



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD 713
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

***"FRECUENCIA Y TOPOGRAFIA DE LOS ABSCESOS PROFUNDOS
DE CUELLO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL LA
RAZA"***

**Tesis que para obtener el título de especialista en:
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.**

**PRESENTA:
DR. DAN NEFTALI LLAMAS HERNÁNDEZ**



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.

**ASESORA DE TESIS
DRA LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO**

MÉXICO D.F. 2008

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios ya que nos ofrece y da la vida, y las energías para lograr cualquier cosa que deseemos.

A mis padres ya que sin ellos no sería la persona que soy, ni lograría lo que me he propuesto. Los amo mucho papás.

A mi esposa e hijo que son mi inspiración todos los días de mi vida.

A mis maestros por todas sus enseñanzas, que de seguro me van a servir todos los días del resto de mi vida.

Al Dr. Ruiz por sus enseñanzas tanto de la especialidad como de vida.

A mis compañeros, ya que todos los días he aprendido algo de ellos y de su amistad.

ÍNDICE

HOJA DE FIRMAS	
2	
AGRADECIMIENTOS	
3	
RESUMEN	
. 5	
SUMMARY	
. 6	
MARCO TEÓRICO	
. 7	
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
16	
OBJETIVOS	
. 17	
JUSTIFICACIÓN	
. 18	
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	
19	
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
20	
MATERIAL Y MÉTODOS	
21	
RESULTADOS	
. 23	
DISCUSIÓN	
25	

CONCLUSIONES	
. 29	
ANEXOS	
. 30	
BIBLIOGRAFÍA	
37	

RESUMEN

“FRECUENCIA Y TOPOGRAFÍA DE LOS ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA”

Campos-Navarro LA, Llamas-Hernández DN, HGCMN “La Raza”

INTRODUCCIÓN

La infección profunda de cuello se define como aquella que se extiende a través de los planos profundos del cuello formados por fascias. Cuando se habla de colección de material purulento en los espacios formados por estas fascias estamos ante un absceso profundo de cuello.

La literatura reporta predominio en el sexo masculino, con una edad promedio de presentación de 49 años. Se reporta al espacio parafaríngeo como el más afectado tanto en adultos como en niños, seguido del submandibular.

Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas, sin embargo, el tratamiento está encaminado a asegurar la vía aérea, administrar antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico si se requiere. Se reporta que el 83% de los pacientes con abscesos profundos de cuello requerirán drenaje quirúrgico y un 10 % traqueotomía.

A pesar del tratamiento adecuado, se reportan porcentajes de mortalidad de amplio rango, desde 7% a 40%, de allí la importancia de esta patología.

OBJETIVO. Determinar la epidemiología y topografía de los abscesos profundos de cuello en el servicio de Otorrinolaringología del CMN La Raza del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se analizaron 57 expedientes de pacientes con absceso(s) profundo(s) de cuello, atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General CMN “La Raza”, de enero del 2007 a junio del 2008, apegados a las normas en materia de investigación para la salud en seres humanos.

Se estudió frecuencia, aspectos demográficos, enfermedades asociadas, origen de la infección, espacios de cuello involucrado y tratamiento utilizado, así como días estancia. Se aplicó análisis estadístico con medidas de tendencia central y de dispersión de las características de la población en estudio y de las variables de interés.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

RESULTADOS. Se incluyeron 57 expedientes, igual al número de pacientes atendidos, 37 hombres (65%) y 20 mujeres (35%). 54 pacientes fueron adultos (95%) y solo 3 niños (5%). Con un rango de edad de 3 a 75 años, un promedio de edad de 42.2 años, DS +- 17.3

La topografía del absceso de cuello predominante fue el espacio parafaríngeo en 38 pacientes; seguido del submaxilar, submental y el periamigdalino.

Los espacios afectados al unísono fueron: en 14 pacientes, afectado 1 solo espacio; en 13 pacientes 2 espacios; 3 espacios en 16, y mas de 4 espacios el resto.

El rango de estancia hospitalaria fue de 1 a 37 días, con un promedio de 9.6 días.

Predominó el tratamiento combinado de fasciotomía y antibióticos.

CONCLUSIONES.

Los abscesos profundos de cuello son más frecuentes en hombres y raros en la población pediátrica en nuestro medio. Son más frecuentes entre población de 26 y 55 años, con mayor afección del lado derecho. Predominan dos o mas espacios, principalmente el parafaríngeo y submandibular. La estancia hospitalaria promedio son 7 días y requieren la mayoría además de tratamiento medico, la cirugía.

PALABRAS CLAVE. Absceso de cuello, espacios profundos de cuello, infecciones cervicales, topografía de abscesos.

SUMMARY

“FREQUENCY AND TOPOGRAPHY OF THE DEEP ABSCESES OF NECK, ATTENDED IN THE SERVICE OF OTOLARYNGOLOGY IN THE MEDICAL NATIONAL CENTER “LA RAZA”

Campos-Navarro LA, Llamas-Hernández DN, HGCMN “La Raza”

INTRODUCTION

The deep infection of neck is defined as that one that spreads across the deep planes of the neck formed for fascias. When one speaks about collection of purulent material in the spaces formed by these fascias we are before a deep abscess of neck.

The literature reports predominance in the masculine sex, with an average age of presentation of 49.5 +- 20.5 years. It is reported to the space parafaríngeo as the most affected both in adults and in children, followed by the submaxillary.

The treatment is directed to assure the airway, to administer intravenous antibiotics and surgical drainage if it is needed. There is reported that 83 % of the patients with deep abscesses of neck will need surgical drainage and 10 % tracheotomy.

In spite of the suitable treatment, there are reported percentages of mortality of wide range, from 7 % to 40 %, of there the importance of this pathology.

OBJETIVE: To determine the epidemiology and topography of the deep abscesses of neck in service of Otolaryngology, the Medical Center “La Raza” IMSS.

