

Abscesos profundos de cuello en pediatría. Experiencia del Hospital Dr. Sótero del Río entre los años 2011 y 2018

Pediatric deep neck abscesses. Dr. Sótero del Río Hospital 2011-2018 experience

Jorge Astudillo S¹, María Jesús Santander B², Andrés Rosenbaum F³, Natalie Thöne M¹, Soledad Palma R⁴, César Imarai B⁴.

RESUMEN

Introducción: Los abscesos profundos de cuello son colecciones de pus alojadas en los espacios profundos cervicales. En la población pediátrica son poco frecuentes, sin embargo, pueden presentar complicaciones potencialmente mortales.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes que consultan por abscesos profundos del cuello en el Servicio de Urgencia Pediátrico del Hospital Dr. Sótero del Río.

Material y método: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo con datos obtenidos de fichas clínicas de pacientes. Se realizó una revisión de fichas clínicas de los pacientes diagnosticados con abscesos profundos de cuello en el Servicio de Urgencia Pediátrica del Hospital Sótero del Río entre los años 2011 y 2018. Se analizaron variables clínicas (anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio generales y específicos y su manejo) y demográficas. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y rango, utilizando Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes entre 0 y 15 años, con un promedio de edad de 7,2 años. Sesenta y tres por ciento de los pacientes fueron de sexo masculino. Se presentaron 23 (56%) pacientes con abscesos periamigdalinos (PA), 12 (29,2%) con abscesos retrofaríngeos (RF), 5 (12,1%) con abscesos parafaríngeos (PF) y 1 (2,4%) con absceso de tipo mixto (RF- PF). El 60% de los pacientes recibió algún tratamiento médico previo. Se realizó estudio imagenológico en 83% de los pacientes. Todos los pacientes presentaron parámetros inflamatorios elevados. En el 80% de los pacientes se realizó tratamiento médico y algún tipo de drenaje.

Conclusiones: Los abscesos profundos del cuello son una entidad relativamente poco frecuente en pediatría, pero potencialmente peligrosa si no se detecta a tiempo, por lo que debemos tener un alto índice de sospecha para evitar las complicaciones.

Palabras clave: Abscesos, cuello, pediatría, urgencia.

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

² Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Servicio de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Santiago, Chile.

⁴ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

*Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 12 de julio, 2018. Aceptado el 15 de septiembre, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Deep neck abscesses are pus collections lodged in the deep cervical spaces. They are rare in the pediatric population, however, they can present life-threatening complications.

Objective: To characterize the patients who consult for deep neck abscesses in the pediatric emergency department of Dr. Sótero del Río Hospital.

Material and method: Descriptive retrospective study. A review of clinical records of patients diagnosed with deep neck abscesses in the pediatric emergency department of Dr. Sótero del Río Hospital between 2011 and 2018 was made. The clinical (anamnesis, physical exam, general and specific laboratory exams and management) and demographic characteristics were evaluated. The results were analyzed by descriptive statistics with measures of central tendency and range, using Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Results: Forty-one patients between 0 and 15 years of age were included, with an average age of 7.2 years. 63% of the patients were male. There were 23 (56%) patients with peritonsillar abscesses (PA), 12 (29.2%) with retropharyngeal abscesses (RF), 5 (12.1%) with parapharyngeal abscesses (PF) and 1 (2.4%) with abscess of mixed type (RF-PF). 60% of the patients received some previous medical treatment. An imaging study was performed in 83% of the patients. All the patients presented high inflammatory parameters. In 80% of patients, medical treatment and some type of drainage were performed.

Conclusions: Deep abscesses of the neck are a relatively rare entity in pediatrics, but potentially dangerous if not detected in time, so we must have a high index of suspicion to avoid complications.

Key words: Abscesses, neck, pediatric, emergency.

