

Abscesos profundos de cuello. Reporte de cinco casos y revisión de la literatura

Dra. Ma. Eugenia Tejeda Real,* Dr. Javier Rodríguez Torres,** Dr. Othón Gayosso Cruz*

RESUMEN

Objetivo: Reportar cinco pacientes con abscesos profundos de cuello.

Diseño: Estudio de serie de casos.

Sitio: UCI multidisciplinaria de un hospital de la Ciudad de México.

Pacientes: Cinco pacientes: dos mujeres y tres hombres, edad media de 48.4 ± 24.8 años (rango, 17-84 años) admitidos a la UCI de 1997 a 1998.

Intervenciones: Ninguna.

Resultados: Se aisló *Streptococcus*, *C. albicans*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Klebsiella* y *Salmonella*. La estancia en la UCI fue de 5.8 ± 3.8 días. Dos pacientes desarrollaron falla orgánica múltiple y murieron. Todos fueron tratados con antibióticos (2-4) y los abscesos se drenaron.

Conclusión: Los abscesos profundos de cuello se asocian a falla multiorgánica y elevada mortalidad en nuestro medio.

Palabras clave: Abscesos profundos de cuello, falla multiorgánica, mortalidad.

SUMMARY

Objective: To report five patients with deep abscesses of neck.

Design: Case series study.

Setting: Multidisciplinary ICU of a teaching hospital of Mexico City.

Patients: Five patients, two women and three men, mean age 48.4 ± 24.8 years (range 17-84 years) admitted to the ICU from 1997 to 1998.

Interventions: None.

Results: The germs isolated were *Streptococcus*, *C. albicans*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Klebsiella* and *Salmonella*. ICU stay was 5.8 ± 3.8 days. Two patients developed multiorgan failure and they died. All the patients received antibiotics (2-4) and the abscesses were drained.

Conclusion: Deep abscesses of neck are associated with multiorgan failure and high mortality in our population.

Key words: Deep abscesses of neck, multiorgan failure, mortality.

Los abscesos profundos de cuello corresponden a una celulitis potencialmente letal que involucra a los tejidos profundos y antaño tenía una mortalidad hasta del 50%, actualmente con el diagnóstico oportuno y el uso adecuado de antibióticos se ha reducido al 4%.¹⁻³ Sin embargo muchos médicos no están familiarizados con sus manifestaciones clínicas y su potencial morbimortalidad.

Se clasifican de acuerdo al sitio de localización en: A) Angina de Ludwig, caracterizada por celulitis

en los espacios submaxilar, submandibular, piso de la boca y elevación de la lengua.^{1,2} B) Absceso periamigdalino, que es el aumento de volumen de la amígdala acompañado de enrojecimiento y tumefacción del paladar y linfadenopatía cervical.^{3,4}

C) Absceso retrofaríngeo, abarca el espacio retrofaríngeo el cual está unido anteriormente por los músculos constrictores del cuello, lo que puede producir la oclusión completa de las vías aéreas superiores rápidamente.^{4,5} D) Absceso submastoiideo o de Bezold, secundario a otitis; la otoinfección se propaga en ocasiones hasta el mediastino por la vaina de la carótida.⁵ La infección de los tejidos blandos comienza por un proceso inflamatorio agudo, difuso, a nivel del 2o. ó 3er. molar ocasionado por las bacterias más comunes, como bacteroides,

* Adscrito al Servicio de Medicina Crítica. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE México, DF.

** Ex-residente del Servicio Medicina Crítica. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE México, DF.

peptoestreptococo, fusobacterias y estafilococo microaerófilico.^{4,5} Se produce infiltración leucocitaria, licuefacción, desechos supurativos y formación de uno o más abscesos.⁴ El cuadro clínico depende del sitio del absceso. Las manifestaciones más frecuentes son odinofagia, fiebre, y leucocitosis.¹⁻⁴

Pacientes

Se revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron a la UCI de marzo de 1995 a marzo de 1996. Se encontraron cinco casos con diagnóstico de absceso profundo de cuello. Los pacientes provenían del Servicio de Cirugía Maxilofacial, 2 mujeres y 3 hombres.