MATERIAL AND METHODS

57 patients' expedient were analyzed by abscess (s) deeply (s) of neck, attended in Otolaryngology of the General Hospital, CMN " La Raza ", from January 2007 to June 2008, become attached to the procedure as for investigation for the health in human beings. There were studied frequency, demographic aspects, associate diseases, origin of the infection, spaces of involved neck and used treatment. Descriptive analysis was applied by measures of central trend and of dispersion of the characteristics of the population in study and of the variables of interest.

TYPE OF STUDY.

Retrospective, observacional, transverse and descriptive.

RESULTS.

57 expedient were included, 37 men (65 %) and 20 women (35 %). 54 patients were adult (95 %) and only 3 children (5 %). With a range of age from 3 to 75 years, an average of age of 42.2 years, DS +- 17.3 The topography of the abscess of predominant neck was the space parafaríngeo in 38 patients; followed of submaxillary, submental and the periamigdalino.

The spaces concerned the unison were: en14 patients one alone space, in 13 patients 2 spaces, 3 spaces in 16, and 4 spaces the rest.

The range of hospitable stay was 1 to 37 days, with an average of 9.6 days. The treatment combined of fasciotomy and antibiotics was predominant.

CONCLUSIONS. The deep abscesses of neck are more frequent in men and rare in pediatric population in our way. They appear in the main between 26 and 55 years, with major affection of the right side. They predominate over two or more spaces, principally the parafaríngeo and submaxillary. The hospitable average stay they are 7 days and need the majority besides medical treatment, the surgery.

KEY WORDS.

Abscess of neck, deep spaces of neck, cervical infections, topography of abscesses.

“FRECUENCIA Y TOPOGRAFIA DE LOS ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA”

MARCO TEÓRICO

La infección profunda de cuello se define como aquella que afecta a través de los planos profundos del cuello formados por fascias. Cuando se habla de colección de material purulento en los espacios formados por estas fascias estamos ante un absceso profundo de cuello.

Huang T y cols (2004) reportan en un estudio de revisión de 185 pacientes con abscesos profundos de cuello que el 58.9% se presentó en hombres y el 41.1% fueron mujeres, con una edad promedio de 49.5 ± 20.5 años.

Boscolo P y cols (2006), en un estudio realizado en Italia, describen que el 68.8%, de un total de 85 pacientes fueron hombres y 31.2% mujeres con una media de 51.1 años.

En relación a la población pediátrica; Nagy y cols (1998), refieren que de 47 niños con abscesos de cuello, la edad más frecuente encontrada fue entre 4 y 5 años y más comunes en el sexo masculino.

En un reporte emitido por el Hospital Juárez de México, donde se revisaron 45 expedientes de pacientes pediátricos con absceso profundo de cuello, encontraron que la edad promedio de presentación fue de 8.7 años, más en niños (62%). Con un promedio de días estancia de 7.5 días con un rango de 4 a 17 días.

El origen etiológico predominante fue la infección rinofaríngea en 65% de los casos, infección ótica en 2%, politraumatismos 6%, parotiditis 5%, sarampión y varicela en un caso cada uno, y en el 18%, no se identificó la causa.

El principal espacio afectado fue el parafaríngeo en el 66%. En el 42% se afectó un solo espacio profundo de cuello, mientras que en el 22% comprendía dos espacios, y en el 36% de los casos se afectaron 3 o más espacios.

Como factores de riesgo en este reporte se menciona como principal, las infecciones del tracto respiratorio superior, seguido de hábitos higiénicos dentales deficientes, desnutrición, politraumatismos y alcoholismo.

El total de los pacientes recibieron tratamiento médico con antibióticos, y drenaje quirúrgico; aunque incluyen dentro de los abscesos profundos de cuello adenitis abscedadas, este último diagnóstico en 59% de sus pacientes. Un solo paciente fue traqueotomizado y dos pacientes presentaron complicaciones posquirúrgicas: formación de un hematoma y dehiscencia de la herida quirúrgica

La tendencia actual en el desarrollo de la resistencia bacteriana a los antibióticos, el resurgimiento de las enfermedades como la tuberculosis, la micosis, el aumento de las lesiones traumáticas a nivel cervical por accidentes o por actos violentos, la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el deterioro de las condiciones de vida de numerosos habitantes del planeta han determinado la permanencia y el aumento de los abscesos profundos del cuello.

El curso de la infección y consecuentemente la presentación de la patología es diferente en adultos y en niños. En la era pre-antibiótica el 70% de las infecciones se originaban en la faringe y en las amígdalas, afectado con mayor frecuencia el espacio parafaríngeo; actualmente, las amígdalas y faringe, continúan siendo el foco primario de afección a los espacios profundos de cuello en la población

pediátrica. No así en los adultos, en donde las infecciones odontogénicas o de glándulas salivales son los sitios que con mayor frecuencia afectan los espacios profundos de cuello por lo que el espacio parafaríngeo y el submandibular se afectan con mayor frecuencia. En la población adulta, además se encuentran otras causas, que incluyen: infecciones del tracto respiratorio superior, trauma, presencia de un cuerpo extraño, cirugía y diseminación de una infección localizada y superficial. En un 20 % su etiología permanece desconocida.

Hyung y cols., en su estudio realizado en 1997 donde incluyeron a 44 pacientes (21 con origen odontogénico y 23 de origen no odontogénico), con apoyo de la tomografía computada determinaron cuales espacios se encontraron con mayor frecuencia involucrados y revelaron que el espacio parafaríngeo, submandibular y el espacio masticador son los más vulnerables a tener un origen odontogénico que en aquellas infecciones no odontogénicas .

En el estudio retrospectivo de 210 casos de pacientes con abscesos profundos de cuello realizado en noviembre del 2001 por Parhiscar A y cols , reportaron que el espacio parafaríngeo fue el mas afectado en un 43%, seguido del submandibular. La Angina de Ludwig y el espacio retrofaríngeo se vieron comprometidos en un 17% y 12% respectivamente. El 75% de los pacientes que presentaron Angina de Ludwig requirió traqueotomía ⁸. Además, la infección dental estuvo presente en un 43% de los casos, drogas intravenosas en un 12%, y por último, las faringoamigdalitis en un 6%. El estreptococcus viridans fue el patógeno predominante en el 39% de los casos, seguido por el estafilococo epidermidis en un 22% y estafilococo aureus en 22 % ⁸.