INTRODUCCIÓN

Se define el absceso cervical profundo como una "colección de pus alojada en los potenciales espacios profundos del cuello, los que son delimitados por fascia"¹. Entre ellos se encuentran el espacio submandibular (ESM), sublingual (ESL), masticatorio (EM), parotídeo (EP), visceral (EV), parafaríngeo (EPF), retrofaríngeo (ERF), prevertebral (EPV), y espacio peligroso (EPE)². El espacio periamigdalino (EPA), aunque no se considera formalmente un espacio profundo del cuello, se suele estudiar en este grupo, debido a que las infecciones periamigdalinas pueden complicarse extendiéndose hacia estos espacios³. Los abscesos profundos de cuello en la población pediátrica son relativamente poco frecuentes, debido principalmente al manejo médico actual⁴, y usualmente son consecuencia de una infección en el tracto respiratorio alto⁴. En niños en etapa preescolar, los abscesos retrofaríngeos y parafaríngeos son los más comúnmente reportados, y en algunas

ocasiones se presentan combinados^{2,4}. Esto debido principalmente a que durante esta etapa aún se encuentran presentes los ganglios de Rouviere en el espacio retrofaríngeo. En cambio, en niños mayores y adolescentes, es más común encontrar abscesos periamigdalinos, debido a infecciones de vía aérea alta por *Streptococcus pyogenes*⁵.

Según Nicklaus y col., en la edad pediátrica, los principales sitios de inicio de infección son las amígdalas, senos paranasales, faringe, glándulas salivales, oídos y fuentes odontogénicas. En adultos, a diferencia de los pacientes pediátricos, las fuentes odontogénicas representan la primera causa de infecciones profundas de cuello, las que también son más agresivas⁵. No hay que olvidar otras causas, que si bien son menos frecuentes, no dejan de ser importantes, como por ejemplo los traumas penetrantes, cuerpos extraños o causas iatrogénicas como endoscopías, inyecciones dentales u otros procedimientos¹. La infección en cualquiera de los compartimientos previamente indicados, tiene el riesgo de extenderse rápidamente

y presentar complicaciones, tales como compromiso de la vía aérea, neumonía por aspiración, mediastinitis, invasión de estructuras contiguas y sepsis⁶.

El diagnóstico de este cuadro es principalmente clínico, con confirmación mediante imágenes⁷. Los síntomas, de inicio insidioso en su mayoría, pueden ser múltiples e inespecíficos tales como fiebre, odinofagia, disfagia, adenopatías cervicales dolorosas, irritabilidad, trismus, dolor cervical, disfonía, entre otras^{2,4}. Esto hace que el diagnóstico muchas veces sea tardío⁸, con un aumento en la morbilidad y mortalidad asociada a esta patología. El tratamiento de elección, para la mayoría de los abscesos, consiste en asegurar la vía aérea, indicar antibióticos intravenosos y drenar quirúrgicamente. Sin embargo, en algunos casos, puede reservarse el drenaje para cuando existe fracaso del tratamiento antibiótico durante las primeras 48 horas^{2,8,9}. A pesar de lo anteriormente expuesto, aún existen en la literatura distintas opciones para el enfrentamiento de esta patología⁷.

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo principal caracterizar a los pacientes pediátricos con diagnóstico de absceso profundo de cuello que acudieron al Hospital Sótero del Río (HSR) entre enero del año 2011 y febrero de 2018, determinando las características clínicas de los abscesos y su presentación en población pediátrica, así como también el manejo clínico y quirúrgico que recibieron en el HSR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de tipo descriptivo retrospectivo con datos obtenidos de fichas clínicas. Los criterios de inclusión de este estudio consideraron pacientes entre 0 y 180 meses (14 años, 11 meses y 30 días), que consultaron en Servicio de Urgencia del HSR entre enero de 2011 y febrero de 2018, donde fueron diagnosticados con algún tipo de absceso profundo de cuello. Se obtuvieron los registros respecto a la edad, sexo, ubicación de la colección, presentación clínica, microbiología, laboratorio general, tratamiento

recibido previo a consulta, radiología, manejo médico hospitalario, manejo quirúrgico e indicaciones al alta. Se analizaron los resultados mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y rango, utilizando *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®]. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HSR.

RESULTADOS

De un total de 55 pacientes, se excluyeron 14 por registros clínicos incompletos o inconsistentes.

Datos demográficos y diagnóstico

Se observó una media de edad de 7,2 años (rango 1-15 años). De los 41 pacientes evaluados, 23 (56%) presentaron abscesos periamigdalinos (PA), 12 (29,2%) tuvieron abscesos retrofaríngeos (RF), 5 (12,1%) abscesos parafaríngeos (PF) y 1 (2,4%) paciente presentó un absceso mixto (RF-PF). Para efecto del análisis posterior se consideran los abscesos RF, PF y mixtos como un solo grupo de abscesos retrofaríngeos y parafaríngeos (RF-PF). En el grupo de los abscesos PA, los pacientes tenían entre 1 y 15 años, con una media de edad de 9,2 años. En el grupo de abscesos RF-PF, los pacientes estuvieron en el rango entre 1 y 10 años, con una media de edad de 4,8 años. En la distribución por sexo, 26 pacientes fueron de sexo masculino (63,4%), y 15 pacientes de sexo femenino (36,5%).

