



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i6.2396>

Ciencias de la Salud
Artículo de revisión

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

Clinical criteria and surgical implications in a patient with oropharyngeal abscess

Crítérios clínicos e implicações cirúrgicas em paciente com abscesso orofaríngeo

Sonia Elizabeth Escaleras Aguilar^I
soniaescaleras@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2145-4701>

Cesar Augusto Páez Valverde^{II}
dr.paez@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2593-3707>

Lenin Saulo Verduga Mena^{III}
sauloverdugam@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3499-881X>

Michelle Francoise González Montero^{IV}
michusgm@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3958-263X>

Correspondencia: soniaescaleras@gmail.com

***Recibido:** 30 de septiembre de 2021 ***Aceptado:** 17 de octubre de 2021 * **Publicado:** 13 de noviembre de 2021

- I. Médico Integral Comunitario, Investigador Independiente.
- II. Médico, Investigador Independiente.
- III. Médico, Investigador Independiente.
- IV. Médico, Investigador Independiente.

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

Resumen

Los abscesos bucofaríngeos tienen como causa frecuente procesos sépticos odontógenos. Resulta importante un diagnóstico precoz y una conducta médica adecuada, con el fin de evitar complicaciones graves y letales. Describir un caso con absceso dentoalveolar con extensión séptica al espacio bucal y submandibular diagnosticado tardíamente. Los abscesos siguen teniendo como etiología frecuente los focos sépticos dentarios. El diagnóstico precoz y la conducta médica y quirúrgica adecuada, son las únicas formas de evitar complicaciones y disminuir la morbilidad y mortalidad en estos enfermos. La existencia de absceso del cuello debe sugerir como una de las principales causas, la odontógena.

Palabras clave: absceso; bucofaríngeos; abscesos dentoalveolares; caries dentales.

Abstract

Oropharyngeal abscesses are frequently caused by odontogenic septic processes. Early diagnosis and proper medical conduct are important in order to avoid serious and lethal complications. Describe a case with a dentoalveolar abscess with septic extension to the buccal and submandibular space diagnosed late. Abscesses continue to have dental septic foci as a frequent etiology. Early diagnosis and appropriate medical and surgical conduct are the only ways to avoid complications and reduce morbidity and mortality in these patients. The existence of a neck abscess should suggest odontogenic as one of the main causes.

Keywords: abscess; oropharyngeal; dentoalveolar abscesses; dental cavities.

Resumo

Os abscessos orofaríngeos são frequentemente causados por processos sépticos odontogênicos. O diagnóstico precoce e a conduta médica adequada são importantes para evitar complicações graves e letais. Descreva um caso de abscesso dentoalveolar com extensão séptica para vestibular e submandibular com diagnóstico tardio. Os abscessos continuam a ter focos sépticos dentais como etiologia frequente. O diagnóstico precoce e a conduta médica e cirúrgica adequada são as únicas maneiras de evitar complicações e reduzir a morbimortalidade desses pacientes. A existência de abscesso cervical deve sugerir a odontogênese como uma das principais causas.

Palavras-chave: abscesso; orofaríngea; abscessos dentoalveolares; cáries dentárias.

Introducción

Según la terminología diagnóstica, al absceso bucofaríngeo, como "absceso apical agudo" y lo define como: reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por una rápida aparición, dolor espontáneo, a la presión, formación de pus y aumento de volumen de los tejidos vecinos. Entre los tejidos que pueden verse involucrados en la infección están los adyacentes al diente o corresponden a espacios anatómicos del cuello y la cara, siendo el submaxilar y el bucal dos de ellos, este último generalmente es subclasificado como espacio de la cara teniendo como límite medial, el músculo bucinador y la fascia bucofaríngea y en su parte lateral el carrillo.

Se incide la mucosa drenando secreción purulenta, se profundiza con divulsión paralela al cuerpo mandibular en dirección a la inserción anterior del músculo masetero a fin de revisar este espacio, no evacuándose secreciones. La divulsión en el espacio bucal permitió la evacuación de gran cantidad de secreción pio-sanguinolenta en relación al músculo bucinador. Se tomó muestra de secreción para cultivo y tinción de Gram.

El acceso externo del espacio submandibular se realiza a través de incisión paralela a 2 cm. aproximadamente del borde inferior del cuerpo mandibular evitando la rama marginal del nervio facial. Se retira una amplia área de piel y tejido celular subcutáneo necrótico. Con disección roma y digital se profundiza hasta exponer todo el espacio submandibular, se aspiran abundantes secreciones purulentas, tomándose muestra para cultivo y tinción de Gram; se hace revisión del espacio sublingual traspasando arriba al músculo milohioideo, donde no se aspiran secreciones, se realiza lavado abundante con peróxido de hidrógeno, yodo povidona y solución salina fisiológica.

