

T158  
11237

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO**



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**TITULO: ABSCESOS  
RETROFARINGEOS Y  
PARAFARINGEOS: EXPERIENCIA  
CLINICA DEL HOSPITAL INFANTIL DE  
MEXICO DEL 1 DE ENERO DE 1980 AL  
30 DE JUNIO DEL 2002.**

**TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER  
EL TITULO EN PEDIATRIA MEDICA  
PRESENTA:**

**DRA. ADRIANA MATEOS BUSTOS**



**TUTOR DE TESIS: DRA MARICRUZ JUAREZ**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

2003

**MEXICO, D.F. Febrero del 2003.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

## Dedicatoria

### Agradezco:

A todos los niños que me permitieron aprender de ellos, y tomar lo necesario para desarrollarme como profesionista y como ser humano.

A toda mi familia por su apoyo SIEMPRE.

A mis amigos por las horas de comprensión, apoyo, los momentos de felicidad, sin los cuales esto no hubiera sido igual.

A mis profesores por compartir conmigo, su experiencia, sus conocimientos.

A DIOS por permitirme la dicha de llegar hasta aquí, y darme fuerzas para seguir adelante.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas •  
UNAM a difundir en formato electrónico e impr.  
contenido de mi trabajo recepción.

NOMBRE: Adriana Mateos

Bustos

FECHA: 03 03 03

FIRMA: [Firma]

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAG</b>
<b>TITULO</b> .....	<b>5</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>5</b>
<b>Definición</b> .....	<b>5</b>
<b>Absceso retrofaringeo</b> .....	<b>5</b>
<b>Anatomía</b> .....	<b>5</b>
<b>Bacteriología</b> .....	<b>6</b>
<b>Cuadro clínico</b> .....	<b>7</b>
<b>Tratamiento</b> .....	<b>8</b>
<b>Complicaciones</b> .....	<b>8</b>
<b>Absceso parafaringeo</b> .....	<b>9</b>
<b>Anatomía</b> .....	<b>9</b>
<b>Cuadro clínico</b> .....	<b>9</b>
<b>Complicaciones</b> .....	<b>10</b>
<b>Tratamiento</b> .....	<b>10</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>11</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>12</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>Diseño de estudio</b> .....	<b>13</b>
<b>Material y métodos</b> .....	<b>13</b>
<b>Definición de variables</b> .....	<b>14</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>16</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>25</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>30</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>32</b>
<b>Anexo I</b> .....	<b>34</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TITULO. ABSCESOS RETROFARINGEOS Y PARAFARINGEOS: EXPERIENCIA CLINICA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO de 1° de enero de 1979 AL 30 de junio del 2002.**

**ANTECEDENTES**

Los abscesos retrofaringeos y parafaringeos a pesar de ser poco frecuentes son infecciones muy graves que ponen en peligro la vida de los pacientes afectados. La evolución así como el pronóstico dependen del momento en el que se realice el diagnóstico, y se le pueda ofrecer un tratamiento oportuno y eficaz. En la literatura (3,4,5,6) la mayoría de los reportes son casos aislados, que hablan solo de la experiencia de un clínico, y en el mejor de los casos de la experiencia que se ha tenido en un hospital, las series que se describen son pequeñas. La sintomatología puede ser muy variada, los esquemas antibióticos difieren de acuerdo a la bacteriología encontrada en cada hospital.

**Definición de absceso:** Es la acumulación de pus en un espacio delimitado por una fascia.

**Absceso retrofaringeo:**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Anatomía:** también conocido con los nombres de espacio visceral posterior, espacio retrovisceral, o espacio retroesofágico. La pared anterior esta formada por la capa media de fascia cervical profunda del cuello, que esta en contacto con la pared posterior del esófago (el músculo constrictor faringeo-superior). La pared posterior está conformado por la capa profunda de la fascia cervical. Inferiormente estas dos fascias se fusionan para delimitar este espacio hacia la primera y segunda vértebra torácica.

El espacio retrofaringeo contiene dos cadenas de ganglios linfáticos que reciben drenaje de la nasofaringe, adenoides y senos paranasales posteriores. Estas estructuras son prominentes en los niños pequeños, y se atrofian en la pubertad, debido a esta particularidad anatómica este tipo de abscesos son más frecuentes en los niños pequeños.

### Bacteriología:

En las series reportadas en la literatura (1,2) la mayoría de los abscesos retrofaringeos son polimicrobianos, en una serie reportada del Hospital de niños de Michigan(1) encontraron que 15 de los 17 pacientes estudiados tenían dos o más microorganismos aislados, en todos los pacientes se aislaron microorganismos aerobios, mientras que los anaerobios solo en el 53% de los casos, esto puede estar relacionado a las dificultades para el aislamiento de estos últimos. En otra serie reportada (2) encontraron 14 niños con abscesos retrofaringeos en donde se aislaron anaerobios en todos los pacientes y en 12 estaban mezclados con aerobios, los anaerobios predominantes fueron los *Bacteroides species*, *Peptostreptococcus species* y *Fusobacterium species*, los aerobios predominantes fueron los *Streptococcus alfa* y *gamma* hemolíticos, *S.aureus*, *H. Influenzae* y *Streptococo* beta hemolítico del grupo A.

Prácticamente todas los trabajos reportados en la literatura reflejan una bacteriología muy similar, aunque el número de aislamientos y las bacterias suelen ser diferentes en porcentajes. Existe algunos reportes en los que se encontraron otros gémenes diferentes como son *Streptococcus agalactie* y *Pseudomonas*, pero estos son únicos, por lo que solo se consideran anecdóticos (7).

Existen otro tipo de gérmenes involucrados como son las Mycobacterias, en donde los abscesos han sido descrito secundarios a tuberculosis en las vértebras cervicales, aunque esto es con menor frecuencia en niños (9).

Se ha observado que además las infecciones polimicrobianas son más patógenas que aquellas en las que solo se aísla una bacteria. De los microorganismos aislados *S.aureus* ha sido de los más frecuentes ya sea solo ó en asociación con anaerobios, y se ha encontrado que hasta

en 41% es productor de betalactamasas (1), esto es de suma importancia pues determinará el tratamiento a elegir en cada centro hospitalario.

El tratamiento está destinado a bacterias aerobias y anaerobios de la flora oral. El manejo en la mayoría de los casos es una combinación de antibióticos y drenaje quirúrgico, aunque algunos han observado buena evolución solo con el manejo antibiótico(1,2,3).

La vía de llegada a este espacio esta relacionada intimamente con la anatomía habitualmente es secundaria al drenaje linfático, y la infección primaria puede estar relacionada a los senos paranasales, faringe y adenoides, otra vía de entrada es directamente por pérdida de la continuidad de la pared anterior del espacio retrofaringeo por traumatismo directo, en el caso de los niños esto se ha observado en traumatismos por lápices, o cualquier cuerpo extraño que dañe la pared, o cuando durante una exploración armada de tráquea o esófago se lesiona dicha región, otro mecanismo puede ser la inoculación inadvertida por punción al colocar anestesia local en algún procedimiento dental (5).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### Cuadro clínico:

De acuerdo a lo reportado en la literatura del 45 al 50% de los casos cursaron con una infección respiratoria previa.

