

11236  
21

2 Ejem.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

**ABSCESOS CERVICALES Y OROFARINGEOS:  
PERSPECTIVA ACTUAL DE SU INCIDENCIA, EVOLUCIÓN,  
MANEJO Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE MEXICO**

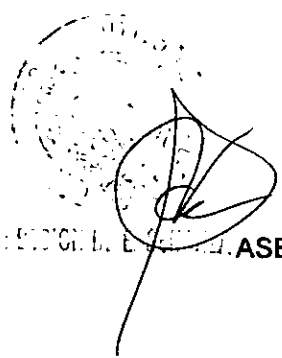
**TESIS**

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
SANTO DOMINGO MEXICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO  
EN LA ESPECIALIDAD DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESENTA

**Dr. Jorge Gómez Molina**



ASESOR: Dr. Rogelio Chavolla Magaña

MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2689/16



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.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
Y ASESOR DE TESI

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Chavolla Magaña', written in a cursive style.

DR. ROGELIO CHAVOLLA MAGAÑA

A MIS MAESTROS

# INDICE

<b>TITULO</b>	<b>PAGINA</b>
Resumen	1
Introducción	2
Definición	4
Consideraciones Anatómicas	6
Figuras 1 y 2	8
Bacteriología	9
Figuras 3 y 4	10
Figuras 5 y 6	11
Consideraciones Diagnósticas	12
Figuras 7 y 8	15
Figura 9	16
Figura 10	17
Complicaciones	18
Tratamiento	19
Figura 11	21
Figura 12	22
Planteamiento del Problema	23
Objetivos	24
Hipótesis	25
Justificación	26

Material y Método	27
Análisis Estadístico	29
Resultados	29
Tabla 1	31
Tabla 2	32
Tabla 3	33
Tabla 4	34
Tabla 5	37
Tabla 6	38
Tabla 7	39
Tabla 8	40
Tabla 9	41
Tabla 10	43
Tabla 11	44
Tabla 12	45
Tabla 13	47
Tabla 14	48
Tabla 15	49
Tabla 16	50
Análisis	51
Discusión	53
Conclusiones	55
Bibliografía	57

## RESUMEN

En el presente estudio se analizaron los expedientes de 55 pacientes ingresados en el servicio de otorrinolaringología del Hospital General de México durante el período de diciembre de 1995 a octubre de 1998, con diagnóstico de ingreso de abscesos de alguno de los diferentes espacios cervicales y orofaríngeos. El rango de edad de estos pacientes fue de entre 7 y 74 años, 34 de ellos del sexo masculino y 21 del sexo femenino. En todos los casos se revisaron los datos clínicos y paraclínicos disponibles relacionados con su estado al momento de su ingreso, así como durante su evolución intrahospitalaria.

Los principales factores causales se relacionaron con infecciones odontogénicas, orofaríngeas y extracciones dentarias, así como un 7.15% de casos sin causa identificada. En la mayoría de los casos el tratamiento con penicilina y metronidazol fue adecuado para la resolución del proceso infeccioso.

La mortalidad se presentó en un 3.63% asociándose a padecimientos agregados del tipo de la diabetes mellitus y la desnutrición; mientras que el porcentaje global de complicaciones fue de un 3.27%. Lo anterior fue comparado con lo reportado en la literatura, encontrando en general, coincidencias importantes en estos aspectos.

## INTRODUCCION

Los abscesos cervicales y orofaríngeos constituyen un grupo de patologías diversas que comparten múltiples factores causales, predisponentes, etiológicos, bacteriológicos y anatómicos que los hacen susceptibles de ser analizados en conjunto en cuanto a su incidencia, evolución, complicaciones y tratamiento. Son además patologías frecuentes en la consulta otorrinolaringológica general, especialmente en un hospital de concentración como el nuestro.

Este estudio consistió en la revisión y análisis de los expedientes de pacientes ingresados en el servicio de otorrinolaringología del Hospital General de México durante el período de diciembre de 1995 a octubre de 1998, con diagnóstico de ingreso de absceso de alguno de los diferentes espacios cervicales y orofaríngeos. En ellos se analizaron la distribución por edad y sexo, los factores causales, la sintomatología, los principales hallazgos físicos, los padecimientos agregados, el tratamiento médico y quirúrgico empleado, la bacteriología de acuerdo a los cultivos, el empleo de estudios de radiología, tomografía y ultrasonido; así como sus complicaciones, tiempo de evolución, remisión de síntomas y de estancia intrahospitalaria.

