



Caso clínico

Absceso retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical secundario a absceso periamigdalino: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Retropharyngeal, parapharyngeal, and cervical abscess secondary to peritonsillar abscess: case report and literature review

Jorge Zenteno S,* Ricardo Sepúlveda Q,† Cristián Matamoros R,‡
Cristóbal Parra F,§ Christopher Reyes A‡

RESUMEN

Introducción: el absceso periamigdalino (APA) es una colección purulenta del paladar blando entre la cápsula de amígdala palatina y fibras del músculo constrictor superior de la faringe. Es una complicación frecuente de la amigdalitis bacteriana, que, si no se maneja de forma oportuna, puede diseminarse a espacios profundos del cuello; el riesgo de complicaciones aumenta en presencia de diabetes mellitus descompensada. **Objetivo:** describir un caso de absceso periamigdalino con extensión a espacios retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical, y su resolución mediante manejo quirúrgico interdisciplinario. **Presentación del caso:** paciente masculino de 67 años con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada que consultó por odinofagia, disfagia y aumento de volumen periamigdalino izquierdo. La tomografía computarizada con contraste mostró colección periamigdalina con extensión a espacios retrofaríngeo, parafaríngeo y desviación de vía

ABSTRACT

Introduction: peritonsillar abscess is a purulent collection of the soft palate located between the capsule of the palatine tonsil and the fibers of the superior pharyngeal constrictor muscle. It is a frequent complication of bacterial tonsillitis that, if not managed promptly, may spread to the deep neck spaces; the risk of severe complications increases in the presence of poorly controlled diabetes mellitus. **Objective:** to describe a case of peritonsillar abscess with extension to the retropharyngeal, parapharyngeal, and cervical spaces, and its resolution through an interdisciplinary surgical approach. **Case report:** a 67-year-old man with poorly controlled type 2 diabetes mellitus presented with odynophagia, dysphagia, and left peritonsillar swelling. Contrast-enhanced computed tomography showed a peritonsillar collection extending into the retropharyngeal and parapharyngeal spaces with airway deviation.

* Facultad de Medicina. Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

† Staff. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile.

‡ Residente de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial. Universidad Andrés Bello. Chile.

Correspondencia:

Jorge Zenteno Silva

E-mail: jozentenos@udd.cl

jorgezentenos98@gmail.com

Citar como: Zenteno SJ, Sepúlveda QR, Matamoros RC, Parra FC, Reyes AC. Absceso retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical secundario a absceso periamigdalino: reporte de caso clínico y revisión de la literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 77-81. <https://dx.doi.org/10.35366/121759>



aérea. Se realizó vaciamiento por abordaje periamigdalino y cervicotomía amplia, con instalación de drenaje activo. Los cultivos orientaron ajuste antimicrobiano y la evolución clínica fue favorable, con disminución de volumen inflamatorio y sin complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** en pacientes con diabetes mellitus, las infecciones cervicales profundas secundarias a un absceso periamigdalino exigen diagnóstico precoz, imagenología con contraste, vaciamiento oportuno y tratamiento antimicrobiano dirigido, junto con control metabólico estricto. Este caso refuerza la importancia del abordaje interdisciplinario en infecciones cervicales profundas.

Palabras clave: absceso peritonsilar, absceso retrofaríngeo, espacio parafaríngeo, diabetes mellitus, equipo de atención al paciente.

*Surgical drainage was performed via a peritonsillar approach and extended cervicotomy, with placement of an active cervical drain. Culture results guided antimicrobial adjustment, and the clinical course was favorable, with reduction of inflammatory swelling and no postoperative complications. **Conclusions:** in patients with diabetes mellitus, deep neck infections secondary to peritonsillar abscess require early diagnosis, contrast-enhanced imaging, timely drainage, and targeted antimicrobial therapy, together with strict metabolic control. This case reinforces the importance of an interdisciplinary approach to deep neck infections.*

Keywords: peritonsillar abscess, retropharyngeal abscess, parapharyngeal space, diabetes mellitus, patient care team.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos periamigdalinos constituyen la infección profunda más frecuente de la región de cabeza y cuello, con incidencia anual cercana a 30 casos por 100,000 habitantes en series poblacionales de Estados Unidos, y predominio entre los 20 y 40 años.¹ Generalmente son complicaciones de una amigdalitis bacteriana –con *Streptococcus pyogenes* como patógeno prominente y participación de flora anaerobia– y cursan con odinofagia, trismus, disfonía y desviación de la úvula. Requieren diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar progresión a espacios profundos.^{1,2}