Se puede encontrar estridor laríngeo por edema, celulitis y síntomas de obstrucción. El edema laríngeo puede ocasionar disnea o taquipnea, también puede haber disfagia, sialorrea y odinofagia. La torticolis y limitación del movimiento del cuello está reportada en la 3ª parte de los pacientes (3).

A la exploración física encontramos desplazamiento o abombamiento de la pared posterior de la faringe, y mas tarde en la evolución se puede encontrar por palpación una masa fluctuante en la misma pared.

Las imágenes radiológicas pueden ser útiles cuando se sospecha este tipo de absceso, pues se puede observar una masa convexa en la columna de aire en una radiografía lateral de cuello, las vértebras cervicales frecuentemente están retroflexionadas secundariamente a la

distensión por el absceso. El estudio de gabinete para confirmar el diagnóstico de absceso retrofaringeo es la tomografía computarizada (TAC). En una serie de casos de Massachussets(13) se comparó la TAC preoperatoria y se confirmó con la exploración quirúrgica y se encontró solo en 5 pacientes (13.2%) con falsos negativos, ya que la exploración quirúrgica encontró solo celulitis. La ventaja de la tomografía es la sensibilidad que tiene para distinguir el líquido, el gas, los espacios involucrados, las estructuras vasculares, para determinar extensión y complicaciones, por ejemplo en las trombosis venosas. La sensibilidad de la TAC ha sido reportada en 87.9%. En la serie de Pistburg se reportó que la sensibilidad de la TAC para diferenciar celulitis de absceso fue del 91% (13).

Los exámenes de laboratorio incluyen biometría hemática en donde se encuentra una fórmula blanca alterada, con incremento importante de las células blancas, y predominio de segmentados(3).

#### Tratamiento:

El tratamiento de estos abscesos incluyen el drenaje quirúrgico, así como los antibióticos intravenosos. Si el absceso es pequeño se recomienda una incisión a través de la boca, si se ha encontrado una masa de dimensiones mayores se recomienda una incisión externa. Si no se realiza drenaje quirúrgico se puede presentar drenaje al mediastino, la complicación más grave, o se puede abrir a la vía aérea ocasionando obstrucción de la misma e inoculación de gérmenes a la vía respiratoria inferior. Estas complicaciones prolongan el tiempo de tratamiento, ponen en peligro la vida, por lo que el tratamiento quirúrgico está indicado una vez realizado el diagnóstico.

El antibiótico de elección será uno resistente a beta-lactamasas, debido a la presencia de *S.aureus* y *Bacteroides* sp. Se recomiendan fármacos como ampicilina-sulbactam, oxacilina, ácido clavulánico combinado con amoxicilina. Puede ser necesario hacer diferentes combinaciones con clindamicina y metronidazol los cuales son particularmente útiles en el manejo de *B.fragilis*. El uso rutinario de aminoglucósidos es controvertido pues no es lo mas frecuente que se aislan microorganismos gramnegativos.

Esta determinado por las estructuras anatómicas involucradas, si está incluido en el absceso la porción posterior encontramos entre las manifestaciones clínicas desplazamiento de la pared lateral de la faringe, induración de la parótida, con afectación variable del nervio facial, si esta afectada la carótida puede haber erosión o hemorragia. Si solo afecta la vena yugular interna podemos encontrar trombosis venosa, disminución del reflejo de deglución, y disfagia, parálisis de la cuerda vocal ipsilateral, debilidad del músculo trapecio ipsilateral, desviación ipsilateral de la lengua y Síndrome de Horner si esta involucrada la cadena cervical simpática. Si también esta afectado el compartimento anterior encontramos trismus por compresión del músculo pterigoideo interno, así como induración del ángulo de la mandíbula.

En la mayoría de los casos encontramos fiebre en picos, mal estado general, se puede observar al paciente tóxico, con dificultad respiratoria, sialorrea.

En la exploración física encontramos desplazamiento de la pared lateral de la faringe, en la laringoscopia indirecta se puede observar la parálisis de la cuerda vocal ipsilateral y obliteración del seno piriforme, en la palpación del cuello encontramos endurecimiento de tejidos blandos, con una zona fluctuante poco delimitada.

### Complicaciones

Las complicaciones de este tipo de abscesos son relacionadas a las estructuras involucradas, cuando esta afectada la carótida podemos encontrar hemiplejía. La trombosis de la vena yugular interna se puede extender intracranalmente ocasionando una trombosis del seno cavernoso, esta es caracterizada por fiebre en picos, cefalea, diaforesis, y datos de cráneo hipertensivo, ocasionalmente podemos encontrar embolia pulmonar.

### Tratamiento:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento de elección es el drenaje quirúrgico y antibióticos intravenosos. El drenaje, a diferencia de los abscesos retrofaríngeos, <sup>6</sup>

## Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes son el drenaje espontáneo hacia vías respiratorias, ocasionando obstrucción severa de las mismas, o bien el drenaje hacia el mediastino puede ocasionar infección de esta región anatómica, la cual es una complicación severa y mortal, afortunadamente poco frecuente. También puede ocasionar complicaciones como sepsis o choque séptico, sobre todo si se trata de infecciones polimicrobianas.

## ABSCEOS PARAFARINGEOS:

### Anatomía

También conocido como absceso faringomaxilar, lateral o espacio faringeo. Anatómicamente tiene la forma de cono invertido, su eje se considera paralelo a la rama de la mandíbula, la base del cono es la base del cráneo y la punta el hueso hioides. La fascia bucofaringea, lateral al músculo constrictor superior de la faringe delimita el borde medial, la glándula parótida y la capa profunda de la fascia cervical profunda delimitan la pared lateral de este cono, el músculo pterigoideo y la mandíbula delimitan la parte anterolateral del cono, el espacio parafaríngeo es contiguo con el peritonsilar, submandibular y espacio retrofaringeo, y todas estas representan vías de extensión de este tipo de abscesos.

La porción posterior del cono contiene diversas estructuras anatómicas, entre las que podemos mencionar la arteria carótida, la vena yugular interna, los nervios craneales IX a XII, la cadena simpática cervical. En la porción anterior encontramos el músculo pterigoideo interno y tejido conectivo graso. El origen de la infección en los casos de abscesos parafaríngeos pueden ser diversas como son faringitis bacteriana parcial o inadecuadamente tratada, amigdalitis, absceso peritonsilar, infecciones dentales, parotiditis bacteriana, mastoiditis, petrositis, adenitis cervical, tuberculosis de las vértebras cervicales y cuerpos extraños.