Tanto los manejos médicos como los quirúrgicos correspondieron en la mayoría de los casos a los recomendados en la literatura mundial. También se



observó concordancia en las tasas de complicaciones y de mortalidad, y en cuanto a los organismos reportados en los cultivos.1,2,3,6,10,16,24,44

## ABSCEOS CERVICALES Y OROFARINGEOS

### DEFINICION.

Los abscesos cervicales y orofaríngeos se definen como procesos infecciosos agudos con acumulo de pus en los diferentes espacios del cuello, así como en la cavidad oral y la faringe. Estos abscesos se han vuelto relativamente poco frecuentes a partir de la introducción de los antibióticos; sin embargo su morbilidad sigue siendo elevada, lo mismo que la tasa de mortalidad asociada a algunas de sus complicaciones. 1, 2, 9, 10, 16, 18, 33, 42, 43, 44

Las principales causas de estos procesos antes de la época de los antibióticos estaban constituidas por extensiones de infecciones faríngeas y amigdalinas hasta en un 70%, siendo el espacio parafaríngeo (faringomaxilar), el más frecuentemente involucrado. Recientemente estos procesos se asocian cada vez con más frecuencia a infecciones odontogénicas en primer lugar y a infecciones de las glándulas salivales, así como a procedimientos quirúrgicos, traumatismos, cuerpos extraños y, al abuso de drogas intravenosas. En la población pediátrica las dos principales causas son: la amigdalitis aguda asociada a abscesos del espacio periamigdalino e infecciones odontogénicas asociadas a abscesos submandibulares. 3, 6, 10, 11, 17, 25, 30, 39, 41, 45

La presentación, extensión, tratamiento y complicaciones de estas entidades dependen de las

características anatómicas de los espacios comprometidos, guardando importante relación con el tiempo de evolución, el estado general del huésped, sus patologías asociadas y la bacteriología particular de cada caso. 2, 5, 12, 22, 31, 37, 44

## CONSIDERACIONES ANATOMICAS.

Las fascias cervicales compuestas por capas de tejido conéctivo fibroso envuelven órganos, músculos, nervios y vasos sanguíneos, dividiendo al cuello en diversos planos y espacios potenciales. Las fascias se dividen en fascia cervical superficial y fascia cervical profunda; esta última subdividida en tres hojas: superficial, media y profunda. 1,2,3,6,9,13,24,27,30,33,38

La fascia superficial es de mínima importancia en los abscesos cervicales y parafaríngeos; y los procesos infecciosos localizados en esta capa por lo general pueden ser manejados con éxito mediante incisión local y drenaje en combinación con antibióticos orales. 1,2,3,6,8,9,16,18,30,33,38

La hoja superficial de la fascia cervical profunda, envuelve al cuello por completo extendiéndose desde la nuca hasta el tórax y la región axilar; terminando anteriormente al nivel de la clavícula y envolviendo al músculo esternocleidomastoideo, al trapecio, al macetero y a la glándula submaxilar y parótida. 1,2,17,20,42,44

La hoja media de la fascia profunda se divide en dos compartimentos: el muscular y el visceral. El primero justo debajo de la hoja superficial rodea al músculo esternohioideo, el esternotiroideo, al tirohioideo y al homohioideo. Abarca desde el hueso hioides hasta el esternón, la clavícula y omoplato. El compartimento visceral envuelve a la traquea, el esófago y la glándula tiroides. Se extiende desde la base del

cráneo hasta el esófago, formando también a la fascia bucofaringea, la cual recubre a la faringe posterior y envuelve a los músculos constructores y bucinadores. 5, 9, 10, 12, 33, 37, 40, 45

La hoja profunda de la fascia profunda rodea por completo a los grandes vasos y se divide en una porción prevertebral y una alar. Se extiende desde la base del cráneo hasta el coxis, formando la pared posterior del llamado "espacio peligroso" y la pared anterior del espacio vertebral. 1, 8, 19, 20, 33, 36, 41, 44

Las tres hojas de la fascia profunda forman la vaina carotídea, que va desde la base del cráneo a través del espacio parafaríngeo hasta el tórax.