En nuestro país, un estudio realizado por Manzo y cols. (2005), en el hospital Siglo XXI, encontraron que el origen primario de infección fue dental en el 61.5%, faringoamigdalino en 23.1% y secundaria a instalación de catéter por vía yugular en un 15.4%. De la misma manera, los gérmenes más frecuentes fueron el estafilococo aureus, estafilococo beta hemolítico, estafilococo coagulasa

negativo, estafilococo epidermidis, estafilococo faecalis, Klebsiella sp, pseudomonas maltophilia, pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, candida albicans, peptostreptococos y bacterioides. 9

Para comprender la fisiopatología de los espacios profundos de cuello es menester conocer las fascias y los espacios cervicales.

Estas aponeurosis encierran estructuras anatómicas del cuello formando espacios. Éstas fascias se dividen en 2 principales: La fascia cervical superficial y la fascia cervical profunda; a su vez, la fascia cervical profunda se divide en una capa superficial, una media y una profunda.

CLASIFICACIÓN DE LAS FASCIAS EN EL CUELLO 7.

1.-FASCIA CERVICAL SUPERFICIAL

2.-FASCIA CERVICAL PROFUNDA

- A. Capa superficial de la fascia cervical profunda
- B. Capa media de la fascia cervical profunda
 - capa muscular
 - capa visceral
- C. Capa profunda de la fascia cervical profunda
- D. Cubierta carotídea formada por A,B,C.

Clasificación de los espacios de cuello modificada por Hollingshead

(7).

Espacios que involucran la totalidad del cuello	
Espacio retrofaríngeo	Se encuentra entre la división visceral de la capa media de fascia profunda y la capa profunda de la fascia profunda, desde base de cráneo a 2a vértebra torácica
Espacio peligroso	Ubicado entre la división alar y prevertebral de la capa profunda la fascia profunda, desde la base del cráneo hasta el diafragma.
Espacio prevertebral	Anterior a los cuerpos vertebrales y posterior a la división prevertebral de la capa profunda de la fascia profunda, desde la base del cráneo al cóccix.
Espacio vascular visceral (autopista de Lincon).	Contiene a la carótida, yugular, vago y cadena simpática, formada por las 3 capas de la fascia profunda, desde la base del cráneo al mediastino.
Espacios por encima del hueso hioides	
Espacio parafaríngeo	Pirámide invertida que va desde la base del cráneo al hioides, de la capa profunda de la fascia cervical profunda lateral a la pared faríngea hasta la fascia que cubre el pterigoideo medial y lóbulo profundo de glándula parótida. Y del rafé pterigomandibular hasta la fascia prevertebral .

Espacio submandibular	Es el espacio que va del piso de la boca y la capa superficial de la fascia cervical profunda hasta el hioides. El músculo milohioideo lo divide en espacio sublingual y submandibular propiamente dicho. Y el cuerpo anterior del músculo digástrico lo divide en espacio submental y submandibular propiamente dicho.
Espacio parotídeo	Delimitado por la capa superficial de la fascia cervical profunda la cual envuelve la glándula parótida.
Espacio masticador	Delimitado por la capa superficial de la fascia cervical profunda alrededor de la mandíbula y contiene los músculos de la masticación.
Espacio periamigdalino	Espacio delimitado entre la amígdala y la cápsula amigdalina, entre los pilares anterior y posterior y su límites supero-inferior es el paladar blando y el tercio posterior de la lengua.
Espacio temporal	Se encuentra entre la fascia temporal lateralmente y el periostio de la posición escamosa del hueso temporal medialmente.
Espacios por debajo del hueso hioides	
Espacio pretraqueal	Del cartílago hioides hasta 4a vértebra torácica (mediastino) cerca de la aorta, rodeando tráquea y esófago.
Espacio supraesternal	Se encuentra por arriba del esternón entre las clavículas.

Cualquiera de estos espacios puede estar comprometido por una colección purulenta dependiendo el sitio primario de la infección.

Merece especial atención el espacio peligroso que está entre las fascias alar y vertebral de la capa profunda y se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino, y el espacio pretraqueal, que también se comunica hacia el mediastino. Su continuidad anatómica y la extensión de los mismos los convierte en espacios potencialmente peligrosos para la vida.

Los abscesos del cuello como todos los demás que se producen en el cuerpo humano se forman a través de cuatro etapas básicas: primera es la de celulitis, donde existe un estado inflamatorio de la región; la segunda fase es de organización, caracterizada por la migración leucocitaria y respuesta vasogénica; la tercera es la de encapsulamiento, en la cual, dicha colección purulenta se rodea de una cápsula de detritus celulares; y finalmente, la etapa en la que existe ruptura capsular con las consecuentes complicaciones que conlleva la ubicación del absceso de acuerdo a la región afectada ¹⁰.

El diagnóstico se establece con la historia clínica y exploración física con una sensibilidad de 55% y especificidad de 73% para detectar colecciones purulentas según Miller y cols. Ellos reportan que la tomografía computada combinada con la exploración física aumenta la sensibilidad a un 95% y una especificidad de 80% . Además la tomografía computada es una herramienta que nos ayuda en la toma de decisiones para realizar alguna intervención quirúrgica y definir la extensión de la lesión.

Las radiografías laterales de cuello son de ayuda en especial para el diagnóstico de abscesos retrofaríngeos encontrando como hallazgos: edema del espacio prevertebral, pérdida de la lordosis cervical normal, presencia de aire en tejidos blandos o aumento del espacio comprometido. Sin embargo, la tomografía computada como se mencionó, es el estudio de elección, debido a que da una excelente demarcación del absceso y define las estructuras anatómicas adyacentes, encontrando hipodensidad con reforzamiento periférico

si esta formado ya el absceso, que se ratifica al observar la hipodensidad central al aplicar de material de contraste intravenoso .

También, Nagy M. y cols ⁴ concuerdan que la tomografía es el estudio de imagen útil por excelencia para el diagnóstico de los abscesos profundos de cuello, refiriendo que en la fase de contraste hay una sensibilidad diagnóstica de un 95% mayor al reportado por Lazor et al., y Ungkanont et al., quienes reportan una sensibilidad de 87.9% y 91% respectivamente.