Clínica

Con respecto a los síntomas y signos que los pacientes presentaron en el servicio de urgencia (SU), en el grupo de abscesos RF-PF, el signo más frecuente fue el aumento de volumen cervical en 66,6% (12) de los pacientes, seguido por fiebre en 61,1% (11), dolor cervical en 55,5% (10), decaimiento en 44,4% (8), rechazo alimentario y odinofagia, ambos en 38,8% (7). En el caso de los abscesos PA, el síntoma más frecuente fue la odinofagia en 82,6% (19), seguido por fiebre en 69,5% (16), trismus en 43,4% (10), disfagia en 21,7% (5), y voz engolada en 17,3% (4) (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Síntomas reportados en servicio de urgencia

Clínica RF-PF	N	%
Aumento volumen cervical	12	66,6
Fiebre	11	61,1
Dolor cervical	10	55,5
Decaimiento	8	44,4
Odinofagia	7	38,8
Rechazo alimentario	7	38,8

Tabla 2. Signos en servicio de urgencia

Clínica PA	N	%
Odinofagia	19	82,6
Fiebre	16	69,5
Trismus	10	43,4
Disfagia	5	21,7
Voz engolada	4	17,3

Tratamiento médico previo

Veinte y cinco de los 41 pacientes (61%) recibió algún tipo de tratamiento antibiótico previo a la primera consulta en el HSR. En la Tabla 3 se muestra el desglose de terapia antibiótica recibida en cada grupo. En el subgrupo de abscesos RF-PF, 4 pacientes recibieron previamente macrólidos, 3 recibieron amoxicilina y 2 pacientes recibieron otra familia de antibiótico. En el subgrupo de abscesos PA, 8 pacientes recibieron previamente penicilina

Tabla 3. Antibióticos recibidos previo a la primera consulta en HSR

Antibióticos	RF-PF	PA
Macrólidos	4	4
Amoxicilina	3	3
Penicilina monodosis	1	8
Otros*	1	1

(sódica y/o benzatina) en monodosis, 4 pacientes recibieron antibióticos macrólidos, 3 recibieron amoxicilina y el resto del grupo fue tratado con otra clase de antibióticos.

Uso de imágenes

Se realizó estudio imagenológico con tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste en 34 (82,9%) de los 41 pacientes incluidos en esta serie. De los 7 pacientes restantes (17%), 1 de ellos presentó alergia al medio de contraste, por lo que el examen fue suspendido. Los otros 6 pacientes (15%) fueron diagnosticados clínicamente como absceso PA y el médico de urgencia consideró innecesario el estudio imagenológico.

Laboratorio general

Los resultados de los exámenes de laboratorio obtenidos en el SU se muestran en las Tablas 4 y 5. El recuento de glóbulos blancos y proteína C reactiva encontrado en el grupo de abscesos RF-PF, fue mayor en comparación al grupo de abscesos PA.

Tabla 4. Proteína C reactiva obtenida en servicio de urgencia

	Proteína C reactiva (PCR) Promedio	Rango	Valores normales (VN)
Abscesos RF-PF	178 mg/dl	30-282 mg/dl	0-5 mg/dl
Abscesos PA	60.8 mg/dl	31-208 mg/dl	0-5 mg/dl

Tabla 5. Recuento de glóbulos blancos en servicio de urgencia

	Recuento de glóbulos blancos Promedio	Rango	Valores normales (VN)
Abscesos RF-PF	26.000 /UI	4.500-11.000/UI	11.400-50.820/UI
Abscesos PA	13.800/UI	4.500-11.000/UI	11.400-23.900/UI

Manejo ambulatorio v/s hospitalizado

Del total de pacientes, 35 (85%) se manejaron hospitalizados, mientras que 6 de ellos (15%) se manejaron de forma ambulatoria. Todos los pacientes manejados en forma ambulatoria correspondían al grupo de abscesos PA y recibieron amoxicilina/ácido clavulánico por 10 días, con evolución clínica satisfactoria. El número total de días de hospitalización del grupo de abscesos RF-PF fue en promedio de 8,2 días, con un rango entre 2 y 30 días, mientras que en el grupo de abscesos PA, el promedio fue de 3,6 días, con un rango entre 2 y 6 días.