La piel de la mejilla conjuntamente con los tegumentos subyacentes y parte del músculo bucinador requirieron de exéresis en una gran extensión por aspecto francamente necrótico. Se realizó lavado profuso con peróxido, yodo povidona y solución salina fisiológica. Ambas regiones anatómicas quedaron con pérdida importante de tejidos blandos. Finalmente se aplicó solución de yodo povidona y miel de abejas, y se cubrió con vendajes estériles. Las curas se realizaron en días alternos, eliminando secreciones y tejido de granulación no útil, reactivación de bordes de piel, aplicación de yodo povidona y miel, cubriendo con apósitos estériles. Las curas correspondientes al segundo, cuarto y sexto días se hicieron en el quirófano, pues se hacía necesario retirar abundante tejido de granulación no útil, tejidos esfacelados y necróticos así como revisión intraoral, procedimientos dolorosos con los que la paciente no cooperaba.

Desarrollo

Absceso Bucofaríngeo

Es una acumulación de material infectado en la zona alrededor de las amígdalas.

Causas

En la mayoría de los casos, es causado por un tipo de bacterias llamadas estreptococos beta-hemolíticos del grupo A. El absceso bucofaríngeo ocurre en su mayoría en niños mayores, adolescentes y adultos jóvenes. La afección hoy en día es muy poco común con el uso de antibióticos para tratar la amigdalitis.

Síntomas

Una o ambas amígdalas resultan infectadas. La infección en la mayoría de los casos se disemina alrededor de la amígdala. Posteriormente puede propagarse hacia el cuello y el pecho. Los tejidos inflamados pueden obstruir las vías respiratorias. Esto constituye una emergencia potencialmente mortal. El absceso se puede abrir (romper) dentro de la garganta. El contenido del absceso puede viajar hacia los pulmones y causar neumonía.

Los síntomas del absceso periamigdalino incluyen:

- Fiebre y escalofríos
- Dolor de garganta intenso que generalmente es en un lado
- Dolor de oído en el lado del absceso
- Dificultad y dolor al abrir la boca
- Problemas para deglutir
- Babeo o incapacidad para tragar saliva
- Hinchazón facial o cervical
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Voz velada
- Ganglios de la mandíbula y garganta sensibles
- Rigidez en el cuello

Las patologías bucofaríngeas más frecuentes son las enfermedades de la faringe y las de la laringe que durante los meses más fríos del año registraran un incremento. Los trastornos que generan mayor número de consultas en la oficina de farmacia son laringitis, faringitis y amigdalitis. La mayoría de

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

los casos cursan con patologías leves, fácilmente tratables desde la oficina de farmacia gracias a la amplia variedad de EFP formuladas para tal fin. La faringitis puede ser de origen infeccioso o no infeccioso. Aunque la mayor parte de episodios de faringitis aguda tienen una causa infecciosa, algunos procesos no infecciosos pueden también causar una irritación faríngea. En primer lugar, debemos descartar una faringoamigdalitis no infecciosa causada por la inhalación o ingestión de sustancias cáusticas (como productos químicos o humo), por el tabaquismo, la simple respiración bucal, la baja hidratación, la presencia de cuerpos extraños, la rinitis alérgica o el reflujo gastroesofágico.

En cuanto a la faringitis infecciosa, ésta puede estar causada a su vez por diversos microorganismos. La más habitual es la faringitis viral, siendo el rinovirus el microorganismo que con más frecuencia se detecta. La faringitis bacteriana está ocasionada por *Streptococcus beta-hemolítico del grupo A (EBHGA)* o *Streptococcus pyogenes*, bacteria de gran importancia patógena, ya que, aparte de la faringitis, puede causar escarlatina, impétigo y síndrome del shock tóxico. El EBHGA puede ser también la causa de la aparición de complicaciones no supuradas (básicamente, fiebre reumática y glomerulonefritis postestreptocócica) y supuradas (abscesos periamigdalinos y retrofaríngeos, linfadenitis cervical, sinusitis, otitis media y mastoiditis).

Los principales factores epidemiológicos que sugieren una infección estreptocócica son la edad (entre 5 y 15 años), la presentación en invierno o principios de primavera, y la existencia de un contacto previo con otro paciente infectado por EBHGA.

Microbiología Y Patogenia:

Las infecciones de estos espacios son polimicrobianas, fundamentalmente representadas por los gérmenes de la flora habitual de la cavidad oral, vía aérea superior y oídos. Las infecciones originadas en la faringe contienen anaerobios orales y con especial importancia el *Streptococcus pyogenes*. Otros gérmenes implicados con frecuencia son *Staphylococcus aureus* y Gram negativos incluyendo *Pseudomonas aeruginosa* (inmunocomprometidos). Las infecciones originadas de la cavidad oral y dientes son principalmente debidas a gérmenes anaerobios (relación 10:1 frente aerobios). Se incluyen gérmenes como *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella*. También los actinomicetes se ven con frecuencia en las infecciones a este nivel. Los espacios que delimitan la fascia cervical profunda se comunican en distinto grado por tejido conectivo laxo.