Cuadro clínico:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esta determinado por las estructuras anatómicas involucradas, si está incluido en el absceso la porción posterior encontramos entre las manifestaciones clínicas desplazamiento de la pared lateral de la faringe, induración de la parótida, con afectación variable del nervio facial, si esta afectada la carótida puede haber erosión o hemorragia. Si solo afecta la vena yugular interna podemos encontrar trombosis venosa, disminución del reflejo de deglución, y disfagia, parálisis de la cuerda vocal ipsilateral, debilidad del músculo trapecio ipsilateral, desviación ipsilateral de la lengua y Síndrome de Horner si esta involucrada la cadena cervical simpática. Si también esta afectado el compartimento anterior encontramos trismus por compresión del músculo pterigoideo interno, así como induración del ángulo de la mandíbula.

En la mayoría de los casos encontramos fiebre en picos, mal estado general, se puede observar al paciente tóxico, con dificultad respiratoria, sialorrea.

En la exploración física encontramos desplazamiento de la pared lateral de la faringe, en la laringoscopia indirecta se puede observar la parálisis de la cuerda vocal ipsilateral y obliteración del seno piriforme, en la palpación del cuello encontramos endurecimiento de tejidos blandos, con una zona fluctuante poco delimitada.

### Complicaciones

Las complicaciones de este tipo de abscesos son relacionadas a las estructuras involucradas, cuando esta afectada la carótida podemos encontrar hemiplejía. La trombosis de la vena yugular interna se puede extender intracranalmente ocasionando una trombosis del seno cavernoso, esta es caracterizada por fiebre en picos, cefalea, diaforesis, y datos de cráneo hipertensivo, ocasionalmente podemos encontrar embolia pulmonar.

### Tratamiento:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento de elección es el drenaje quirúrgico y antibióticos intravenosos. El drenaje, a diferencia de los abscesos retrofaríngeos, 6

debe de ser de forma externa por las estructuras vitales que están incluidas en este espacio, por lo que si se presenta una emergencia el abordaje oral dificulta la resolución de las mismas.

El tipo de antibióticos utilizados es el mismo que para los absceso retrofaringeos pues la bacteriología es muy similar por lo que no ampliare mas en este aspecto.

### **JUSTIFICACION:**

El presente trabajo tiene como finalidad la de proveer información acerca del cuadro clínico, abordaje diagnóstico, tratamiento, evolución y complicaciones, de los pacientes con diagnóstico de absceso retrofaringeo y parafaringeo, que han sido manejados en el Hospital Infantil de México, y que esto sirva de experiencia en el tratamiento de pacientes con cuadro clínico similar, la justificación principal tiene como finalidad la de orientar al clínico, basándonos en la experiencia obtenida por lo que se ha observado en este Hospital.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **OBJETIVOS**

**1. Descripción las características de los casos de abscesos retrofaríngeos y parafaríngeos en el hospital infantil de México en el período de tiempo que abarca del 1° de enero de 1990 al 30 de junio del 2002.**

1 Descibir el número de casos, grupo etario, sexo, origen geográfico, nivel socioeconómico, lugar de referencia, estado nutricional, enfermedades subyacentes

**2. Describir la bacteriología de los abscesos parafaríngeos y retrofaríngeos en los casos reportados en el HIM (Hospital Infantil de México) del 01 de enero de 1990 al 30 de junio del 2002.**

2 A. Describir que bacterias fueron aisladas en todos los abscesos parafaríngeos y retrofaríngeos.

2 B. Describir en cuantos abscesos no se aisló ningún microorganismo.

3 C. Sensibilidad de las bacterias aisladas.

**3. Descripción de los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes con abscesos parafaríngeos y retrofaríngeos**

3A. Describir la sintomatología clínica que llevaron a la sospecha de absceso parafaríngeo o retrofaríngeo, de acuerdo al tipo de absceso.

3B. Describir en cuantos pacientes se realizó drenaje quirúrgico y se corroboró el diagnóstico por exploración quirúrgica

3C. Describir en que pacientes se realizó TAC (Tomografía axial computarizada) como método diagnóstico definitivo

3D. Describir en que pacientes se realizó US (Ultrasonido) de cuello como método diagnóstico definitivo.

**4. Descripción de las complicaciones en los pacientes con diagnóstico de absceso retrofaríngeo o parafaríngeo.**

4 A. Describir el número de complicaciones en todos los casos de abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

4 B. Tipo de complicaciones (locales y sistémicas).

4c. Describir el número de muertes secundaria a abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

### **5. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO UTILIZADO EN LOS CASOS DE ABSCESOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL PERÍODO EL 01 DE ENERO DE 1990 AL 30 DE JUNIO DEL 2002.**

5 A. Describir en cuantos pacientes se utilizó únicamente tratamiento antibiótico, ya sea como monoterapia, terapia combinada

5 B. Describir los esquemas antibióticos utilizados,

5 C. Describir en cuantos pacientes se utilizó tratamiento médico combinado con quirúrgico, para llegar a la curación.

5. D. Describir en cuantos pacientes fue necesario cambiar la terapia antibiótica y cuáles fueron los criterios clínicos o de gabinete que llevaron a tomar dicha decisión.

5.G Describir el tiempo de tratamiento que se administró para llevar a la curación en todos los casos estudiados.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Características:

Método de observación: indirecta

Tipo de análisis: retrolectivo, retrospectivo

Temporalidad: 01 de enero de 1990 al 30 de junio del 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **MATERIAL Y METODOS:**

Población: Pacientes que hallan sido tratados en el HIM con el diagnóstico de absceso retrofaringeo y parafaringeo.

Periodo de tiempo estudiado: del 01 de enero de 1990 al 30 de junio del 2002.

Método de muestreo: Se incluirán todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

**Análisis estadístico: estadística descriptiva**

**Criterios de selección:**

**Se incluirán en este estudio a todos los pacientes :**

**A todos los pacientes con el diagnóstico de absceso parafaríngeo o retrofaríngeo entre el 01 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1999.**

- A. El diagnóstico confirmatorio se halla realizado por tomografía , ultrasonido, o exploración quirúrgica.**
- B. Pacientes de un mes de edad a 18 años.**

**Definiciones de las variables del estudio:**

**Absceso retrofaríngeo: presencia de pus, en el espacio retrofaríngeo, confirmado por US, TAC o drenaje quirúrgico.**

**Absceso parafaríngeo: presencia de pus en el espacio parafaríngeo confirmado por US, TAC o drenaje quirúrgico.**

**Grupo etario:**

**Lactante: periodo comprendido entre las 4 semanas y los 24 meses de vida posnatal.**

**Prescolar: comprende de los 24 meses a los 6 años.**

**Escolar: comprende de los 6 a los 14 años.**

**Adolescentes: comprende de los 14 a los 18 años.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Estado nutricional:**

**Se identificarán 4 estados nutricionales de acuerdo a la clasificación de Federico Gómez (basada en peso para la edad).**

- 1. Normal: 90% o más del peso esperado para la edad.**
- 2. Desnutrición leve: 75-90% del peso esperado para la edad.**
- 3. Desnutrición moderada: 60-74% del peso esperado para la edad.**
- 4. Desnutrición grave: menos del 60% del peso esperado para la edad.**

5. Tratamiento antibiótico previo: variable dicotómica (si, no).

6. Cuadro clínico: cualitativa nominal: fiebre, otalgia, odinofagia, disfagia, hiporexia, dolor en cuello, irritabilidad, torticollis, trismo, aumento de volumen en cuello: referidas en la nota de ingreso, como parte del interrogatorio.

