

11236

19
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI

**MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS
PROFUNDOS DE CUELLO**

T E S I S

PARA OBTENER DIPLOMA EN
LA ESPECIALIDAD DE

OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. LETICIA HERNANDEZ PORTILLA

ASESOR: DRA. MARTHA E. RAMIREZ MARTINEZ



IMSS

MEXICO, D.F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

CENTRO MEDICO NACIONAL 8 XXI

**MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS
PROFUNDOS DE CUELLO**

T E S I S

PARA OBTENER DIPLOMA EN
LA ESPECIALIDAD DE

OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. LETICIA HERNANDEZ PORTILLA

ASESOR: DRA. MARTHA E. RAMIREZ MARTINEZ



IMSS

MEXICO. D.F.,

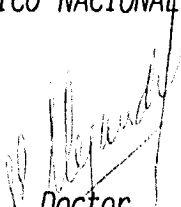
1 9 8 5



Doctor

NIELS H. WACHER RODARTE

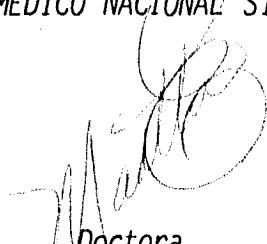
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



Doctor

MANUEL LEE KIM

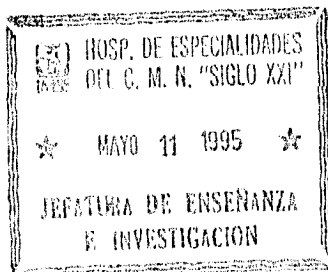
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



Doctora

MARTHA E. RAMIREZ MARTINEZ

MEDICO ADSCRITO
SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



AGRADECIMIENTOS

DR. MANUEL LEE KIM

GRACIAS POR LA CONFIANZA
QUE DEPOSITO EN MI,
POR PERMITIRME
SER ALUMNO DE ESTA GRAN ESCUELA

POR COMPARTIRME SU EXPERIENCIA Y
EJEMPLO DE SUPERACION,
CUYA INFLUENCIA ME GUIO
EN MI DECISION
DE IMITAR SU
INVALUABLE EJEMPLO DE
ETICA Y PROFESIONALISMO

DRA MARTHA E. RAMIREZ MARTINEZ

A QUIEN CONSIDERO
APARTE DE ASESOR
TAMBIEN UNA AMIGA
POR SU VALIOSA ASESORIA,
EMPEÑO Y TOLERANCIA
QUE ME PROPORCIONO
PARA LLEVAR A CABO
ESTA INVESTIGACION
POR SU PREOCUPACION Y PACIENCIA
POR MOSTRAR EN MI,
EL DESEO DE APRENDER
Y ENCONTRAR SABIAMENTE
EL CAMINO DE LA SUPERACION CONSTANTE

A CADA UNO DE MIS MAESTROS

POR SER PUNTOS
CLAVES E IMPORTANTES DE
MI FORMACION ACADEMICA
ESTIMULANDOME CONSTANTEMENTE
CON SU ENSEÑANZA Y DEDICACION

Y A MIS PADRES

FRANSCISCO HERNANDEZ ALMAZAN
FRANSCISCA PORTILLA GARCIA

EN AGRADECIMIENTO
POR TODO SU AMOR Y CONFIANZA
DEPOSITADA EN MI,
DURANTE TODA MI VIDA,
A SU EMPEÑO Y PREOCUPACION POR
INFLUENCIAR CON SU EJEMPLO Y APOYO,
PARA NO DESVIARME DEL CAMINO RECTO DE LA VIDA
Y LA BUENA FORMACION COMO SER HUMANO.

A MI ESPOSO

LUIS DIAZ MAYA
GRACIAS POR COMPARTIR CONMIGO
MOMENTOS DIFICILES POR BRINDARME
TU AMOR, COMPRESION DE PAREJA Y
ESTIMULO EN EL MOMENTO PRECISO,
A TUS CONSEJOS Y APOYO OPORTUNO.

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS

MARY, ROCIO, FRANCISCO, MAURY Y CHAVE
RIKIS, PAQUITO, KARLA Y ANDREA
QUE ME DIERON FUERZAS
PARA NO DEJARME VENCER
POR LA ADVERSIDAD DE LA VIDA.

