

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/espírico 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

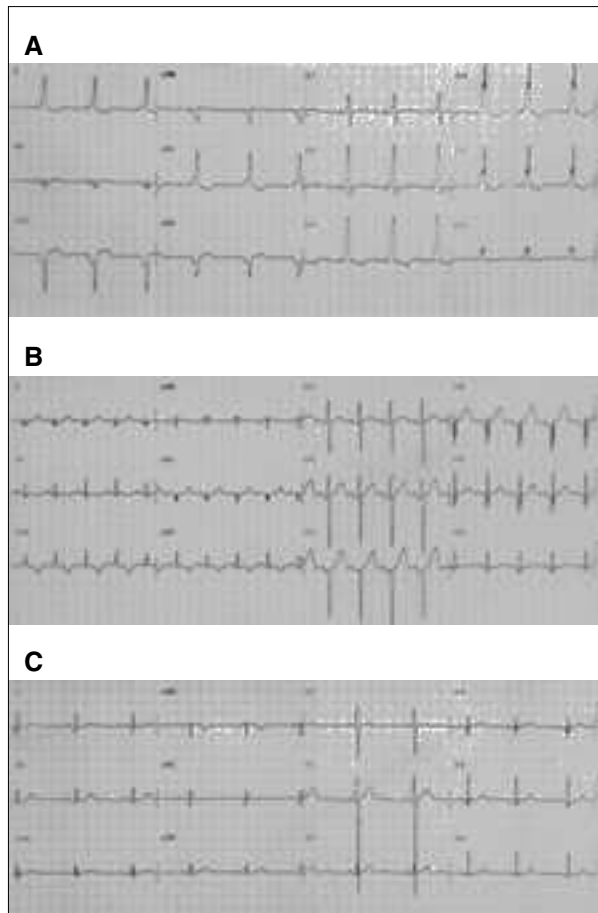
- García-Pérez A, Regidor FJ, Pérez-Lescure J, Martín A, Plaza G, Abdelkader M. Tortícolis no distónico. A propósito de un caso secundario a un absceso retrofaríngeo. *Rev Neurol* 2000; 30: 1157-1160.
- Bredenkamp JK, Maceri DR. Inflammatory torticollis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 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.



**Figura 1.** **A)** ECG de 12 derivaciones previo a la ablación de la vía accesoria. El hallazgo atípico para una vía accesoria posteroseptal es la presencia de una onda delta positiva en V<sub>1</sub>. **B)** En el ECG inmediato a la ablación, se observó, tras la desaparición de la onda delta, la presencia de un patrón de infarto de miocardio de localización anterolateral y lateral alto. **C)** A los 3 meses de la ablación se observa una mejoría del patrón de necrosis miocárdica, con disminución de la profundidad y anchura de las ondas Q de necrosis.

Se trataba de un paciente de 11 años de edad enviado para estudio electrofisiológico y ablación con radiofrecuencia por presentar síndrome de WPW y haber sido recuperado de un episodio de paro cardíaco. A los 6 años fue diagnosticado de síndrome de WPW, y se mantuvo asintomático hasta los 11, en que presentó un cuadro de pérdida brusca de conciencia, con ausencia de pulso, mientras jugaba al fútbol. Se le practicaron medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica hasta la llegada de la UVI móvil, aproximadamente 5 min después. Tras constatar asistolia, el personal médico comenzó la RCP avanzada (intubación endotraqueal, masaje cardíaco, adrenalina y atropina). En el ECG se observó fibrilación ventricular que fue revertida con 6 choques eléctricos de 200 J y pasó a taquicardia supraventricular a 240 lat./min. El ECG en ritmo sinusal mostraba síndrome de WPW (fig. 1A). Las exploraciones neurológicas practicadas (electroencefalograma, tomografía computarizada



**Figura 2.** Estudio de perfusión isotópica con <sup>99m</sup>Tc myoview®. En la proyección de eje largo vertical se observaba defecto de perfusión en la región anterior y apical del ventrículo izquierdo.