7.Exploración física: Se referirán aquí los datos encontrados por el médico explorador, al momento del ingreso al hospital y pueden ser: fiebre, taquicardia, polipnea, eritema de faringe, abombamiento de la faringe, desviación de la lengua y o úvula, dificultad respiratoria, ptosis palpebral, desviación de la lengua, disartria, estridor, disfonía.

8. Cultivos obtenidos, se trata de una variable nominal, en la que se mencionaran, de donde se obtuvieron cultivos, pueden ser hemocultivo, exudado faringeo, cultivo de material drenado del absceso.

9.Microorganismo aislado, variable nominal en donde se especifica género y especie.

10. Sensibilidad del microorganismo, variable nominal en donde se mencionan los antibióticos a los que es sensible la cepa aislada, se dividen en dos grupos principalmente, para gram negativos y gram positivos.

11.Tratamiento antibiótico, variable nominal, menciona el esquema utilizado.

12.Tiempo de tratamiento, variable cuantitativa, se agruparan por rangos de semanas.

13.Complicaciones, variable nominal, se mencionan las complicaciones directas del absceso retrofaringeo o parafaringeo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **RESULTADOS:**

Para este estudio se realizó una revisión de 92 expedientes, se seleccionaron únicamente 21, que son los que cumplen con los criterios de inclusión, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se seleccionaron 22 casos con diagnóstico confirmado de absceso parafaríngeo o retrofaríngeo, que fueron atendidos en el hospital Infantil de México en el período del 01 de enero de 1990 al 30 de junio del 2002, 12 eran del sexo masculino y 9 del sexo femenino, las edades estuvieron entre 1 año y 10 años. De todos los abscesos se encontró que en 7 casos se trataba de abscesos parafaríngeos, en 12 de retrofaríngeos y en 3 casos estaban presentes ambos tipos de abscesos. De los pacientes que ingresaron con estos diagnósticos 4 fallecieron, uno con el antecedente de haber presentado escarlatina 2 semanas previas, se atribuyó la muerte a choque tóxico, en otro caso la muerte fue secundaria a choque anafiláctico con el medio de contraste, cuando se realizaba la Tomografía, el diagnóstico no se confirmó (por lo tanto este paciente se excluyó del estudio) la tercera y cuarta muerte se atribuyeron a choque séptico en los dos casos, uno de ellos con sospecha de un Síndrome linfoproliferativo, que no se confirmó.

Tipo de absceso	Número de pacientes	Porcentaje
Retrofaríngeo	11	53%
Parafaríngeo	7	33%
Retro y parafaríngeo	3	14%
Total	21	100%

Tabla 1 Distribución de los pacientes de acuerdo al tipo de absceso

Sexo	Número de pacientes	Porcentaje
Femenino	9	42%
Masculino	12	58%
Total	21	100%

Tabla 2 Distribución de los pacientes de acuerdo a sexo

Grupo Etario	Número de pacientes	Porcentaje
Recién nacido	0	0%
Lactante menor	5	24%
Lactante mayor	6	28%
Preescolar	3	14%
Escolar	7	34%
Adolescente	0	0%
Total	21	100%

Tabla 3. Distribución de los pacientes de acuerdo a grupo etario.

Como podemos observar en la tabla de distribución por edad, hay un claro predominio en el grupo de lactantes en la presentación de este tipo de abscesos, seguidos por el grupo de escolares.

La mayoría de los pacientes provenían del interior de la República mexicana, siendo solamente el 38% residentes del Distrito Federal.

Lugar de origen	Número de pacientes	Porcentaje
Distrito Federal	8	38%
Estado de México	11	52%
Puebla	1	5%
Guerrero	1	5%
Total	21	100%

Tabla 4. Lugar de origen de los pacientes atendidos por abscesos retrofaríngeos y parafaríngeos en el hospital Infantil de México.

De todos los pacientes incluidos en este análisis, el 57% acudió espontáneamente, sin referencia, el resto ya había recibido atención en otro nivel de atención.

Nivel de referencia	Número de pacientes	Porcentaje
Primer nivel	5	24%
Segundo nivel	4	19%
Tercer nivel	0	0%
Sin referencia	12	57%
Total	21	100%

Tabla 5. Nivel de referencia de los pacientes atendidos por abscesos retrofaríngeos y parafaríngeos en el Hospital Infantil de México.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

En la mayoría de los pacientes se trataba de niños previamente sanos (85%), solo en dos de ellos se conocían enfermedades crónicas. Entre los antecedentes de importancia relacionados a la presentación del absceso se encontró que dos de ellos había presentado escarlatina dos semanas previas al diagnóstico del absceso, y en 3 casos existía el antecedente de ingestión de cuerpo extraño.

Enfermedad	Número de pacientes	Porcentaje
Escarlatina	2	9%
Ingestión de cuerpo extraño	3	14%
Sx linfoproliferativo*	1	5%
osteochondromatosis	1	5%
Sx de Down + CIV	1	5%
Ninguna	13	62%
Total	21	100%

Tabla 6. Antecedente de enfermedad en los pacientes ingresados por absceso retrofaríngeo y parafaríngeo.

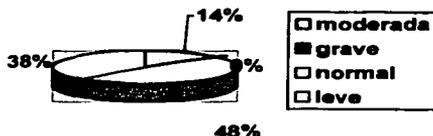
Se determinó el estado nutricional de acuerdo a la talla y el peso referidos en la nota de ingreso al hospital, se calculó según la clasificación de Federico Gómez, en desnutrición leve, moderada y severa.

Estado nutricional	Número de pacientes	Porcentaje
Leve	8	38%
Moderada	3	14%
Grave	0	0
Sin desnutrición	10	47%
Total	21	100%

Tabla 7. Estado nutricional de los pacientes ingresados en el Hospital Infantil de México con diagnóstico de absceso parafaríngeo o retrofaríngeo.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## Estado nutricional en niños que presentaron abscesos parafaríngeos y retrofaríngeos



### CUADRO CLINICO.

Se recopilaron del expediente los síntomas más frecuentes referidos al interrogatorio como parte del cuadro clínico desde su inicio hasta el momento de su ingreso y se encontró lo siguiente:

Síntoma	Número de pacientes
Fiebre	18
Otalgia	2
Odinofagia	10
Disfagia	13
Hiporexia	13
Dolor en cuello	18
Irritabilidad	6
Torticolis	2
Trismos	2
Aumento de volumen en cuello	16
Tos	8
Estridor	4
disfonía	10

Tabla 8. Sintomatología más frecuente referida en el interrogatorio.