La fascia cervical profunda divide al cuello en varios espacios, los cuales comunican entre sí. De esta forma las infecciones pueden extenderse siguiendo rutas más o menos predecibles a través de los puntos de menor resistencia. 1, 2, 3, 6, 9, 13, 24, 27, 30, 33, 38

Los espacios así conformados incluyen al espacio retrofaríngeo, "el espacio peligroso", el espacio prevertebral y el espacio vascular; todos ellos extendiéndose a todo lo largo del cuello. Por otro lado, el espacio parafaríngeo (faringomaxilar), el espacio submandibular, el parotídeo, el masticador, el periamigdalino y el temporal se encuentran comprendidos en la región suprahioides del cuello. Finalmente, el espacio visceral ubicado en la línea media del triángulo anterior del cuello, abarca la región infrahioides. 2, 4, 7, 19, 25, 28, 37, 40

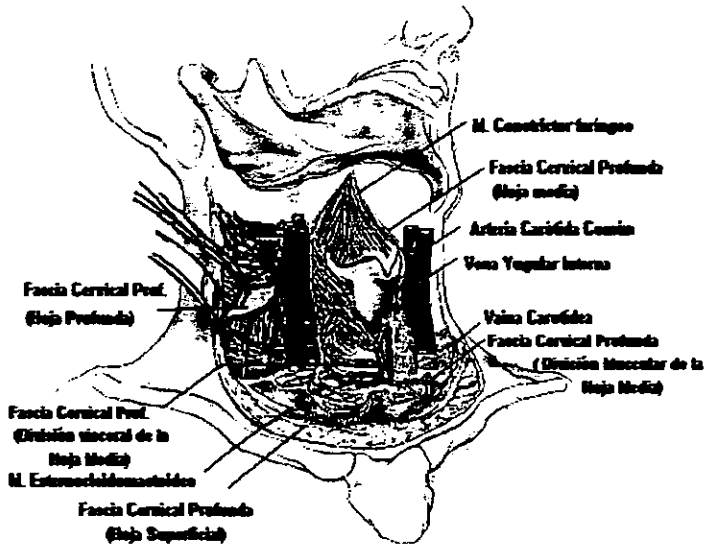
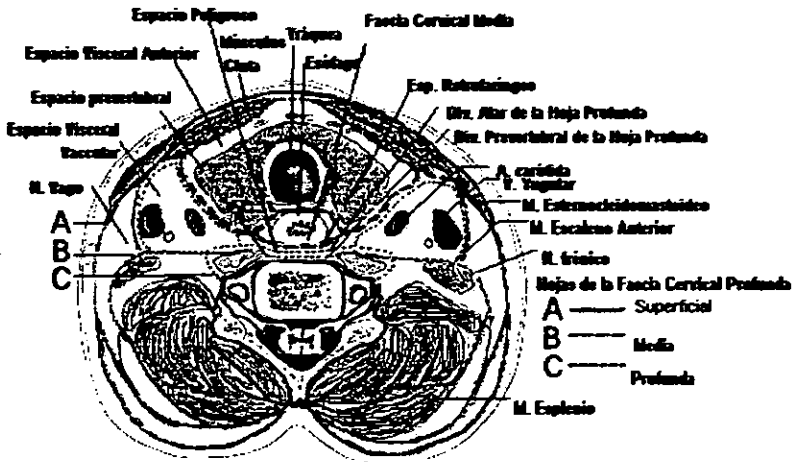


FIG. 1 (arriba) Panorámica de las fascias cervicales y sus contenidos  
 FIG. 2 (abajo) Corte transversal del cuello y las tres hojas de la fascia profunda a nivel de la tiroides



**BACTERIOLOGIA.**

Una gran variedad de organismos están implicados en los abscesos cervicales y orofaríngeos. La mayoría de los abscesos contienen flora mixta. Algunos estudios indican que en promedio existen cinco tipos diferentes de bacterias en cada absceso.

Los patógenos predominantes en este tipo de infecciones son: streptococos alfa-hemolíticos, stafilococos, Neisseria, Klebsiella y Haemophilus dentro del grupo de los organismos aerobios.

