

## Tortícolis secundario a un absceso retrofaríngeo

(An Esp Pediatr 2001; 55: 288-289)

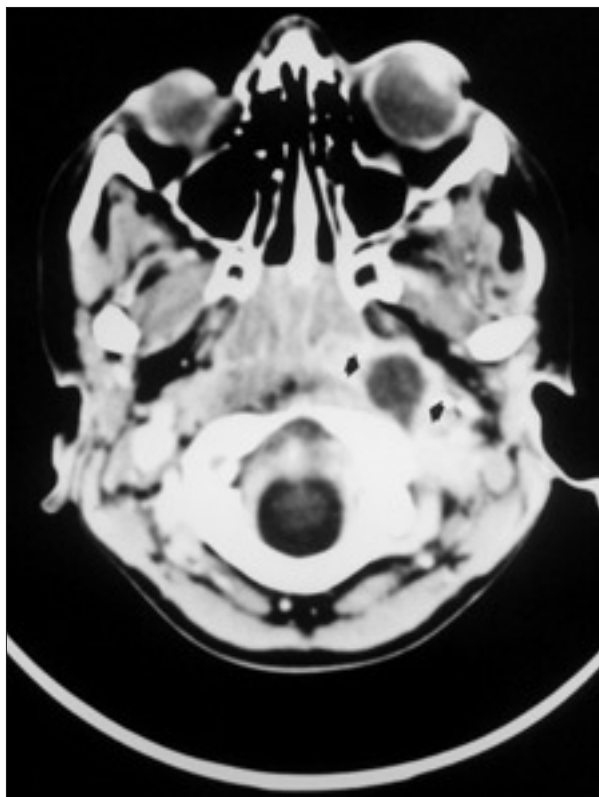
Sr. Editor:

Nos gustaría poner en su conocimiento y en el de los lectores interesados el caso de un niño con tortícolis asociado a un absceso retrofaríngeo que siguió una evolución favorable tras un adecuado tratamiento médico.

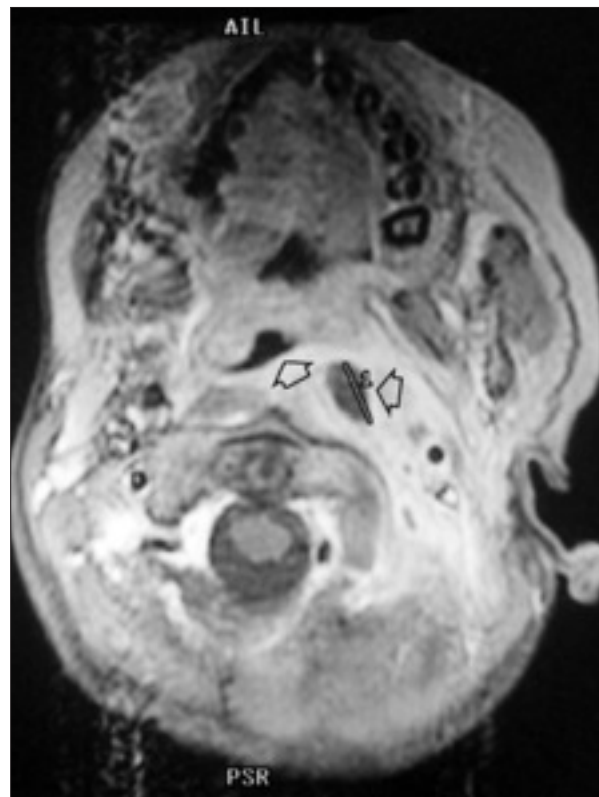
El tortícolis es una contractura involuntaria unilateral del esternocleidomastoideo y de la musculatura posterior del cuello, que causa inclinación de la cabeza hacia un lado con rotación y desviación del mentón hacia el lado contrario<sup>1</sup>. Entre sus causas se encuentra el absceso retrofaríngeo<sup>2</sup> que constituye una infección grave por su potencial de extensión y sus serias complicaciones que pueden llegar hasta el 43% de los casos y alcanzar una mortalidad del 10%<sup>1,3</sup>.

