



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

## "ABSCESO PROFUNDO CERVICAL IZQUIERDO EN UN NEONATO DE 10 DIAS DE VIDA: REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

PRESENTA:

**DRA. VIRIDIANA MONTOYA CRUZ**

TUTOR:

DR. HECTOR ALBERTO MACIAS AVILES

CO-TUTOR:

DR. NAPOLEON GONZALEZ SALDAÑA

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 2015.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



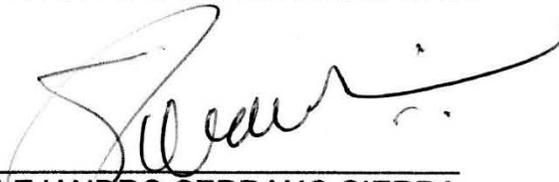
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ABSCESO PROFUNDO CERVICAL IZQUIERDO EN UN NEONATO  
DE 10 DIAS DE VIDA: REPORTE DE UN CASO  
Y REVISION DE LA LITERATURA**



---

DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA



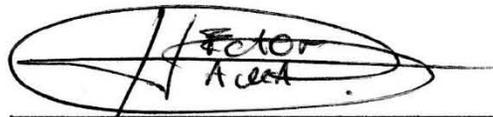
---

DRA. ROSAURA ROSAS VARGAS  
DIRECTORA DE ENSEÑANZA



---

DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO



---

DR. HÉCTOR ALBERTO MACIAS AVILES  
TUTOR DE TESIS



---

DR. NAPOLEON GONZALEZ SALDAÑA  
CO-TUTOR DE TESIS

## INDICE

INTRODUCCION.....	4
EPIDEMIOLOGIA.....	6
FACTORES DE RIESGO.....	8
ETIOLOGIA.....	9
CUADRO CLINICO.....	10
ESTUDIOS DE IMAGEN.....	12
TRATAMIENTO.....	14
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACION.....	17
OBJETIVOS.....	18
PRESENTACION DE CASO.....	19
DISCUSION.....	24
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
IMÁGENES.....	30

## INTRODUCCION

Las infecciones profundas de cuello en la población pediátrica son relativamente poco frecuentes.

En la actualidad no contamos con datos exactos de la frecuencia e incidencia en nuestro país ni en nuestro hospital. Sin embargo en la revisión de la literatura tenemos el reporte de un caso de absceso parafaríngeo y retrofaríngeo en un paciente masculino de 3 años de edad en el Instituto Nacional de pediatría. Se cuenta también con un estudio realizado en Hospital Juárez de Mexico en donde se presenta la experiencia en el manejo de 45 pacientes con esta patología atendidos en el servicio de Otorrinolaringología.

En la etapa neonatal es muy raro observar un absceso de cuello, si esto ocurre puede presentarse en la región submandibular y cerca de la línea media del cuello en la mayoría de los casos. Un absceso profundo de cuello es una colección de material purulento en un espacio de las fascias, la infección puede involucrar estructuras de vital importancia que

ponen en peligro de muerte al paciente, principalmente por riesgo de obstrucción de la vía aérea. (1)

Los abscesos de cuello ocurren como consecuencia de una infección por contiguidad proveniente de orofaringe, adenoides, senos paranasales posteriores, oído medio y trompa de Eustaquio. Ocurren en cuatro etapas: la primera es la celulitis, la segunda ocurre con la migración leucocitaria y respuesta vasogénica, la tercera se da por el encapsamiento de la colección purulenta y la cuarta ocurre con la ruptura capsular con las consecuentes complicaciones. (5) Los agentes que se han identificado con mayor frecuencia son *Staphylococcus aureus* y *Estreptooco del Grupo A*. (1, 2, 3, 4, 8).

Un alto índice de sospecha, así como una adecuada exploración física nos ayudan a dar un diagnóstico oportuno con ayuda de estudios de laboratorio y gabinete, pudiendo brindar así un tratamiento efectivo, el cual incluye esquema antibiótico parenteral y medidas de soporte. (4, 9).

## EPIDEMIOLOGIA

Los abscesos profundos de cuello se producen generalmente por infecciones del tracto respiratorio superior siendo la infección más común la amigdalitis, seguido en orden decreciente por la rinosinusitis, faringitis, infección de glándulas salivales e infecciones dentales. Los traumatismos penetrantes de cuello son causas relativamente frecuentes de abscesos en niños ya sea por cuerpos extraños o iatrogénica (en el caso de las endoscopías).

(11)

Es importante el reporte de casos de pacientes en la edad pediátrica y mucho más en los recién nacidos ya es muy poco frecuente que los podamos observar, se han reportado muy pocos casos en la literatura.

Los abscesos como todos los demás que se producen en el cuerpo humano se forman a través de cuatro etapas básicas, la primera es la de celulitis, la cual básicamente es un estado inflamatorio de la región, la segunda fase es la de organización caracterizada por la migración leucocitaria y la 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 cuarta etapa es la de ruptura capsular con las consecuentes complicaciones que conlleva la ubicación del absceso en determinada región. (11, 12).