A MIS SUEGROS

ANTONIO DIAZ BUENROSTRO
GLORIA MAYA GALICIA
POR SU APOYO E INTERES EN MI FORMACION

A MIS AMIGOS

LETY, BANKY, ALICIA, PATY, ADA,
TERE, GUSTAVO, ALEJANDRO Y PEPE
AMIGOS DE AYER, HOY Y SIEMPRE
POR SU AMISTAD INCONDICIONAL

**SOBRE TODO DOY GRACIAS A DIOS,
QUIEN PACIENTEMENTE CONDUJO MI APRENDIZAJE
A TRAVES DE LOS AÑOS Y CONTINUA HACIENDOLO HOY**

INDICE

	<i>pág.</i>
ANTECEDENTES	1
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y METODOS	7
DISEÑO DEL ESTUDIO	7
UNIVERSO DE TRABAJO	8
VARIABLES INDEPENDIENTES	8
VARIABLES DEPENDIENTES	8
PORCENTAJE DE CULTIVOS POSITIVOS	9
PRINCIPALES GERMENES CULTIVADOS	9
PRINCIPALES PUNTOS DE ORIGEN PARA SU FORMACION	10
SELECCION DE LA MUESTRA	10
CRITERIOS DE INCLUSION	11
CRITERIOS DE EXCLUSION	11
ANALISIS ESTADISTICO	11
CONSIDERACIONES ETICAS	12
RESULTADOS	13
DISCUSION	15
COMENTARIO	16
GRAFICAS	17
TABLA	24
BIBLIOGRAFIA	25

ANTECEDENTES

El absceso profundo de cuello, infección de tejidos blandos que afecta los diversos compartimentos de la cabeza el cuello y su contenido con riesgo potencial de extensión por vía linfática, sanguínea o por vía directa dependiendo del sitio de origen, cuya diseminación afectará por contigüidad base de craneo ó tórax con grandes posibilidades de complicaciones como: mediastinitis, pericarditis, trombosis de vena yugular y septicemia, que incrementan la morbimortalidad de la enfermedad y prolongan por consecuencia la estancia intrahospitalaria, a pesar del manejo médico-quirúrgico. ^{1,3,6}

Cabe recordar que la mayor parte de las enfermedades infecciosas que afectan al hombre provienen de fuentes endógenas causadas por miembros de la micro flora normal que se aloja en la cavidad oral, vías respiratorias altas (VRS), aparato digestivo etc. El origen del absceso profundo del cuello (APC) es diverso encontrando tres causas principales: infección de vías respiratorias altas, Odontogénico y secundario a trauma. ^{1,2,4,7,11}

Con el fin de comparar la microbiología del APC, (resultado de este estudio) y la flora normal aerodigestiva, vale la pena señalar que la flora normal que encontramos en la cavidad oral y VRS se constituye por Aerobios: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus mutans, Streptococcus alfa y beta hemoliticús, Streptococcus salivarius y Haemophilus influenza. El Streptococcus del tipo alfa predomina en la flora residente de las membranas mucosas de la cavidad oral y de la faringe. También se encuentran otros tipos de bacterias ANAEROBIAS: Peptoestreptococcus, Fusobacterias, Bacteroides

melaninogenicus, *Actinomicetos* y *Lactobacilos*. Dentro de los patógenos más frecuentemente involucrados en las infecciones dentales, se encuentran los siguientes: en absceso periapical *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides melaninogenicus*, y *Peptoestreptococcus*; en absceso periodontal *Neisseeria catarrhalis*, *Lactobacilos*, Bacterias Fusiformes, *Bacteroides melaninogenicus* y *Espiroquetas*^{8,12}; los abscesos postextracción de dentición completa se encuentran *Lactobacilos*, *Levaduras*, *Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus* y *Bacteroides*^{9,12}.

La faringoamigdalitis es la entidad que se puede considerar el común denominador en la patología de VRS, puesto que de allí la infección puede diseminarse a otros sistemas encontrando los siguientes gérmenes en los cultivos: *Streptococcus Beta hemoliticus*, *Haemophylus influenza*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae*, *Bramhanella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Peptoestreptococcus*, *Fusobacterium* y especies *Bacteroides*.^{1,9,10} En Sinusitis encontramos los siguientes gérmenes: *Streptococcus pneumoniae*, *Bramhanella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus viridans*, *Peptoestreptococcus*, *Bacteroides melaninogenicus*¹⁰. En patologías como otitis media, obteniéndose los cultivos por medio de timpanocentesis, se han cultivado *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophylus influenza*, *Streptococcus beta hemoliticus*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Peptoestreptococcus*, *Bacteroides melaninogénicus*.^{10,11}

Una vez que revisamos los microorganismos de la flora normal, y los gérmenes asociados a la patología inicial que da lugar al desarrollo del APC. Revisamos los reportes de microbiología realizados en otros hospitales, se observó que los gérmenes identificados en cultivos positivos en su mayoría fueron microorganismos