Nos encontramos en urgencias con un niño afectado de 8 años de edad, febril, con tortícolis izquierdo, voz gangosa, odinofagia y adenopatías laterocervicales. Sólo había recibido ácido acetilsalicílico y no tenía antecedentes de interés. En el momento del ingreso presentaba datos analíticos de infección: leucocitos, 20.600 (neutrófilos, 80%, leucocitos 13%); PCR, 67 mg/dl; velocidad de sedimentación globular, 106. La tomografía computarizada (TC) cervical al ingreso (fig. 1): imagen hipodensa con captación periférica de contraste subjetiva de absceso en área prevertebral y paravertebral izquierda.

Con el diagnóstico de absceso retrofaríngeo se establece tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro con cefotaxima y metronidazol y analgésico y antiinflamatorio con acetilsalicilato de lisina; 48 h más tarde se observó importante mejoría clínica. Tras 4 días de tratamiento antibiótico se realiza una resonancia magnética (RM) cervical (fig. 2): absceso prevertebral y paravertebral izquierdo en región cervical alta nasofaríngea. Una semana más tarde se repitió de nuevo la RM apreciándose una importante mejoría.



**Figura 1.** TC cervical con contraste. Imagen homogénea e hipodensa prevertebral y paravertebral izquierda rodeada por completo de contraste. Captación en anillo.



**Figura 2.** RM cervical. Área de hiposeñal paravertebral izquierda con efecto masa que provoca obstrucción parcial de la vía respiratoria.

Su evolución clínica, analítica y radiológica fue progresivamente favorable, sin ninguna complicación. Tras 27 días de estancia hospitalaria se decidió dar al paciente el alta con una exploración física íntegramente normal y sin datos analíticos de infección.

La infección desencadenante de absceso retrofaríngeo más común en niños es la amigdalitis seguida de infecciones en cavidades nasales, senos paranasales, faringe, glándulas salivales, fuentes otológicas y dientes. El traumatismo penetrante en la bucofaringe con un objeto, es otra causa posible. Pueden existir causas iatrogénicas como maniobras endoscópicas o intubaciones<sup>4,5</sup>.

Clínicamente este proceso se manifiesta, como en el caso que se presenta, con fiebre elevada, taquicardia, disfonía, odinofagia, tortícolis, dolor al intento de movilizar el cuello y adenopatías cervicales<sup>5-7</sup>. Cuando aumentan las dimensiones del absceso aparece disfagia, disnea y estridor inspiratorio/espírotorio más intenso cuanto más joven es el niño<sup>8</sup>.

Normalmente, los abscesos retrofaríngeos están causados por una flora polimicrobiana (88-100%) con una alta proporción de anaerobios (53-100%) y organismos productores de betalactamasas (41-71%). Entre los gérmenes más frecuentemente encontrados están *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria*, *Peptostreptococcus*, *Bacterioides* y *Fusobacterium*<sup>3,7,9</sup>.

La TC con contraste y la RM son las dos técnicas de imagen que más nos van a ayudar en la determinación de la causa de un tortícolis infeccioso agudo<sup>2</sup>. La TC con contraste se considera en la actualidad la técnica de elección para el diagnóstico y seguimiento de un absceso retrofaríngeo con una especificidad del 60% y una sensibilidad de entre el 90 y el 95% según los diferentes estudios<sup>7,9,10</sup>.

Una vez establecido el diagnóstico de absceso cervical profundo debe instaurarse inmediatamente el tratamiento adecuado. Es muy discutido, según los diferentes estudios publicados, el optar inicialmente por un tratamiento médico con drenaje quirúrgico o sólo por tratamiento médico. Optar por una u otra posibilidad está en función de factores como el estado general del niño, el tamaño del absceso, su accesibilidad quirúrgica y la presencia o no de complicaciones añadidas. En los niños, y en estadios iniciales podría optarse por un tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro y si el paciente no mejora en las siguientes 24-72 h debería considerarse la necesidad de incisión y drenaje quirúrgico abierto<sup>4,5,9</sup>.