Manejo médico v/s quirúrgico

De los 41 pacientes, en 33 (80%) se realizó algún tipo de drenaje, mientras los 8 (20%) restantes recibieron tratamiento médico exclusivo (Figura 1). De los pacientes que se sometieron a drenaje, 20 de ellos lo hicieron en pabellón, 10 en box de urgencia y 3 pacientes tuvieron un drenaje espontáneo al momento del diagnóstico. De

los pacientes que se manejaron en pabellón, 9 correspondieron a abscesos RF, 3 abscesos PF, 1 absceso mixto (RF-PF) y 7 a abscesos PA. De éstos, 2 casos de abscesos RF y 1 caso de absceso PF debieron ser reintervenidos, debido a la persistencia y/o aumento de la colección inicial a pesar del drenaje y manejo concomitante con antibióticos endovenosos. De los pacientes que fueron drenados en box, la totalidad de ellos correspondió a abscesos PA. Los 3 pacientes que drenaron espontáneamente, 1 correspondía a un absceso RF y 2 abscesos PA. Por último, de los 8 pacientes que recibieron manejo médico exclusivo, 2 de ellos correspondieron a abscesos RF, 1 PF y 5 PA. Todos resultaron ser abscesos menores de 10 mm, laminares o con buena respuesta antibiótica durante las primeras 48 horas.

Cultivo microbiológico y antibióticos

Se rescató el resultado del cultivo solo de 2 pacientes con abscesos PA y 7 pacientes con absceso RF-PF. Estos resultaron positivos en ambos los

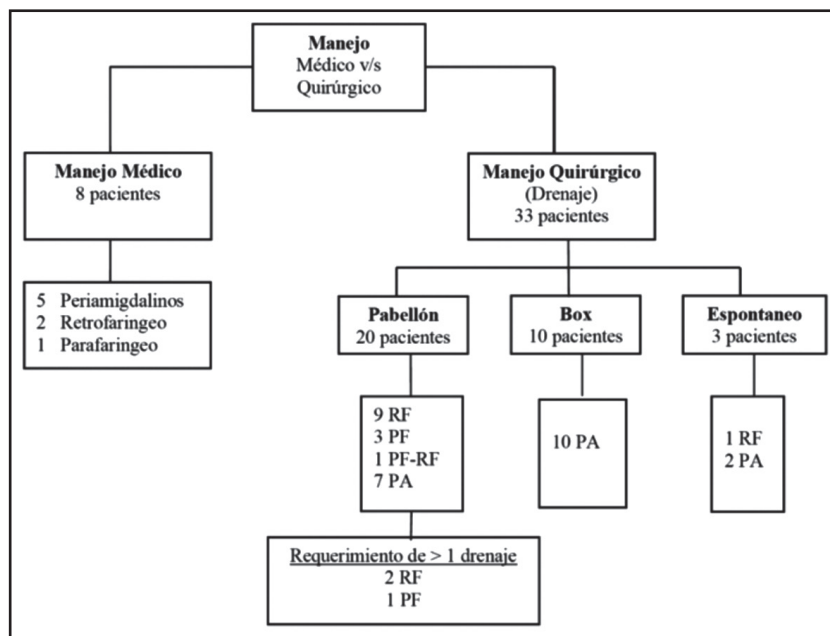


Figura 1. Manejo médico versus manejo quirúrgico.

pacientes del grupo PA y 7 del grupo RF-PF, siendo polimicrobiano en la totalidad del primer grupo y en 3 del segundo grupo, respectivamente. Además, en el grupo RF-PF en 2 pacientes el resultado fue negativo. En el resto de los pacientes no se realizó cultivo o no se encontraron datos de éste en las fichas clínicas. Los esquemas antibióticos utilizados fueron ceftriaxona + clindamicina o penicilina sódica (a dosis de 200.000 UI/kg/día) asociado a clindamicina o metronidazol.

Destacan algunos casos complejos dentro de esta serie, en los que se trabajó en conjunto con el equipo de infectología para lograr un adecuado esquema de manejo en los siguientes cultivos obtenidos:

- Hubo 1 caso de *Actinomyces odontoliticum*, el cual se trató con piperaciclina + tazobactam por 7 días, penicilina sódica por 7 días y posteriormente de forma ambulatoria con amoxicilina por 7 días, lo que da un esquema total de 21 días de tratamiento antibiótico.
- Hubo 1 caso de *Staphylococcus epidermidis* asociado a la presencia de *Enterobacter cloacae*, el cual se trató con vancomicina por 14 días y linezolid por 7 días.

