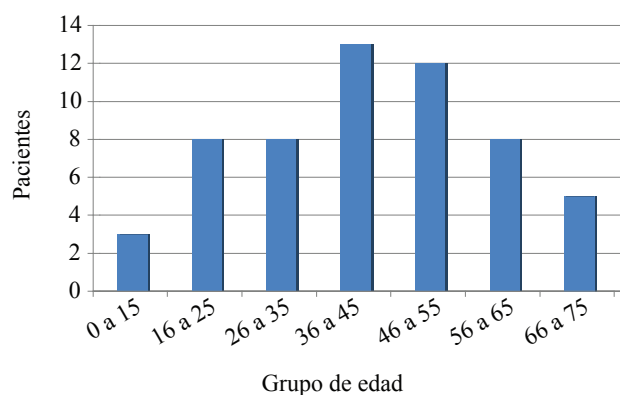


Figura 3. Distribución por grupo de edad de los pacientes con abscesos profundos del cuello. Total: 57.

Cuadro 1. Espacios afectados del cuello por absceso profundo (n = 57)

Espacio afectado	Número de pacientes
Parafaríngeo	38
Submaxilar	36
Submental	21
Periamigdalino	15
Paravisceral	9
Parotídeo	7
Sublingual	5
Masticatorio	4
Bucal	2
Pretraqueal	2
Vascular-visceral	2
Retrofaríngeo	2
Mediastino	2
Ludwig	1

un espacio en 14 pacientes, dos espacios en 13 pacientes, tres espacios en 16 pacientes, el resto más de cuatro (cuadro 2).

Los 57 pacientes recibieron tratamiento médico con analgésicos, antibióticos (clindamicina y cefalosporina de tercera generación) y antiinflamatorios; a 35 de ellos (61%) se realizó, además, tratamiento quirúrgico con fasciotomías y drenaje de absceso; de éstos, sólo cinco requirieron traqueotomía y uno mediastinostomía.

Las enfermedades concomitantes observadas fueron diabetes mellitus en 11 pacientes y hepatopatía en dos. También se encontraron: actinomicosis, anemia aplásica, trombocitopenia, hipertensión arterial sistémica, hipertiroidismo y sialolitiasis.

En cuanto a espacios cervicales afectados, el lado derecho fue más dañado en 32 pacientes (56%), el izquierdo en 17 pacientes (30%) y bilateral en ocho pacientes (14%).

Cuadro 2. Número de espacios afectados por paciente con abscesos profundos del cuello

Número de espacios afectados	Porcentaje
1	25
2	23
3	27
4	21
5	4

El origen como foco primario del absceso predominante fue el odontógeno en relación con el sitio de extensión, seguido de infecciones respiratorias de las vías aéreas superiores; en 12 (21%) no se identificó el sitio de procedencia.

Los días de estancia hospitalaria en promedio fueron 9.6 días $\pm$ 6 y rango entre 1 y 37 días (figura 4).

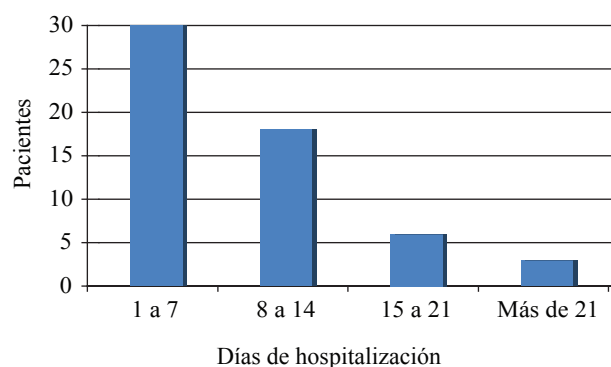


Figura 4. Días de hospitalización. Total: 57.

Discusión

En la actualidad, la frecuencia de pacientes con abscesos profundos del cuello en el Centro Médico Nacional La Raza va en incremento de acuerdo con estadísticas previas, lo que requiere conocer los aspectos epidemiológicos que permitan mantener expectativas de diagnóstico y tratamiento del personal de los servicios de urgencias médicas y de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello; de la misma manera, incidir en los programas de formación para que esta enfermedad se cubra.