También se recopiló la información que con más frecuencia se encontró en la exploración física referida en la nota de ingreso al servicio de urgencias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En los tres casos en que se realizó ultrasonido, hubo necesidad de confirmarse por medio de tomografía, por lo cual en ningún caso se utilizó éste como método de confirmación diagnóstica.

A todos los pacientes se les realizó biometría hemática a su ingreso, se encontró en 6 casos (28%) leucocitosis, de los cuales dos (9%) tenían bandemia.

Se revisó la realización de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, pues está descrito que puede ser un método adecuado de seguimiento, sin embargo solo se encontró descrita en un paciente, al momento de su ingreso, y no se le dio seguimiento.

## **BACTERIOLOGIA**

Se buscó la información acerca de que cultivos se tomaron, y que microorganismos se aislaron, solamente a 11 de los 21 pacientes se les practicó hemocultivo, a 5 exudado faríngeo, en 13 casos se realizaron cultivos para identificar gérmenes aerobios y anaerobios en aspirado obtenido del drenaje quirúrgico, a 12 de los 21 pacientes se les realizó tinción de Gram en el material obtenido por punción o drenaje quirúrgico.

Resultado	Número de pacientes	% de pacientes
Sin bacterias	4	19%
Cocos gram positivos	6	29%
Bacilos gram negativos	2	9%
No se realizó tinción	9	43%
Total	21	100%

Tabla 11. Resultados de la tinción de Gram practicada en el material obtenido por drenaje quirúrgico o punción.

De los pacientes en donde se encontró una tinción de Gram positiva se aislaron los siguientes gérmenes:

- estreptococo beta hemolítico del grupo A
- estafilococo coagulasa negativo
- estafilococo dorado y *Enterobacter sp*
- Streptococcus viridans* y *Neisseria sp*

En el resto de las tinciones positivas no hubo crecimiento bacteriano.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Material	Número de pacientes
Hemocultivo	11
Exudado faringeo	5
Cultivo para aerobios de material de absceso	13
Cultivo para anaerobios de material de absceso	13

Tabla 12. Cultivos tomados a los pacientes con abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

De los cultivos sembrados en 9 casos se aisló germen, en uno de ellos en sangre periférica, en el 8 restante del material drenado del absceso.

Microorganismo	Sitio de cultivo	Número de pacientes
<i>Streptococcus sp</i>	absceso	1
<i>Staphylococcus aureus</i>	absceso	3
<i>Streptococcus pyogenes</i>	absceso	2
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	absceso	1
<i>Staphylococcus coagulasa negativo</i>	hemocultivo	1
<i>Enterobacter sp*</i>	absceso	1
<i>Neisseria sp*</i>	absceso	1
<i>Streptococcus viridans*</i>	absceso	1

\*Estos microorganismos se aislaron en combinación con otros germenos.

Tabla 13. Microorganismos aislados en los pacientes con abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

Se detectó únicamente en dos casos abscesos polimicrobianos, en el primero se aisló

Estafilococo dorado y *Enterobacter sp*, y en el segundo caso *Streptococcus viridans* y *Neisseria sp*

La sensibilidad a estos microorganismos solo se encontró referida por escrito en el expediente en un caso, y se trataba de un germen aislado en hemocultivo, por lo que no se hará ningún análisis al respecto.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## TRATAMIENTO:

En cuanto al tratamiento se investigó si antes de su ingreso en esta institución habían utilizado antibióticos y por cuanto tiempo, se encontró que en 13 casos ya habían iniciado tratamiento antibiótico, con un período mínimo de 3 días previos a su ingreso y máximo de 1 mes, el tiempo promedio fue de 12 días de antibiótico.

Tiempo de tratamiento antibiótico previo al ingreso	Número de pacientes	Porcentaje
Menos de una semana	3	23%
1 semana	4	31%
2 semanas	4	31%
4 semanas	2	15%
Total de pacientes	13	100%

Tabla 14. Tiempo de tratamiento antibiótico previo al ingreso de los pacientes con abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

En cuanto al tratamiento intrahospitalario a todos los pacientes se les dio tratamiento antibiótico desde su ingreso, los esquemas variaron en cuanto al antibiótico utilizado y al tiempo de terapia, los esquemas utilizados fueron los siguientes:

Esquema antibiótico	Número de pacientes	Porcentaje
Clindamicina (monoterapia)	4	19%
Clindamicina/amikacina	9	42%
Dicloxacilina/cloranfenicol	4	19%
Penicilina/clindamicina	1	5%
Vancomicina/amikacina	1	5%
Amoxicilina/clavulanato	1	5%
Penicilina	1	5%
Total	21	100%

Tabla 15. Esquemas antibióticos utilizados en el Hospital Infantil de México para manejo de abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tiempo de tratamiento antibiótico intravenoso fue variable, en un rango desde 2 días hasta 17 días en los casos más severos, el tiempo promedio fue de 9.3 días.

En todos los casos se completó tratamiento en forma ambulatoria, también el tiempo fue variable desde 3 días hasta 14 días, en 6 casos se realizó cambio de antibióticos durante su estancia intrahospitalaria, sin embargo en 3 de ellos no se especifica en el expediente cual fue el motivo del cambio, en dos se menciona que el absceso persistía a pesar del drenaje quirúrgico y el tratamiento antibiótico utilizado, en el primero en 4 días y en el segundo por 15 días, en el último caso se agregó al tratamiento Penicilina, por aislamiento de *Streptococcus pyogenes*. El tiempo total de tratamiento antibiótico varió de 2 días en el caso de una defunción hasta 30 días, el promedio del tiempo de tratamiento total fue de 16 días, la moda fue de 27 días.

Extempo de tratamiento	Número de casos	Porcentaje
2-7 días	2	9%
8-14 días	6	29%
15-21 días	5	24%
22 a 28 días	7	33%
29 a 36 días	1	5%
Total	21	100%

Tabla 16. Tiempo total de tratamiento de los pacientes con abscesos retrofaringeos y parafaringeos.

Promedio de tiempo total de tratamiento
16 días

La estancia intrahospitalaria varió desde 2 días (por defunción) hasta 30 días, el tiempo promedio de hospitalización fue de 9 días, la moda fue de 12 días, en 3 pacientes.

Las complicaciones referidas en los 21 pacientes con abscesos retrofaringeos y parafaringeos fueron las siguientes, neumonía por aspiración, posterior al drenaje, en dos casos, en uno de estos casos también se refiere neumotórax secundario a la colocación de catéter central y estenosis subglótica por intubación prolongada, las defunciones que se presentaron, en una de ellas

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

fue secundaria a anafilaxia por medio de contraste durante la tomografía, (este paciente ingresó con cuadro clínico de absceso retrofaringeo sin embargo, no se corroboró el diagnóstico) en dos casos más se consideró choque séptico y en un caso Síndrome de choque tóxico.