En adultos, el absceso retrofaríngeo es menos común, pero constituye una emergencia por su potencial de diseminación al mediastino y otras complicaciones mayores. El estudio de elección es la tomografía computarizada con contraste y la coordinación temprana del manejo. Evidencia reciente en adultos confirma la carga de morbilidad y la necesidad de intervención oportuna.³⁻⁵

La diabetes mellitus se asocia con mayor diseminación multiespacial, estancias más prolongadas y aislamiento de bacilos gramnegativos (por ejemplo, *Klebsiella pneumoniae*), en comparación con pacientes sin diabetes.⁶⁻⁸

El presente caso ilustra un absceso periamigdalino con extensión retrofaríngea, parafaríngea y cervical en un paciente con diabetes descompensada, y enfatiza la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje quirúrgico interdisciplinario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus

tipo 2 descompensada. Consultó en urgencias por odinofagia, disfagia y aumento de volumen en región periamigdalina izquierda y cervical ipsilateral, de progresión rápida. Laboratorio inicial: leucocitos 14.4×10^3 cél/mm³, proteína C reactiva 9.55 mg/L y glicemia 220 mg/dL.

En la exploración física se evidenció aumento de volumen cervical doloroso y masa fluctuante periamigdalina izquierda, sin trismus. La tomografía computarizada con contraste de cuello mostró colección periamigdalina izquierda con extensión a los espacios retrofaríngeo y parafaríngeo, márgenes mal definidos y desviación de la vía aérea hacia la derecha, sin obstrucción completa (*Figura 1*).

Se realizó intervención quirúrgica mediante abordaje periamigdalino y cervicotomía amplia, abarcando los espacios submandibular, sublingual, retrofaríngeo, parafaríngeo y parotídeo, con instalación de drenaje activo (*Figura 2*). En el intraoperatorio se evacuó abundante material purulento y se identificó tejido muscular necrótico en región cervical. Se enviaron muestras para cultivo y biopsia.

Durante la evolución intrahospitalaria, en el tercer día postoperatorio aparecieron placas blanquecinas en región faríngea y paladar blando izquierdo. Los cultivos revelaron *Enterobacter kobei* y *Candida albicans* con resistencia al esquema antibiótico inicial (ceftriaxona y clindamicina), por lo que se ajustó a levofloxacino y se añadió fluconazol. La glicemia se mantuvo elevada con valores promedio de 200 mg/dL. El paciente presentó mejoría clínica progresiva, con disminución del volumen inflamatorio y adecuada tolerancia respiratoria. Permaneció hospitalizado 12 días; el drenaje se retiró en el octavo día postquirúrgico, y egresó sin complicaciones, con controles ambulatorios programados a los cinco días.

