

# Manejo actual de absceso profundo de cuello: ¿Quirúrgico o conservador?

*Dra. Martha E. Ramírez Martínez*

## Introducción

El desarrollo en imagenología, en antibióticos y el advenimiento de nuevas técnicas para el abordaje de infecciones cervicales profundas no limitan la complejidad asociada a la anatomía y al riesgo de complicaciones graves. El método que ha mostrado mejores resultados para la determinación del estadio de la infección, la topografía y la extensión es la TAC. El origen más común continúa siendo odontogénico, seguido de infección faríngea, amigdalina, de glándulas salivales, oído medio, o infecciones mastoideas.

El tratamiento adecuado de estos pacientes requiere la diferenciación clara entre celulitis y absceso. Una vez establecido el diagnóstico de absceso es imperativo el tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos además de antibioticoterapia dirigida a bacterias Gram positivas, aerobios y anaerobios, no obstante el tratamiento actual puede ser conservador en casos incipientes, el manejo quirúrgico continúa predominando. Las técnicas de drenaje actuales van desde técnicas conservadoras endoscópicas a través de endoscopia de vía aerodigestiva, drenaje percutáneo, incisiones limitadas y drenajes cerrados, drenaje endoscópico de espacios cervicales profundos y drenaje quirúrgico con heridas abiertas.

La evaluación adecuada y sistemática de la vía aérea y la aplicación de medidas de control avanzado de vía aérea, en casos con compromiso es condición indispensable para limitar la presencia de complicaciones que ponen en riesgo la vida de los pacientes. El tratamiento médico conservador con antibióticos y vigilancia periódica suele limitarse a los pacientes con infecciones cervicales en etapa temprana.

**Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Mosto MC. Conservative management of deep neck abscesses in adults: The importance of CECT findings. Otolaryngology - Head & Neck Surgery. 135: 894-899, December 2006.**

El tratamiento conservador está indicado sin reserva para pacientes con diagnóstico de celulitis documentada por TAC. Sin embargo también tiene un lugar el tratamiento conservador en pacientes con abscesos localizados. El trabajo de Boscolo y su grupo reportó el resultado de la revisión de pacientes con absceso profundo de cuello con especial énfasis en los hallazgos de la TAC con-

trastada. Analizaron las implicaciones de los hallazgos de la TAC en la planeación terapéutica. 80 pacientes fueron identificados. En 30% de los casos se realizó drenaje quirúrgico inmediato. En 22.5% de los pacientes seleccionados para tratamiento conservador por lesión limitada, fue necesario llevar a cabo drenaje quirúrgico por falta de respuesta clínica al tratamiento médico. Casi la mitad de los pacientes que recibieron únicamente tratamiento médico remitieron completamente. La presencia de diabetes mellitus en el grupo de pacientes con tratamiento conservador, fue un factor predictivo para falla al mismo ( $p = 0.014$ ). Los hallazgos operatorios confirmaron lo visualizado por TAC contrastada en 88.1%. En la conclusión los autores determinan: no obstante el tratamiento quirúrgico constituye el fundamental en las infecciones cervico-faciales profundas, los pacientes con celulitis y pequeños abscesos pueden ser tratados con antibióticos únicamente, indudablemente debe monitorearse el estado del paciente y la evolución del absceso. La TAC contrastada, fue esencial para elegir la mejor estrategia terapéutica, y probablemente para ofrecer el mejor el pronóstico de los mismos.

**Marioni G, Rinaldi R, Staffieri C, Marchese-Ragona R, Saia G, Stramare R, Bertolin A, Dal Borgo R, Ragno F, Staffieri A. Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006). 2008 Feb;128: 201-6.**

Del Departamento de Otorrinolaringología de la Universidad de Padua, Italia, se expone el protocolo actual para el manejo del APC. El proceso incluye TAC y ortopantomografía. Cuando se identifica origen dental se inicia antibiótico activo contra grampositivos aerobios y anaerobios. El tratamiento quirúrgico puede ser indicado inmediato, o por falta de respuesta a tratamiento conservador dentro de las primeras 24 hrs. Las infecciones cervicales profundas aún se asocian a morbi-mortalidad significativa cuando se presentan complicaciones. No obstante el progreso en la higiene y cuidado oral, aún se reporta una prevalencia significativa de infecciones cervicales de origen dental (> 40%). Se analizaron retrospectivamente 85 casos de origen dental, de un total de 206, de infecciones cervicales profundas. Consecutivas del 2000 al 2006. La fuente más común fue el absceso periapical del 1er molar, seguido del 2o y 3er molar.

El espacio submandibular estuvo comprometido en el 85.9%, es decir en 73 de 85. El espacio masticador en 28 (32.9%); en 56 pacientes (65.9%) la infección comprometió más de 1 espacio. Veinticuatro pacientes (28.2%) fueron tratados sólo con antibióticos intravenosos, y 61 pacientes requirieron tratamiento médico y quirúrgico (71.8%).