Se registró la edad, sexo, presentación clínica, etiología, localización y características del absceso, enfermedades concomitantes, gérmenes invo-

lucrados, complicaciones, tratamiento, tiempo de estancia en la UCI y mortalidad.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, ingresaron a la UCI cinco pacientes (2 mujeres y tres hombres) con abscesos de cuello. Tenían una edad promedio de 48.8 ± 24.8 años (rango 17 a 84 años). En cuatro pacientes se documentó una enfermedad concomitante: diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial y obesidad, respectivamente para los casos 1 a 4 (*cuadro I*). Los abscesos más frecuentes fueron: submandibulares parafaríngeos, de Ludwig y submaxilar (*cuadro II*). Los gérmenes aislados fueron *Streptococcus epidermidis*, *Streptococcus B hemolítico*, *C. albicans*, *Pseudomona sp* y *aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis* y *Salmo-*

Cuadro I. Antecedentes generales.

Paciente	Sexo	Edad	Enfermedad concomitante
1	Masculino	57	Diabetes mellitus no insulinodependiente
2	Femenino	17	Lupus eritematoso sistémico
3	Femenino	84	Hipertensión arterial sistémica y artritis reumatoide
4	Masculino	47	Obesidad grado IV
5	Masculino	37	Ninguna

Cuadro II. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Paciente	Diagnóstico clínico	Etiología	Cirugía
1	Absceso submandibular, maseterino y bucal	Manipulación de caries	Traqueostomía, drenaje de absceso
2	Abscesos parafaríngeo lateral y paraamigdalino derecho	Faringoamigdalitis	Traqueostomía, lavado quirúrgico, drenaje y fasciotomía submaxilar.
3	Angina de Ludwig	Retiro de prótesis dental	Drenaje de absceso y lavado quirúrgico, fasciotomía cervical y submental bilateral
4	Absceso submaxilar	Caries molar, extensión a cuello	Traqueostomía, drenaje de absceso, fasciotomía submental y submaxilar.
	Absceso submandibular izquierdo, mediastinitis	Infección del 3er. molar inferior izquierdo.	Toracotomía, drenaje de absceso submandibular.

Cuadro III. Gérmenes cultivados y tratamiento.

Paciente	Gérmenes cultivados	Tratamiento
1	<i>Streptococcus epidermidis</i> <i>Streptococcus B hemolítico</i>	Penicilina, metronidazol, Amikacina, ceftriaxona.
2	<i>Candida albicans</i>	Ceftriaxona, vancomicina, metronidazol.
3	<i>Candida albicans</i> <i>Pseudomona sp</i>	Penicilina, amikacina, Metronidazol, ceftriaxona.
4	<i>Candida albicans</i> <i>Pseudomona sp</i>	Amikacina, penicilina, Clindamicina, gentamicina.
5	<i>Pseudomona aeruginosa</i> <i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Klebsiella sp, Salmonella sp.</i>	Vancomicina, metronidazol, Amikacina, clindamicina.

Cuadro IV. Estancia y evolución.

Paciente	Días de estancia en la UCI	Evolución	Causa de muerte
1	2 días	Mejoría	
2	2 días	Muerte	FOM
3	9 días	Muerte	FOM
4	6 días	Mejoría	
5	10 días	Mejoría	

Simbología: FOM = falla orgánica múltiple.

nella sp. Los antibióticos utilizados fueron penicilina, metronidazol, amikacina, ceftriaxona, vancomicina, gentamicina y clindamicina (*cuadro III*). En todos los casos se hizo drenaje de los abscesos; el paciente número 4 requirió que se le efectuara toracotomía; y en 4 casos se efectuó traqueostomía (*cuadro II*). La estancia en la UCI fue de 5.8 ± 3.8 días; dos pacientes desarrollaron falla orgánica múltiple y murieron (*cuadro IV*).

DISCUSIÓN

El origen de los abscesos profundos del cuello es diverso. Las infecciones odontogénicas causan del 75% al 85% de la angina de Ludwig^{1,2} y también es responsable de los abscesos retrofaríngeos.⁴ Estos también son secundarios a trauma por ingesta de cuerpos extraños, daño corrosivo, infección aguda de la orofaringe o son idiopáticos.⁴ El absceso submastoideo es secundario a otitis y puede extenderse hasta el mediastino y con frecuencia compromete la vía aérea.⁵ En nuestros pacientes la etiología más frecuente fue odontológica y sólo en un caso se debió a faringoamigdalitis, lo que concuerda con

lo descrito anteriormente. Hubo compromiso de la vía aérea en cuatro de nuestros casos que requirió de traqueostomía. En el caso número cuatro (*cuadro II*) fue necesario efectuar toracotomía debido a que desarrolló mediastinitis.

