

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Número **4**
Number




Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:




Absceso profundo de cuello, un reto terapéutico

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Absceso profundo de cuello, un reto terapéutico

Deep abscess of the neck. A therapeutic challenge

Dra. Martha Esperanza Ramírez Martínez, Dr. Juan Francisco Peña García, Dr. José Alfonso Marín Méndez,* Dr. Sergio Castro Ibarra,* Dr. Juan Jurado Reyes*

Resumen

Objetivo: Analizar la experiencia en el tratamiento quirúrgico del absceso profundo de cuello.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Retrospectivo y observacional.

Pacientes y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de 62 pacientes con absceso profundo de cuello, aceptados de mayo del 2002 a enero del 2003. Se analizaron los siguientes datos: género y edad, origen, enfermedad asociada, número de espacios cervicales afectados, morbilidad, mortalidad, cultivos bacteriológicos, desarrollo de mediastinitis, procedimientos quirúrgicos adicionales.

Resultados: Fueron incluidos 62 pacientes, 30 hombres, 32 mujeres, con un rango de edad de 20 a 73 años, promedio 41 años.

Las infecciones de origen dental fueron la causa en el 70.9% de los casos. Se encontró enfermedad asociada en 52% de los pacientes, siendo la más frecuente la diabetes mellitus en el 69%.

Los cultivos se hicieron en 31 pacientes (50%), presentaron desarrollo único 16 (52%), predominando los cocos Gram positivos; la complicación principal de 12 pacientes fue mediastinitis (19%). Algunos pacientes con absceso profundo de cuello sin mediastinitis requirieron traqueostomía y el 50% de los que tuvieron mediastinitis. Los días de estancia hospitalaria fueron de 12 cuando el absceso se limitó al cuello, y de 42 cuando existió mediastinitis. El promedio de cirugías fue de 1.2 en el primer grupo, contra 4 en el segundo; 32 (50%) de los pacientes con mediastinitis requirieron traqueostomía, comparada con el 8% con únicamente absceso profundo. La mortalidad relacionada con mediastinitis fue del 8%.

Palabras clave: Cuello, absceso profundo de cuello, mediastinitis, cirugía de cuello, traqueostomía.

Cir Gen 2004;26:282-285.

Abstract

Objective: To analyze the experience in the surgical treatment of the deep neck abscess.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Retrospective, observational study.

Patients and methods: We reviewed the clinical histories of 62 patients with deep abscess of the neck, admitted from May 2002 to January 2003. We analyzed the following data: gender and age, origin, associated disease, number of affected cervical spaces, morbidity, mortality, bacteriological cultures, mediastinitis development, additional surgical procedures.

Results: Sixty-two patients were included, 30 men, 32 women, age range of 20 to 73 years, average 41 years. Dental origin infections were the cause in 70.9% of the cases. Associated disease was found in 52% of the patients, being diabetes mellitus the most frequent with 69%.

Cultures were made in 31 patients (50%), 16 patients presented a single development (52%), predominating the gram-positive cocci; the main complication in 12 patients was mediastinitis (19%). Some patients with deep abscess of the neck without mediastinitis required tracheostomy and 50% of those coursing with mediastinitis. Hospital stay days were 12 when the abscess was limited to the neck, and of 42 when mediastinitis was present. Average of surgeries was 1.2 in the first group vs. 4 in the second; 32 (50%) of the patients with mediastinitis required tracheostomy as compared to 8% with only deep abscess. Mortality associated to mediastinitis was of 8%.

Key words: Neck, neck abscess, neck surgery, mediastinitis, tracheostomy.

Cir Gen 2004;26:282-285.

Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Recibido para publicación: 5 de mayo 2004.

Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2004.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Correspondencia: Dra. Martha Esperanza Ramírez Martínez. Calle de la Morena No. 607-802. Colonia Narvarte. CP. 03020 México, D.F.

Introducción

Un absceso profundo de cuello (APC) es una infección potencialmente grave que puede llevar a la muerte del paciente en corto plazo. Se origina de entidades que aparentan ser de fácil control, pero constituyen un peligro ya que pueden diseminarse rápidamente hacia otros espacios potenciales del cuello, y conllevar a un alto riesgo de extensión por contigüidad al mediastino y base de cráneo, además de provocar una gran repercusión local y sistémica, entre otras complicaciones.