AEROBIOS, ANAEROBIOS Y FLORA MIXTA. Los porcentajes obtenidos de Aerobios: van de 6 % hasta 90%, siendo los más frecuentes *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus alfa y beta hemoliticus*, *Haemophilus influenza*, también se han observado gérmenes Gram negativos en pacientes inmunocomprometidos tales como *Klebsiella*, *Escherichia coli*.^{5,7-9}

Los porcentajes obtenidos de gérmenes ANAEROBIOS van de 9% hasta 42% observandose principalmente: *Bacteroides melanogénicus*, *Bacteroides fragilis*, *Peptoestreptococcus* y *Fusobacterium*⁹. La frecuencia de cultivos positivos con presencia de gérmenes aerobios y anaerobios (MIXTA) es la siguiente: de 14% hasta 79% encontrando principalmente: *Bacteroides melanogénicus*, *Bacteroides fragilis*, *Peptoestreptococcus*, *Streptococcus milleri*, *Staphylococcus aureus*. Se encontraron organismos productores de *Betalactamasa* en un 46% tales como *Staphylococcus aureus* y *Bateroides melanogénicus*.

INTRODUCCION

El absceso profundo de cuello es una entidad cuya etiología, fisiopatología y manejo ha sido bien descrita en la literatura, y clásicamente se clasifica según su origen anatómico. En lo que respecta a la microbiología, existen divergencias entre los reportes publicados, con gran diferencia y variabilidad en la frecuencia de la flora encontrada. El presente trabajo está enfocado al aspecto microbiológico en las infecciones profundas de cuello, con el objetivo de identificar los gérmenes patógenos implicados en APC en nuestro medio (HE CMN SXXI México D.F.), ya que no contamos con estudios nacionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. *¿Cuál es el porcentaje de cultivos positivos en el absceso profundo de cuello?*
2. *¿Cuál son los principales gérmenes cultivados en el absceso profundo de cuello ?*
3. *¿Cuáles son los principales puntos de origen para la formación de absceso profundo de cuello ?*

OBJETIVOS

1. *Identificar el porcentaje de cultivos positivos en absceso profundo de cuello.*
2. *Identificar los principales gérmenes en cultivos de absceso profundo de cuello.*
3. *Identificar los principales puntos de origen para la formación de absceso profundo de cuello.*

MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio prospectivo, descriptivo, que incluyó a todo paciente con diagnóstico de APC, no tratado previamente, que ingresó para tratamiento médico-quirúrgico, en el período comprendido del 1º de Junio 1994 al 31 de Enero 1995. Se realizó cultivo de secreción de absceso, con toma de muestra en quirófano previa a desbridación quirúrgica, mediante punción con técnica estéril.

El material obtenido se sembró en medio de cultivo para aerobios y anaerobios, la punción se llevó a cabo con punzocat No 14 y jeringa de 10cc, la muestra se vacio totalmente en el frasco de cultivo mixto.

Las siembras para gérmenes aerobios se realizaron en gelosa sangre, chocolate y Mac Conkey's, se realiza frotis para hacer lectura directa inmediata, se siembra en medio de Tioglicolato observando diariamente si es positiva o turbia, si ésta es turbia se realiza una resiembra en los medios de cultivo antes mencionados, se da por concluída a los 7 días. Las siembras para gérmenes anaerobios se realizan en gelosa sangre anaeróbica (atmosfera de anaerobiosis) y chocolate (atmosfera de CO₂) se observa durante 48 hrs sin sembrar y dependiendo del tipo de crecimiento se realizará la siembra, finalmente se lee a las 72 hs.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Serie se casos.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes que ingresaron al servicio de cirugía de cabeza y cuello del H.E. C.M.N.SXXI, con diagnóstico de absceso profundo de cuello valorados dependiendo de la clasificación de Grodinsky y Holyoke.

VARIABLES DE ACUERDO A LA METODOLOGIA

VARIABLES INDEPENDIENTES

Absceso profundo de cuello, es una infección de tejidos blandos que afecta 2 ó mas compartimentos de cabeza y cuello, su diseminación puede ser linfática, sanguínea o directa. La etiología es diversa y por orden de frecuencia se encuentran secundario a infecciones de vías respiratorias altas, Odontogénico y traumático. La microbiología o gérmenes patógenos observados en cultivos, dependen del sitio de origen, observandose aerobios, anaerobios y mixta. El tratamiento es médico-quirúrgico, las complicaciones pueden ser tan graves como mediastinitis, pericarditis, trombosis de vena yugular hasta septicemia.

VARIABLES DEPENDIENTES

- A. *Porcentaje de cultivos positivos.*
- B. *Principales gérmenes cultivados.*
- C. *Principales puntos de origen para su formación.*

DESCRIPCION OPERATIVA

PORCENTAJE DE CULTIVOS POSITIVOS

Los cultivos fueron positivos al identificar los microorganismos o gérmenes que causarón el proceso infeccioso apartir de la siembra del material obtenido en el drenaje de absceso en quirófano, mediante punción aspiración, previo ala incisión con punzocat num 14 y jeringa de 10cc.