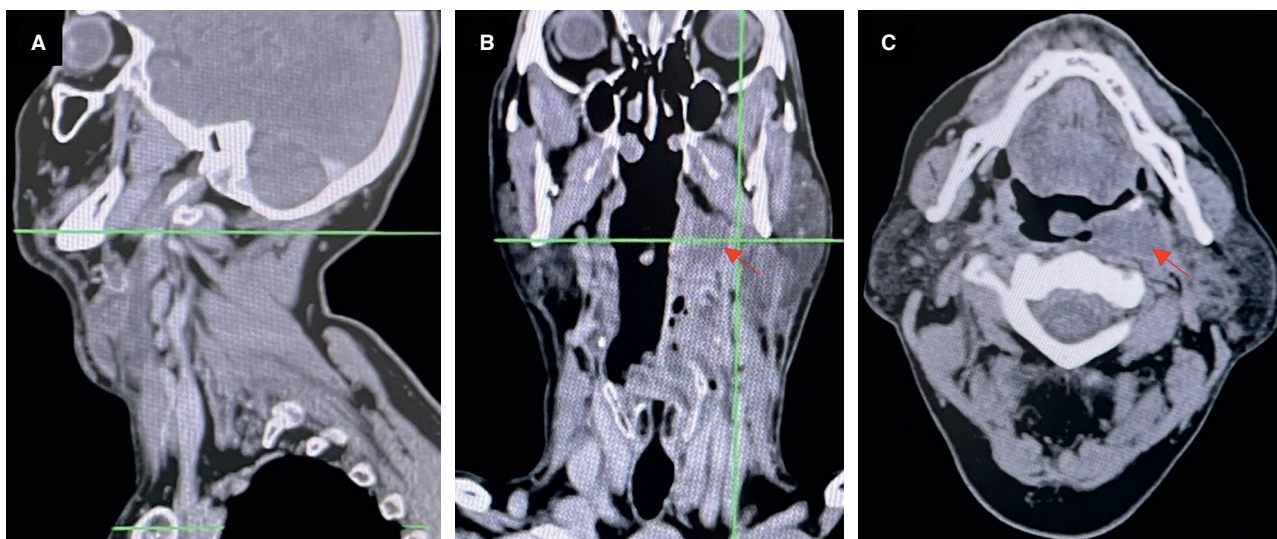


Figura 1: **A)** Tomografía computarizada corte sagital. Se observa aumento de volumen cervical en cuello. **B)** Tomografía computarizada corte coronal, flecha roja indica colección purulenta que desplaza la vía aérea hacia la derecha. **C)** Tomografía computarizada corte axial. Se observa disminución del lumen de vía aérea y flecha roja indica colección purulenta periamigdalina con tejidos inflamatorios asociados.



Figura 2:

A) Fotografía intraoperatoria. Se evidencia aumento de volumen cervical en posición de hiperextensión. **B)** Fotografía intraoperatoria con demarcación del sitio de incisión. **C)** Fotografía intraoperatoria de colgajo profundo cervical en la que se observa salida de contenido purulento. **D)** Fotografía intraoperatoria de colgajo suturado con la instalación de drenaje activo.

DISCUSIÓN

Las infecciones cervicales profundas continúan considerándose urgencias médico-quirúrgicas por su riesgo de compromiso de vía aérea y extensión al mediastino. Síntesis recientes confirman tasas relevantes de traqueostomía y una mortalidad no despreciable, lo que respalda el manejo protocolizado con imagen contrastada, vigilancia de vía aérea y drenaje oportuno cuando existe colección organizada.⁹ En adultos, la progresión de un absceso periamigdalino a espacios para/retrofaríngeos y cuello bajo es infrecuente, pero está descrita y se asocia a mayores tasas de intervención y estancia hospitalaria en bases de datos nacionales.¹⁰

La diabetes mellitus condiciona una presentación más grave: mayor compromiso multiespacio, más requerimiento de UCI y desenlaces menos favorables. Series contemporáneas muestran, además, enriquecimiento de bacilos gramnegativos (por ejemplo, *Klebsiella* y *Enterobacter*) en pacientes diabéticos y la necesidad de esquemas antibióticos iniciales que cubran aerobios y anaerobios con ajuste dirigido por cultivos.^{11,12}

Desde el punto de vista microbiológico, los abscesos para/retrofaríngeos de adultos suelen ser polimicrobianos, con predominio de estreptococos y anaerobios; no obstante, los perfiles cambian con comorbilidades como la diabetes, lo que refuerza la toma sistemática de muestras intraoperatorias y la desescalada antimicrobiana basada en susceptibilidades.^{12,13}

Aunque poco habitual, la coinfección fúngica puede presentarse en cuadros cervicofaciales severos. Se han comunicado infecciones profundas relacionadas con *Candida* (incluida Ludwig y mediastinitis descendente de origen retrofaríngeo), y la hiperglicemia se vincula a mayor susceptibilidad a *Candida spp.*; por ello, ante mala respuesta al antibiótico o hallazgos clínicos de candidiasis, conviene solicitar cultivo micológico y considerar terapia antifúngica dirigida.¹⁴⁻¹⁷

En cuanto a la estrategia quirúrgica, la literatura apoya el vaciamiento precoz de colecciones y el abordaje combinado (transoral/periamigdalino más cervicotomía) cuando existe extensión multiespacio, con vigilancia estrecha de progresión a mediastinitis descendente, entidad que requiere coordinación cervicotorácica y desbridamiento amplio.^{9,16} En escenarios seleccionados, la ecografía transoral puede facilitar el diagnóstico y el drenaje mínimamente invasivo,¹⁸ aunque su papel se delimita por la

localización del foco y la seguridad de la vía aérea; hay además esfuerzos metodológicos en curso para comparar de forma rigurosa punción guiada por imagen versus incisión quirúrgica.^{19,20}

Implicación para la práctica maxilofacial: los pacientes diabéticos con infecciones cervicales profundas demandan vigilancia estrecha de la vía aérea, drenaje oportuno multicompartimental, cultivos sistemáticos (bacterianos y fúngicos si hay sospecha) y optimización metabólica desde el ingreso, en coordinación con otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.^{9-12,16-20}

CONCLUSIONES

Las infecciones cervicales profundas secundarias a absceso periamigdalino requieren diagnóstico e intervención tempranos para reducir morbilidad. En pacientes con diabetes descompensada, el control metabólico desde el ingreso es determinante para limitar la extensión y mejorar la respuesta terapéutica. La tomografía con contraste y la vigilancia de la vía aérea deben guiar la decisión temprana de drenaje cuando existe colección organizada. La toma de cultivos intraoperatorios permite ajustar el antimicrobiano a terapia dirigida y, ante sospecha clínica, considerar estudio micológico. Este caso refuerza la necesidad de un abordaje interdisciplinario y de control metabólico estricto en las infecciones cervicales profundas.