Neumonía aspiración	por	2	9%
Defunción		4	19%

Tabla 17. Complicaciones observadas durante el tratamiento en los pacientes con diagnóstico de absceso retrofaringeo y parafaringeo.

Después del egreso a todos los pacientes se les dio seguimiento por la consulta externa, por un periodo mínimo de 3 meses, máximo de 5 meses, no se refieren recaídas ni complicaciones durante el periodo de observación.

## **DISCUSION:**

El principal objetivo del presente estudio es mostrar un panorama del abordaje clínico y tratamiento de los pacientes pediátricos que cursan con abscesos retrofaringeos y parafaringeos y orientar para un mejor abordaje, con los resultados obtenidos vemos que en un periodo de 11 años 6 meses, en este hospital fueron detectados 21 casos de este tipo de abscesos, es decir, en promedio 2 por año, aproximadamente, lo cual resulta muy similar con lo revisado en la literatura (5), pues afortunadamente no se trata padecimientos muy frecuentes. En nuestro estudio no encontramos ningún predominio de acuerdo al sexo, 58% fueron varones y 42% mujeres.

Este tipo de infecciones son más frecuentes en los niños pequeños, principalmente entre lactantes, y preescolares, y a medida que va incrementando la edad, disminuye la incidencia, esto debido principalmente a que la vía de infección de estos sitios anatómicos es secundaria a la diseminación linfática de infecciones provenientes de parótida, amígdalas, adenoides, oídos, senos paranasales, faringe, y es precisamente en las etapas mencionadas, donde por cuestiones anatómicas y de desarrollo del tejido linfóide estas infecciones también son más frecuentes, en este estudio se observa claramente que desde la etapa de lactantes hasta los preescolares es donde se agrupa la parte más numerosa de pacientes, siendo del

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

66%, observándose un incremento claro en la incidencia en los lactantes mayores, el porcentaje restante se observó en la etapa de escolar, en donde la edad que con mayor frecuencia se observó fue a los 7 años, con esto podemos observar que a medida que el niño crece la incidencia va disminuyendo y así en la etapa de adolescencia no encontramos ningún caso en esta revisión.

Es importante mencionar que en nuestro medio los factores de hacinamiento, nivel socioeconómico bajo, y el tardío acceso a la atención médica pueden hacer, más frecuentes y más graves este tipo de padecimientos, la población que estudiamos provenía en su mayoría del Estado de México y Distrito Federal, de zonas suburbanas, la mayoría sin referencia de un médico, es decir, en algunos casos se habían automedicado, y en otros no había recibido ningún tipo de tratamiento, lo que lleva a casos más complicados aún.

Como ya había mencionado anteriormente los principales factores determinantes para que se produzcan este tipo de abscesos, son las infecciones de vías respiratorias, relacionadas con el drenaje linfático de estos espacios, sin embargo existen otros, como son la inmunocompetencia del huésped, la virulencia del germen, traumatismo de la vía aérea, que permiten una vía de entrada a los microorganismos, para observar estos factores se investigaron otras enfermedades que pudiesen influir y encontramos que la mayoría de nuestros pacientes (67%) eran niños sanos. El estado nutricional es importante, pues en nuestro medio la desnutrición es la principal causa de inmunodeficiencia, en la población estudiada encontramos que el 47% tenía un estado nutricional normal, el 38% desnutrición leve y el 14% moderada, lo cual concuerda con el dato de que la mayoría de los pacientes eran previamente sanos, y que seguramente, a excepción de los casos mencionados arriba, se infectaron por vía linfática o por contigüidad de la vía aérea.

Entre los pacientes con patología agregada encontramos a un paciente con Síndrome de Down y cardiopatía.

En otro paciente se sospechaba síndrome linfoproliferativo, la evolución fue tórpida, rápida y mortal y no se logró descartar la presencia de una enfermedad subyacente, pero por los hallazgos encontrados a su ingreso (hepatoesplenomegalia, adenopatías) se consideró que se trataba de un paciente francamente inmunocomprometido.

Dos casos más tenían como antecedente haber presentado escarlatina, esto resulta de vital importancia pues nos orienta hacia un germen muy agresivo, el *Estreptococo beta hemolítico del grupo A*, capaz de desarrollar este tipo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de complicaciones, que suelen ser muy severas, como vimos en esta revisión en uno de estos niños ocasionó la muerte secundario a choque tóxico.

Otro dato interesante de mencionar es que el 14% de nuestros pacientes (3 casos) que desarrollaron absceso retrofaríngeo, tenían el antecedente de ingestión de cuerpo extraño, en dos de estos casos se les habían realizado procedimientos invasivos de la vía aérea (endoscopia), lo cual da un factor predisponente muy claro, ya sea por el trauma directo del cuerpo extraño, o por la instrumentación a que fueron sometidos, este tipo de casos también están descritos en la literatura (1) como parte de los factores de riesgo de desarrollar abscesos retrofaríngeos.

En nuestra serie encontramos que en dos de estos casos se aislaron los siguientes gérmenes: *Streptococcus viridans* y *Neisseria* sp en el primero y Estreptococo beta hemolítico del grupo A en el segundo, en el tercer caso no se aisló ninguno.

En cuanto a la sintomatología observada en la población estudiada encontramos que hasta el 85% presentó fiebre y dolor en cuello (85%), seguidos en frecuencia de aumento de volumen de cuello (76%), disfonía (47%), Disfagia(60%), odinofagia (60%), hiporexia (60%), estos datos son muy similares a lo descrito en los libros de texto y en las publicaciones que mencionan la sintomatología para sospechar este tipo de abscesos (1,2,3,4,5).

En la exploración física encontramos descripciones muy pobres en cuanto a los signos que nos orienten a pensar en estos padecimientos, el eritema de faringe, aumento de volumen de cuello y la fiebre fueron los principales síntomas encontrados, en 10 casos (47%) se corroboró disfonía, en 5 casos (20%) estridor, en 6 (28%) abombamiento de la pared posterior de la faringe y en 5 (29%)desviación de las paredes laterales de la úvula, y paredes laterales de la faringe, solo en un caso (5%) de absceso parafaríngeo se observaron datos sugerentes de afectación de pares craneales, como son desviación de la lengua y ptosis palpebral.

Esta descrito en la literatura (9) para el abordaje diagnóstico que además de una revisión clínica meticulosa son útiles algunos estudios de gabinete como son el ultrasonido, y la tomografía axial computarizada, nosotros observamos que en la población estudiada, el ultrasonido no fue utilizado como parte del diagnóstico definitivo, pues cuando se sospechó el diagnóstico a pesar de realizarse el mismo, se confirmó con tomografía, también observamos que en algunos casos se realizó intervención quirúrgica. 2 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sin realizarse tomografía, basándose en el cuadro clínico, o por que se realizó otro tipo de intervención, como en el caso de los niños con cuerpo extraño, en donde la exploración inicial se realizó por endoscopia, y se realizó el drenaje ante el hallazgo encontrado en la revisión, en los casos en los que hubo necesidad franca de tomografía fue en donde se observaron los dos tipos de abscesos juntos, con grandes dimensiones y se requirió mas de un drenaje, y seguimiento con TAC para llevar a la curación.