PRINCIPALES GERMESES CULTIVADOS

Se ha observado una gran variedad de gérmenes en cultivos de absceso profundo de cuello descritos en la literatura, tales como gérmenes AEROBIOS, ANAEROBIOS Y MIXTO. Los gérmenes aerobios se han encontrado de 65% hasta 90% entre los principales gérmenes encontramos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus alfa* y *beta hemoliticus*, *Haemophylus influenza*, Gram negativos como *Klebsiella*.

Los gérmenes anaerobios se han encontrado de 95% hasta 42%, principalmente: *Bacteroides melanogéniccus*, *Bacteroides fragilis*, *Peptoestreptococcus* y *Fusobacterium*. Por último la asociación de ambos (mixta) encontrando de 14% hasta 79% principalmente: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus milleri*, *Bacteroides melanogéniccus*, *Peptoestreptococcus*, *Fusobacterium*; este último es muy agresivo, causando gran destrucción de tejidos.²⁶

PRINCIPALES PUNTOS DE ORIGEN PARA SU FORMACION

Las causas del absceso profundo de cuello son diversas y por orden de frecuencia se van a observar; infecciones de vías respiratorias superiores faringoamigdalitis, sinusitis, otitis media; en segundo lugar las infecciones de origen odontogénico, absceso periapical, parodontal y postextracción dental; y por último de origen traumático, postextracción de cuerpo extraño, y yatrogénico

1.2.4.7-11

SELECCION DE LA MUESTRA

El número de pacientes que ingresarán al servicio de cirugía de cabeza y cuello para tratamiento médico-quirúrgico de absceso profundo de cuello, durante los siguientes 8 meses.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó a todo paciente con diagnóstico de absceso profundo de cuello con afección de 2 ó mas espacios potenciales de cuello según la clasificación de Grodinsky y Holyoke, valorados por medio de TC y USG.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Paciente con diagnóstico de absceso profundo de cuello en fase de celulitis.

Paciente con complicaciones secundarias a absceso profundo de cuello como mediastinitis.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realiza estadística descriptiva en base a tablas de frecuencia.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con los protocolos de estudio de un paciente con absceso profundo de cuello. dentro de la literatura se debe realizar toma de muestra para cultivo previamente al drenaje sin esto ocasionar daño alguno, ya que se realiza por personal especializado y bajo las medidas necesarias.

RESULTADOS

El universo de trabajo lo formaron 29 pacientes con diagnóstico de APC 18 del sexo masculino (62%), y 11 sexo femenino (37.9%); el rango de edad varió entre 20 y 87 años con una media de 46.3 ± 16.5 . El tiempo de evolución varió de 3 a 60 días obteniendo una media de 10 días.

La enfermedad sistémica subyacente que predominó fue Diabetes Mellitus, 16 pacientes (55.1%) (gráfica 2); el origen predominante fue Odontogénico 23 pac. (79.3%), segundo lugar VRS, 2 pac. (6.8%), en tercer lugar el traumático 1 pac. (3.4%), y el resto 3 pac. (10.3%), negaron antecedentes. (gráfica 1)

Los pacientes que recibieron tratamiento previo con antibióticos fueron 13 (44.8%), y sin tratamiento 13 pac. (44.8%); con respecto al laboratorio el único parámetro que llama la atención es la fórmula blanca, con una media de leucocitos de 15 000 x ml. Los abordajes realizados fueron por vía externa 25 pacientes (26.2%); oral únicamente 3 pac. (10.3%); oral y externo 1 pac. (3.4%).

Los espacios afectados por orden de frecuencia fueron submandibular (58.6%), Submentoniano (51.7%), Submaxilar (34.4%), parafaríngeo (13.7%), parotídeo (10.3%), retrofaríngeo, Faringomaxilar, Pretiroideo y visceral vascular (6.8%), respectivamente. Se realizó traqueostomía a 6 pacientes (20.6%), el tratamiento utilizado al ingreso fue Penicilina Sódica Cristalina (PSC), asociada a metronidazol 62%, PSC asociada a Clindamicina 6.8, Cefalosporina de 3ª

generación asociada a metronidazol 17.2%. Cefalosporina 3ª generación asociada a Clindamicina 10.3%.