El tratamiento recomendado es antibioticoterapia intravenosa, manejo de la vía aérea y drenaje quirúrgico. En un estudio realizado en Alemania en el 2004 por Jurgen G. y cols ante la revisión de 234 pacientes, reportan que al 83%, es decir, a 195 pacientes se les practicó terapia quirúrgica; requiriendo además, traqueotomía en 21 pacientes y 13 pacientes mediastinostomía. Reportan ellos mismos a la diabetes mellitus como la entidad clínica más encontrada en los pacientes con abscesos profundos de cuello, seguido de abuso de sustancias tóxicas, leucemia, agranulocitosis, diálisis renal, trombocitopenia hepatotóxica, tuberculosis pulmonar entre otras.

Las complicaciones reportadas como secundarias a abscesos profundos de cuello, son mediastinitis, sepsis y neumonía; con un 2.6% de mortalidad ¹².

Choi y cols. (1997), de un total de 58 pacientes pediátricos con abscesos profundos de cuello, 28 de ellos requirieron drenaje quirúrgico, y los espacios mas afectados fueron el retrofaríngeo y parafaríngeo .

Tanto los pacientes pediátricos como los adultos con esta patología, requieren tratamiento por tiempo prolongado, que implican repercusiones económicas y familiares. Manzo E y cols., respecto a la hospitalización en pacientes adultos refieren requerir estancia en unidades de cuidados intensivos, con promedio de 18 ± 9.43 días y una mortalidad de 23% ⁹.

El uso de antibióticos ha disminuido la mortalidad en las infecciones profundas del cuello. Zietek , reporta un 7%, sin embargo, se reportan rangos de mortalidad hasta de un 40% en otras series⁶.

Por lo anterior, se desprende la importancia de la patología con prioridad a establecer un diagnóstico oportuno para lograr un control en la progresión de la enfermedad y evitar complicaciones mayores que pongan en peligro la vida del paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la epidemiología y topografía de los abscesos profundos de cuello en pacientes atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Nacional “La Raza”?

OBJETIVO

Determinar la epidemiología y topografía clínica de los abscesos profundos de cuello de los pacientes atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Centro Medico Nacional La Raza, de enero del 2007 a junio del 2008.

JUSTIFICACIÓN

Los abscesos de cuello son una entidad clínica que amerita la atención urgente del paciente; tanto diagnóstica como terapéutica, debido a su alta incidencia de complicaciones y de mortalidad. Consideramos que cada día incrementa su presentación en esta unidad como hospital al que confluyen este tipo de pacientes.

Los abscesos profundos de cuello como patología con alta morbilidad que condiciona estancias prolongadas, nos obliga a conocer con mayor certeza su epidemiología, a mantener entrenamiento y capacitación de los médicos otorrinolaringólogos y a planear y derivar cada vez mayores recursos por parte de la institución, para su atención de una manera racional y satisfactoria.

El realizar este estudio permitirá además alertar a los niveles de atención médica en un nivel primario y secundario a tomar medidas preventivas o tratamientos oportunos de vías respiratorias altas u odontogénicas, en especial, en grupos de riesgo, ya que como sitios primarios de infección las IVRA`s y los trastornos odontogénicos representan una alta incidencia en 1ro y 2do nivel de atención.

Es importante además identificar, qué espacios del cuello están involucrados con mayor frecuencia en nuestro medio (actualmente no contamos con esos datos), lo que permitirá tener un mejor conocimiento de la presentación de la enfermedad, las diferencias entre niños y adultos, identificar el sitio anatómico de origen y diseminación más frecuente; todo encaminado a lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad y evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente.

Los resultados que arroje este estudio establecerán las bases para nuevos estudios de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron para su análisis 57 expedientes de pacientes que cursaron con absceso(s) profundo(s) de cuello y fueron atendidos en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello el Centro Medico Nacional “La Raza” en la ciudad de México, en el periodo comprendido entre enero del 2007 y junio del 2008.

Dicho proyecto fue autorizado por el comité de investigación local y estuvo apegado a lineamientos éticos y normas establecidas en materia de investigación para la salud en seres humanos.

Debido a tener una apreciación en el incremento de pacientes con dicho diagnóstico se seleccionaron a todos los pacientes atendidos en los servicios pediátrico y de adultos por año y medio, para evitar aspectos de temporalidad. Una vez identificados los pacientes con absceso de cuello en el control de ingreso diario de pacientes del servicio y eliminar acuciosamente los que presentaban adenitis cervical abscedada, dado que pudiesen tener un diagnostico que modificase curso clínico; se procedió a extraer del archivo clínico del hospital los expedientes.

Se buscó en los expedientes la siguiente información: edad, sexo, espacios profundos de cuello involucrado sustentado en los aspectos clínico que presentaba el paciente, diagnostico emitidos y confirmación tomográfica, tratamiento utilizado (médico y/o quirúrgico), posible origen del absceso profundo en cuello, días de estancia hospitalaria y se obtuvo la frecuencia de pacientes con absceso profundo de cuello en el periodo.

En relación al número y espacio(s) profundos de cuello involucrados se comparó los diagnósticos referidos en el expediente con la tomografía computada del paciente, que se obtuvo del archivo radiológico, y se descartarían todos los expedientes de pacientes

con absceso(s) profundo(s) de cuello que no fueran compatibles con el diagnóstico con la TC, además de aquellos que presentaran algún criterio de exclusión o de eliminación.

Se anotaron en anexo correspondiente de registro de datos para su análisis realizado en SPSS versión 14. Se aplicó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión de las características de la población en estudio y de las variables de interés.

RESULTADOS

Fueron 57 pacientes que ingresaron y fueron atendidos en los servicios de Otorrinolaringología Pediátrica y Adultos mismos que se incluyeron; 37 fueron hombres (65%) y 20 mujeres (35%), con una relación hombre - mujer 1.85: 1 (Gráfica I).