Los organismos anaerobios participantes con frecuencia incluyen a los Bacteroides, Peptoestreptococos y Fusobacterias. Sin embargo, su identificación es difícil en la mayoría de los casos debido a la falta de disponibilidad de medios de cultivo apropiados y otros problemas técnicos asociados. 1, 2, 11, 16, 23, 37, 39, 42, 44

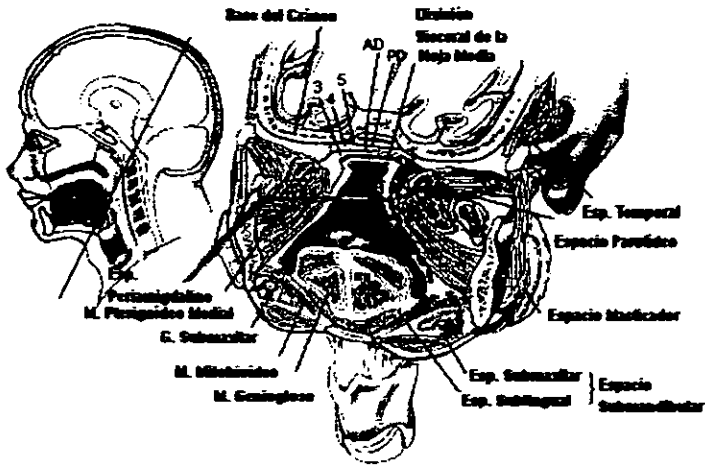
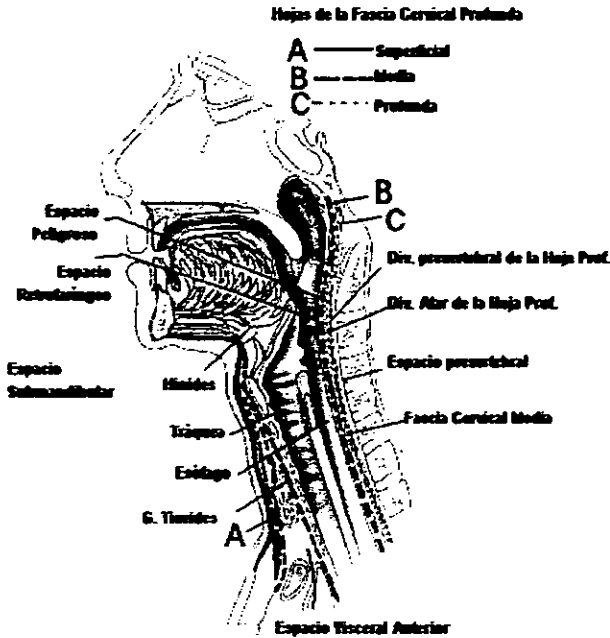


FIG. 3 (arriba) Corte oblicuo a nivel de base de lengua demostrando espacios y fascias cervicales

FIG. 4 (abajo) Corte sagital de cuello demostrando espacios cervicales y hojas de la fascia profunda del cuello.





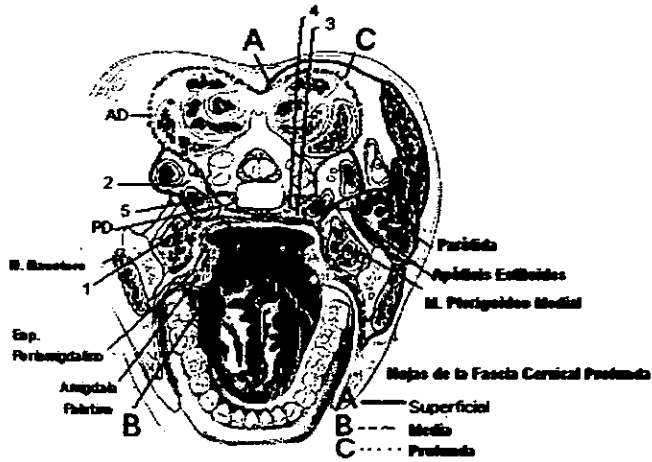
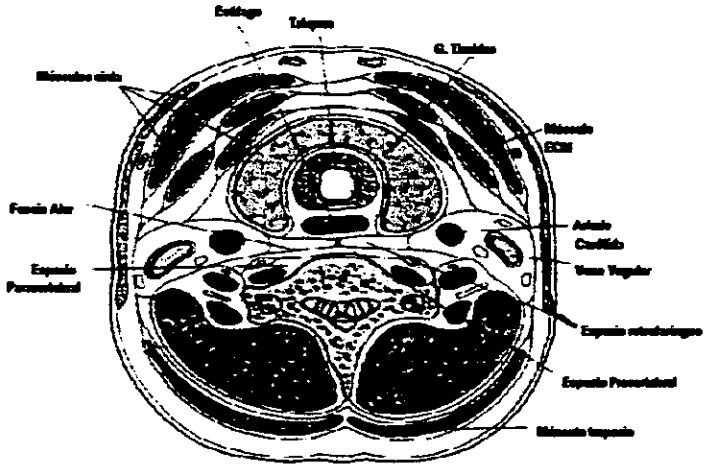