Como tratamiento antibiótico empírico inicial han de elegirse fármacos de amplio espectro con cobertura sobre grampositivos, gramnegativos, anaerobios y gérmenes productores de betalactamasas. El uso de clindamicina más cefuroxima constituye una buena opción<sup>3</sup>. En nuestro caso, también se consiguió una cobertura de amplio espectro utilizando cefotaxima más metronidazol.

Finalmente, y como conclusión, deberíamos pensar en la posibilidad diagnóstica de un absceso retrofaríngeo ante un niño con tortícolis, fiebre, leucocitosis, disfagia y adenopatías laterocervicales. Este proceso es una enfermedad grave que debe ser reconocida precozmente para establecer un tratamiento adecuado y así evitar sus complicaciones que pueden llegar a ser letales.

**M.ªE. Vázquez López, F.J. González Gómez,  
J.L. Fernández Iglesias y R. Morales Redondo**  
Servicio de Pediatría. Hospital Xeral-Calde de Lugo.

**Correspondencia:** Dra. M.ªE. Vázquez López.  
Servicio de Pediatría. Hospital Xeral-Calde de Lugo.  
Dr. Severo Ochoa, s/n. 27004 Lugo.  
Correo electrónico: rpegor@seneurologia.org

## BIBLIOGRAFÍA

- García-Pérez A, Regidor FJ, Pérez-Lescure J, Martín A, Plaza G, Abdelkader M. Tortícolis no distónico. A propósito de un caso secundario a un absceso retrofaríngeo. *Rev Neurol* 2000; 30: 1157-1160.
- Bredenkamp JK, Maceri DR. Inflammatory torticollis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116: 310-313.
- Lauren Lalakea M, Messner AH. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121: 398-405.
- Más Bonet A, Tolosa Cabani F, Pueyo Mur J. Absceso retrofaríngeo con extensión mediastínica y retroperitoneal. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1988; 39: 197-200.
- Nicklaus PJ, Kelley PE. Tratamiento de infecciones profundas del cuello. *Clín Pediatr North Am* 1996; 6: 1189-1208.
- Vázquez Rueda F, Núñez Núñez R, Blesa Sánchez E. Absceso retrofaríngeo. Aportación de tres casos. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 82-84.
- Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, Casselbrant ML, González-Valdepeña H, Bluestone CD. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112: 375-382.
- Lahoz Zamarro J, Valero Jerome W, Thompson PR, Cohen SR. Retropharyngeal abscess in children: a retrospective and historical analysis. *Laryngoscope* 1988; 98: 589-592.
- Ruiz J, Royo López F, Cámara Jiménez. Abscesos perifaríngeos. A propósito de dos casos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1989; 40: 395-398.
- Nagy M, Pizzuto M, Backstrom J, Brodsky L. Deep neck infections in children: a new approach to diagnosis and treatment. *Laryngoscope* 1997; 107: 1627-1634.

## Síndrome de Wolff-Parkinson-White, paro cardíaco e infarto de miocardio

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 289-291)

*Sr. Editor:*

La fibrilación ventricular y el paro cardíaco son complicaciones conocidas en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW), y en niños pueden constituir la primera manifestación clínica<sup>1-4</sup>. La encefalopatía hipoxicoisquémica es la secuela más frecuentemente descrita tras un episodio de paro cardíaco en niños<sup>2-4</sup>. En este trabajo se presenta el caso de un niño con síndrome de WPW, previamente asintomático, recuperado de un episodio de paro cardíaco, y en el que se observó, tras la ablación de la vía accesorio, un patrón de infarto de miocardio anterolateral extenso.