Los abscesos profundos del cuello ponen en riesgo la vida, en especial cuando hay enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus o inmunodeficiencias, que ocasionan cursos mórbidos distintos y conllevan mayor dificultad en el control.

El diagnóstico temprano puede permitir el alivio sólo con tratamiento médico; sin embargo, en 61% de los casos de este estudio se requirió, además, drenar el absceso y fasciotomías en el quirófano.

Hoy día, el otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello debe tener un conocimiento preciso y experiencia con la anatomía cervical, ya que la presentación, diseminación y tratamiento de las infecciones profundas del cuello se basan en ella.

En los estudios de Boscolo² y de Huang¹ se reportó un predominio del sexo masculino, lo que concuerda con lo encontrado en este estudio (37 de 57); sería interesante, dado el sitio de origen, saber si hay relación con medidas higiénico-dietéticas diferentes entre sexos, si acuden después al médico o no lo hacen cuando tienen procesos infecciosos agudos.

A pesar de tener el Centro Médico Nacional La Raza un alto índice de atención a niños (23.9% del total de atenciones durante 2007),¹⁴ el número de pacientes es escaso, en contraste con otros reportes. En la misma ciudad, en otra institución de salud (Hospital Juárez de México), existe divergencia al respecto en este grupo, situación que puede deberse a que incluyeron en la población de estudio las adenitis infecciosas agudas abscedadas, que nosotros excluimos, o a que atiende a poblaciones diferentes.

La edad promedio de aparición en nuestro estudio fue de 42.2 años, que corresponde con lo reportado en la bibliografía; debemos considerar que son poblaciones económicamente activas, la mayoría de los pacientes son jefes de familia, lo que implica repercusiones familiares y económicas.

Los espacios profundos del cuello más afectados fueron el parafaríngeo y el submandibular, seguidos del submental y el periamigdalino. El parafaríngeo y submandibular tienen el lugar primordial debido a su relación con las infecciones odontogénicas y de las vías respiratorias superiores, sobre todo en la población adulta, mientras que la extensión a otros espacios pudiese ser por contigüidad. En la población pediátrica, en cambio, además del parafaríngeo, se encuentran el retrofaríngeo, que corresponde a la progresión de la infección de las vías aéreas como sitio primario de infección.

Además, la afectación a un solo espacio estuvo en una tercera parte de nuestros pacientes, el resto tenía dos o más espacios afectados, lo que implica la necesidad de fomentar la atención médica más temprana y evitar mayor morbilidad.

En el estudio realizado por Manzo y col., 42% de sus pacientes sólo tenía un espacio afectado, ¿el paciente es diferente o la cultura médica es distinta?; estos resultados podrían generar un proyecto futuro sobre si existen factores que condicionen el grado de avance de la enfermedad al momento de la atención en el hospital.

La extensión a otros espacios (dos o más) se debe a la continuidad de la infección y comorbilidad existente, al tiempo de evolución del absceso del cuello y al tiempo en

que se inicia el tratamiento. Por esa razón, es imprescindible reconocer la enfermedad lo más pronto posible e iniciar el tratamiento adecuado e inmediato al establecer el diagnóstico para evitar la extensión del absceso a otros espacios y evitar complicaciones.

De los 57 pacientes, 30 estuvieron hospitalizados durante siete días, y 18 entre 7 y 14 días, lo que significa que el control existe en los primeros 7 a 14 días, y se sigue con el tratamiento en casa según cada caso. Identificar los factores epidemiológicos de nuestra población permitirá establecer políticas de proyección de recursos médicos y financieros, así como evitar mayor deterioro de la economía personal, familiar e institucional.

Manzo y col. refirieron que los pacientes mantienen estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos, en promedio, 18 días; de nuestros pacientes, sólo uno (fasciotomía, mediastinostomía y traqueotomía) estuvo en la unidad de cuidados intensivos, el resto en habitación normal. El 100% de los pacientes tuvo heridas cerradas desde el posoperatorio inmediato, pues nuestra modalidad de tratamiento no incluye dejar abiertas las heridas.

El tiempo de hospitalización está en relación directa con la gravedad del cuadro y el número de espacios afectados, los pacientes que requirieron más de 15 días de hospitalización tenían dos o más espacios del cuello con daño, un paciente requirió 37 días de hospitalización debido a cinco espacios afectados, entre ellos el mediastino, único que requirió ser reintervenido en tres ocasiones para drenaje quirúrgico.