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

La extensión de las infecciones ocurre a través de las zonas de menor resistencia. El conocimiento de las vías de propagación de la infección proporciona información de valor de la naturaleza y extensión de la infección, además de permitir decidir la mejor vía de abordaje para el drenaje de las infecciones.

Pruebas y exámenes

Un examen de la garganta con frecuencia muestra hinchazón en un lado y en el paladar. La úvula en la parte posterior de la garganta puede estar distanciada de la hinchazón. El cuello y la garganta pueden estar enrojecidos e hinchados en uno o en ambos lados.

Se pueden realizar las siguientes pruebas:

- Aspiración del absceso usando una aguja
- Tomografía computarizada
- Endoscopia de fibra óptica para revisar si la vía respiratoria está bloqueada

Tratamiento

La infección se puede tratar con antibióticos si se detecta temprano. Si se ha formado un absceso, será necesario drenarlo con una aguja o haciéndole un corte para abrirlo. A usted le darán analgésicos antes de hacer esto. Si la infección es muy grave, se extirparán las amígdalas al mismo tiempo que se drena el absceso, pero esto es poco frecuente. En este caso, le aplicarán anestesia general de manera que esté dormido y no sienta dolor.

Descripción por Espacio Topográfico Afectado

Se presentan a continuación las complicaciones de las infecciones según la zona topográfica afectada. Se describirá la patogenia, clínica, pruebas complementarias y tratamiento individualizado en cada caso.

1. Absceso Periamigdalino

Es la causa más frecuente de supuración perifaríngea, tanto en el adulto como en el niño, con un pico de incidencia en adolescentes y adultos jóvenes.

Patogenia

Es una complicación supurativa de una amigdalitis aguda. También puede observarse en pacientes con amigdalitis crónicas o en amigdalectomizados, con extirpación incompleta de las amígdalas, debido a cicatrices y retracciones que favorecen la retención de materiales sépticos en el fondo de la

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

fosa amigdalina. Menos común es la propagación desde focos infecciosos dentales o secundario a una mastoiditis de Bezold. La infección se propaga a través de la cápsula fibrosa de la amígdala hacia el espacio periamigdalino. Antes de la constitución del absceso, existe una primera fase inflamatoria que se extiende a menudo a la región oro (velo, pilares amigdalinos) y parafaríngea. Habitualmente el absceso se desarrolla en el polo superior de la amígdala y más raramente en la parte media o inferior.

Clínica

Clínicamente el paciente refiere una amigdalitis persistente que no mejora con el tratamiento. Tras varios días de evolución presenta intenso dolor faríngeo unilateral, con creciente odinofagia y disfagia tanto a sólidos como a líquidos que impide la alimentación. Aparece sialorrea e incluso babeo, así como cambio en el timbre vocal, que se hace más nasal (voz gangosa o “de patata caliente”). Hay apertura dolorosa de la boca (trismo) que llega a provocar cierta disartria. El paciente presenta fiebre elevada de 39-40° C, mal estado general e incluso náuseas, lo cual favorece la deshidratación. Así mismo, suele referir otalgia refleja del oído homolateral, dolor a la presión en el ángulo mandibular y en los ganglios linfáticos regionales tumefactos y sensación dolorosa tensional en el cuello, inclinando la cabeza hacia delante y hacia el lado afecto, con disminución en la movilidad cervical. De forma ocasional aparece disnea progresiva por estenosis del vestíbulo laríngeo. La exploración física puede ser dificultosa por el intenso trismo, destacando una orofaringe eritematosa, con inflamación y edema del velo del paladar de forma unilateral y abombamiento de la amígdala, pilares amigdalinos homolaterales, desplazando la úvula hacia el lado sano. El absceso, según su localización, se clasifica en retrotonsilar o supratonsilar, siendo más frecuente este último, desplazando el pilar anterior y la amígdala hacia delante y abajo, quedando en ocasiones oculta por el edema y los exudados. La presión sobre la región abscesificada produce intenso dolor y permite comprobar la fluctuación. La lengua es saburral y destaca una importante halitosis por el acumulo de secreciones. Las adenopatías cervicales son frecuentes, a veces unilaterales. A veces, es difícil hacer el diagnóstico siendo el trismo y la lateralización de la úvula los únicos signos clínicos sugestivos. La aspiración de pus por punción con aguja en el centro de la tumefacción, a la altura de la parte superior del pilar anterior, permite confirmar el diagnóstico.

- **Pruebas Complementarias**

Incluyen el hemograma y la fórmula leucocitaria con importante leucocitosis, desviación izquierda y aumento de la VSG, sugiriendo una inflamación aguda de causa infecciosa. La aspiración de pus por punción nos permitirá confirmar el diagnóstico. El examen bacteriológico de la colección purulenta obtenida no será estrictamente necesario, dada la buena evolución que suelen presentar con penicilina, tratamiento capaz de erradicar a los gérmenes más habituales (*Streptococcus pyogenes*). En caso de sospecha de una complicación, como un absceso para o retrofaríngeo, se solicitará una tomografía computerizada (TC) cervical.