La etiología de estas infecciones puede ser variable, la causa más común encontrada en nuestro medio es de origen odontogénico, seguido de infecciones en vías aéreas superiores, sialoadenitis, cuerpo extraño en vía digestiva, infecciones postquirúrgicas y traumatismos, entre otras. Existen factores que favorecen el desarrollo de estas infecciones, de los cuales podemos incluir la virulencia del organismo patógeno, el estado del huésped (inmunocompromiso), la sensibilidad al antibiótico, etiología y disposición anatómica de las fascias cervicales. En nuestro medio, cerca del 50% de los pacientes con APC presentan alguna enfermedad concomitante, principalmente diabetes mellitus. Actualmente, la alta incidencia de SIDA y el resurgimiento de tuberculosis ganglionar han contribuido a aumentar el número de pacientes que requieren atención por este tipo de infección.

Los signos y síntomas del paciente pueden orientarnos parcialmente para conocer los espacios afectados, sin embargo, la extensión precisa y los límites de la infección se conocen a través de los estudios de imagen.

En la evaluación inicial del paciente, se deben identificar riesgos de complicaciones de la vía aérea y datos clínicos o imagenológicos extensión exacta y de probables complicaciones principalmente mediastinitis. La piedra angular del tratamiento de los APC lo constituye el drenaje quirúrgico y manejo integral.

El objetivo de este estudio fue analizar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de pacientes con absceso profundo de cuello.

Pacientes y método

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional de mayo del 2002 a enero del 2003 (8 meses) en todos los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por APC, en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNS XXI). Se incluyeron todos los que contaran con expediente clínico y radiológico al momento de la revisión.

Las variables a estudiar fueron: A) Edad. B) Género C) Enfermedades asociadas. D) Etiología. E) Extensión. F) Cultivo bacteriológico. G) Mortalidad y complicaciones. H) Factores pronóstico relacionados. I) Manejo. J) Evolución comparativa.

El análisis estadístico se realizó por medio de medidas de tendencia central como medida de resumen para variables cualitativas.

Resultados

Se incluyeron 62 pacientes, 47% hombres y 53% mujeres, con un rango de edad de 20 a 73 años y promedio de 41 años. En el 52% de los pacientes se encontró enfermedad asociada, la más frecuente fue diabetes mellitus en un 69%, insuficiencia renal en el 12%, enfermedades de la colágena en el 13%, agranulocitosis en el 3%, e hipertiroidismo en el 3%.

Las infecciones de origen dental fueron la causa más común en nuestra serie, constituyendo el 70.9%; en segundo lugar los abscesos originados en infección de vías aéreas superiores con un 17.7%; trauma de cuello en el 4.8%; de origen ótico en el 3.2%; en 1.5% de los casos, cuerpo extraño e infección de glándula salival (**Figura 1**).

Fueron identificados los espacios afectados mediante la imagen obtenida con tomografía axial computada con cortes supra e infrahiodeos; se encontró afección de un solo espacio en el 26% de los casos, afección de dos a tres espacios en el 47% y, mayor a tres espacios en el 27%.

Se realizaron cultivos en el 50% de los pacientes obteniéndose desarrollo único en 52% de los mismos, el restante 48% tuvieron cultivos con desarrollo múltiple. La frecuencia de gérmenes aislados en cultivos fue la siguiente: cocos Gram positivos en el 22%, seguido por bacilos Gram negativos en 12%, bacilos Gram positivos 2%, cocos Gram positivos anaerobios 4%, bacilos Gram positivos anaerobios 3%, bacilos Gram negativos anaerobios 1%, y levaduras 3.5% (**Figura 2**).

La principal complicación observada desde el ingreso en pacientes con absceso profundo de cuello fue mediastinitis. En esta serie se diagnosticó mediastinitis en 12 pacientes (19%); fallecieron cinco por esa causa (42%). El signo clínico más frecuentemente relacionado fue derrame pleural, presentándose en 11 de 12 pacientes; desarrollaron inestabilidad hemodinámica 10 de 12; se presentó choque séptico en 6 de 12, pericarditis en 3 de 12, ruptura de arteria innominada y trombosis de la vena yugular interna en 1 de 12. La mortalidad relacionada con mediastinitis en estos 62 casos fue de 8%, comparada con la mortalidad general en pacientes con absceso profundo de cuello que fue de 6%.

