

Infecciones profundas del cuello: Abscesos retro y parafaríngeos

Deep neck infections: retro- and parapharyngeal abscesses

Sr. Editor:

Las infecciones supurativas del cuello son infrecuentes en los niños, siendo más comunes las superficiales (adenitis cervicales). Las infecciones cervicales profundas, abscesos retrofaríngeos (AR), abscesos laterales faríngeos o parafaríngeos y periamigdalares son infrecuentes. La edad de presentación más habitual del AR es en menores de 5 años, asociándose en más de la mitad de los casos a infecciones de vías respiratorias altas que se extienden a ganglios linfáticos localizados en el espacio entre la pared posterior faríngea y fascia prevertebral (que se atrofiarán en la pubertad)^{1,2}. A esos ganglios drenan la faringe y áreas contiguas, y las infecciones de estas áreas pueden ocasionar AR (fig. 1) y parafaríngeos (fig. 2). Las infecciones retrofaríngeas pueden progresar desde celulitis a flemón y a abscesos maduros, aunque el tratamiento puede evitar esta progresión.

Existe un aumento de la frecuencia de estas entidades en los últimos años, sobre todo en menores de 5-6 años, aunque no existen estudios de incidencia^{3,4}. Las causas del incremento se desconocen exactamente^{1,4}. Aunque en la mayoría se aísla flora mixta (aerobios-anaerobios)^{4,5}, existe un creciente aumento de aislamientos de estreptococos beta hemolítico del grupo A^{1,6}.

Hay que tener una alta sospecha clínica de estos procesos, y aunque en sus primeras fases son idénticos a los de una faringitis aguda no complicada (fiebre, odinofagia, voz gangosa, disfonía, adenopatías cervicales), en su progresión hay signos/síntomas que deben alertarnos, por corresponder



Figura 1 TC cervical con contraste: imagen hipodensa retrofaríngea de 20mm de diámetro que fistuliza a faringe.



Figura 2 TC Cervical con contraste: imagen homogénea e hipodensa (absceso parafaríngeo) que produce abombamiento lateral faríngeo derecho.

a inflamación y obstrucción de vías altas aéreas y/o digestivas (disfagia, disnea, estridor, entumecimiento cervical, tortícolis, babeo, trismus, dolor torácico)^{6,7}. El AR debería considerarse en niños pequeños con fiebre y limitación dolorosa de la movilidad cervical (sobre todo a la extensión), aún en ausencia de estridor o disnea, que no son signos precoces ni frecuentes. La impronta faríngea en la exploración es un hallazgo difícil de encontrar en niños pequeños⁷, por lo que debe realizarse una exploración minuciosa de cabeza y cuello⁶. Por su presentación el AR se describe como la epiglotitis del nuevo milenio.

Respecto a la evaluación por imagen, podemos encontrar 2 situaciones:

- No existencia de compromiso respiratorio, pudiendo realizarse inicialmente una Rx lateral cervical (el espacio retrofaríngeo estará aumentado si es mayor de 7 mm en C2 o 14mm en C6 en niños, pudiendo existir gas, nivel hidroaéreo o cuerpos extraños), realizada con técnica apropiada (adecuada extensión cervical, fase inspiratoria, para evitar falsos aumentos del espacio retrofaríngeo)⁸; como limitación: no discrimina entre absceso/celulitis retrofaríngea. La TC cervical con contraste es la mejor técnica para identificar un absceso en esta área⁴; su sensibilidad y especificidad en predecir material purulento varía según estudios (S: 64-100%; E: 45-82%)^{2,9}. Entre sus ventajas: diferencia entre AR/celulitis retrofaríngea, valora la extensión a espacios contiguos cervicales o torácicos y localiza cuerpos extraños, todo lo cual contribuye a tomar una decisión terapéutica¹.
- Si existe compromiso respiratorio moderado-severo, obviar pruebas de imagen y realizar una valoración en quirófano.

La ecografía cervical se ha usado, pero no hay evidencias para aceptar su uso como único método diagnóstico¹⁰. La RM

podría ser útil, pero la menor disponibilidad dificulta su uso de forma rutinaria.