Diagnóstico diferencial

Habría que hacerlo con el flemón periamigdalino, del que no obtendríamos pus al realizar la punción-aspiración; el edema alérgico de Quincke, que cursa sin fiebre; el aneurisma de la arteria carótida interna, caracterizado por la pulsación, los tumores amigdalinos, la agranulocitosis y las infecciones específicas del tipo de la tuberculosis.

Tratamiento

El tratamiento de un absceso periamigdalino precisa, habitualmente, de ingreso hospitalario para rehidratar al paciente, tratamiento analgésico y/o antiinflamatorio, antibióticos por vía parenteral y drenaje del absceso. Una vez que se aprecia mejoría general y local se cambia el antibiótico a vía oral, ya en régimen ambulatorio durante 10-14 días. Únicamente cuando la supuración periamigdalina es incipiente, y el absceso aún no se ha formado, se podrá tratar con Penicilina G sódica a dosis elevadas (entre 4 y 6 millones de Unidades cada 4 horas en adultos y en niños 100000- 200000 U/Kg/día cada 6 horas) o con Amoxi-clavulánico (1-2 gramos/ 8 horas i.v. en adultos y 100 mg7kg/día en 4 dosis en niños), cefalosporinas de 2º generación como la Cefuroxima (100- 150 mg/kg/ día cada 8 horas). En alérgicos a penicilina la Clindamicina es útil (30- 60 mg/kg/día cada 6- 8 horas). Una vez que el absceso está organizado, además de pautar el tratamiento antibiótico adecuado, habrá que realizar, previa anestesia local, incisión, drenaje y desbridamiento en la zona de máximo abombamiento, normalmente situado en el punto intermedio entre la úvula y el tercer molar superior. Posteriormente, dada la frecuente recidiva de los abscesos periamigdalinos, se valorará la programación de una amigdalectomía bilateral reglada. Esta, puede realizarse una vez pasadas 4-6 semanas del cuadro agudo. En pacientes de alto riesgo puede instaurarse profilaxis antibiótica en el período intercurrente.

Complicaciones

La diseminación regional o a distancia de la infección provocada por el absceso periamigdalino puede originar numerosas manifestaciones como son: el edema supraglótico con compromiso de la vía aérea, la propagación del absceso a los espacios para y retrofaríngeos, pericondritis del cartilago tiroides, neumonitis y abscesos pulmonares por aspiración, hemorragia por erosión de vasos carotídeos o yugulares, trombosis venosas, meningitis, abscesos orbitarios y cerebrales, etc.

2. Infecciones del Espacio Parafaríngeo:

Los abscesos parafaríngeos son complicaciones poco frecuentes que han declinado su incidencia desde la aparición de la antibioterapia.

Patogenia

En un 30% de los casos se originan por diseminación de un absceso periamigdalino a través del músculo constrictor superior de la faringe (límite ántero-medial del espacio parafaríngeo). El origen puede ser dental en un 30% de los casos. Otras causas menos frecuentes son la diseminación de una parotiditis o la supuración de los ganglios localizados a ese nivel. El absceso parafaríngeo puede ser la forma de debut de una neoplasia maligna laríngea o nasofaríngea. Se deberá sospechar esta posibilidad en pacientes con factores de riesgo, clínica y signos sugestivos de neoformación y/o imágenes compatibles con neoplasia concomitante e infección de los espacios profundos del cuello. Este proceso debe ser cuidadosamente estudiado una vez resuelto el cuadro agudo. Distinguimos con respecto al ramillete estiloideo entre abscesos preestiloideos y retroestiloideos que tienen un comportamiento clínico diferente.

Manifestaciones Clínicas

Es importante distinguir estas dos localizaciones anatómicas del absceso ya que la presentación clínica, la gravedad de la infección y la vía de acceso quirúrgica son diferentes:

Manifestaciones clínicas comunes:

Fiebre, odinofagia, rigidez cervical y alteración del estado general. oAbscesos faríngeos laterales (preestiloideos o paramigdalinos):

Los pacientes presentan un trismo moderado, fiebre y tumefacción faríngea lateral además de tumefacción cervical dolorosa por detrás del ángulo de la mandíbula, en la región parotídea. La colección purulenta se localiza por fuera del músculo constrictor faríngeo y empuja la

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

amígdala hacia abajo y adentro. Los signos inflamatorios locales, sobre todo el edema, son mucho menores que en los abscesos periamigdalinos. Su mayor riesgo está en la posible extensión a los espacios vecinos, sobre todo a la región submaxilar. o

Abscesos del espacio posterior (abscesos retroestiloideos o subparotídeos posteriores):

Los sujetos presentan signos generales intensos de toxiinfección, con ausencia de trismo y dolor faríngeo y disfagia ligeros. Por otro lado, puede existir edema responsable de disnea y parálisis de los últimos pares craneales. Los signos característicos de estos abscesos son la tumefacción de la región retromandibular junto con un engrosamiento del pilar posterior de la amígdala. En el niño, la tortícolis es un signo de gran importancia. La gravedad de las complicaciones secundarias a este tipo de infecciones se explica por la proximidad de la arteria carótida y vena yugular interna y la difusión de la infección hacia el mediastino.

