



Figura 2 a) Autoinyector de adrenalina con capuchón de seguridad en el extremo donde se encuentra la aguja. b) Autoinyector de adrenalina con capuchón de seguridad en ambos extremos.

de error en su utilización. Así, está descrito que cuando se cambia de autoinyector sin un entrenamiento previo puede haber una diferencia en las tasas de éxito de hasta un 50%³.

Los problemas derivados de la presencia en el mercado de diversos autoinyectores, con aspecto y modos de aplicación distintos, deben ser conocidos por los pediatras, y reconocidos por las autoridades sanitarias. Es nuestra responsabilidad conocer el manejo seguro de los autoinyectores (se ha observado que muchos residentes no saben cómo usarlos)⁴, y enseñar a los niños a los que les prescriba y sus familiares cuándo y cómo deben usarlos, pero debería ser una misión de la administración sanitaria procurar la estan-

darización de estos dispositivos, lo que facilitaría su uso y evitaría errores.

Bibliografía

1. Juliá Benito J, Sánchez Salguero C, Alvarado Izquierdo M, Álvarez Caro F, Arroabarren Alemán E, Capataz Ledesma M, et al. Manual de Anafilaxia Pediátrica. 1.^a edición Madrid: SEICAP; 2017. p. 100.
2. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2016. Esmon publicidad, S.A. 2016. Disponible en: http://www.sem.org/images/stories/recursos/2016/documentos/Guia_Anafilaxia.pdf.
3. Umasunthar T, Procktor A, Hodes M, Smith JG, Gore C, Cox HE, et al. Patients' ability to treat anaphylaxis using adrenaline autoinjectors: A randomized controlled trial. *Allergy*. 2015;70:855–63.
4. Arga M, Bakirtas A, Catal F, Derinoz O, Harmanci K, Razi CH, et al. Training of trainers on epinephrine autoinjector use. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22:590–3.

Carlos García-Magán*, José María Giráldez Montero, José Domingo Moure-González y Antonio Rodríguez-Núñez

Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.garcia.magan@sergas.es (C. García-Magán).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.11.006>
1695-4033/

© 2019 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Necesidad de cirugía en los abscesos cervicales profundos pediátricos



Need for surgery in paediatric deep abscesses of the neck

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo «Abscesos cervicales profundos infantiles: experiencia de una unidad de ORL infantil de referencia durante 15 años», publicado recientemente en su revista¹.

Los autores refieren que el 88,9% de los niños (64/72) requirieron cirugía como parte del tratamiento. Los únicos casos que no precisaron tratamiento quirúrgico fueron las adenopatías abscesificadas menores de 1,5 cm. El artículo concluye que la realización de cirugía precoz en abscesos grandes o profundos disminuye el número de complicaciones graves y recidivas. Un dato muy llamativo en la serie

mencionada es que la totalidad de los niños con abscesos periamigdalinos y para/retrofaringeos se intervinieron¹, situación que dista mucho de nuestra práctica habitual.

Hemos realizado una revisión retrospectiva en los menores de 16 años hospitalizados con el diagnóstico de absceso periamigdalino y para/retrofaringeo en el Hospital Infantil La Paz entre enero de 2015 y junio de 2019. Durante este periodo, se diagnosticaron 54 casos en 51 pacientes: 26 (48%) periamigdalinos y 28 (52%) para/retrofaringeos. Precisaron cirugía 19 abscesos (35%), uno de ellos por recidiva. La necesidad de cirugía se asoció únicamente con una temperatura máxima superior (39,0 frente a 38,6 °C; $p=0,044$) y con abscesos mayores de 3 cm (61,5 frente al 38,5%; $p=0,036$). Tres pacientes (6%) tratados inicialmente con antibióticos desarrollaron un nuevo absceso periamigdalino durante el periodo de estudio, y 2 respondieron nuevamente al tratamiento conservador. La estancia hospitalaria no fue significativamente diferente en ambos grupos. No se observaron complicaciones en los niños tratados con cirugía o tratamiento conservador.

La necesidad de tratamiento quirúrgico en los abscesos periamigdalinos y para/retrofaringeos varía mucho según las series. El porcentaje de pacientes que requirieron cirugía en nuestro estudio fue similar al de otros 2 trabajos,

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.014>.

amplios y bien documentados realizados en nuestro país. En el primer estudio, 47/54 (87%) niños diagnosticados de abscesos periamigdalinos y retrofaringeos respondieron al tratamiento conservador con antibioterapia, sin necesidad inicial de tratamiento quirúrgico². En los 7 restantes se realizó punción-aspiración del contenido del absceso. En 11 niños (20%) se realizó amigdalectomía electiva posterior. En el segundo estudio sobre una serie de 31 pacientes con abscesos parafaríngeos y retrofaringeos, 13 casos (42%), precisaron tratamiento quirúrgico³. No se observaron diferencias significativas en la estancia hospitalaria, recurrencia o complicaciones entre los grupos con tratamiento conservador o quirúrgico.

Las diferencias encontradas en el abordaje de los abscesos cervicales profundos en nuestra experiencia y en las series pediátricas publicadas en España y en Europa⁴ distan mucho de los resultados obtenidos por Ruiz de la Cuesta et al. Estas diferencias podrían explicarse porque su trabajo está realizado desde un servicio de otorrinolaringología de referencia donde se derivan con más frecuencia casos complicados y con mayor probabilidad de requerir cirugía.

En conclusión, pensamos que en niños con abscesos cervicales profundos menores de 3 cm, clínicamente estables y sin compromiso respiratorio, se puede plantear un tratamiento conservador con antibioterapia y estrecho control de la evolución clínica, reservando la cirugía para abscesos más grandes o complicados y en los que fracasa el tratamiento médico.

Bibliografía

1. Ruiz de la Cuesta F, Cortes Castell E, Garcia Ruiz M, Severa Ferrandiz G. Abscesos cervicales profundos infantiles: experiencia de una unidad de ORL infantil de referencia durante 15 años. *An Pediatr*. 2019;91:30–6.
2. Martín E, del Castillo F, Martínez MM, Borque C, de José MI, García de Miguel MJ, et al. Abscesos periamigdalino y retrofaringeo: estudio de 13 años. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:32–6.
3. Croche B, Prieto A, Madrid MD, Neth O, Obando I. Abscesos retrofaringeo y parafaringeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:266–72.
4. Raffaldi I, Le Serre D, Garazzino S, Scolfaro C, Bertaina C, Mignone F, et al. Diagnosis and management of deep neck infections in children: The experience of an Italian paediatric centre. *J Infect Chemother*. 2015;21:110–3.

Eduardo Martínez Rodríguez^{a,*}, Lucía Lorenzino^a, Fernando Baquero-Artigao^{a,b,c} y Cristina Calvo^{a,b,c,d}

^a Servicio de Pediatría y Enfermedades Infecciosas Pediátricas, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Fundación IdiPaz, Madrid, España

^c Red de Investigación Traslacional en Infectología Pediátrica (RITIP)

^d TEDDY Network (European Network of Excellence for Pediatric Clinical Research)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maredu93@hotmail.com

(E. Martínez Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.009>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).