**Wolfe MM, Davis JW, Parks SN. Is surgical airway necessary for airway management in deep neck infections and Ludwig angina? Journal of Critical Care. 26: 11-14, February 2011.**

En febrero de 2011 Wolfe y colaboradores reportan el resultado del análisis retrospectivo de 29 pacientes que ingresaron con Dx de absceso profundo de cuello y angina de Ludwig, y requirieron tratamiento quirúrgico urgente. Con absceso submentoniano, submandibular, sublingual, parafaríngeo (Current Procedural Terminology codes 41015, 41016, 41017, 42320, and 42725), fueron analizados para determinar compromiso de la vía aérea y necesidad o no de manejo quirúrgico para el control de la misma. De 29 pacientes, 6 (20%) tuvieron síntomas de angina de Ludwig verdaderos. 19 (65.5%) tuvieron evidencia de compromiso de la vía aérea. Ocho (42%) de los 19 pacientes requirieron técnicas avanzadas de control de la vía aérea. Ningún paciente ameritó establecer abordaje quirúrgico para la vía aérea. Y no hubo mortalidad asociada a compromiso de la misma. Concluyendo que la atención de los pacientes con absceso profundo de cuello y angina de Ludwig requieren un buen juicio clínico. Pacientes con infecciones cervicales profundas y compromiso de la vía aérea pueden ser tratados con seguridad empleando las técnicas avanzadas de control de la vía aérea.

**Baba Y, Yasumasa K, Hideyuki S, Karou O. Management of deep Neck infection by a transnasal approach. Journal of medical care Reports. 31 July 2009. 3/7317.**

Las infecciones cervicales profundas continúan siendo una condición que puede poner en riesgo la vida. La terapéutica con antibióticos intravenosos está indicada, en etapas tempranas. Sin embargo la cirugía para drenaje constituye la piedra angular del tratamiento en estadios avanzados, y existen estrategias quirúrgicas diversas para el mismo, se propone estandarizar el tratamiento de acuerdo a la condición general del paciente y la historia.

Se reporta el caso de un paciente de 68 años con diabetes mellitus e inflamación severa. La TC documentó absceso desde la supraglotis hasta la altura del el hueso hioides. Se realizó drenaje quirúrgico por endoscopia transnasal. El paciente cursó sin recurrencia o complicaciones a 30 meses de seguimiento.

Este caso provee evidencia de que este abordaje quirúrgico es una herramienta más para el tratamiento

de pacientes con una condición general severa, diabetes mellitus e inflamación.

**Isowa N, Yamada T, Kijima T, Hasegawa K, Chihara K. Successful Thoracoscopic Debridement of Descending Necrotizing Mediastinitis. [Report]. Annals of Thoracic Surgery, The. 77(5):1834-1837, May 2004.**

La mediastinitis necrotizante descendente originada en infecciones dentales, y resultado de la extensión a través de las fascias cervicales al mediastino, puede ser tratada con abordaje vía transcervical, y aproximadamente la mitad de los casos requerir toracotomía. En este artículo se reporta un caso exitoso de desbridación toracoscópica, posterior a la falla a drenaje transcervical. Dado la posibilidad de una técnica menos invasiva comparada con una toracotomía, los autores sugieren se utilice la vía toracoscópica tan temprano como se evidencia falta de respuesta a drenaje transcervical del mediastino.

**Conclusión**

Muy interesante la evolución del tratamiento quirúrgico de las infecciones cervicofaciales profundas, que como en la introducción se plantea, aún continúan teniendo un grado de complejidad por el riesgo de complicaciones potenciales. Sin embargo, establecer el grupo que tiene indicación de tratamiento médico inicial, constituye el mejor resultado de la evolución en el manejo de estos pacientes.

**Referencias**

1. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Mosto MC. Conservative management of deep neck abscesses in adults: The importance of CECT findings. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 2006; 135: 894-899.
2. Marioni G, Rinaldi R, Staffieri C, Marchese-Ragona R, Saia G, Stramare R, Bertolin A, Dal Borgo R, Ragno F, Staffieri A. *Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006)*. 2008; 128: 201-6.
3. Wolfe MM, Davis JW, Parks SN. Is surgical airway necessary for airway management in deep neck infections and Ludwig angina? *Journal of Critical Care*. 26(1):11-14, February 2011.
4. Roberts JR, Smythe WR, Weber RW, Lanutti M, Rosengard BR, Kaiser LR. Thoracoscopic management of descending necrotizing mediastinitis. *Chest* 1997; 112: 850-854.
5. Isowa N, Yamada T, Kijima T, Hasegawa K, Chihara K. Successful thoracoscopic debridement of descending necrotizing mediastinitis. [Report]. *Annals of Thoracic Surgery* 2004; 77: 1834-1837.
6. Baba Y, Yasumasa K, Hideyuki S, Karou O. Management of deep Neck infection by a transnasal approach. *Journal of Medical Care Reports*. 2009; 3/7317.