Indicaciones al alta

En relación al manejo ambulatorio de los pacientes con abscesos RF-PF, 11 de ellos recibieron amoxicilina/ácido clavulánico, 2 recibieron amoxicilina y 5 recibieron otra familia de antibióticos, ajustados por antibiograma. De los pacientes con abscesos PA, 21 pacientes recibieron amoxicilina/ácido clavulánico, 1 paciente amoxicilina y 1 paciente con metronidazol. Los que recibieron otra familia de antibióticos, fue principalmente por presentar alergia a la PNC o resistencia a ella.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y manejo de los abscesos cervicales profundos de cuello representan un desafío para el médico. Con respecto a los datos demográficos de los pacientes, se observó un predominio del sexo masculino, lo que se asemeja a lo descrito en la literatura^{10,11}. Tal como se describe anteriormente,

la edad de los pacientes que fueron diagnosticados como abscesos RF y PF, fue menor que la edad que presentaban los pacientes con abscesos PA. Esto coincide con múltiples publicaciones, donde se expone que los abscesos RF y PF son comunes en la niñez temprana^{8,9,11}, debido a que durante este periodo existen cadenas de linfonodos en el espacio retrofaringeo, los que aproximadamente a la edad de 4 años comienzan a atrofiarse, disminuyendo así la incidencia de estos abscesos a edades mayores^{8,13}. En el caso de los abscesos PA, su incidencia aumenta en la niñez tardía y adolescencia, probablemente porque están más expuestos a infecciones por *Streptococcus pyogenes*^{1,10}.

Sesenta y un por ciento (25) de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico previo a la primera consulta en el HSR, lo que no impidió la evolución a formación de absceso. Gómez y col, expone que 77% de sus pacientes con abscesos profundos habían recibido tratamiento antibiótico previo a la hospitalización³.

En cuanto a la clínica, los abscesos RF y PF, presentaron principalmente aumento de volumen cervical, fiebre y dolor cervical, lo que coincide con la literatura disponible^{14,15}. A su vez, los abscesos PA presentaron odinofagia, fiebre y trismus, lo que es similar a los datos presentados por Chang y cols¹³. A pesar de esto, no siempre la clínica es tan clara, debido a que los síntomas y signos se presentan de forma más sutil en comparación a los adultos. Es por esto es que se considera deseable el uso de imágenes tanto en fase diagnóstica como de seguimiento, siempre y cuando los hallazgos imagenológicos se correlacionen con los hallazgos clínicos, ya que si solo consideramos las imágenes para tomar la decisión de si el paciente requiere o no drenaje, podemos caer en imprecisiones⁹.

En el presente trabajo, a la mayoría de los pacientes (82,9%) se les realizó un TC de cuello con contraste. Esta es la herramienta imagenológica más utilizada en caso de sospecha clínica de abscesos profundos de cuello¹⁶. Existen otros métodos como la ecografía o la resonancia nuclear magnética, los que a diferencia del TC no exponen a radiación. Sin embargo, este último permite definir con mayor precisión la extensión del absceso en comparación a la ecografía, y por otra parte es un procedimiento más rápido que la resonancia¹.

Existen múltiples reportes en relación a la sensibilidad y especificidad del TC para diagnóstico de absceso cervical, reportándose una sensibilidad entre 63%-95%¹⁷⁻²¹ y una especificidad entre 45%-65%²⁰⁻²². Estos valores se explican en parte porque en ocasiones el examen no logra diferenciar entre celulitis y absceso propiamente tal¹⁶. Lazor y cols, realizaron un estudio retrospectivo en donde compararon los hallazgos del TC preoperatorios con los hallazgos intraperatorios de abscesos parafaríngeos y retrofaríngeos. Los hallazgos intraoperatorios confirmaron el reporte del TC en 76,3% de los pacientes, los falsos positivos fueron 13,2% y los falsos negativos de 10,5%¹⁸. De este análisis se infiere que ante la sospecha de un absceso profundo cervical, el TC es buena herramienta diagnóstica^{10,12,13,16}, sin embargo, la decisión de drenaje no solo debe basarse en el diagnóstico radiológico, sino que debe complementarse con los hallazgos clínicos^{16,20}.