Pruebas Complementarias

Incluimos la realización de una analítica completa (hemograma, bioquímica y coagulación) y hemocultivos. Las pruebas de imagen indicadas en este tipo de infecciones son: o La TC: contribuye a delimitar el foco de infección y los espacios anatómicos afectados, con el fin de guiar al cirujano en el drenaje quirúrgico. Al mismo tiempo nos ayuda a diferenciar el absceso del flemón o celulitis, de vital importancia en la clínica a la hora de decidir la actitud terapéutica. A pesar de su utilidad, se describe que un 25% de los abscesos diagnosticados por imagen no tenían colección purulenta, siendo éste hecho másevidente en la población pediátrica. En la TC, en la fase de flemón o celulitis, se observa una grasa “sucia” en el compartimento parafaríngeo. En la fase de absceso, la cavidad tiene un centro necrótico lleno de pus, con bordes irregulares gruesos y un anillo que se realza alrededor de la región central.

Esta indicada la realización de un TC urgente cuando no existe mejoría clínica después de 24 horas con tratamiento médico o cuando haya signos clínicos que sugieran la existencia de un absceso.

- La Resonancia Magnética (RM): permite diferenciar la afectación de partes blandas de forma muy superior a la TC. La captación del contraste después de inyección de gadolinio es equivalente a la de la tomografía computarizada. Debe destacarse el interés de las secuencias en saturación de grasa que permiten identificar la captación del contraste en los tejidos inflamatorios sin colección, con respecto a los espacios adiposos adyacentes.

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

- La ecografía cervical: es una prueba útil en el diagnóstico de abscesos parafaríngeos, sobre todo en pacientes pediátricos que presenten clínica típica o síntomas de obstrucción alta de vía aérea, ya que demuestra con gran resolución la patología, sin necesidad de radiar. Es por tanto una prueba diagnóstica muy útil en niños. Al mismo tiempo con esta técnica se puede realizar una punción aspiración guiada para la toma de muestras de cultivo a nivel cervical.

Diagnóstico Diferencial

Se plantea con las tumoraciones malignas a nivel faríngeo.

Manejo y tratamiento

Un absceso parafaríngeo debe considerarse una emergencia médica. Hay que iniciar lo antes posible el tratamiento antibiótico de amplio espectro, debido al origen polimicrobiano de estas infecciones. La elección de los antibióticos se hace en relación a las bacterias más comunes, según la

etiopatogenia de cada caso y la resistencia de los microorganismos en cada región y variar en función del cultivo y el antibiograma. Los antibióticos β -lactámicos (Amoxicilina-Clavulánico 1-2g/8h o Penicilina G Sódica 50.000 a 200.000 U.I./kg de peso/24 horas, divididas cada 4-6 horas), pueden ser el tratamiento empírico de elección. En los pacientes con alergia o intolerancia a las penicilinas se puede optar por la administración de Clindamicina (150-450 mg/6 horas en adultos y 16-20 mg/kg/día repartidos en 3-4 tomas en niños), asociada o no a Gentamicina (I.M. o infusión I.V., de 1 a 1.7 mg (base) por kg de peso corporal cada 8 horas durante 7 a 10 días o más en adultos y en niños de 2 a 2.5 mg (base) por kg de peso corporal a intervalos de 8 horas durante 7 a 10 días o más). Los corticoides a altas dosis son útiles para contener la inflamación cervical que pueda poner en compromiso la vía aérea.

Cuando se sospecha absceso parafaríngeo debemos realizar un TC cervicotorácico urgente. En relación al TC se pueden tomar dos posturas: 1. En ausencia de pus continuar con el tratamiento antibiótico de amplio espectro. 2. En presencia de pus, demostrado por los datos clínicos, radiológicos o mediante punción, hay que drenar en las siguientes 24 horas. En pacientes donde la TC demuestra la presencia de gas en los espacios cervicales, existe peor pronóstico y se trata de un cuadro subsidiario de intervención quirúrgica inmediata, drenaje del pus y desbridamiento de tejidos necróticos. La intubación debe ser cuidadosa debido al riesgo de

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

romper el absceso durante la maniobra. En los casos de intubación dificultosa, compromiso de la vía aérea o ruptura accidental del absceso, debe plantearse la traqueotomía urgente.