Solo 3 niños (5%) presentaron absceso profundo de cuello por 54 pacientes adultos (95%) (Gráfica II). No hubo pérdidas.

Se encontró un rango de edad de 3 años a 75 años, con un promedio de edad de 42.2 años (Gráfica III) y DS de ± 17.3 años.

En relación a la topografía del absceso de cuello, los sitios mayormente afectados fueron el espacio parafaríngeo en 38 pacientes; el submaxilar en 36 pacientes; el submental en 21 pacientes, y el periamigdalino en 15 pacientes. Los demás espacios estuvieron afectados menos frecuentemente. (Tabla 1)

Por número de espacios profundos de cuello involucrados de manera simultanea en cada paciente, se encontró que estuvo afectado solo un espacio en 14 pacientes, 2 espacios en 13 pacientes, 3 espacios en 16 pacientes, 4 espacios en 12 pacientes y 5 espacios solo 2 pacientes (Gráfica IV).

Los días estancia hospitalaria promedio fueron de 9.6 días, con una desviación estándar de ± 6 días y un rango entre 1 a 37 días.

Treinta pacientes estuvieron hospitalizados de 1 a 7 días; 18 pacientes de 8 a 14 días; 6 pacientes estuvieron hospitalizados de 15 a 21 días; y 3 pacientes más estuvieron por 21 días (Gráfica V).

El total de los 57 pacientes recibieron tratamiento médico a base de analgésicos, antibióticos y anti-inflamatorios; a 35 de ellos (61%) se les realizó

además tratamiento quirúrgico con fasciotomías y drenaje de absceso; de éstos, solo 5 requirieron dentro de los procedimientos quirúrgicos traqueotomía y uno mediastinostomía.

(Gráfica VI).

Las enfermedades concomitantes observadas fueron Diabetes Mellitus en 11 pacientes, y hepatopatía en 2 pacientes. La actinomicosis, anemia aplásica, trombocitopenia, HAS, hipertiroidismo y sialolitiasis también fueron encontradas.

En cuanto a espacios cervicales afectados, encontramos que el lado derecho fue más comúnmente involucrado en 32 pacientes (56%); el izquierdo en 17 pacientes (30%); y bilateral en 8 pacientes (14%).

El origen, como foco primario del absceso predominante fue el odontógeno, seguido de infecciones respiratorias de vías respiratorias superiores. En 12 (21%) no se identificó sitio de procedencia.

DISCUSIÓN

En la actualidad, la frecuencia de pacientes en nuestro hospital con abscesos profundos del cuello va en incremento, lo que requiere conocer los aspectos epidemiológicos que permitan mantener expectativas de diagnóstico y tratamiento del personal que ahí labora tanto en los servicios de urgencias medicas como de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello; de la misma manera, incidir en los programas de formación para que ésta entidad clínica sea cubierta.

Sigue representando una enfermedad que pone en riesgo la vida, aunque cabe mencionar que con la amplia gama de antibióticos ha disminuido significativamente la morbi- mortalidad.

Con un diagnóstico temprano se puede permitir la resolución solo con tratamiento médico, sin embargo, esta patología se sigue considerando de resolución quirúrgica como lo encontrado en el presente estudio, sin olvidar que un retraso en el diagnóstico o un tratamiento inadecuado puede desencadenar mayores complicaciones.

Hoy en día el Otorrinolaringólogo y Cirujano de Cabeza y Cuello debe tener un conocimiento preciso de las fascias cervicales y de los espacios de cuello, ya que la presentación, diseminación y tratamiento de las infecciones profundas de cuello se basa en esta anatomía.

Como se refirió previamente en los estudios de Boscolo ³ y de Huang ² se reporta un predominio del sexo masculino, concordando con lo encontrado en nuestro estudio

(37 de 57) lo que sería interesante dado el sitio de origen; si tiene relación con medidas higiénico-dietéticas diferentes entre sexos, acuden de manera más tardía al médico o no lo hacen ante procesos infecciosos agudos, lo que sería interesante incursionar en investigaciones al respecto.

Llama la atención que a pesar de ser un hospital con alto índice de atención a niños, (23.9% del total de atenciones durante 2007) , el número de pacientes con esta patología es escaso, en contraste con otros reportes. En nuestra misma ciudad, en otra institución de Salud (Hospital Juárez de México), existe divergencia en este grupo de pacientes, situación que pudiese ser porque incluyeron en la población de estudio las adenitis infecciosas agudas abscedadas que nosotros excluimos, o son poblaciones diferentes a las que atiende.

La edad promedio de presentación en nuestro estudio fue de 42.2 años. Esta edad corresponde con lo reportado en la literatura (Huang reporta el promedio de edad de 49 años y Boscolo de 51 años), lo que nos habla de una patología de presentación en la edad adulta, ya que solo 3 pacientes pediátricos hubo en nuestra serie (5%). Debemos considerar que son poblaciones económicamente activas, y la mayoría de ellas líder de familia con sus repercusiones familiares y económicas

Los espacios profundos del cuello más afectados en nuestro estudio fueron el parafaríngeo y el submandibular, seguidos del submental y el periamigdalino, los dos primeros corresponden con lo reportado por Hyung y cols(8) en donde el parafaríngeo y submandibular juegan el papel primordial debido a su relación con las infecciones odontogénicas y de vías respiratorias altas sobretodo en la población adulta, mientras que la extensión a otros espacios pudiese ser por contigüidad.

En la población pediátrica, en cambio, al igual que otros Hospitales como el Juárez de la Ciudad de México, además del parafaríngeo, se encuentran el periamigdalino y el retrofaríngeo, correspondiendo a la progresión de la infección de vías aéreas como sitio primario de infección.

En nuestro estudio encontramos que la afección a solo un espacio estuvo presente en una cuarta parte de nuestros pacientes, el resto tenían dos o más espacios involucrados lo que implica fomentar la atención médica mas temprana, para evitar mayor morbi-mortalidad.

En el estudio realizado por Manzo y cols., el 42% de sus pacientes solo tenían un espacio afectado, ¿el paciente es diferente o la cultura médica es distinta?. Lo que podría generar un futuro proyecto sobre si existen factores que condicionen el grado de avance de la enfermedad al momento de atención en nuestro hospital.