Del total de pacientes únicamente 13.7% requirió atención de UCI. Las complicaciones que se presentaron fueron neumonía de focos múltiples 2 pac. (6.8%), mediastinitis 2 pac. (6.8%), y osteomielitis 1 pac. (3.4%). Los resultados de desarrollo obtenidos del total de cultivos realizados fueron 29 de 29 (100%); (gráfica 4). Con un predominio de desarrollo único (52%); y desarrollo múltiple (48%); (gráfica 3).

En el desarrollo de gérmenes múltiples se encuentra una variabilidad de Aerobios-Aerobios (21%); Anaerobios-Anaerobios (3%); Aerobios-Anaerobio (17%); Aerobios-Hongo (7%); (gráfica 6.8). En el desarrollo de gérmenes Únicos existe un predominio de gérmenes Aerobios (41%); Anaerobios (7%); y Hongos (3%); (gráfica 7). Los cocos Gram positivos predominan sobre todos los gérmenes, presentándose en 47 pacientes.

DISCUSION

Existen reportes en la literatura, cuyos índices de desarrollo de cultivos en APC, varia de un 20% hasta un 70.6%^{4,11}. Llama la atención que en nuestro medio encontramos un 100% de desarrollo en los cultivos, con un predominio de microorganismos aerobios, específicamente cocos Gram positivos, que confirma los hallazgos en los estudios reportados. Es importante mencionar la presencia de levaduras (*Candida*) en 3 pacientes (2 casos con D.M.), no obstante que se menciona en algunos textos, los trabajos clínicos de APC, no lo consideran como flora inicial en pacientes con APC.

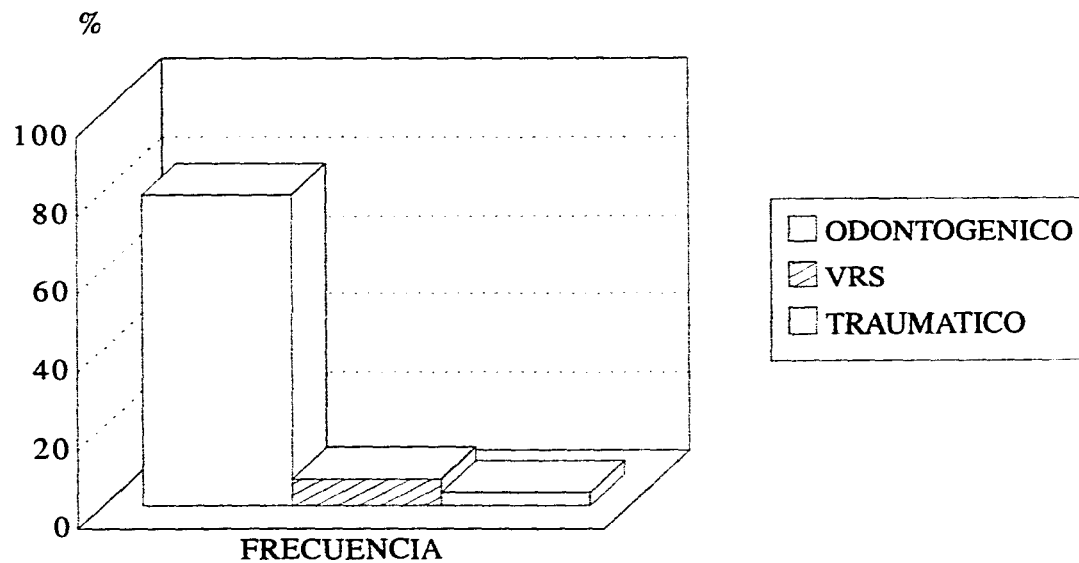
El crecimiento de 1 solo gérmenes: se observo en un 52%, nuevamente en discrepancia con reportes previos, en los cuales esta característica se observa 10.7% a 33.3%.^{4,6,11} Al revisar el numero de cultivos con desarrollo múltiple, que ascienden a un 48% en nuestra serie, se nota la diferencia con otros autores cuya frecuencia es de 25.3% a 37.3%.^{1,2,4,10,11} Podría justificarse, sin ser posible establecer una comparación válida, en el hecho de que el 100% de las muestras sembradas se desarrollaron.

Una discrepancia más se observa en la revisión y comparación del origen del APC, la causa mas frecuente en nuestro medio es Odontogénico, probablemente ocasionado por el nivel sociocultural de los pacientes que tratamos, en comparación con lo reportado por Michel⁴, quien identifica el abuso de drogas intravenosas como 1º causa y la gran mayoría de los reportes que considera a la infección de VRS como punto de origen.