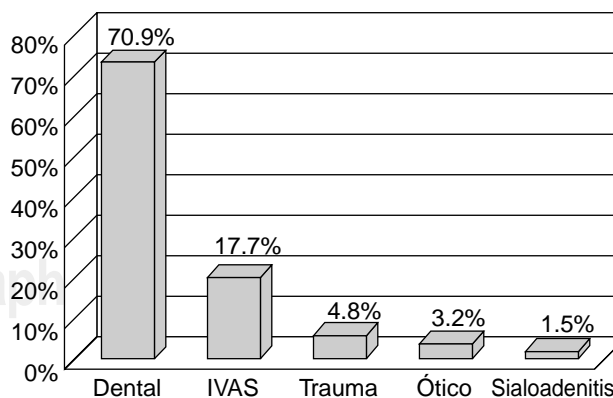


Fig. 1. Etiología.

Con la finalidad de identificar factores pronósticos relacionados, encontramos que la edad relaciona con morbi/mortalidad de la siguiente manera: En pacientes mayores de 50 años se encontró morbilidad de 38% y mortalidad del 10%, comparada con los pacientes menores de 50 años cuya morbilidad fue del 18% y la mortalidad del 6%; la morbilidad relacionada a enfermedad asociada fue del 39%, y en pacientes sin enfermedad asociada del 25%.

De acuerdo con el número de espacios afectados y la frecuencia de complicaciones encontramos que cuando se afectó un solo espacio la frecuencia de complicaciones fue del 6%; en dos a tres espacios hubo 24% de complicaciones y en tres espacios, 27% de complicaciones (Figura 3).

Al comparar días de estancia, promedio de cirugías y traqueostomía entre el grupo de pacientes con absceso profundo de cuello no complicado con mediastinitis, y aquéllos con diagnóstico de extensión mediastinal el resultado fue el siguiente: La estancia fue de 12 días en pacientes con límite en cuello, y 42 días en mediastinitis; el promedio de cirugías en el primer grupo fue de 1.2, en contraste con 4 cirugías en el segundo grupo; el 50% de los pacientes con mediastinitis requirieron traqueostomía comparado con el 8% de pacientes con absceso profundo.

Discusión

El absceso profundo de cuello continúa siendo en la actualidad una infección grave que, de no diagnosticarse oportunamente, conlleva a severas complicaciones, con una elevada tasa de morbi-mortalidad.

En cuanto a la edad de presentación, podemos encontrar pacientes desde los primeros meses de vida hasta adultos mayores, y aunque el origen del proceso infeccioso es diferente en la edad pediátrica y pacientes adultos, las vías de diseminación hacia los distintos espacios cervicales y las complicaciones en mediastino y en vía aérea son las mismas.

Nuestro estudio comprende población adulta en quienes la afección de origen odontológico representa el 71% de los casos, lo cual es similar a otras series publicadas, quedando en segundo lugar las infecciones de vías aé-

reas superiores.

La asociación de padecimientos crónicos puede encontrarse hasta en la mitad de los pacientes con absceso profundo de cuello. Figueroa-Damián informó que 50% de los pacientes de su estudio tuvieron alguna enfermedad crónica concomitante; en el presente trabajo, el 52% de los pacientes presentaron padecimientos crónicos agregados.

La cavidad oral o la orofaringe son el principal sitio de origen de los abscesos profundos de cuello, por lo que es común encontrar desarrollo de cultivos polimicrobianos en las muestras obtenidas. Los cocos Gram positivos son los gérmenes más frecuentemente encontrados, sin embargo, no es raro encontrar bacterias Gram negativas y anaerobios.