FIG. 5 (arriba) Corte coronal oblicuo a nivel del istmo de las fauces y hojas de la fascia profunda del cuello.

FIG. 6 (abajo) Corte axial del cuello demostrando los espacios cervicales y sus contenidos.



B

## CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS.

El diagnóstico de las infecciones profundas de cuello y de orofarínge se ha vuelto más complejo a partir del advenimiento de los antibióticos debido a que muchos de sus signos y síntomas pueden verse enmascarados, ocasionando con ello que el diagnóstico se retrase o se omita, favoreciendo también de esta forma la presentación de complicaciones serias.

En muchos casos la sola exploración física no basta para diferenciar entre verdaderos abscesos y procesos infecciosos en fase de flemón o de celulitis, los cuales constituyen los estadios previos al acumulo de pus que define en si a los abscesos. Ello puede ocasionar el manejo inadecuado de estas entidades aumentando sus riesgos, así como provocar procedimientos y molestias innecesarias para el paciente. Es por lo anterior, que los estudios de imagen constituyen un gran apoyo diagnóstico.

Las placas simples de rayos X, así como las teleradiografías de tórax brindan información de primera mano para la evaluación de la vía aérea, la formación de gas dentro del absceso, la posibilidad de edema pulmonar, neumotórax, neumomediastino o derrame pleural, siendo estudios de fácil acceso y bajo costo.

El ultrasonido, por otro lado, es un estudio no invasivo relativamente económico que puede ser empleado para la valoración complementaria de estos pacientes. Algunos autores reportan que el

ultrasonido es útil hasta en un 90% para confirmar la presencia de un absceso periamigdalino y diferenciarlo de un flemón. Este estudio tiene la ventaja adicional de poder guiar la punción-aspiración con aguja. El Doppler color permite también valorar, en algunos casos, el compromiso de las estructuras vasculares de una forma dinámica.

La tomografía computada brinda una mayor resolución que la tomografía convencional, siendo mucho más específica para diferenciar entre absceso y flemón o celulitis, además de evidenciar con claridad a las estructuras involucradas. Por su especificidad y sensibilidad, se considera el estudio de elección. 1,2,4,8,11,16,22,26,39,41,43,44

La correcta evaluación del estado general del paciente, así como de las patologías asociadas particularmente las sistémicas y crónico-degenerativas, puede prevenir la evolución tórpida y disminuir importantemente la tasa de morbi-mortalidad que conllevan estos padecimientos. Es también importante no pasar por alto los posibles diagnósticos diferenciales que incluyen lesiones congénitas y procesos neoplásicos, todos los cuales pueden presentarse acompañados de o simulando abscesos.

Es especialmente importante la valoración de la permeabilidad de la vía aérea y la oportuna realización de una traqueostomía, o en contados casos, la colocación de una sonda orotraqueal.

Idealmente los pacientes deben ser sometidos a hemocultivos, así como a punción aspiración para obtener material para cultivo. Algunos autores como Herzon promueven el empleo de la punción-aspiración en los abscesos cervicales, no solamente con fines diagnósticos, sino como parte importante de su terapéutica; combinándola en ocasiones con aspiraciones repetidas a través de catéteres . 4, 6, 9, 11, 15, 16, 29, 34, 40



FIG. 7 (arriba) Radiografía simple lateral de cuello demostrando un absceso retrofaringeo con un cuerpo extraño impactado

FIG. 8 (abajo) Tomografía axial computada por debajo del borde inferior de la mandíbula demostrando gas y pus en el espacio submaxilar.