COMENTARIO

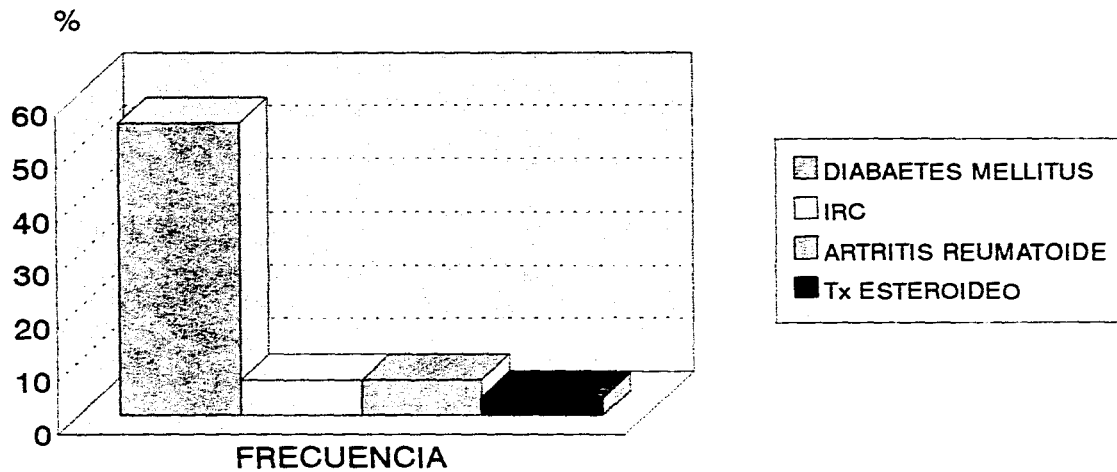
La relevancia de este trabajo, se fundamenta en constituirse en el 1º antecedente, que nos ha permitido conocer la flora involucrada de los abscesos profundos de cuello, en nuestro medio, no obstante que la brevedad de la serie nos imposibilita a identificar los gérmenes asociados según la etiología, si sienta las bases para optimizar el tratamiento médico en los pacientes que desarrollen infecciones cervicales profundas.

MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO SITIOS DE ORIGEN



SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI 1995
GRAFICA I

MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO ENFERMEDADES COEXISTENTES