El diagnóstico es clínico y son, útiles, la radiografía AP y lateral del cuello y la tomografía axial computada, esta última puede ser considerada para determinar la profundidad de la lesión,⁵ pero la confirmación del diagnóstico definitivo se hace por medio de cirugía como ocurrió en nuestros casos. La esofagoscopia se debe considerar de rutina en los abscesos retrofaríngeos.¹⁻⁴ El drenaje de los abscesos es el principal tratamiento junto con el manejo farmacológico adecuado, debridación y cambio de apósito por lo menos dos veces al día.³⁻⁶ El uso de antibióticos en el periodo perioperatorio ha disminuido la infección del 54% al 4%, principalmente en los pacientes inmunocomprometidos con enfermedad metabólica mal controlada.² Se utiliza habitualmente penicilina o cefalosporinas; para los pacientes alérgicos a estos medicamentos se utiliza clindamicina.⁶ La terapia empírica inicial deberá ser sustituida por el tratamiento específico según resultados de culti-

vos. En el presente estudio, los antibióticos utilizados se basaron fundamentalmente en la terapia empírica y posteriormente se ajustó de acuerdo a los hallazgos de laboratorio. Las principales complicaciones son: insuficiencia respiratoria e infección pulmonar facilitada por la necesidad frecuente de crear una vía aérea artificial; con frecuencia se requiere efectuar traqueostomía porque el proceso inflamatorio dificulta la intubación.^{1-4,6,7} La neumonía asociada al ventilador, SIRPA y choque séptico, son causadas a menudo por gérmenes Gram negativos.⁷⁻¹⁰ Muchos casos se complican con insuficiencia renal, trastornos hematológicos y falla orgánica múltiple.^{1,3,11,12} Cuatro de nuestros pacientes requirieron que se les practicara traqueostomía y dos desarrollaron falla orgánica múltiple. El diagnóstico diferencial incluye erisipela, gangrena por clostridios, meningitis otogénica y enfermedad de Lemiere.^{1,3,5,6,9}

Concluimos que los abscesos profundos de cuello constituyen un problema serio y que en nuestro medio son causa de mortalidad elevada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen D. A re-evaluation of the role of tracheostomy in Ludwig's angina. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 43: 436-9.
2. Sparks CJ. Ludwig's angina respiratory arrest in the Solomon Islands. *Anesth Intens Care* 1993; 21:460-2.
3. Macdougalla. Audit of the treatment of tonsillar and peritonsillar sepsis in an ear, nose and throat unit. *J Laryngol & Otolology* 1995; 109: 1-3.
4. Rapaport Y. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin. *Oral Surg Med Oral Pathol* 1991; 72: 155-8.
5. Pearson CR. Two cases of lateral sinus thrombosis presenting with extracranial head and neck abscesses. *J Laryngol & Otolology* 1995; 108: 779-82.
6. Mohamed I. Cervical cellulitis and mediastinitis caused by odontogenic infection. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 203-8.
7. Damn F. Necrotizing soft-tissue infections of dental origin. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48: 1104-8.
8. Net A, Mancebo J. *Insuficiencia renal en choque y falla orgánica*. Barcelona: Mosby, 1992; 143-55.
9. Mizuno I. Temporal necrotizing infection of dental origin. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 78-81.
10. Johnson JV. Use of silicone drains in the management of cervicofacial infections. *J Oral Maxillofacial Surg* 1992; 50: 911-2.
11. Alusi GH. Bleeding after tonsillectomy in seven von Willebrand's disease. *J Laryngology & Otolology* 1995; 109: 437-9.
12. Dirod DA. Risk factors for complications in contaminated head and neck surgical procedures. *Head-Neck* 1995; 17: 7-13.

Correspondencia:

Dra. Ma. Eugenia Tejeda Real
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE
Servicio Medicina Crítica 3er piso.
Av. Universidad No. 1321 Col. Coyoacán.
México, DF.