Por otra parte la extensión a otros espacios (2 o más) se debe a la continuidad de la infección y co-morbilidad existente, al tiempo de evolución del absceso del cuello, y al tiempo en que se inicia el tratamiento. Por esa razón, es imprescindible implementar un reconocimiento de la entidad clínica lo más pronto posible, iniciar terapéutica adecuada e inmediato a establecer el diagnóstico para evitar la extensión del absceso a otros espacios y evitar complicaciones y mortalidad.

Del total de 57 pacientes, treinta estuvieron hospitalizados por 7 días, y 18 entre 7 a 14 días, lo que nos habla de que el control de esta patología se resuelve en los primeros 7 a 14 días, continuando con tratamiento domiciliario de acuerdo a cada caso. El identificar los factores epidemiológicos de nuestra población permitirá establecer políticas de proyección de recursos médicos y financieros así como de la misma manera, evitar mayor deterioro de la economía personal, familiar e institucional.

En estudio publicado por Manzo y cols, refieren que los pacientes mantienen estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos (promedio de 18 días), en nuestros pacientes solo uno (fasciotomía, mediastinostomía y traqueotomía) utilizó la UCI, el resto en habitación normal. El 100% de los pacientes tuvo heridas cerradas desde el postoperatorio inmediato, pues nuestra modalidad de tratamiento no incluye dejar abiertas las heridas.

El tiempo de hospitalización está en relación directa a la severidad del cuadro y al número de espacios involucrados, los pacientes que requirieron más de 15 días de hospitalización presentaban 2 o más espacios de cuello involucrados, un paciente requirió de 37 días de hospitalización debido a que presentaba 5 espacios involucrados entre ellos el mediastino, único que requirió ser re-intervenido en tres ocasiones para drenaje quirúrgico.

El 35% de nuestros pacientes requirió además de manejo con antibióticos intravenosos de cirugía, es decir, fasciotomía con o sin traqueostomía.

Coincide nuestro estudio con lo reportado en otras series como la alemana, de los autores Jurgen G. y cols.,¹⁴ que reportan que 83% de sus pacientes requirió cirugía. Cabe resaltar que es una afección predominantemente quirúrgica, probablemente debido a que nuestros pacientes llegan en fase de absceso y no de celulitis o de organización del absceso, que obliga a realizar fasciotomías para drenaje y lavado quirúrgico. Esto conlleva a que ante la disyuntiva de cirugía al ingreso del paciente, es considerado potencialmente quirúrgico, y en su caso, ante inicio de tratamiento si no mejora en las primeras 24 hrs se debe operar, para evitar complicaciones, ofrecer mejoría clínica y evitar mayor estancias hospitalarias.

Cinco pacientes requirieron traqueotomía en nuestro estudio, dado la extensión y localización del absceso para control y manejo de la vía aérea o ante la presencia de trismos que impide intubación, fue en especial en pacientes con amígdala de Ludwig y abscesos que comprometieron los espacios retrofaríngeo-parafaríngeo.

La diabetes Mellitus es la enfermedad concomitante más comúnmente encontrada en nuestro estudio, que al igual que el resto de lo observado (anemia aplásica, trombocitopenia, HAS, hipertiroidismo y sialolitiasis), genera alteraciones de inmuno supresión, exacerbando morbilidad e inmunocompromiso en los pacientes afectados.

Con lo observado, abrimos una amplia gama de matices para futuras investigaciones que permitan ofrecer mejor curso clínico y atención a los pacientes, motivo de nuestro ser.

CONCLUSIONES:

Los abscesos profundos de cuello son más frecuentes en hombres (65%).

Es común observarlo en etapa de adulto, siendo en nuestro hospital raro los casos en la edad pediátrica (5%), por lo menos en el periodo de estudio.

La edad de mayor presentación es entre la tercera y quinta década de la vida, con predominio entre los 36 y 45 años.

Los abscesos derechos son más frecuentes en un 56% de los casos.

Los espacios más afectados son el parafaríngeo (27%), y el submandibular (26%), en la población adulta, y el parafaríngeo - retrofaríngeo en niños. La tomografía computada es el estudio de elección.

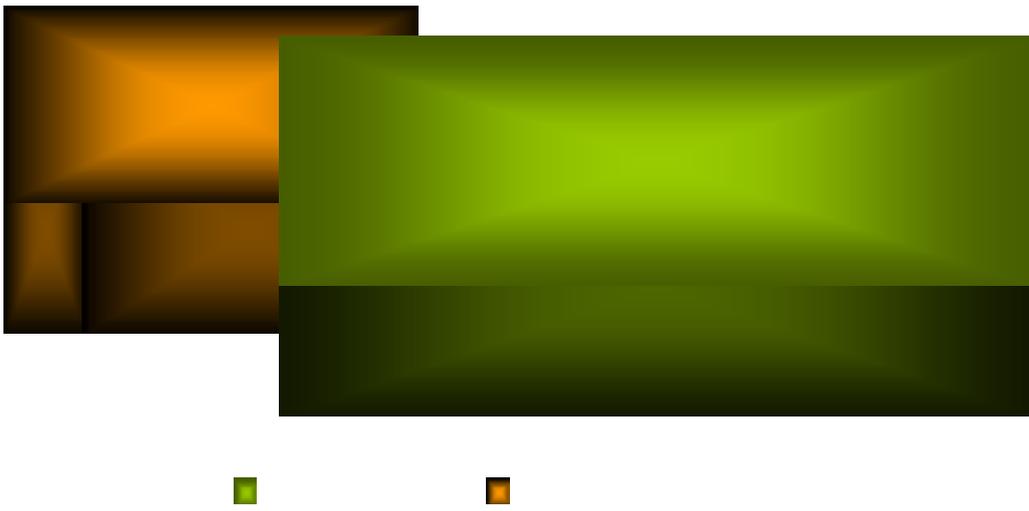
El 75% de los pacientes se presentan con dos o más espacios profundos de cuello involucrados.

La mayoría de los pacientes están hospitalizados por 7 días.