REFERENCIAS

1. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. Am Fam Physician. 2017; 95 (8): 501-506.
2. Herzon FS, Martin AD. Medical and surgical treatment of peritonsillar abscess: a prospective study of 45 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1986; 95 (4 Pt 1): 329-333.
3. Maran AGD, Lund VJ. Clinical rhinology. Stuttgart: Thieme; 1990.
4. Lee YQ, Kanagalingam J. Deep neck abscesses: the Singapore experience. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011; 268 (4): 609-614. doi: 10.1007/s00405-010-1397-y.
5. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. Head Neck. 2004; 26 (10): 854-860. doi: 10.1002/hed.20013.
6. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Montolli F, Vaglia A, Da Mosto MC. Deep neck infections: a constant challenge. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2006; 68 (5): 259-265. doi: 10.1159/000093095.
7. Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. Am J Otolaryngol. 2003; 24 (2): 111-117. doi:10.1053/ajot.2003.31.
8. Eftekharian A, Roozbahany NA, Vaezaefshar R, Narimani N. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009; 266 (2): 273-277. doi: 10.1007/s00405-008-0734-5.

9. Sakaguchi M, Sato S, Ishiyama T, Katsuno S, Taguchi K. Characterization and management of deep neck infections. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1997; 26 (2): 131-134.
10. Bakir S, Tanriverdi MH, Gün R, Yorgancılar E, Yildirim M, Tekbas G, et al. Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases. *Am J Otolaryngol*. 2012; 33 (1): 56-63. doi: 10.1016/j.amjoto.2011.01.003.
11. Yang W, Hu L, Wang Z, Nie G, Su W. Deep neck infection in diabetes mellitus: analysis of 67 cases. *Pak J Med Sci*. 2013; 29 (1): 213-218.
12. Lin YT, Liu CJ, Chen TJ, Lin YS, Weng SF, Lin HC. Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. *J Laryngol Otol*. 2012; 126 (6): 556-561. doi: 10.1017/S0022215112000303.
13. Long B, Gottlieb M. Managing peritonsillar abscess. *Ann Emerg Med*. 2023; 82 (1): 101-107. doi: 10.1016/j.annemergmed.2022.10.023.
14. Konishi T, Sakata A, Inokuchi H, Kumazawa R, Matsui H, Fushimi K, et al. Treatments and outcomes of adult parapharyngeal and retropharyngeal abscess: 1882 cases from a Japanese nationwide database. *Am J Otolaryngol*. 2023; 44 (2): 103770. doi:10.1016/j.amjoto.2022.103770.
15. Liao TI, Ho CY, Chin SC, Wang YC, Chan KC, Chen SL. Sequential impact of diabetes mellitus on deep neck infections: comparison of the clinical characteristics of patients with and without diabetes mellitus. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(14):1383. doi:10.3390/healthcare12141383.
16. Kong W, Zhang X, Li M, Yang H. Microbiological analysis and antibiotic selection strategy in neck abscesses among patients with diabetes mellitus. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2024; 281 (3): 1515-1523. doi: 10.1007/s00405-023-08396-w.
17. Rodrigues CF, Rodrigues ME, Henriques M. *Candida sp.* infections in patients with diabetes mellitus. *J Clin Med*. 2019; 8 (1): 76. doi: 10.3390/jcm8010076.
18. Alzaid M, Ramadhan M, Abul A, Karam M, Alsaif A, Stapleton E. Ultrasonography-guided drainage versus surgical drainage for deep neck space abscesses: a systematic review and meta-analysis. *J Laryngol Otol*. 2024; 138 (9): 906-912. doi: 10.1017/S0022215124000501.
19. Gao W, Lin Y, Yue H, Chen W, Liu T, Ye J et al. Bacteriological analysis based on disease severity and clinical characteristics in patients with deep neck space abscess. *BMC Infect Dis*. 2022; 22 (1): 280. doi: 10.1186/s12879-022-07259-9.
20. Sheikh Z, Yu B, Heywood E, Quraishi N, Quraishi S. The assessment and management of deep neck space infections in adults: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Clin Otolaryngol*. 2023; 48 (4): 540-562. doi: 10.1111/coa.14064.

Conflicto de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses