

Reporte de caso

Absceso retrofaringeo y mieloma múltiple: caso clínico

LUIS RENÉ GONZÁLEZ LUCANO, JOSÉ ALFREDO DOMÍNGUEZ ROSALES, GABRIELA VÁZQUEZ ARMENTA Y HÉCTOR MACÍAS REYES

INTRODUCCION

El absceso retrofaringeo es un tipo de infección de los espacios profundos del cuello potencialmente fatal. Anatómicamente el espacio retrofaringeo se encuentra limitado entre la cara posterior de la capa visceral y la división halar de la fascia cervical, la cuál se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino, a nivel de la primera o segunda vértebra torácica. (1) Se encuentra posterior a la faringe, delimitado anteriormente por la fascia bucofaringea, posteriormente por la fascia prevertebral y lateralmente por las vainas carotídeas. Clínicamente la infección se presenta con fiebre, rigidez cervical, disfagia, dolor de garganta e inflamación de cuello. (2)

El absceso retrofaringeo afecta principalmente a niños, sin embargo, puede presentarse en adultos con síntomas inespecíficos. (3,4,5,6)

En los niños con Absceso Retrofaringeo (ARF), hay una típica historia de infección aguda del Tracto Respiratorio Superior (TRS). Sin embargo en adultos, es más común los antecedentes de cuerpo extraño en vías aéreas altas, o una

instrumentación iatrogénica como: esofagoscopias, intubación orotraqueal y trauma. (4,7,8,9)

Los principales agentes microbianos causantes del absceso retrofaringeo son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, bacterias anaerobias estrictas, tales como *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* y *Fusobacterium*. También se han reportado infecciones polimicrobianas, principalmente combinaciones de bacterias aerobios y anaerobios. En raras ocasiones se presentan infecciones por *Streptococcus pneumoniae*

La Tomografía Axial Computarizada es útil para hacer el diagnóstico de infecciones en estadio temprano a la vez que permite hacer la diferenciación entre un estadio de celulitis y un absceso ya consolidado, también es útil en definir las estructuras vasculares y su relación con el proceso infeccioso, al igual que delimita exactamente cual espacio o espacios están comprometidos. (4)

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente de 80 años de edad con un absceso retrofaringeo sin antecedente de traumatismo o de infecciones del tracto respiratorio superior, asociado a mieloma múltiple. El paciente no presentó un cuadro típico de la enfermedad hematológica, solo manifestó anomalías laboratoriales de los tiempos de coagulación y pérdida de peso. El drenaje del absceso se realizó exitosamente mediante punción con catéter guiado a través de un ecosonograma de cuello, posteriormente se administraron antibióticos de amplio espectro. Este es el primer reporte de la literatura de un caso de mieloma múltiple y absceso retrofaringeo.

Palabras clave: absceso retrofaringeo, mieloma múltiple, drenaje, antibiótico, tiempo de protrombina.

ABSTRACT

It is published a clinical case of retropharyngeal abscess associated to multiple myeloma in a man of 80 years old without previous high tract respiratory infections neither previous traumatism. This patient had an atypical clinical case of multiple myeloma because only showed abnormalities of clot laboratorial test and clinically showed weight loss. The handling was successful, because the abscess was almost totally drainage by ultrasound guided needle aspiration and sterilized by antibiotic therapy. To our knowledge, this is the first report of multiple myeloma and retropharyngeal abscess both together in the medical literature.

Key Words: retropharyngeal abscess, multiple myeloma, antibiotics, drainage, prothrombin time.



FIGURA 1. Estudio radiográfico simple de cuello en proyección lateral antes del tratamiento. Se demuestra franco aumento de volumen de densidad líquida del espacio retrofaríngeo, el cual desplaza importantemente a la columna aérea faringo-laríngea hacia delante, que inclusive parece reducir la luz de dicha columna.

CASO CLINICO

Se trata de paciente masculino de 80 años de edad, campesino, su sintomatología inicia un mes previo al ingreso a este hospital, con disfagia y fiebre no cuantificada, así como expectoración blanquecina. Previamente había recibido tratamiento médico no especificado sin presentar mejoría, la disfagia aumenta progresivamente a sólidos y posteriormente a líquidos en el transcurso de una semana, además perdió 8 kilogramos de peso en un mes. Fue admitido a nuestro departamento (vía servicio de urgencias) con odinofagia y disfagia franca a sólidos y líquidos, fiebre de 38.5°C. A la exploración física de cavidad oral se encontró un abombamiento importante de la pared posterior faríngea, se realizaron radiografías tanto una lateral de cuello (fig.1) como postero-anterior (PA) de tórax y Tomografía Axial Computada de cuello con contraste, encontrando datos compatibles con un absceso retrofaríngeo (fig.2), por lo que se decide intervenir quirúrgicamente para su drenaje y realización de la toma de muestra para cultivo de microorganismos. Se inició tratamiento empírico con los siguientes antibióticos por vía intravenosa: ciprofloxacino a una dosis de 400mg cada 12 hrs., clindamicina 600mg cada 8 hrs., y penicilina G sódica 5 millones de unidades cada 6 hrs, por 10 días.