La diseminación hacia mediastino fue la complicación más común en nuestra serie, cuya mortalidad ha cambiado poco en las últimas décadas. La elevada mortalidad, una vez establecida la mediastinitis, se debe a complicaciones como choque séptico, SIRPA, falla orgánica múltiple e infecciones pulmonares agregadas. Las vías de diseminación desde cuello hacia mediastino mejor identificados son: el espacio retrofaríngeo, el espacio pretraqueal, las fascias posteriores del cuello y la vaina carotídea; aunque el proceso infeccioso puede potencialmente descender a través de cualquiera de las fascias cervicales.

En cuanto al número de espacios afectados, observamos que cuando se encontraban comprometidos tres o más espacios cervicales el porcentaje de complicaciones fue significativamente mayor. Otros dos factores observados fueron: que a mayor número de complicaciones la edad estuvo por arriba de 50 años y los padecimientos concomitantes ocurrieron más frecuentemente.

El diagnóstico de absceso profundo de cuello debe sospecharse en todo paciente con antecedente de odontopatía, manipulación dental o infección de vías aéreas superiores, en quien aparezcan aumento de volumen cervi-

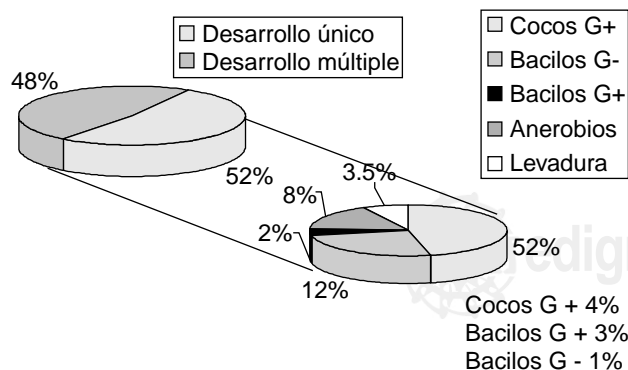


Fig. 2. Desarrollo bacteriano.

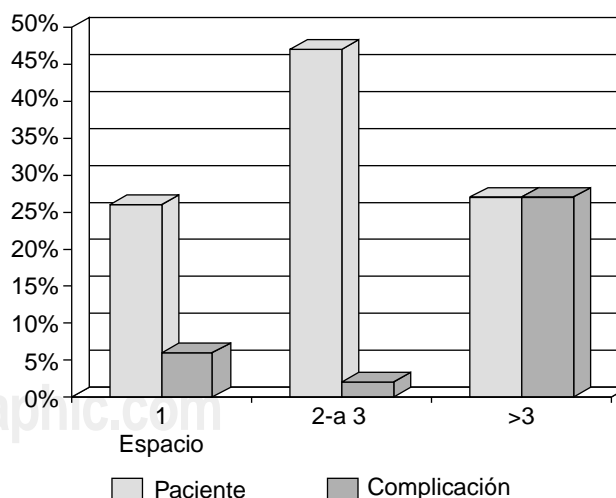


Fig. 3. Factores pronósticos. Número de espacios afectados/complicaciones.

cal, hiperhemia, fiebre, trismus, cambios en la voz, sensación de cuerpo extraño, edema de piso de boca, disfagia o presencia de pus en cavidad oral. La aparición de disnea, estridor, taquicardia, dolor torácico e hipotensión son manifestaciones de peligro que traducen compromiso de la vía aérea o afección mediastinal.

El mejor método radiológico para diagnóstico topográfico del absceso profundo de cuello es sin duda la tomografía computada, la cual no sólo muestra imágenes de edema en partes blandas (celulitis) y colecciones o presencia de gas en tejidos blandos, sino que nos indica con certeza cuáles espacios cervicales están afectados, para así planear el drenaje quirúrgico; también nos brinda imágenes de afección mediastinal y de compromiso de vía aérea.

La utilidad de las placas simples de cuello y telerradiografía de tórax es muy limitada, pues únicamente puede llegar a mostrar desviación de vía aérea, aumento del espacio retrofaríngeo, gas en tejidos blandos, ensanchamiento mediastinal y derrame pleural.

El ultrasonido de cuello identifica procesos celulíticos, colecciones líquidas o presencia de gas, pero tiene la limitación de no identificar los espacios cervicales involucrados.