El tratamiento utilizado de elección para el manejo de los pacientes con absceso de cuello son antibióticos intravenosos más drenaje por fasciotomía, con utilización de traqueotomía ante la dificultad del control de la vía aérea.

La diabetes mellitus es la co-morbilidad más frecuentemente observada en los pacientes con abscesos profundos de cuello.

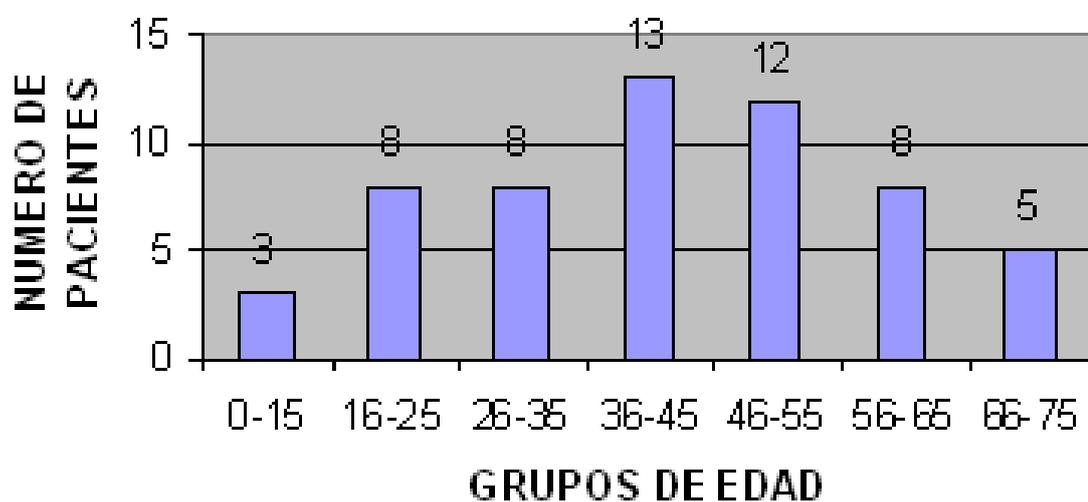
ANEXOS



GRAFICA I

Grafica II

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ABSCESO(S) PROFUNDO(S) DE CUELLO POR GRUPOS DE EDAD



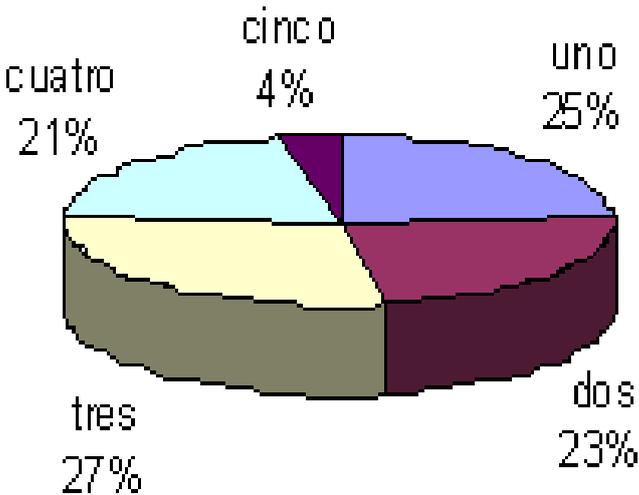
Grafica III

Espacio involucrado	No. de Pacientes
parafaríngeo	38
submaxilar	36
submental	21
periamigdalino	15
paravisceral	9
Parotídeo	7
Sublingual	5
Masticatorio	4
Bucal	2
Pretraqueal	2
Vascular-Visceral	2
Retrofaríngeo	2
Mediastino	2
Ludwig	1

Tabla 1.- Diversos espacios involucrados del cuello por abscesos profundos del cuello (N = 57)