Al iniciar protocolo de tratamiento quirúrgico se notó una alteración en sus exámenes de laboratorio con un alargamiento en los tiempos de coagulación. Tiempo de



FIGURA 2. En el estudio tomográfico de corte axial y con medio de contraste endovenoso se corrobora una vez mas la presencia de una amplia colección líquida con presencia de detritus celular, el cual mide 57.1 X 27.3mm que desplaza la columna aérea hacia delante y las estructuras vasculares del cuello hacia fuera de la línea media, principalmente las del lado izquierdo, demostrándose inclusive colapso parcial de la vena yugular.

Protrombina de 25.2/12.10 seg. (valores normales 10-12 seg.) y Tiempo Parcial de Tromboplastina de 41.2/23.30, Fibrinógeno de 1141mg/dl (valores normales 200- 400mg/dl). Para el tratamiento quirúrgico, se valoró el riesgo beneficio de un sangrado profuso, por lo que se decidió su drenaje mediante punción con catéter dirigida por ecosonograma (ECO), en vez de aplicar un drenaje quirúrgico abierto. Una vez realizado el ultrasonograma de cuello (USG), se infiltró con lidocaína simple, se introdujo la guía bajo visión por USG, se procedió a colocar dilatadores y se introdujo un catéter "cola de cochino" número 12 a través de la cánula (fig. 3), drenando aproximadamente 200cc de material purulento, el cual se envió a laboratorio de microbiología para su cultivo, obteniendo como resultado Cocos Gram+ en pares y polimorfonucleares. Continuando así con tratamiento intravenoso con antibióticos antes mencionados teniendo una resolución total del absceso en el transcurso de una semana. Se dio seguimiento al paciente por consulta externa encontrando una resolución completa de su sintomatología. Se decidió pedir interconsulta al servicio de Hematología, los cuales decidieron tomar aspirado de médula ósea con la justificación de estudiar las probables causas de las alteraciones que se presentaron en los tiempos de la coagulación y al hecho de la presencia del absceso retrofaríngeo, sin un antecedente traumático aparente. El estudio microscópico dió como resultado infiltración de células plasmáticas blásticas de médula ósea compatible con Mieloma múltiple. El paciente fue enviado a la consulta externa de Hematología para su



FIGURA 3. Ultrasonograma que muestra lesión de tipo quística

control respectivo, pero este acudió en una sola ocasión sin presentarse posteriormente a su seguimiento.

DISCUSIÓN

Los abscesos retrofaríngeos se presentan principalmente en niños de 6 meses a 6 años (7,9), debido a cambios supurativos dentro de los nódulos linfáticos. Pero se ha encontrado un incremento en el número de adultos, siendo los traumatismos o cuerpos extraños el factor principal para desarrollarlo, en estos últimos, encontrándose en hasta el 76% (4). Cuando se sospecha de absceso retrofaríngeo el primer método de valoración es la radiografía lateral de cuello (fig. 1), con una sensibilidad reportada del 80%. La tomografía Axial Computarizada es un excelente medio de valoración, sobre todo cuando se tiene contemplado un drenaje quirúrgico se vuelve indispensable, debido a que provee una mejor delimitación y extensión del absceso (5).

El drenaje de los abscesos retrofaríngeos continúa siendo controvertido en la actualidad, prefiriéndose el drenaje trans oral en niños, debido a su fácil acceso y control posquirúrgico (3,10,11), además de que por lo general los abscesos retrofaríngeos en niños se encuentran bien localizados. El empleo de USG nos permite tener un control adecuado de las estructuras vasculares evitando así posibles complicaciones. En nuestro caso decidimos realizar un drenaje del absceso dirigido mediante USG utilizando un catéter "cola de cochino" debido al riesgo quirúrgico aumentado por su alteración en los factores de coagulación y por el gran tamaño del absceso ya que presentaba demasiada tensión en los tejidos aumentando el riesgo de ruptura durante la intubación orotraqueal. Se obtuvieron excelentes resultados con la combinación de aspiración y antibióticos de amplio espectro. Pudimos aspirar 200ml de material purulento a través del catéter cola de cochino inicialmente, drenando 30ml más de material ceromático en los siguientes dos días. Realizando control imagenológico, inmediato a la aspiración para comprobar mejoría (fig. 4)

En nuestro caso, el paciente presentó un factor agregado como lo fue el Mieloma Múltiple, sin presentar datos de



FIGURA 4. Radiografía lateral de cuello posterior al drenaje ECO dirigido. Espacio retrofaríngeo se ha reducido notablemente y la densidad líquida es menos evidente.

traumatismo o cuerpo extraño previos y sin datos clínicos claros que nos hicieran sospechar de este diagnóstico, además de presentar un tamaño considerable en el absceso lo que hace más difícil su manejo.