Cuando el paciente presenta limitación a la apertura bucal o la vía aérea se encuentra desplazada u obstruida, esta indicado realizar la intubación con el paciente despierto y anestesia tópica o realizar la intubación orotraqueal con broncoscopio flexible, esto también se aplica ante la presencia de material purulento en hipofaríngeo o ante la ruptura inminente de absceso en esta región. Ocasionalmente será necesario realizar traqueostomía con anestesia local debido a la imposibilidad de intubación orotraqueal; esto siempre se debe de prever al ingresar al paciente a quirófano para evitar procedimientos de emergencia. Otras complicaciones publicadas en diferentes series y observadas en nuestro estudio son ruptura vascular o trombosis venosa yugular.

Debido a la severidad del absceso profundo de cuello y a la gravedad de sus complicaciones, el tratamiento debe ser agresivo y multidisciplinario. El drenaje y aseo quirúrgico y el tratamiento antimicrobiano, son los elementos principales en el manejo de estos pacientes. El número de incisiones, la extensión y profundidad de las heridas dependerán del número y localización de espacios afectados. Siempre deberán realizarse incisiones estética y anatómicamente aceptables y deberá preservarse todo tejido viable posible.

Debido a la poca frecuencia de absceso profundo de cuello en países desarrollados, las series publicadas en la literatura médica incluyen escaso número de pacien-

tes, por lo que, consideramos necesario continuar el estudio de esta entidad para obtener conclusiones sólidas que nos permitan identificar los factores de riesgo y pronóstico para disminuir la morbimortalidad de esta entidad clínica.

Conclusión

Las infecciones cervicofaciales profundas se originan en patología considerada banal, por lo que frecuentemente se subestima. Pueden causar la muerte del paciente. El tratamiento oportuno y adecuado de un absceso incipiente limita las complicaciones.

Los APC se comportan diferente al que se encuentra en otras localizaciones, es fundamental el tratamiento agresivo y se requiere una vigilancia estrecha para identificar oportunamente sus complicaciones.

Referencias

1. Schockley WW and Pillsbury HC, (eds). *The Neck: diagnosis and surgery*. Chicago. Mosby-Year Book, Inc. 1994.
2. Odell PF. Infections of the fascial spaces of the neck. *J Otolaryngol* 1990; 19: 201-5.
3. Peterson LJ. Contemporary management of deep infections of the neck. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 226-31.
4. Horn J, Bender BS, Bartlett JG. Role of anaerobic bacteria in perimandibular space infections. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1991; 154: 34-9.
5. Welsh LW, Welsh JJ, Gregor FA. Radiographic analysis of deep cervical abscesses. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 854-60.
6. Gaukroger MC. Cervicofacial necrotizing fasciitis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992; 30: 111-4.
7. Simo R, Hartley C, Rapado F, Zarod AP, Sanyal D, Rothera MP. Microbiology and antibiotic treatment of head and neck abscesses in children. *Clin Otolaryngol* 1998; 23: 164-8.
8. Ojiri H, Tada S, Vjita M, Ariizumi M, Ishii C, Mizunuma K, et al. Infrahyoid spread of deep neck abscess: anatomical consideration. *Eur Radiol* 1998; 8: 955-9.
9. Ramírez MM, Peña GJ. Módulo V Capítulo 4 (infecciones quirúrgicas específicas). En: *Infecciones Quirúrgicas específicas*. Federación Latinoamericana de Cirugía (eds) 1999.
10. Brunelli A, Sabbatini A, Catalini G, Fianchini A. Descending necrotizing mediastinitis. Surgical drainage and tracheostomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 1326-9.
11. Corsten MJ, Shamji FM, Odell, PF, Frederico JA, Laframose GG, Reid KR, et al. Optimal treatment of descending necrotizing mediastinitis. *Thorax* 1997; 52: 702-8.
12. Moriwaki Y, Sugiyama M, Mastsuda G, Date K, Karube N, Uchida K, et al. Approach for drainage of descending necrotizing mediastinitis on the basis of the extending progression from deep neck infection to mediastinitis. *J Trauma* 2002; 53: 112-6.
13. Choi SS, Vezina LG, Graundfast 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: 1271-5.