Nuestros resultados coinciden con lo reportado en otras series como la alemana, de los autores Jurgen y col.,¹² que comunicaron que 83% se sometió a cirugía. Esto probablemente se debe a que llegan en fase de absceso y no de celulitis o de organización del absceso, con grandes áreas afectadas, lo que obliga a realizar fasciotomías, drenaje de pus y lavado quirúrgico.

Cinco pacientes de este estudio requirieron traqueotomía, debido a la extensión y localización del absceso para el control y manejo de las vías aéreas o ante trismo que impide la intubación, en especial en pacientes con amígdala de Ludwig y espacio retrofaríngeo-parafaríngeo afectado.

La diabetes mellitus, enfermedad concomitante más encontrada, al igual que el resto (anemia aplásica, trombocitopenia, hipertensión arterial sistémica, hipertiroidismo y sialolitiasis), genera inmunocompromiso en los pacientes afectados y exacerba la morbilidad.

Con lo observado, abrimos una amplia gama de matices para futuras investigaciones que permitan ofrecer mejor curso clínico y atención a los pacientes, motivo de nuestro ser.

Conclusiones

Los abscesos profundos del cuello son más frecuentes en hombres (65%) y es común observarlos en etapa de adulto, en el Centro Médico Nacional La Raza los casos en la edad pediátrica sólo representaron 5%, por lo menos en el periodo de estudio elegido.

La edad de mayor presentación es entre la tercera y quinta décadas de la vida, con predominio entre los 36 y 45 años.

Los espacios más afectados son el parafaríngeo y el submaxilar en la población adulta, y el parafaríngeo-retrofaringeo en los niños.

La TAC es el estudio de elección.

El 75% de los pacientes tienen dos o más espacios profundos del cuello afectados y suelen estar hospitalizados durante siete días en promedio.

El tratamiento consistió en antibióticos intravenosos más drenaje por fasciotomía, con traqueotomía ante la dificultad del control de las vías aéreas.

Referencias

- Huang T, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, et al. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck* 2004;26(10):854-60.
- Boscolo P, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Da Mosto M. Conservative management of deep neck abscesses in adults: the importance of CECT findings. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:894-9.
- Nagy M, Pizzuto M, Backstrom J, Brodsky L. Deep neck infections in children: a new approach to diagnosis and treatment. *Am Laryngol Rhinol Otol* 1997;107(12):1627-34.
- Scott BA, Stiernberg CM, Driscoll BP. Infections of the deep spaces of the neck. In: Bailey BL, editor. *Head and neck surgery otolaryngology*. 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2001;1:701-15.
- Lugo JA, Solis OA. Abscesos de los espacios profundos del cuello y su complicación hacia mediastino: comunicación de dos casos. *An Orl Mex* 2007;52:34-38.
- Hyung-Jin K, Eui P, Jae K, Eui H, Sung C. Odontogenic *versus* nonodontogenic deep neck space infections: CT Manifestations. *J Computer Assisted Tomogr* 1997;21(2):2002-8.
- Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110(11):1051-4.
- Choi SS, Vezina LG, Grundfast KM. Relative incidence and alternative approaches for surgical drainage of different types of deep neck abscesses in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123(12):1271-5.
- Miller WD, Furst IM, Sandor G, Keller MA. A prospective, blinded comparison of clinical examination and computed tomography in deep neck infections. *Am Laryngol Rhinol Otol Soc* 1999;109(11):1873-9.
- Gidley P, Ghorayeb BY, Stiernberg C. Contemporary management of deep neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;116(1):16-22.
- García AM. Revisión sobre los abscesos profundos del cuello. *ORL-DIPS* 2004;31(2):62-65.
- Jurgen G, 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.
- Zietek E, Malec M. Deep neck infection in the antibiotic era. *Otolaryngol Pol* 1998;52(1):5-10.
- Manzo E, Mendez G, Hernández GA, Salvatierra A, Vázquez MA. Abscesos profundos de cuello. Etiopatogenia y morbi-mortalidad. *Rev Asoc Mex Med Crit Terap Inten* 2005;19:54-59.