El Mieloma Múltiple se presenta con una incidencia anual de 4 por 100,000 individuos(12), es una patología caracterizada por una proliferación maligna de células plasmáticas, con una producción aberrante de anticuerpos, dando una inmunidad humoral alterada y por lo tanto los predisponen a una alta prevalencia de infecciones, es-

pecialmente de organismos encapsulados. Los estados de inmunosupresión como lo es el Mieloma Múltiple pueden ser factor condicionante para el desarrollo de procesos infecciosos, pero estos se presentan solo en menos del 1%. Pudiendo ser esto un factor causal en la formación del absceso retrofaringeo de nuestro paciente. Un dato importante fue la ausencia de sintomatología clínica que nos hiciera sospechar el diagnóstico de mieloma múltiple, ya que el paciente no presento el cuadro habitual como lo es dolor óseo, fracturas patológicas, debilidad generalizada, u alteraciones laboratoriales en panel renal, presentando solo alteraciones en los tiempos de coagulación, llegando solamente al resultado definitivo mediante la aspiración de medula ósea.

Es de suma importancia tener en cuenta los factores etiológicos y predisponentes, sobre todo en el adulto sin antecedentes claros de traumatismo tener la sospecha de un estado de inmunocompromiso como en este caso, ya que su identificación o no de estos repercutirá importantemente en el buen pronóstico de los pacientes y facilitara el adecuado manejo de ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Charles W. Cummings, John M. Fredrickson, Lee A. Harker, Charles J. Krause. "Deep Neck Infections", en: *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 3a edición. Vol. 3. Pag 1700-1712. 1998.
2. Chan, Wai-Ling M.B.B.S. Fernandes, Vivian B. F.R.A.C.P. M.B.B.S. Carolan, Martin G. "Retropharyngeal Abscess On A Ga-67" Scan: A Case Report. *Clinical Nuclear Medicine*, 1999; 24(12): 942-950.
3. Daniel J. Kirse, MD; David W. Roberson, MD. "Surgical Management of Retropharyngeal Space Infections in Children". *Laryngoscope*, 2001, 111:1413-1422,
4. Etchevarren, V. Md, Bello, O. Md. "Retropharyngeal abscess secondary to traumatic injury". *Pediatric emergency care*. 2002, Vol. 18, No. 3
5. 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 Dec; 123(12): 1271-5
6. Sandy S. Lee, MD, Richard H. Schwartz, MD, y Robert S. Bahadori, MD. "Retropharyngeal abscess: Epiglottitis of the new millennium". *J Pediatr* 2001;138:435-7)
7. Nagy, Mark MD; Pizzuto, Michael MD; Backstrom, James MD; Brodsky, Linda MD. "Deep Neck Infections in Children: A New Approach to Diagnosis and Treatment". *Laryngoscope* 1997; 107(12): 1627-1634.
8. Fu-Hsiung Su, Bmbs, Peir-Taur Chen, Md, Yu-Chia Chiu, Md y Jeng-Wen Chen, Md. "Salmonella retropharyngeal abscess in a child: case report and literature review". *Pediatr Infect Dis J*, 2003;22:833-6
9. Ryan C. Cmejrek, MD; James M. Cotichia, MD; James E Arnorld, MD. "Presentation, Diagnosis And Management Of Deep-Neck Abscesse In Infants". *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2002; 128: 1361-1364.
10. Kee-Min Yeow, MD, Chun-Ta Liao, MD, y Shen-Po Hao, MD. "US-guided Needle Aspiration and Catheter Drainage as an Alternative to Open Surgical Drainage for Uniloculated Neck Abscesses". *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12:589-594
11. Yeow, Kee-Min MD; Hao, Sheng-Po MD; Liao, Chun-Ta MD. "US-guided Percutaneous Catheter Drainage of a Deep Retropharyngeal Abscess". *J Vasc Interv Radiol*, 1999; 10:1365-1369.
12. Angtuaco EJ, Fassas AB, Walker R, Sethi R, Barlogie B. "Multiple myeloma: clinical review and diagnostic imaging". *Radiology*. 2004; 231:11-23.



LUIS RENÉ GONZÁLEZ LUCANO

Residente de 4to año de otorrinolaringología.

JOSÉ ALFREDO DOMÍNGUEZ ROSALES

Doctor en Ciencias en Biología Molecular en Medicina.
Residente de 3er año de Anatomía Patológica.

GABRIELA VÁZQUEZ ARMENTA

Residente de 4to año de otorrinolaringología.

HÉCTOR MACÍAS REYES

Maestro en ciencias. Médico especialista en otorrinolaringología.

CORRESPONDENCIA:

Luis René González Lucano.

Constitucion 272, San Pedro Tlaquepaque CP 45500.

Tel particular 36-39-24-49, celular 044 33 11 18 54 63

rennluc@hotmail.com, rennluc@gmail.com