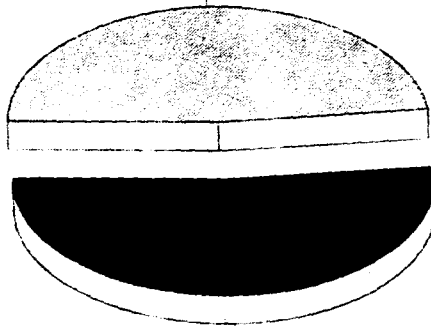


Cx CABEZA Y CUELLO
HE CMN SXXI 1995
GRAFICA 2

**MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO
POSITIVIDAD DE CULTIVOS**

DESARROLLO MULTIPLE

48 %



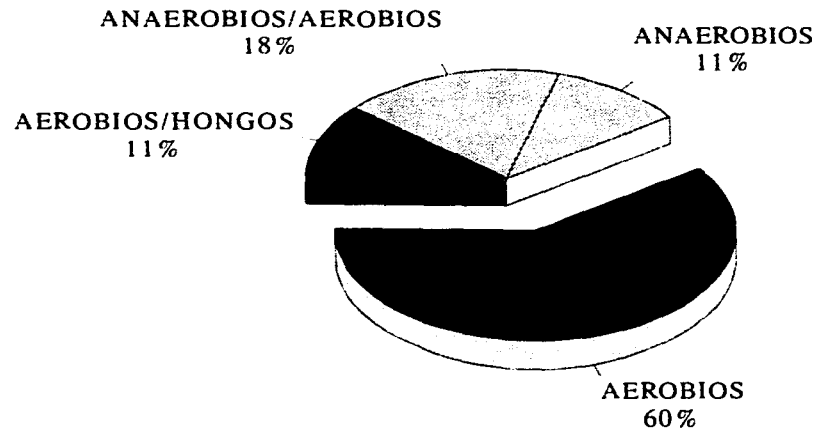
DESARROLLO UNICO

52 %

SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI
GRAFICA3

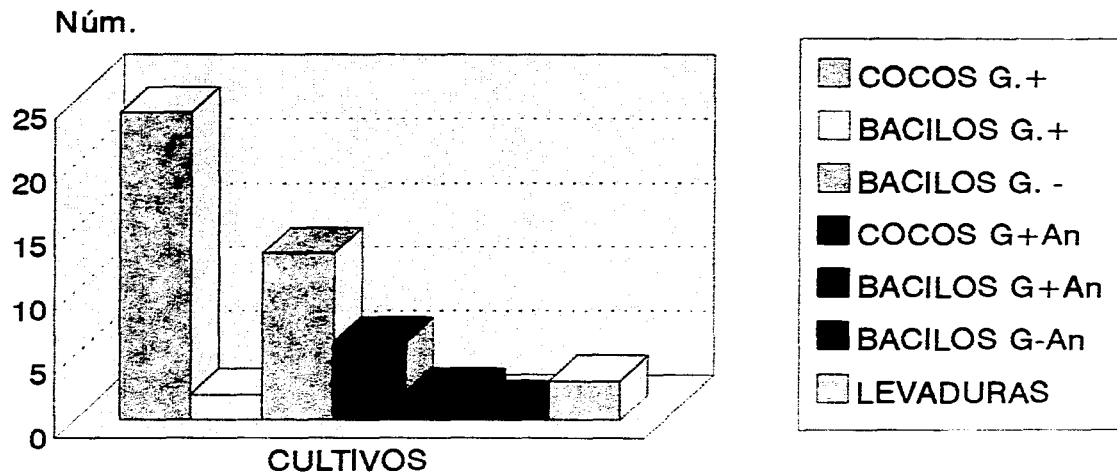
ESTE LIBRO NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO
FRECUENCIA ABSOLUTA DE LOS
MICROORGANISMOS ENCONTRADOS**



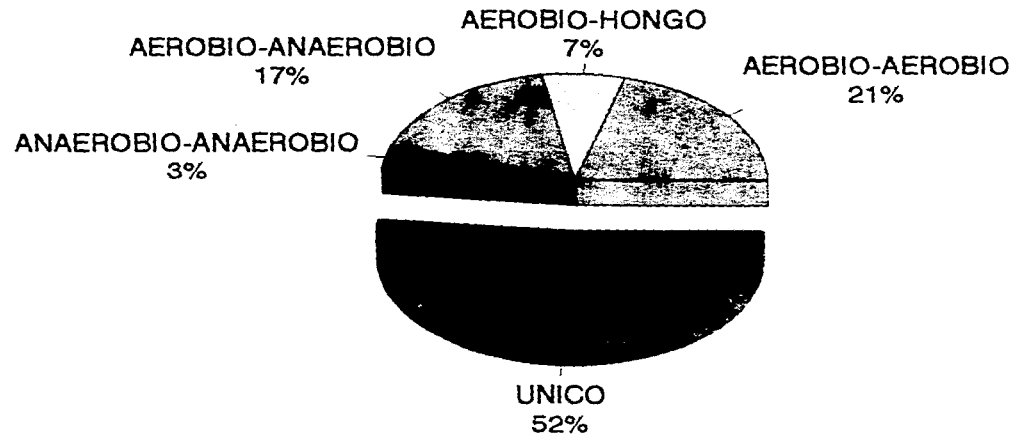
SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI
GRAFICA4

MICROBIOLOGIA EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO FRECUENCIA ABSOLUTO DE LA FLORA ENCONTRADA



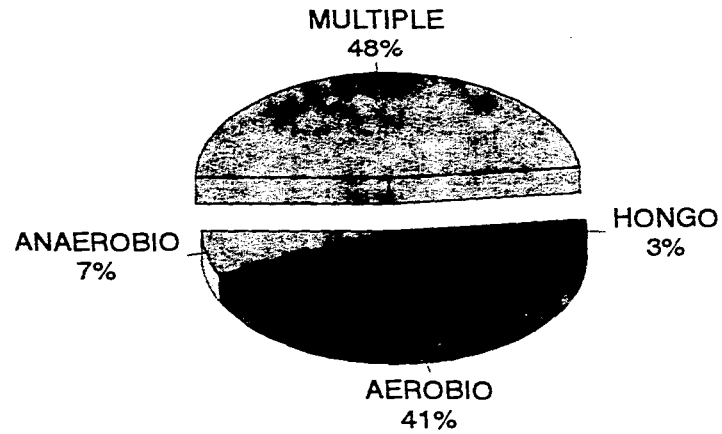
Cx CABEZA Y CUELLO
HE CMN SXXI 1995
GRAFICA 5