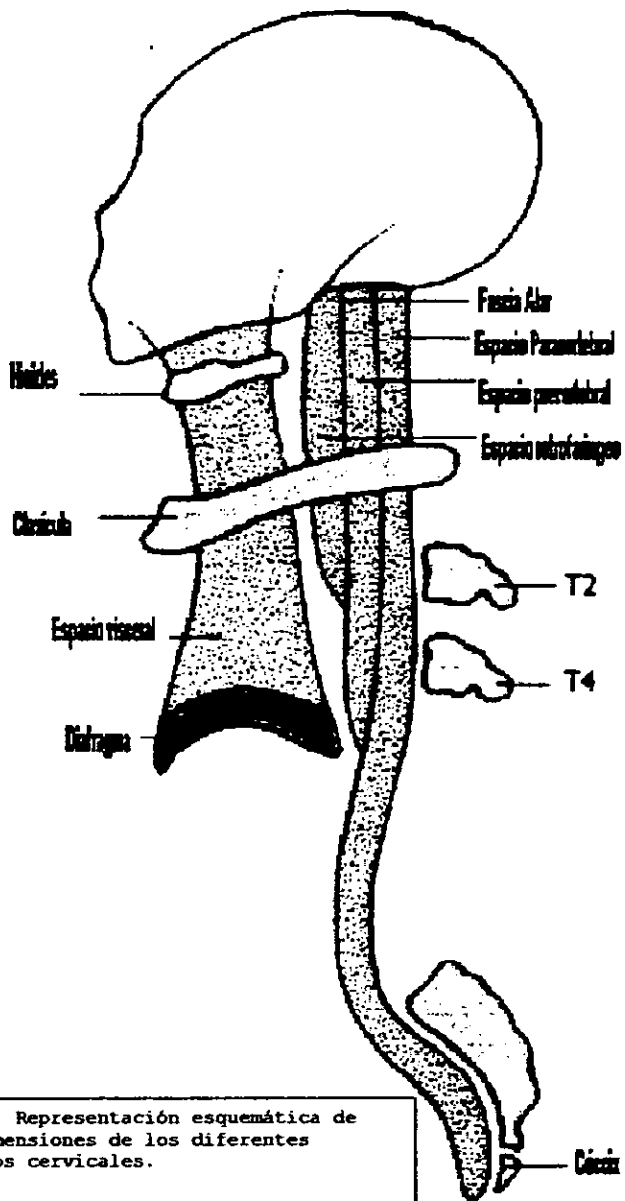


FIG. 9. Representación esquemática de las dimensiones de los diferentes espacios cervicales.

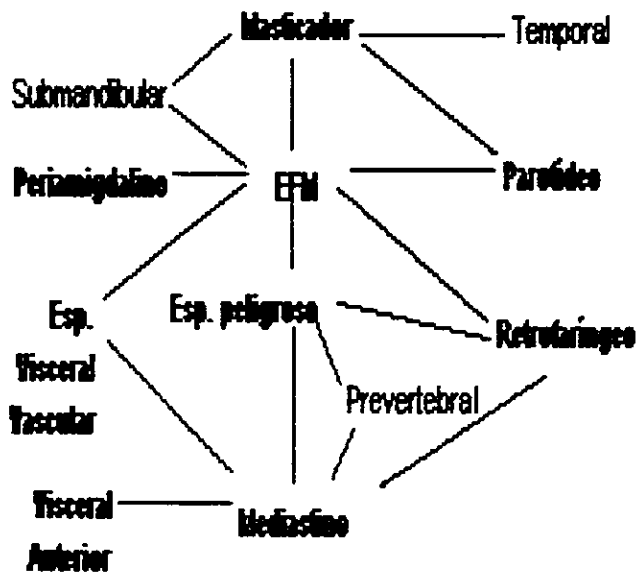


FIG. 10. Rutas de diseminación de los abscesos a través de los diferentes espacios cervicales.