Con respecto a los exámenes de laboratorio a los que son sometidos estos pacientes, se obtuvo un valor promedio de glóbulos blancos y PCR elevados en todos los tipos de abscesos profundos (descritos previamente), lo que es reproducido en múltiples publicaciones^{14,17,23}. Nagy y cols propone que valores de leucocitos mayores a 15.000 podrían apoyarnos en el diagnóstico de infecciones profundas de cuello cuando estamos frente a un cuadro clínico sospechoso¹⁷. Ochenta y cinco por ciento (35) de los pacientes fue manejado hospitalizado y 15% (6) en forma ambulatoria. Estos últimos fueron todos pacientes con diagnóstico de absceso PA. Esta conducta concuerda con lo expuesto por Chang y cols, quienes aseveran que los pacientes con diagnóstico de abscesos PA pueden manejarse en forma ambulatoria con antibióticos orales, siempre y cuando no haya persistencia de síntomas o empeoramiento, en tal caso debe ser admitido a un hospital^{13,24}. En el caso de los abscesos RF-PF, al ser éstos de mayor complejidad y tener un alto potencial de complicación, deben manejarse en forma hospitalaria recibiendo altas dosis de antibióticos¹³. Con respecto a los días de hospitalización para cada grupo de pacientes estudiados, los datos obtenidos se asemejan a lo descrito por otros autores. Como se dijo anteriormente, el número total de días de hospitalización del grupo de abscesos RF-PF fue en promedio de 8,2 días,

con un rango entre 2 y 30 días, mientras que en el grupo de abscesos PA, el promedio fue de 3,6 días, con un rango entre 2 y 6 días. Al respecto, Chang y cols, estudiaron a pacientes con abscesos profundos de cuello, y observaron que el promedio de estadía en los abscesos RF fue de 17,8 días, PF de 9,6 días y en los PA una media de 4,1 días¹³. Huang y cols obtuvo un promedio de 7,5 días de estadía, siendo de 10 días para los RF, 7 días para los PF y 5 días para los PA¹⁰. Gómez y cols, en su estudio con pacientes adultos y pediátricos con abscesos profundos, mostraron un promedio de estadía de 5,5 días con un rango entre 1-10 días³. Pudimos corroborar, tanto por nuestros propios resultados como por los publicados en la literatura, que es complejo establecer un número de días de hospitalización para los diferentes grupos, ya que incluso en un mismo tipo de absceso, existen múltiples variables que influyen en la evolución de éstos, como son la edad, duración de los síntomas previo a la consulta, estado inmunológico de cada paciente, nutrición, tipo de tratamiento previo, entre otras. Debido a esto, los rangos que se describen pueden llegar a ser bastante amplios. Por último, pudimos observar que independiente del número de días de hospitalización, todos los pacientes del presente trabajo, lograron ser dados de alta y no presentaron complicaciones posteriores al alta.

La mayor controversia con respecto al manejo de los abscesos profundos de cuello, es si el drenaje quirúrgico siempre debe realizarse como manejo de primera línea. Wong y cols refieren que altas dosis de antibióticos intravenosos son un manejo efectivo de primera línea en pacientes pediátricos estables con abscesos profundos de cuello pequeños (<2 cm) y se podría prescindir de la necesidad de drenaje quirúrgico, siempre que se realice un seguimiento riguroso del paciente²¹. Craig y col, presentan una casuística de 10 pacientes con abscesos RF que fueron tratados exclusivamente con antibióticos, los que tuvieron buena respuesta clínica¹⁵, al igual que Hoffman y cols, quienes obtuvieron resultados satisfactorios en 36 niños con abscesos retrofaríngeos con tratamiento antibiótico exclusivo²³. Además, estos últimos autores refieren que algunas características tales como un eje mayor a 2 cm, ayudarían a predecir una falla al tratamiento médico, por lo que deberían ser drenados desde un principio. De haber un eje