**MICROBIOLOGIA EN
ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO
FRECUENCIA ABSOLUTA DE LA FLORA MULTIPLE**



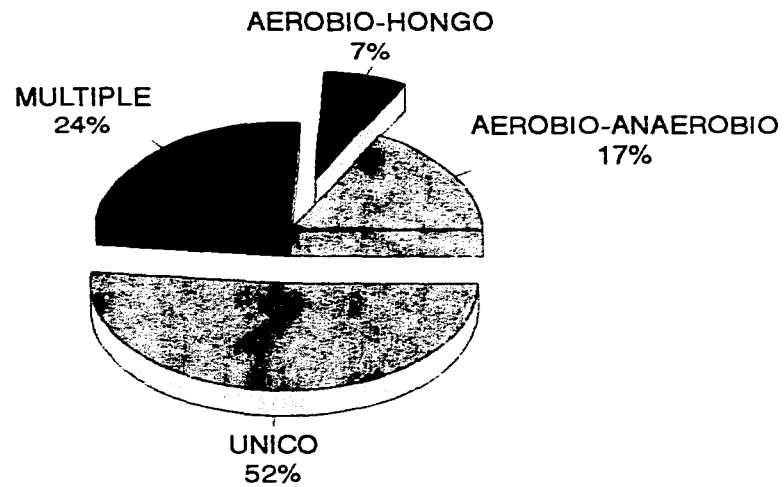
Cx CABEZA Y CUELLO
HE CMN SXX1 1995
GRAFICA 6

**MICROBIOLOGIA EN
ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO
FRECUENCIA ABSOLUTA DE LA FLORA UNICA**



Cx CABEZA Y CUELLO
HE CMN SXX1 1995
GRAFICA 7

**MICROBIOLOGIA EN
ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO
FRECUENCIA ABSOLUTA DE LA FLORA MIXTA**



Cx CABEZA Y CUELLO
HE CMN SXX1 1995
GRAFICA 8

BACTERIOLOGIA AISLADA

AEROBIOS	ANAEROBIOS	LEVADURAS
COCOS GRAM POSITIVOS STREPTOCOCCUS Viridans 6 Intermedius 2 Sanguis 1 Fecalis 3 Bovis 1 Beta Hemoliticus 1 Constellatus 1	COCOS GRAM POSITIVO Peptoestreptococcus 1 Peptoestreptococcus prevoti 2 Peptoestreptococcus Magnun 3	Candida Albicans 3
STAPHYLOCOCCUS Epidermidis 3 Haemolyticus 1 Capitis 1 Aureus 1 Simulans 1 Coagulasa Negativo 2	BACILO GRAM NEGATIVO Fusobacterium 1	
BACILO GRAM NEGATIVO Serratia Morcesium 1 Escherichia Coli 2 Klebsiella Pneumoniae 4 Pseudomona Aureginosa 2 Enterobacter Cloacae 1 Citrobacter Diversus 1 Salmonella Enteritiris 1 Xantomia Maltophyllia 1	BACILO GRAM POSITIVO Propionibacterium 1 Eubacterium Limosum 1	
BACILO GRAM POSTIVO Lactobacilo Casei 1 Corinebacterium G.J.K. 1		

BIBLIOGRAFIA

1. *Itzhak B. Microbiology of Abscesse of the Head and Neck in Children. Ann Otol Rhinol Laryngol 96; 429-433, 1987.*
2. *Larry J. Contemporary Management of Deep Infections of the Neck. J. Oral Maxillofac surg 51; 226-231, 1993.*
3. *James N. Diagnosis and Management decisions in Infeccions of the Deep Facial Spaces of the Head and Neck utilizing computerized Tomography. Laryngoscope 92; 630-633, 1982.*
4. *Michel B. Presentation and Management of Neck Abscesses a retrospective Analysis. Laryngoscope 98; 877-880, 1988.*
5. *Kelvin C. Deep Neck Infections in patients at Risk for Acquired Immunodeficiency syndrome. Laryngoscope 100; 915-918, 1990.*
6. *Gaukroger M.C. Cervicofacial Necrotising fasciitis. British journal of Oral Maxillofacial Surgery 30; 11-14, 1992.*
7. *Jame H. Role of Anaerobic Bacteria in Perimandibular Space infections. Annals suplement 154; 100; 34-39, 1991.*

8. Sherwood L. Microbiology and Antibiotic resistance in odontogenic Infections. *Annals supplement 154; 100; 40-45, 1991.*
9. Sindy M. Role of anaerobic Bacteria in Infections of the Tonsils and Adenoids. *Annals supplement 154; 100; 30-33, 1991.*
10. Jerome O. Role of Anaerobic Bacteria in Infections of the Upper respiratory tract and head and neck. *Annals supplement; 154; 100 49-50, 1991.*
11. Ellen R. Anaerobes in Otitis media and sinusitis. *Annals supplement 154; 100; 14-16, 1991.*
12. Clark A. Posterolateral Cervicotomy in Retropharyngeal Abscesses. *Laryngoscope, 102: 585-587, 1992.*
13. Michel J. Descending necrotizing Mediastinitis Transcervical Drainage is not Enough. *Ann Thorac Surg 49: 780-784, 1990.*
14. William A. *Microbiología Odontológica 1984, Editorial interamericana.*
15. Ann S. Role of Anaerobic Bacteria in sinusitis and its complications. *Annals supplement 154; 100; 17-21 september 1991.*