En cuanto a otro tipo de auxiliares de laboratorio, como son la proteína C reactiva, y la velocidad de sedimentación globular, no se utilizó mas que en un paciente, tal vez por que no se tiene acceso a este tipo de estudio en todos los horarios en este hospital y eso limita su uso.

En cuanto al aislamiento de bacterias, en la literatura (1,2) mencionan que la mayoría de estos abscesos son polimicrobianos, con gérmenes grampositivos, gramnegativos y anaerobios, existen series de pacientes publicadas, con un alto indice de aislamiento, la mayoría reporta gram positivos, existe una serie (2), en donde se logró aislar un buen número de anaerobios, sin embargo esto es muy difícil desde el punto de vista técnico, y quizá en esto radica el hecho de que no en todas las series se reporten anaerobios.

La toma de la muestra, su procesamiento, los medios de cultivo utilizados, etc, son importantes para lograr aislar estos microorganismos, en nuestro caso el aislamiento fue muy pobre, de los 21 casos se aislaron 8 microorganismos, en donde predominan estreptococos y estafilococos, en dos casos se aisló más de un germen, *Neisseria sp* y *Enterobacter sp.* y *Streptococcus viridans* con *Staphylococcus aureus*, en el resto de cultivos no hubo crecimiento, además de que hubo 8 casos en los que no se realizaron cultivos, esto desafortunadamente limita el estudio de este padecimiento en nuestro hospital, pues nos deja incompleta la información acerca de la bacteriología que manejamos, y quizá se deberían de revisar las técnicas utilizadas en el aislamiento de gérmenes anaerobios, pues no se reportó ninguno.

Cabe mencionar que se reportó en un caso neumococo, lo cual es relativamente raro, pues este germen esta relacionado más frecuentemente con otitis, faringitis, claro que esto predispone a que se disemine hacia estos sitios, sin embargo en la literatura se menciona como poco frecuente, con reporte de casos anecdóticos de su aislamiento en estos sitios.

Otra etiología descrita en la literatura (4) es la ocasionada por micobacterias, a pesar de que en este estudio no encontramos ningún aislamiento, existió el caso de una paciente con diagnóstico de ingreso de absceso retrofaringeo sugerente por el cuadro clínico, esta niña contaba con el antecedente de padres y un hermano con tuberculosis, y la exploración radiológica revelaba destrucción de las vértebras, así como un absceso retrofaringeo, sin embargo nunca se pudo corroborar que se trataba de absceso, ni que el origen fuera fímico, pues la niña falleció secundario a choque anafiláctico durante la anestesia para realizarle la tomografía., de haberse confirmado este caso se hubiera corroborado con la literatura, pues además de las etiologías mencionadas antes las infecciones ocasionadas por micobacterias también están descritas.

Prácticamente todos los pacientes estudiados habían recibido un tratamiento antibiótico previo, desde 3 días antes hasta un mes previo, sin mejoría, esto puede ser el reflejo de la resistencia de los gérmenes involucrados, pues en la mayoría se utilizaron betalactámicos, una vez hospitalizados los tratamientos fueron diferentes entre sí en cuanto al fármaco elegido y al tiempo de tratamiento, los esquemas más utilizados, fueron la clindamicina, que cubre perfectamente al estafilococo dorado, anaerobios, en algunos casos específicos se utilizó penicilina contra estreptococo beta hemolítico del grupo A, Vancomicina cuando se aisló neumococo y por el patrón de resistencia observado en este hospital.

El tiempo de tratamiento utilizado para llevar a la curación de estos pacientes fue mínimo de 7 días, máximo de 30 días, tomando en cuenta tanto el tratamiento intravenoso como el enteral, en la literatura están descritos esquemas efectivos de 14 a 21 días, aunque esto depende del estado del paciente, su evolución, en este estudio observamos que los esquemas más largos son en niños con abscesos en ambos sitios anatómicos, tanto parafaríngeos como retrofaringeos, los cuales también requirieron drenaje quirúrgico en más de una ocasión.

El drenaje de estos abscesos es de vital importancia, si no se realiza la evolución es tórpida. Está descrito, que en algunos casos el tratamiento puede ser solamente con antibióticos, pero esto solo es posible cuando el absceso está en sus fases iniciales de formación, una vez formada la colección de pus, el drenaje es indispensable, en el caso de nuestros pacientes en todos los pacientes se realizó drenaje en las primeras 48 hrs de haber iniciado el tratamiento antibiótico intravenoso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las complicaciones observadas en estos pacientes fueron en dos casos broncoaspiración, que son de las más graves, pues representan una inoculación directa a la vía aérea, esto prolonga la estancia intrahospitalaria, el tratamiento, y la morbilidad en general, hubo 4 muertes, una relacionada a choque tóxico, dos a choque séptico y una a choque anafiláctico, las tres primeras son relacionadas directamente al proceso infeccioso, y son desafortunadamente de las complicaciones más graves y más temidas.

El resto de los pacientes no presentó ninguna complicación, aún en el seguimiento, no se observaron recaídas.

### **CONCLUSIONES:**

- Los abscesos retrofaringeos y parafaringeos vistos en el Hospital Infantil de México predominan en la etapa de lactantes y preescolares.
- No hay un predominio en la presentación de estos abscesos, ni por el estado socioeconómico, ni el sexo.
- La mayoría de los abscesos retrofaringeos y parafaringeos se presentan en niños previamente sanos, con estado nutricional normal.
- La principal sintomatología observada es la fiebre, el aumento de volumen en el cuello, odinofagia, disfagia, disfonía, estridor, tos e hiporexia.
- En la exploración lo más frecuente fue encontrar eritema de faringe, aumento de volumen de cuello, dolor a la movilización, abombamiento de pared posterior de faringe, desviación de la úvula y paredes laterales de la misma.
- Es poco frecuente (en nuestra serie 5%) encontrar afectación de los pares craneales.
- El diagnóstico es principalmente clínico, se debe sospechar por los hallazgos al interrogatorio y exploración.