menor a 2 cm se podría manejar medicamente y observar al paciente en forma cercana, pero en caso de no existir mejoría clínica a las 48 horas, debería realizarse un drenaje quirúrgico²³. Si se decide iniciar manejo médico exclusivo, debería existir seguimiento estrecho y bajo umbral para control imagenológico y drenaje, ya que el absceso puede complicarse o extenderse a otros compartimientos²⁵. Otros autores respaldan el drenaje inmediato, argumentando que con este manejo los pacientes tendrían menor estadía hospitalaria y menos tasa de complicaciones, reduciendo así la morbilidad y mortalidad asociada^{9,21}. Kirse y col., exponen una serie de desventajas del tratamiento antibiótico frente al drenaje quirúrgico en una primera instancia, por ejemplo, la necesidad de un curso de antibióticos más prolongado, la posibilidad de ruptura del absceso o su extensión a otros espacios²⁶. Jain y cols estudiaron 510 pacientes pediátricos con abscesos profundos de cuello, concluyendo que la pronta incisión y drenaje junto con antibióticos parenterales son esenciales para el manejo de estas patologías y ayudarían a reducir la morbilidad y mortalidad asociada⁹.

Con respecto al método de aproximación quirúrgica, la incisión y drenaje sigue siendo la forma de tratamiento definitivo en especial en niños que son inmunocomprometidos, o quienes tengan algún tipo de complicación tal como sepsis o compromiso de la vía aérea. Además, debiera utilizarse en los casos donde ha fallado la primera línea de tratamiento antibiótico¹. Sin embargo, la aspiración con aguja se ha convertido en un procedimiento muy utilizado en las últimas décadas, especialmente en los abscesos PA, donde se considera el procedimiento de elección y donde se ha visto una tasa de éxito de hasta 94%¹. Tal como expone Hoffman y cols la aspiración con aguja fina también podría ser suficiente en abscesos retrofaríngeos, cuando ésta logra aspirar pus, pero si no se obtiene secreción se debería utilizar el método de incisión y drenaje^{23,26}.

Con respecto al cultivo, la literatura describe que en la mayoría de los casos en que se logra tomar, éste resulta negativo^{6,9} o polimicrobiano²⁷, aunque también se describen gérmenes como el *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* betahemolítico grupo A y gérmenes anaerobios, los que resultan positivos dependiendo del lu-

gar en donde se inicie la infección¹. En nuestro caso, queremos mencionar lo compleja que fue su recolección, principalmente debido a que en un importante número de pacientes en quienes se realizó drenaje, no se enviaron las muestras a cultivo, iniciándose tratamiento empírico. De los cultivos rescatados tanto para el grupo de los abscesos RF-PF como para los PA, la mayor parte resultaron ser polimicrobianos. Además, quisimos destacar algunos casos de gérmenes poco habituales en este tipo de abscesos, como es el caso del *Actinomyces odontoliticum* y *Enterobacter cloacae*, que requirieron un manejo más cuidadoso y dirigido por infectología. Finalmente, al ser dados de alta, la mayoría de los pacientes se trató con amoxicilina/ácido clavulánico, que ofrece una adecuada cobertura de acuerdo a lo expuesto previamente.

CONCLUSIÓN

Los abscesos profundos de cuello en la población pediátrica, si bien son poco frecuentes, representan un desafío para el equipo médico, no solo en su diagnóstico, sino también en su manejo, ya que, dependiendo de la ubicación de la colección, podemos enfrentarnos a complicaciones que pueden incluso poner en riesgo la vida del paciente. Para lograr un diagnóstico adecuado y de forma oportuna, se requiere una perfecta correlación entre la clínica del paciente, un estudio de laboratorio sugerente (parámetros inflamatorios elevados), y estudio de imágenes (TC de cuello con contraste), de preferencia en todos los casos. Cada una por sí sola no nos ayudará en la adecuada toma de decisiones y solo puede prestarse para confusiones diagnósticas. Si bien lo ideal es realizar estudio imagenológico a todos los pacientes con sospecha de abscesos de cuello, en esta serie solo el 83% de los pacientes fueron sometidos a TC de cuello, lo que escapa al manejo ideal y esperamos mejorar esta cifra a futuro. El tratamiento puede realizarse con distintos enfoques, tanto médicos como quirúrgicos, siempre teniendo en cuenta el potencial riesgo de complicación en caso de mala evolución clínica. Con respecto a esto, aún no está claro qué tamaño de abscesos responden completamente a tratamiento médico, aunque la

mayoría de las publicaciones lo limitan en menos de 20 mm. La terapia antibiótica se realiza con amplia cobertura, por periodos prolongados en los casos más complejos (PF-RF), y en algunas ocasiones requiere manejo en conjunto con infectología