**COMPLICACIONES.**

Las complicaciones ocurren en la mayoría de los casos debido a un diagnóstico tardío, así como por extensión de la infección más allá del espacio involucrado de forma inicial. Estas complicaciones incluyen la erosión de estructuras vasculares, principalmente la carótida interna; trombosis cavernosa, tromboflebitis yugular, fascitis necrotizante, endocarditis bacteriana, derrame pericárdico, extensión retroperitoneal o coccigea, coagulación intravascular diseminada, edistinitis, síndrome de Horner, osteomielitis mandibular o vertebral, neumotórax, neumomediastino, derrame pleural, embolia pulmonar séptica y choque séptico. De estas complicaciones, una de las más temidas y más frecuentes es la mediastinitis, con una tasa de mortalidad de entre un 30% a un 50%. Por otro lado, de todas las infecciones de los diferentes espacios del cuello, la angina del Ludwig tiene quizás la tasa de mortalidad más alta: 50% antes de la era de los antibióticos y 5% en la actualidad. 1, 2, 11, 17, 19, 24, 26, 28, 33, 41, 43, 44



**TRATAMIENTO.**

En la mayoría de los casos el tratamiento antibiótico por sí sólo es inadecuado, requiriendo del drenaje del pus acumulado. Esto puede llevarse a cabo mediante incisiones intraorales en casos como los abscesos que comprometen el piso de la boca, el espacio periamigdalino y el retrofaringeo. Otros abscesos requieren de drenajes externos realizados en la región submentoniana, submandibular y a lo largo del músculo esternocleidomastoideo. Los abscesos parafaríngeos asociados con abscesos de Bezold requerirán además de la realización de una mastoidectomía. Otros procedimientos quirúrgicos complementarios pueden incluir la realización de una amigdalectomía "En caliente" o "En frío" en el caso de los abscesos periamigdalinos, la parotidectomía parcial o total, la mediastinotomía, y la extracción dentaria en aquellos procesos de origen odontogénico. Finalmente, la punción aspiración no debe menospreciarse eligiendo con cuidado los casos en los que se utilice. 1, 2, 5, 7, 14, 21, 25, 29, 30, 42, 44

De forma complementaria también será importante el adecuado manejo de la patología asociada, como la regulación de la glucemia en los pacientes diabéticos o de la actividad lúpica, así como la desnutrición, la deshidratación y las cardiopatías, estas últimas especialmente trascendentes en aquellos casos con antecedentes de valvulopatía o cirugía previa. 3, 6, 15, 19, 30, 43, 44

En la mayoría de los casos es recomendable iniciar el tratamiento antibiótico de forma empírica con penicilina asociada a metronidazol o clindamicina, ciprofloxacina, ampicilina con ácido sulbactámico, cefalosporinas y amoxicilina con ácido clavulánico en aquellos casos en que la vía oral se considere adecuada. Estos esquemas deberán modificarse posteriormente en base a los resultados de los cultivos, así como a la evolución clínica del paciente. 1, 4, 6, 17, 29, 38, 41, 44.

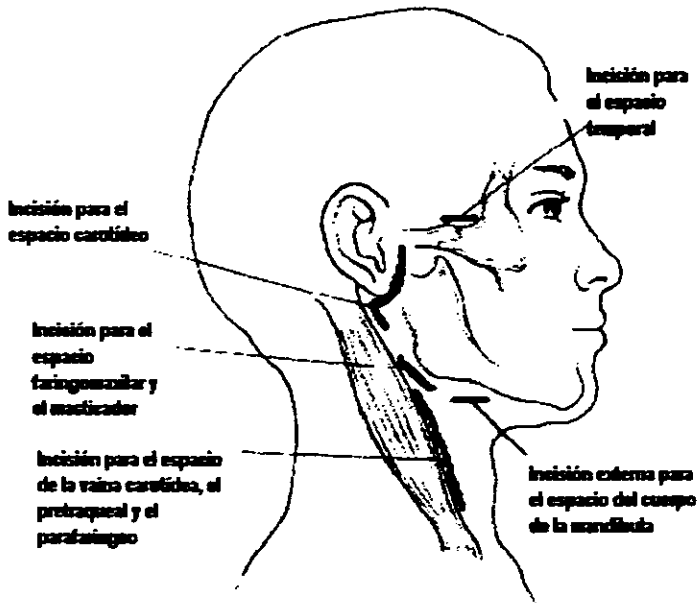


FIG. 11 Representación esquemática de las incisiones externas para los abscesos cervicales.