[TC], resonancia magnética [RM] y por emisión de fotones simples [SPECT] craneal) fueron compatibles con una encefalopatía hipóxico-isquémica. Al mes y medio del ingreso hospitalario se realizó ablación con catéter y radiofrecuencia de una vía accesoria posteroseptal derecha por vía venosa femoral derecha, sin complicaciones. El ECG postablación mostró la presencia de ondas Q, anchas ( $\geq 0,04$  seg) y profundas en las derivaciones precordiales de V<sub>3</sub> a V<sub>6</sub>, I y aVL, compatible con infarto de miocardio anterolateral y lateral alto (fig. 1B). El ecocardiograma bidimensional no mostró anomalías estructurales ni alteraciones de la contractilidad segmentaria. Las coronariografías fueron normales, con patrón de dominancia derecha. Se practicó estudio isotópico de perfusión miocárdica en reposo con <sup>99</sup>Tc myoview®, observándose defecto de perfusión moderado en región apical de ventrículo izquierdo (fig. 2). Tras la ablación de la vía accesoria se mantuvo mes y medio antiagregado con aspirina en dosis de 5 mg/kg/día. Tres meses más tarde, el ECG mostraba una mejoría del patrón de necrosis, con disminución de la profundidad y anchura de las ondas Q (fig. 1C). A los 4 años de la ablación se encuentra en rehabilitación, con secuelas neurológicas permanentes, sin recurrencia de las arritmias.

La fibrilación auricular rápida conducida a través de la vía accesoria es el mecanismo electrofisiológico básico implicado en la producción de fibrilación ventricular en el síndrome de WPW. El período refractario efectivo anterógrado de la vía accesoria es el principal determinante de la frecuencia de activación ventricular durante la fibrilación auricular, y una frecuencia de activación muy rápida se considera el precipitante de la fibrilación ventricular. La práctica de ejercicio, al acortar el período refractario de la vía accesoria durante la fibrilación auricular y facilitar la conducción a través del nodo auriculoventricular durante la taquicardia supraventricular ortodrómica, puede ser un factor desencadenante de la fibrilación ventricular en el síndrome de WPW. La incidencia de fibrilación ventricular y paro cardíaco en el niño con síndrome de WPW es desconocida, como también lo es su incidencia en la población pediátrica. La mayoría

de las series pediátricas publicadas son hospitalarias e incluyen casos sintomáticos o asociados a cardiopatía congénita<sup>5</sup>. Al tratarse de un episodio que en la mayoría de los casos conduce a un resultado fatal, sólo una pequeña proporción de niños son recuperados de un episodio de paro cardíaco extrahospitalario y en una elevada proporción cursan con secuelas neurológicas permanentes<sup>2-4</sup>. El infarto de miocardio ha sido raramente descrito. Los mecanismos implicados pueden ser múltiples: *a*) lesión miocárdica directa tras los choques eléctricos DC<sup>6</sup>, o *b*) secundario a la compresión de la arteria coronaria descendente anterior durante el masaje cardíaco, dado el trayecto retroesternal de su tercio medio<sup>7,8</sup>. El pronóstico del infarto de miocardio, en este caso, es bueno, tanto por la preservación de la función ventricular como por la mejoría en la evolución electrocardiográfica a medio plazo. Por el contrario, la encefalopatía presenta un mal pronóstico, y mantiene secuelas neurológicas graves.

La seguridad y eficacia de los procedimientos de ablación mediante radiofrecuencia<sup>9,10</sup>, y las catastróficas consecuencias de la fibrilación ventricular y el paro cardíaco en niños con síndrome de WPW hace que, en la actualidad, dicho tratamiento debe ser considerado, incluso en los casos asintomáticos, sobre todo en aquellos que practican deporte competitivo.

**F. Benito Bartolomé<sup>a</sup> y J.J. Díaz Tomás<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Arritmias. Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca Clínica. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

<sup>b</sup>Sección de Cardiología Infantil. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

**Correspondencia:** Dr. F. Benito Bartolomé. Meléndez Valdés, 22, 5º B. 28015 Madrid. Correo electrónico: fbenito@gmx.net