Existen diferentes vías de abordaje de los abscesos. Su elección depende de la localización anatómica y proximidad a la faringe. Es importante la relación del absceso con los grandes vasos cervicales, si están mediales es mejor el abordaje externo y si son laterales es preferible el abordaje intra oral.^f

Infecciones de los Espacios Retrofaríngeos, Prevertebrales y “Danger”

Son las infecciones de los espacios cervicales más frecuentes (22%), sólo superadas por los abscesos periamigdalinos (49%), y las más peligrosas debido a su diseminación hacia mediastino. Las supuraciones retrofaríngeas en niños pequeños, provienen de la diseminación linfática desde focos sépticos de la faringe o senos paranasales. Las supuraciones retrofaríngeas del niño mayor o del adulto son secundarias a la ingestión de cuerpos extraños o traumatismos de la pared faríngea posterior (intubación, endoscopia, osteosíntesis del raquis cervical). En ocasiones se deben a la propagación de una infección de otro espacio perifaríngeo o de una osteomielitis cervical.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial

La clínica típica asocia dolor faríngeo, irritabilidad, fiebre y disfagia con hiperextensión y rigidez cervical, que se confunde con una tortícolis o una meningitis. Puede plantearse el diagnóstico diferencial con la epiglottitis aguda cuando el paciente presenta disnea inspiratoria asociada a sialorrea y fiebre, debido al efecto masa de la supuración o al edema laríngeo. El examen clínico muestra un abombamiento de la pared posterior de la faringe que tiende a lateralizarse. La laringoscopia debe realizarse con prudencia, sobre todo en el niño pequeño, ya que puede agravar la dificultad respiratoria y provocar un espasmo laríngeo. Es necesario tener a mano un sistema de aspiración ya que existe riesgo de obstrucción de la vía respiratoria por la rotura del absceso, sobre todo si se manipula la colección. La linfadenitis cervical normalmente está ausente. La extensión de la infección al espacio prevertebral aumenta el riesgo de mediastinitis. En la colección anterior se debe pensar en una espondilodiscitis, la mayoría de las veces por estafilococo, aunque también puede deberse a una tuberculosis (enfermedad de Pott) o de una coccidioidomicosis. La presentación clínica muestra una colección medial con signos radiológicos de lesión de los cuerpos vertebrales adyacentes.

- **Tratamiento**

Una vez hecho el diagnóstico de absceso retrofaríngeo se drenará quirúrgicamente junto a la instauración de tratamiento médico intravenoso con antibióticos como Penicilina 2-4 millones de U.I./4 horas junto a Metronidazol (500mg iv cada 8h) o Ampicilina Sulbactam (2g iv cada 4h) durante más de 5 días. El antibiótico se ajustará según el resultado del cultivo y antibiograma.

4. Infecciones del Espacio Parotídeo

Patogenia

La parotiditis supurativa bacteriana aguda ocurre típicamente en postoperatorios de pacientes ancianos que se encuentran deshidratados o intubados, aunque también se ha descrito en pacientes sin estas características. Otros factores predisponentes incluyen la limpieza bucodental reciente, el uso de fármacos anticolinérgicos y la existencia de un cálculo salival obstructivo. El estasis salival permite la diseminación retrógrada por el conducto de Stenon de flora oral virulenta. El espacio parotídeo se comunica con el espacio parafaríngeo, por tanto, una parotiditis supurativa es una importante causa de infección del espacio parafaríngeo.

Absceso Submandibular

Las infecciones en el espacio submaxilar tienen mayor riesgo de diseminación, ya que está comunicado con el espacio sublingual por dentro del borde posterior del músculo milohioideo, a través del conducto de Wharton. Además pueden diseminarse hacia los espacios aponeuróticos del cuello a lo largo del músculo hiogloso. Por el contrario, los abscesos submentonianos tienden a estar confinados a este espacio, debido a la unión de la aponeurosis cervical profunda envolvente con los músculos digástricos y el hueso hioides. La etiología de los abscesos submandibulares se debe en primer lugar a patología dentaria, afectándose por lo general el espacio sublingual en las infecciones de premolares inferiores y el espacio submaxilar cuando el foco infeccioso se sitúa sobre todo en el primer y segundo molar inferior. No obstante, destacan otras causas como la patología infecciosa oral y faringoamigdalares (restos amigdalinos, amigdalitis lingual, suelo de boca, base de lengua, sialolitiasis) y los traumatismos de la cavidad oral. Clínicamente, ante una afectación aislada del espacio submaxilar, el paciente suele referir un cuadro de 3-4 días de evolución con dolor, tumefacción y trismo progresivos en el suelo de la boca.

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

A la exploración destaca una lengua desplazada hacia arriba y atrás, con fauces visibles, debido a que el músculo milohioideo limita la diseminación superior del edema del suelo de la boca. La piel está eritematosa e indurada, dolorosa a la palpación, y habitualmente hay fluctuación, sin tumefacción en el cuello.