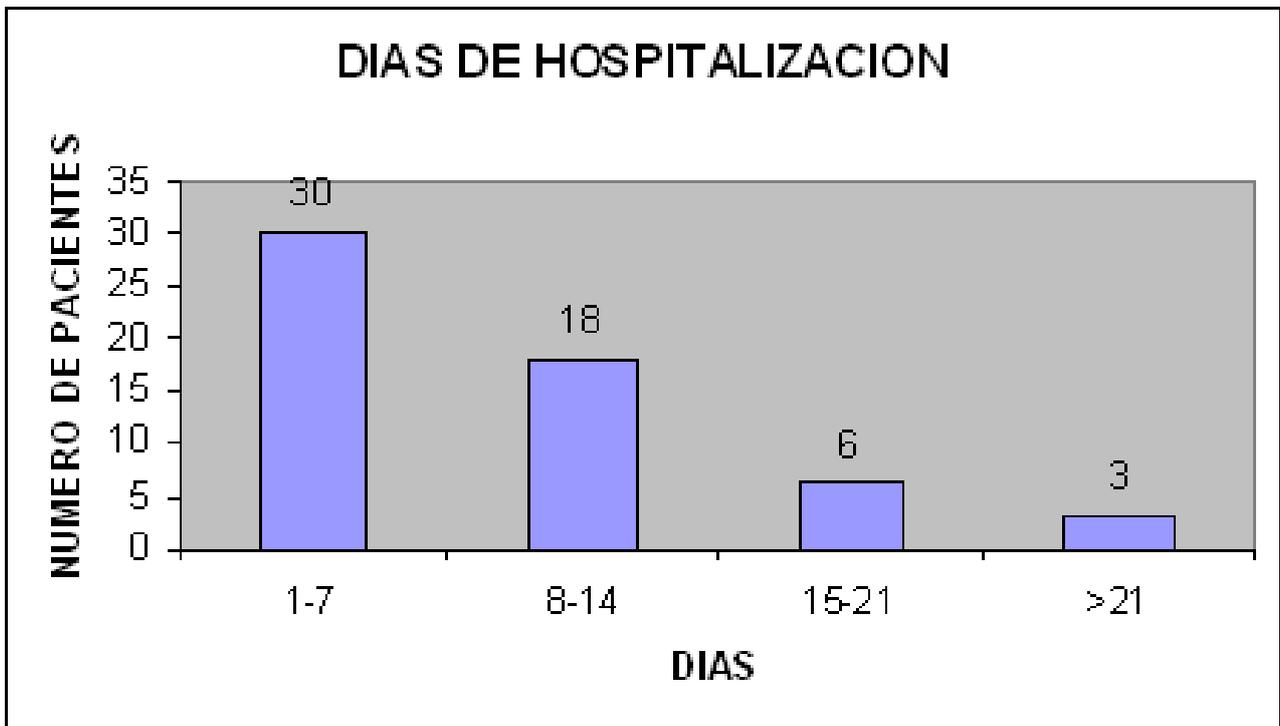
N=57

NUMERO DE ESPACIOS INVOLUCRADOS POR PACIENTE CON ABSCESO(S) PROFUNDO(S) DE CUELLO



Gráfica IV

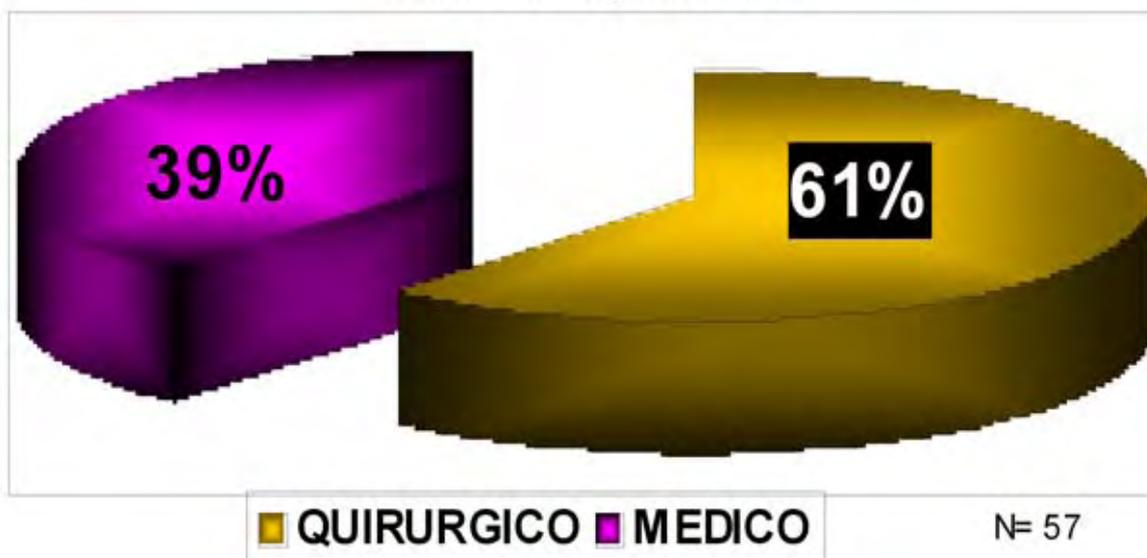
N=57



Gráfica V

**TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO A PACIENTES CON
ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO, EN EL HOSPITAL
GENERAL
CMN LA RAZA, IMSS.**

Enero 2007 a junio 2008



Gráfica VI

BIBLIOGRAFIA

¹Larawin V, Naipao J, Dubey SP. Head and neck space infection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:889-93.

²Huang T, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck* 2004;26(10):854-60.

³Boscolo P, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Da Mosto M. Conservative management of deep neck abscesses in adults: The importance of CECT findings. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:894-899.

⁴Nagy M, Pizzuto M, Backstrom J, Brodsky L. Deep neck Infections in Children: A New Approach to Diagnosis and Treatment. *Am Laryngol Rhinol Otol Soc* 1997;107(12):1627-34.

⁵Saynes F, Aguilar J, Del Ángel M. Abscesos profundos de cuello en Edad Pediátrica. *An Orl Mex* 2003; 48: 26-34.

⁶García AM. Revisión sobre los abscesos profundos del cuello. *ORL-DIPS* 2004;31(2):62-65.

⁷Scott BA, Stiernberg CM, Driscoll BP. Infections of The Deep Spaces of The neck. En: Bailey BL. *Head and Neck Surgery otolaryngology*. Third Edition Lippincott Williams and Wilkins 2001: 1: 701-15.

⁸Hyung-Jin K, Eui P, Jae K, Eui H, Sung C. Odontogenic Versus nonodontogenic Deep neck Space Infections: CT Manifestations. J Computer Assisted Tomograf1997; 21(2):2002-2008.

⁹Parhiscar A, Har-El G. Deep Neck Abscess: A retrospective review of 210 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001;110(11):1051-4.

¹⁰Manzo E, Mendez G, Hernández GA, Salvatierra A, Vázquez MA. Abscesos profundos de cuello. Etiopatogenia y morbi-mortalidad. Rev Asoc Mex Med Crít Terap Inten 2005;19:54-59.

¹¹Lugo JA, Solis OA. Abscesos de los espacios profundos del cuello y su complicación hacia mediastino: comunicación de dos casos. An Orl Mex 2007;52:34-38.

¹²Miller WD, Furst IM, Sandor G, Keller MA. A prospective, Blinded Comparison of Clinical Examination and Computed Tomography in Deep Neck Infections. Am Laryngol Rhinol Otol Soc 1999;109(11):1873-1879

¹³Gidley P, Ghorayeb BY, Stiernberg C. Contemporary management of deep neck space infections. Otolaryngol Head Neck Surg1997;116(1):16-22.

¹⁴Jurgen G, Technau-Ihling K, Sander A, Boedeker CC. Spectrum and Management of Deep neck Space Infections: An 8-Year Experience of 234 Cases. Otolaryngol Head Neck Surg 2005;133:709-714.

¹⁵Choi SS, Vezina LG, Grundfast KM. Relative Incidence and Alternative Approaches for Surgical Drainage of Different Types of Deep neck Abscesses in Children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg1997;123(12):1271-75.

¹⁶Zietek E, Malec M. Deep neck infection in the antibiotic era. *Otolaryngol Pol* 1998;52(1):5-10.

¹⁷SIMO del Hospital General CMNR, durante 2007.