- La tomografía es el método auxiliar de diagnóstico con mayor sensibilidad para corroborar el diagnóstico de este tipo de abscesos.
- El drenaje quirúrgico fue necesario en todos los pacientes.
- Los gérmenes aislados en esta serie fueron *Streptococcus pyogenes* en dos casos evolución clínica., *Streptococcus pneumoniae* en un caso, *Streptococcus viridans* en otro, *Staphylococcus aureus* en tres, *Enterobacter* y *Neisseria* en otro caso y *Streptococcus sp* en otro. Solo en dos casos se consideraron como polimicrobianos.
- El tratamiento antibiótico se debe iniciar en forma empírica, es conveniente iniciar con un beta.lactámico, resistente a betalactamasas, más un aminoglicosido, y un fármaco que cubra anaerobios, siempre se debe pensar en la naturaleza polimicrobiana de estos padecimientos.
- Es necesario revisar las técnicas de aislamiento de microorganismos anaerobios, pues su aislamiento fue nulo en todos los casos revisados.
- El tiempo de tratamiento se sugiere en dos a tres semanas, sin embargo deberá estar determinado por la evolución clínica del paciente.
- Las complicaciones observadas en esta serie reportan 19% de mortalidad relacionada al proceso infeccioso. En este caso hubo dos fallecimientos secundarios a choque séptico, uno a choque tóxico y otro a choque anafiláctico. El 9% presentó neumonía secundaria a broncoaspiración, otra de las complicaciones más frecuentes.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Asmar BS Bacteriology of retropharyngeal abscess in children. The pediatrics infectious disease journal 1990;9(8)595-597
2. Brook I Microbiology of retropharyngeal abscess in children. AJDC 141 202-204
3. Medina M, Golfsbard et al, Cervical adenitis and deep neck infection caused by Streptococcus pneumoniae, The pediatrics infectious disease journal, 1997 16(8) 823-824
4. Cheema B, Grant CC et al, An infant with persistent empyema. Acta paediatr 1999 881168-71
5. Parvin H. Azimi et al, Irritability and neck stiffness in a five month-old infant. The pediatrics infectious disease journal 2001,20(7),724-729.
6. Sztjanbok J, Marcilia S, Gras, MD, Daniel M Katayama et al. Descending suppurative mediastinitis: nonsurgical approach to this unusual complication of retropharyngeal abscess in childhood. Pediatric emergency care 1999, 15(5) 341-343.
7. Chivite D, Carratala J, Retropharyngeal abscess caused by streptococcus agalactiae Clinical infectious disease 1998;27:1320-1.
8. Toback S, Herr S, Retropharyngeal abscess in a toxic appearing infant Pediatric emergency care 2001,17(4) 255-7.
9. Parvin H, Azimi A sixteen-year-old male youth with fever, dysphagia and weight loss. The pediatric infectious disease journal 1998 17: 732-3
10. Barrat GE. et al, Retropharyngeal abscess-a 10 year experience . Laryngoscope 1984;94:455-63.
11. Thadepalli H, Mandall AK anatomic basis of head and neck. Infectious. Infectious disease clin north am, 1988;2:21
12. Chow AW life threatening infectious of the head and neck. Clin inf dis 1992;14:991.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

13. Holt GR Mc Manus K Newman RK et al Computed tomography in the diagnosis of deep-neck infectious Arch Otolaryngol 1982;108:693
14. Broughton RA Nonsurgical management of deep neck infectious in children *Pediatr infect dis J* 1992;11:14-18
15. Coulthard M Isaacs Retropharyngeal abscess. *Arch dis child* 1991;66 1227-30.
16. Wholey MH Bruwer AJ Baker HL The lateral roentgenogram of the neck radiology 1958;71:350-6.
17. Goldenberg D, Golz A et al Retropharyngeal abscess; a clinical review. *J laringol otol* 1997 ;111:596-50.
18. Gaglani M Edwards Clinical indications of childhood retropharyngeal abscess, *Am J Emerg med* 1995;13:333-6
19. Thompson J Cohen Retropharyngeal abscess in children a retrospective and historical analysis. *Laryngoscope* 1998;98:589-92.
20. O'Neill JA, et al, *Pediatric surgery, Otolaryngologic disorders vol 1*, p714-715, 1998 5<sup>a</sup> ed
21. Schuit KE Jonson JT, Infections of the head and neck, *Pediatr clin north am* 1981,28:965-71
22. Marcy SM Infections of lymph nodes of the head and neck. *Pediatric infect disease* 1983,2:397-405.
23. Lane RJ Keane WM Pediatric infectious cervical lymphadenitis, *Otolaryngol Head Neck Surg* 1980,88:332-5
24. Brook Aerobic and anaerobic bacteriology of cervical adenitis in children, *Clin Pediatr* 1980;19:693-6.
25. Dajani, AS Garcia Etiology of cervical lymphadenitis in children. *N Engl J Med* 1963,268:1329-33-
26. Barton LL Feigin Childhood cervical lymphadenitis: a reappraisal. *J. Pediatr* 1974; 84:846-52.

## **ANEXO I.**

### **HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

#### **I. Información general:**

Nombre:

Número de expediente:

Fecha de ingreso:

#### **2. Edad:**

- a. lactante menor
- b. Lactante mayor
- c. Prescolar
- d. Escolar
- e. Adolescente

#### **3. sexo**

- a. masculino
- b. Femenino

#### **4. Lugar de origen:**

- a. Distrito Federal
  - b. Fuera del D.F.
- Estado

#### **5. Peso**

#### **6. Talla**

#### **7. Lugar de referencia:**

- a. Médico particular
- b. Centro de salud
- c. Hospital de 2º nivel
- d. Hospital de 3er nivel
- e. Sin referencia de otro médico

#### **8. Diagnóstico:**

- a. Absceso retrofaringeo
- b. Absceso parafaríngeo
- c. Absceso parafaríngeo y retrofaringeo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**9. Tratamiento previo**

**10. Antibióticos**      si      no

**11. Tiempo de terapia al ingreso:**

**12. Cuadro clínico:**

**Por interrogatorio:**

- a. fiebre
- b. otalgia
- c. odinofagia
- e. dolor en cuello
- f. disfagia
- g. hiporexia
- h. irritabilidad
- i. torticollis
- j. trismo

**Por exploración física:**

si

no

- a-eritema de faringe
- b. Abombamiento de faringe
- c. Fiebre
- d. Dificultad respiratoria
- e. ptosis palpebral
- f. desviación de la lengua
- g. Disartria
- h. Estridor
- i. Disfonia
- i. asimetría facial
- j. desviación de úvula
- k. aumento de volumen en cuello
- l. debilidad de músculo trapecio

**Métodos auxiliares de diagnóstico:**

a. Biometría hemática

HB  
LEUCOCITOS  
NEUTROFILOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**BANDAS  
LINFOCITOS  
EOSINOFILOS  
PLAQUETAS**

**Proteína C reactiva**

**b. Velocidad de sedimentación globular**

**a. Tipo de cultivo (anotar si o no)**

1. hemocultivo
2. Exudado faringeo
3. Cultivo de aspirado del absceso
4. Cultivo de material obtenido por drenaje quirúrgico
  - aerobios
  - anaerobios

**.Gabinete:**

**Conteste si se utilizó para el diagnóstico:**

**a. Tomografía axial computarizada**

**b. Ultrasonido simple**

**c. Ultrasonido doppler**

**TRATAMIENTO**

**Anotar que tratamiento antibiótico se utilizó, y por cuanto tiempo se usó en los siguientes intervalos:**

**a. una semana**

**b. dos semanas }**

**c. 3 semanas**

**d. 4 semanas**

**TESTE CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Anotar si se realizó cambio de antibióticos:**

**Motivo del cambio de antibióticos:**

**- evolución clínica**