Angina de Ludwig

La angina de Ludwig se caracteriza por una inflamación séptica y una celulitis grangrenosa rápidamente progresiva del espacio submandibular. No tiene tendencia a formar abscesos, pues se trata de un flemón de consistencia leñosa que suele originarse en el espacio submaxilar, para luego progresar por contigüidad, a través de los planos aponeuróticos, hacia el espacio sublingual o los tejidos del cuello. En la mayoría de los casos, como en los abscesos submandibulares, se debe a una causa odontógena, aunque también puede ser secundario al traumatismo por la extracción de una pieza dentaria o del suelo de la boca, fractura mandibular, infección faringoamigdal y excepcionalmente por una otitis externa o media, úlceras labiales o nasales, erisipela facial, etc. Clínicamente se trata de un absceso submaxilar diseminado, con una sintomatología similar a la comentada anteriormente, pero con un progresivo compromiso de la vía aérea conforme avanza la inflamación.

Conclusión

Las infecciones que se producen en la cavidad oral y faríngea, son muy prevalentes en la población general, la mayor parte de ellas son de origen vírico y autolimitadas, requiriendo sólo tratamiento sintomático. Las infecciones de origen bacteriano suelen resolverse satisfactoriamente con la antibioterapia disponible en la actualidad. En ocasiones, se produce una evolución tórpida de la patología por diferentes razones: alteración de las barreras defensivas del paciente, inmunodepresión, virulencia mayor de la habitual en el patógeno causante, inadecuación del tratamiento antibiótico. Esta evolución conlleva una complicación de la infección, extendiéndose en forma de flemón o absceso a los diferentes espacios vecinos de la región orofaríngea: espacio parotídeo, masticador, submandibular, submentoniano, parafaríngeo, retrofaríngeo, prevertebral y vascular. Es muy importante la interconexión de los diferentes espacios del cuello y la posibilidad de una rápida diseminación de la infección desde la base del

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

cráneo hasta el mediastino. Esto conlleva que, una vez instaurada la complicación, se deba adoptar una actitud agresiva en la localización y drenaje de las colecciones de pus y una antibioterapia de amplio espectro hasta que se disponga del antibiograma.

Brenes Angulo plantea, que la conducta quirúrgica será la de elección con indicaciones tales como: falta de mejoría clínica después de 48 horas de inicio de la antibioticoterapia, abscesos mayores de 3 cm, que involucren los espacios prevertebral, anterior o carotídeo, más de dos espacios comprometidos y fluctuación del absceso.

La conducta en esta enferma estuvo encaminada a lograr la rápida mejoría del estado general con aportes de soluciones hidrominerales y energéticas, cobertura antimicrobiana, tomando en consideración que lo habitual es que, por presentar la faringe una flora polimicrobiana, con organismos Grampositivos, Gramnegativos, bacterias aerobias y anaerobias, incluyendo organismos productores de betalactamasas existan uno o más gérmenes con estas características que justifica el uso de antibióticos combinados de amplio espectro.

La tomografía computarizada es la técnica diagnóstica más ampliamente usada para diagnóstico, con sensibilidad mucho mayor que el ultrasonido para identificar tamaño, ubicación y extensión del absceso, así como el reconocimiento de complicaciones. En la paciente estudiada, fue imposible realizar la técnica imagenológica, por no contar la institución hospitalaria con esta tecnología. La revisión quirúrgica del espacio maseterino fue necesario hacerla basada en la clínica de la enferma y la radiografía de partes blandas.

En relación con las curas realizadas, se utilizó una solución con yodo povidona y miel de abejas. La miel tiene propiedades antioxidantes, antiinflamatorias, antibacterianas, antivirales y antifúngicas reconocidas científicamente, y estudios han demostrado que su aplicación tópica en apósitos para heridas está ganando popularidad en la medicina moderna como un resultado de su función antimicrobiana pues desbrida heridas, mata las bacterias, virus y hongos además de ser capaz de penetrar en la biofilm oral, disminuye el pH de la herida, reduce la inflamación crónica y promueve la infiltración de fibroblastos, entre otras cualidades beneficiosas.

Fiorilli G y otros realizan investigación con el objetivo de evaluar el poder bactericida de la miel de abejas. Plantean que probablemente el efecto bactericida de la miel estaría dado por la producción de peróxido de hidrógeno a través de la glucosa oxidasa. En su estudio plantean, que en dependencia de las distintas concentraciones de miel al diluirla en diferentes medios, se obtiene disímiles resultados

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

a tener en consideración para su uso, pero que siempre serán favorables al enfermo. Comenta su capacidad para promover formación de tejido de granulación al optimizar la epitelización y la angiogénesis. Además, genera interfase no adherente entre el vendaje y el lecho de la herida o de las quemaduras que impide la remoción del tejido de granulación útil al retirar los mismos.