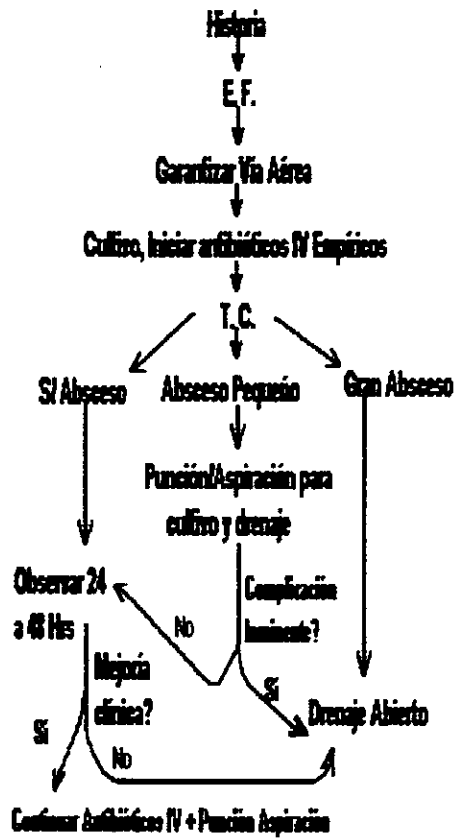


FIG. 12. Algoritmo del manejo de los abscesos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los abscesos cervicales y orofaríngeos constituyen entidades frecuentes en la consulta otorrinolaringológica que revisten gran importancia, tanto por su frecuencia como por las importantes complicaciones con las que pueden cursar estos pacientes. En la actualidad, con la disponibilidad de antibióticos de amplio espectro estas complicaciones pueden evitarse en un alto porcentaje de los casos. Sin embargo, dado que la mayoría de los abscesos de estas regiones responden adecuadamente al tratamiento establecido de forma "empírica" (especialmente en nuestro servicio debido a carencias y dificultades para obtener medios de cultivo) con penicilina y metronidazol, su morbi-mortalidad muy probablemente esté más relacionada con factores tales como el tiempo de evolución previo a su diagnóstico e internamiento, la localización, así como la asociación con otras entidades mórbidas, en especial con enfermedades sistémicas y crónico-degenerativas; sin depender necesariamente del tratamiento antibiótico empleado. Por ello se analizaron todos estos factores en los expedientes analizados.

## OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia de estas patologías en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México
- 2.. Conocer los factores que favorecen las complicaciones y la mortalidad asociada a estas entidades nosológicas.
3. Conocer las regiones cervicales más frecuentemente implicadas y el foco de origen de las mismas.

## HIPOTESIS.

La edad del paciente, el tiempo de evolución previo a su diagnóstico e internamiento, y la presencia de padecimientos sistémicos o crónico-degenerativos agregados, tienen mayores repercusiones en la gestación de las complicaciones asociadas a estos abscesos, en comparación con el tratamiento antibiótico instituido.

## JUSTIFICACION.

En nuestro medio hospitalario la mayoría de los pacientes con abscesos cervicales y orofaríngeos son manejados con esquemas antibióticos instituidos de forma "empírica", ya que con frecuencia no es posible realizar cultivos y antibiogramas al carecer de medios de cultivo (especialmente para anaerobios). De los 55 expedientes incluidos en el presente estudio, únicamente 18 contaban con resultados de cultivo y antibiograma, ocho de ellos reportados como negativos (sin desarrollo en 48 horas). Asimismo, los estudios de imagenología son también con frecuencia inaccesibles debido a problemas técnicos o administrativos; por lo que se realizaron únicamente 15 radiografías simples de cuello, 13 tomografías computadas, 4 ultrasonidos, 3 ortopantomografías, y 10 teles de tórax.

Lo anterior hace necesario identificar factores del huésped y características del absceso asociadas con la posibilidad de presentar complicaciones durante el curso de su tratamiento, de forma que se instituya una terapéutica antimicrobiana y quirúrgica más agresiva con el fin de prevenirlas.