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Klein GJ, Bashore TM, Sellers TD, Pritchett ELC, Smith WS, Gallagher JJ. Ventricular fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *N Engl J Med* 1979; 301: 1080-1085.
2. Deal BJ, Dick M II, Beerman L, Silka J, Walsh E, Klitzner T et al. Cardiac arrest in young patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. *PACE* 1995; 18 (Part II): 815.
3. Bromberg BI, Lindsay BD, Cain ME, Cox JL. Impact of clinical history and electrophysiologic characterization of accessory pathways on management strategies to reduce sudden death among children with Wolff-Parkinson-White syndrome. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 690-695.
4. Benito F, Sánchez C. Ablación con catéter y radiofrecuencia del síndrome de Wolff-Parkinson-White en niños resucitados de muerte súbita cardíaca. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 353-358.
5. Giardina ACV, Ehlers JH, Engle MA. Wolff-Parkinson-White syndrome in infants and children: A long-term follow-study. *Br Heart J* 1972; 34: 839-846.
6. Karch SB. Resuscitation-induced myocardial necrosis. Catecholamines and defibrillation. *Am J Forensic Med Pathol* 1987; 8: 3-8.
7. Garcia-Gallego F, Sotillo J, Perez P. Myocardial infarction and subtotal obstruction of the anterior descending coronary artery caused by trauma in a football player. *Int J Cardiol* 1986; 12: 109-112.
8. Unterberg C, Buchwald A, Wiegand V. Traumatic thrombosis of the left main coronary artery and myocardial infarction caused by blunt chest trauma. *Clin Cardiol* 1989; 12: 672-674.

9. Dick M II, O'Connor BK, Serwer GA, LeRoy S, Armstrong B. Use of radiofrequency current to ablate accessory connections in children. *Circulation* 1991; 84: 2318-2324.
10. Kugler JD, Danford DA, Deal BJ, Gillette PC, Perry JC, Silka MJ et al. Radiofrequency catheter ablation in children and adolescents. *N Engl J Med* 1994; 330: 1481-1487.

**Urocinasa en el tratamiento de derrame pleural complicado**

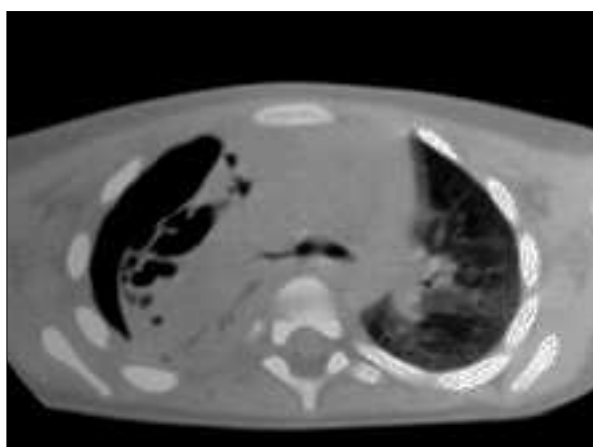
*(An Esp Pediatr 2001; 55: 291-292)*

*Sr. Editor:*

Hemos leído con gran interés la monografía "Tratamiento de los derrames pleurales paraneumónicos" de Asensio de la Cruz et al<sup>1</sup>, publicada el mes de marzo de 2001. Incidiendo en el uso de fibrinolíticos para el tratamiento de los derrames paraneumónicos complicados, presentamos el caso de una niña en la que se aplicó urocinasa intrapleural.

Se trataba de una niña de 2 años y 5 meses de edad, trasladada a nuestro hospital por neumonía refractaria a la antibioterapia inicial y derrame pleural masivo ipsilateral. Entre los antecedentes familiares y personales no hay datos de interés. Como antecedentes patológicos destacan: bronquitis espásticas de repetición (7 episodios hasta ese momento), dermatitis atópica, varicela a los 9 meses y mononucleosis infecciosa a los 12 meses.

El proceso se había iniciado 8 días antes, con hipertermia (39,8 °C axilar) y vómitos. Tres días después se asociaba abdominalgia difusa, tos y postración. Al día siguiente se objetivó hipoventilación en base derecha. El estudio radiológico evidencia neumonía en vértice de pulmón derecho y derrame pleural, por lo que se remite a centro hospitalario. Ante la mala evolución con la antibioterapia inicial (cefotaxima), se traslada a nuestro hospital (fig. 1).



**Figura 1.** TC torácica tras colocación de tubo de drenaje: neumotórax derecho, engrosamiento pleural y áreas cavitarias periféricas con adherencias pleurales.