Una técnica de uso reciente en cuello muy favorecedor en la cicatrización de las heridas, lo constituye la terapia con cierre asistido por vacío (vacuum assisted closure [VAC]). Es un sistema de cicatrización no invasivo, que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de heridas agudas y crónicas. Consiste en aplicar una cama de esponja sobre la herida, sellar la herida con la película adhesiva y aplicar presión atmosférica negativa. La combinación de la esponja reticulada y la presión negativa promueve tanto la división celular de factores de crecimiento y análogos de angiogénesis, como la remoción del edema y reduce la colonización bacteriana sin que se hayan reportado complicaciones relacionadas con su uso.

De forma general, una vez establecido el diagnóstico de absceso profundo del cuello, debe adoptarse una aptitud terapéutica enérgica que incluya en el aspecto quirúrgico erradicar al agente etiológico, evacuar el contenido del absceso y eliminar los tejidos necróticos o desvitalizados, y desde el punto de vista médico garantizar el soporte vital del enfermo y la medicación antimicrobiana correcta acorde con los protocolos establecidos.

Se concluye que los abscesos profundos del cuello siguen teniendo como etiología frecuente los focos sépticos dentarios. El diagnóstico precoz y la conducta médica y quirúrgica adecuadas son las únicas formas de evitar complicaciones y disminuir la morbilidad y mortalidad en estos enfermos. La existencia de un absceso del cuello en la infancia, debe sugerir como una de las principales causas la odontógena.

Referencias

1. Brenes Angulo K. Absceso profundo de cuello. Revisión de tema y presentación de caso. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014[acceso 09/10/2020];LXXI(612):709-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc144o.pdf>
2. Fiorilli G, Rosanova M, Hernandez C, Taicz M, Laborde S, Lede R. Evaluación del poder bactericida de Miel de abeja polifloral sobre gérmenes de pacientes internados en un Hospital Pediátrico Medicina Infantil.2019[acceso 09/10/2020];22(4):296-9.Disponible en:

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

- https://www.researchgate.net/profile/Maria_Rosanova2/publication/294868498_evaluacion_del_poder_bactericida_de_miel_de_abeja_polifloral_sobre_germenes_de_pacientes_internados_en_un_hospital_pediatico/links/56c460c208aea564e304ab6e/evaluacion-del-poder-bactericida-de-miel-de-abeja-polifloral-sobre-germenes-de-pacientes-internados-en-un-hospital-pediatico.pdf
3. Garrido Henríquez S. Prevalencia de las infecciones de origen odontogénico, su categorización según gravedad y evolución en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, durante los meses de Julio a Septiembre del Año 2015 [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello. 2016[acceso 09/10/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/3324>
 4. González Larios A. Estudio de las variables que influyen en un paciente con absceso profundo de cuello [Tesis]. Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2016[acceso 09/10/2020]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/19121/>
 5. Govea-Camacho L, Astudillo-Carrera A, Hermosillo-Sandoval J, Rodríguez-Reynoso S, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Impacto del manejo con cierre asistido al vacío en abscesos profundos de cuello. *Cirugía y Cirujanos*. 2016;84(4):275-81. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.12.004>
 6. Larena Fernández I, Bartolomé Lanza M, Atance Melendo E, Vara Callau M, Mur Pérez A, Blasco Pérez-Aramendía M. Absceso submandibular producido por caries dental. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2016[acceso 11/10/2020];18(71):e107-e110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300012&lng=es
 7. Melio FR. Upper respiratory tract infections. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 65.
 8. Pappas DE, Hendley JO. Retropharyngeal abscess, lateral pharyngeal (parapharyngeal) abscess, and peritonsillar cellulitis/abscess. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 410.

Criterio clínico e implicaciones quirúrgicas en paciente con absceso bucofaríngeo

9. Ruiz de la Cuesta F, Cortes Castell E, Severa Ferrandiz G. Abscesos cervicales profundos infantiles: Experiencia unidad ORL infantil de referencia durante 15 años. *An Pediatr (Barc)*.2019[acceso 09/10/2020];91(1):30-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318303655>
10. Salom Coveñas C, San Martín-Caballero A, Porrás Alonso E. Abscesos profundos del cuello. Estudio retrospectivo en cinco años. *Rev ORL*. 2019;(10):27-34. Doi: <https://doi.org/10.14201/orl.18227>
11. Sandoval de la Fuente A. Experiencia en el manejo de abscesos profundos de cuello en Hospital Universitario Dr. José Eleutorio González [Tesis]. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2016 [acceso 09/10/2020]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/19545/>
12. Saz-Peiró P. Miel como medicina. *Medicina Naturista*. 2019[acceso 09/10/2020];13(1):34-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6761084.pdf>
13. Spinia R, Arias E, Bordino L, Cohen D, Michalski J. Abscesos profundos de cuello. Reporte de tres casos pediátricos. *Arch Argent Pediat*. 2017[acceso 09/10/2020];115(5):e302-e306. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n5a25.pdf>
14. Waage RK. Peritonsillar abscess drainage. In: Fowler GC, ed. *Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 206.