debido que el resultado del cultivo escapa a los gérmenes que encontramos habitualmente. La recuperación de todos los pacientes de nuestra serie fue satisfactoria, incluso aquellos que fueron reintervenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. NICKLAUS P, KELLEY P. Management of deep neck infection. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 1277-96.
2. BRAVO G, MARTELO G, CELEDÓN C, SEYMOUR C. Absceso de espacios profundos del cuello: a propósito de un caso en un niño. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2011; 22: 171-6.
3. GÓMEZ C, PRUZZO E, REYES E, CONTRERAS M, CONTRERAS J, VERGARA V. Absceso y flegmón periamigdalino ¿Lo estamos haciendo bien? *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2006; 66: 185-90.
4. CARBONE P, CAPRA G, BRIGGER M. Antibiotic therapy for pediatric deep neck abscesses: A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76: 1647-53.
5. CACCAMESE J, COLETTI D. Deep Neck Infections: Clinical Considerations in Aggressive Disease. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2008; 20: 367-80.
6. DUVAL M, DANIEL S. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses or phlegmons in children. Is there an association with adenotonsillectomy? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72: 1765-9.
7. CRUZ D, BAYER C, DURÁN J, ROJAS K, IBACACHE F. Absceso retrofaríngeo en lactante menor. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2017; 77: 435-40.
8. JAIN A, SINGH I, MEHER R, RAJ A, RAJPUROHIT P, PRASAD P. Deep neck space abscesses in children below 5 years of age and their complications. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2018; 109: 40-3.
9. CHENG J, ELLEN L. Children with deep space neck infections: our experience with 178 children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 148: 1037-42.
10. HUANG C, HUANG F, CHIEN Y, CHEN P. Deep neck infections in children. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 2017; 50: 627-33.
11. AL-SABAH B, BIN SALLEEN H, HAGR A, CHOI-ROSEN J, MANOUKIAN J, TEWFIK T. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol* 2004; 33: 352-5.
12. MEYER A, KIMBROUGH T, FINKELSTEIN M, SIDMAN J. Symptom duration and CT findings in pediatric deep neck infection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 140: 183-6.
13. CHANG L, CHI H, CHIU N, HUANG F, LEE K. Deep neck infections in different age groups of children. *J Microbiol Immunol Infect* 2010; 43: 47-52.
14. PAGE N, BAUER E, LIEU J. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 138(3): 300-6.
15. CRAIG F, SCHUNK J. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003; 111: 1394-8.
16. MALLOY K, CHRISTENSON T, MEYER J, TAI S, DEUTSCH E, BARTH P, O'REILLY R. Lack of association of CT findings and surgical drainage in pediatric neck abscesses. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72: 235-9.
17. NAGY M, PIZZUTO M, BACKSTROM J, BRODSKY L. Deep neck infections in children: a new approach to diagnosis and treatment. *Laryngoscope* 1997; 107: 1627-34.
18. LAZOR J, CUNNINGHAM M, EAVEY R, WEBER AL. Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 111: 746-50.
19. UNGKANONT K, YELLON R, WEISSMAN J, CASSELBRANT M, GONZÁLEZ-VALDEPEÑA H, BLUESTONE C. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112: 375-82.

20. VURAL C, GUNGOR A, COMERCI S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. *Am J Otolaryngol* 2003; 24: 143-8.
21. WONG D, BROWN C, MILLS N, SPIELMANN P, NEEFF M. To drain or not to drain Management of pediatric deep neck abscesses: A case control study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76: 1810-3.
22. LALAKEA L, MESSNER A. Retropharyngeal Abscess Management in Children: Current Practices. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121: 398-405.
23. HOFFMANN C, PIERROT S, CONTENCIN P, MORISSEAU-DURAND M, MANACH Y, COULOIGNER V. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011; 75: 1099-103.
24. Lamkin R, Portt J. An outpatient medical treatment protocol for peritonsillar abscess. *Ear Nose Throat J* 2006; 85: 658-60.
25. CACCAMESE J, COLETTI D. Deep neck infections: clinical considerations in aggressive disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008; 20: 367-80.
26. KIRSE D, ROBERSON D. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope* 2001; 111: 1413-22.
27. ROBERSON D. Pediatric Retropharyngeal Abscesses. *Clin Ped Emerg Med* 2004; 5: 37-40.

Correspondencia: Jorge Astudillo Silva
Marcoleta 350, Centro de Especialidades Médicas. Santiago, Chile
E mail: Jastudillo_s@hotmail.com