El tratamiento debe ser inmediato. No existen ensayos controlados aleatorizados que evalúen el manejo de infecciones retrofaríngeas y las recomendaciones se basan en estudios observacionales^{1,11-13}. El tratamiento, hasta ahora más intervencionista, va a depender de la gravedad del distrés respiratorio y de la probabilidad de drenaje del líquido. En AR o parafaríngeo con compromiso respiratorio es necesario realizar un drenaje quirúrgico inmediato y anti-bioterapia empírica. En niños sin compromiso respiratorio, la mayoría de las publicaciones recientes optan por tratamiento antibiótico en: celulitis retrofaríngea y AR <2 cm, dejando el tratamiento quirúrgico si existe compromiso respiratorio o empeoramiento, abscesos maduros mayores de 2 cm, falta de respuesta a antibióticos. El uso de tratamiento conservador no obvia un seguimiento cercano, por la posibilidad de complicaciones¹³. Como tratamiento empírico elegir antibióticos de amplio espectro intravenosos (que cubran gérmenes gram positivos/negativos, anaerobios y productores de betalactamasas). Se han usado diferentes combinaciones, aunque una opción apropiada puede ser una cefalosporina de 2.^a o 3.^a generación y clindamicina o ampicilina sulbactam^{2,3}.

En celulitis retrofaríngea y AR pequeños sin compromiso respiratorio intentar antibioterapia y si no mejoran en 24-48 h, realizar control con TC cervical y considerar drenaje quirúrgico abierto. La hospitalización y los días de tratamiento intravenosos son escasos (<5 días) y el paso a tratamiento oral debe realizarse cuando esté afebril y con mejoría clínica^{1,7}, completando ambulatoriamente el tratamiento oral hasta 14 días, siendo apropiado usar amoxicilina/ácido clavulánico. En el caso de tratamiento quirúrgico, se recomienda el acceso intraoral⁶.

Bibliografía

1. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics*. 2003;111:1394-8.
2. Philpott CM, Selvadurai D, Barnejee AR. Paediatric retropharyngeal abscess. *J Laryngol Otol*. 2004;118:919-26.

3. Abdel-Haq NM, Harahsheh A, Asmar BI. Retropharyngeal abscess in children: the emerging role of group A beta hemolytic streptococcus. *Southern Medical Journal*. 2006;99:927-31.
4. Martín Campagne E, del Castillo Martín F, Martínez López MM, Borque de Andrés C, de José Gómez MI, García de Miguel MJ, et al. Abscesos periamigdalinos y retrofaríngeos: estudio de 13 años. *An Pediatr*. 2006;65:32-6.
5. Inman JC, Rowe M, Ghostine M, Fleck T. Pediatric neck abscesses-changing organisms and empiric therapies. *Laryngoscope*. 2008;118:2111-4.
6. Dawes LC, Bova R, Carter P. Retropharyngeal abscess in children. *J Surg*. 2002;72:417-20.
7. Sakaguchi M, Sato S, Asawa S, Taguchi K. Computerized tomographic findings in peritonsillar abscess and cellulitis. *J Laryngol Otol*. 1999;113:229-32.
8. Haug RH, Wible RT, Lieberman J. Measurement standards for the prevertebral region in the lateral soft-tissue radiograph of the neck. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991;49:1149-51.
9. Page NC, Bauer EM, Lieu JE. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;138:300-6.
10. Chao HC, Chiu CH, Lin SJ, Lin TY. Colour Doppler ultrasonography of retropharyngeal abscess. *J Otolaryngol*. 1999;28:138-41.
11. Daya H, Lo S, Papsin BC, Zachariasova A, Murray H, Pirie J, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005;69:81-6.
12. Shefelbine SE, Mancuso AA, Gajewski BJ, Ojiri H, Stringer S, Sedwick JD. Pediatric retropharyngeal lymphadenitis: differentiation from retropharyngeal abscess and treatment implications. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;136:182-8.
13. Al-Sabah B, Bin Salleen H, Hagr A, Shoi-Rosen J, Manoukian JJ, Tewfik TL. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol*. 2004;33:352-5.

J.C. Ramos Díaz*, M. Rizo Hoyos, O. Cañuelo Ruiz, J. Trigo Moreno y E. Fernández Gómez

Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Área Sanitaria Norte de Málaga, Antequera, Málaga, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juancarlosramosdiaz@hotmail.com (J.C. Ramos Díaz).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.01.007

Empiema por *Haemophilus influenzae* no tipable en la era de la vacunación frente al serotipo B

Non-typeable *Haemophilus influenzae* empyema in the serotype b vaccine era

Sr. Editor:

La neumonía es una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial. Uno de los factores

implicados en la disminución de la incidencia así como de la mortalidad ha sido la introducción de vacunas frente a *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* b (Hib). Además, *Moraxella Catarrhalis* y *Staphylococcus aureus*, son colonizadores habituales de la nasofaringe.

La secuencia de aparición de los distintos gérmenes que componen la flora nasofaríngea en su desarrollo va a marcar el predominio de una o varias especies sobre las demás. Otros factores que parecen influir son la terapia antimicrobiana y la vacunación.

Se han descrito interacciones entre estos gérmenes colonizadores; de manera que la presencia de Hib se asocia negativamente a la colonización por *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* y *S. aureus*. La colonización del *S. pneumoniae*