## FACTORES DE RIESGO

Los abscesos de cuello profundos se trata de espacios de tejido conectivo en áreas profundas del cuello con presencia de cadenas ganglionares y paquetes neurovasculares que, por emergencia de la linfa de estructuras de la vía respiratoria superior, son susceptibles de infección. Estas patologías en su mayoría son de etiología infecciosa, sin embargo, existen otros mecanismos de invasión como trauma faríngeo (por penetración de cuerpo extraño, endoscopia, intubación, procedimientos odontológicos). También puede ocurrir en asociación con osteomielitis del cuerpo vertebral y petrositis. (1).

## ETIOLOGIA

Los estreptococos beta hemolíticos del grupo A de Lancefield y *Staphylococcus aureus* permanecen aún como los agentes etiológicos más frecuentes en los abscesos profundos de cuello en los niños. Dada la etiología de estos cuadros y a su creciente resistencia antibiótica se recomienda el uso de una penicilina resistente a penicilinasas desde el principio del manejo médico. Por otro lado, si bien es cierto que los antes mencionados son los más frecuentes gérmenes aerobios en esta patología, lo más común es encontrar abscesos de etiología polimicrobiana en los cuales además de incluir gérmenes aeróbicos, también se encuentran anaerobios principalmente los organismos conocidos como *Bacteroides* sp. Varios estudios han demostrado la presencia de microorganismos anaerobios de la cavidad oral, con reporte de aislamientos de *Fusobacterium* spp., *Peptoestreptococcus* spp. y *Bacteroides* spp. En pacientes inmunodeprimidos pueden ser causados por agentes micóticos como *Coccidioides immitis*. (1, 12).

## CUADRO CLINICO

Los abscesos se presentan en cuatro etapas básicas, la primera es la de celulitis, la segunda fase está caracterizada por la migración leucocitaria y la respuesta vasogénica, la tercera es la de encapsulamiento de dicha colección purulenta y finalmente la cuarta etapa es la de ruptura capsular con las consecuentes complicaciones que conlleva la ubicación del absceso en determinada región.

El diagnóstico diferencial de los abscesos de cuello radica en lesiones congénitas, tumores, y masas de origen desconocido. Las lesiones quísticas congénitas de la cabeza y el cuello pueden en un momento determinado presentar un evento de inflamación con o sin producción de secreción purulenta sin embargo el cuadro clínico que presentan prácticamente es igual que el de un absceso de cuello, finalmente serán los estudios de imagen y en muchos casos el manejo operatorio en donde se reportarán como hallazgos la presencia de dicha tumoración. Dichas lesiones congénitas pueden ser higromas quísticos, quistes del conducto tirogloso y los quistes branquiales. Otro diagnóstico diferencial importante son los abscesos superficiales de cuello que tienen

prácticamente la misma etiología la misma presentación clínica sin embargo por su ubicación no comprometen estructuras importantes ni se diseminan por los espacios aponeuróticos profundos del cuello y muchas de ellas pueden ser manejadas inclusive de manera ambulatoria.

## ESTUDIOS DE IMAGEN

Actualmente la tomografía computada, el ultrasonido y la resonancia magnética son las herramientas más útiles para el diagnóstico de un absceso profundo de cuello. Cuando se carecen de estos medios las placas pueden dar información valiosa como la presencia de ensanchamiento de la región pre vertebral, la presencia de algún cuerpo extraño o la presencia de aire en sitios donde no se debe encontrar. La ultrasonografía es un método diagnóstico útil, rápido, fácil de realizar, no invasivo y no requiere de sedación para el paciente, cualidades que lo hacen en los pacientes pediátricos un excelente método diagnóstico ya que permite ubicar perfectamente la masa, definir el tipo de contenido y en un momento dado dirigir algún procedimiento de punción para fines diagnósticos o curativos. (2, 6).

La tomografía computada es la técnica diagnóstica más usada actualmente y la más fidedigna para el diagnóstico, su sensibilidad es mucho mayor que el ultrasonido en identificar tamaño, ubicación y extensión del absceso. Sus desventajas son que requiere de radiación ionizante y que el niño esté relativamente tranquilo para poder realizar el estudio,

aumentando aquí el riesgo ya que en la mayoría de los casos se tiene que sedar al paciente por un profesional, además de que se tiene que utilizar medio de contraste lo que conlleva el riesgo de presentar alguna reacción alérgica. La resonancia magnética tiene algunas ventajas relativas sobre la tomografía en el sentido de no utilizar radiación ionizante, muestra las imágenes en tres planos y una mejor resolución de los tejidos blandos. Es importante recalcar que la necesidad de mantener tranquilos a los niños mediante sedación es un proceso riesgoso en función de que se trata de pacientes que pueden tener comprometida la vía aérea a nivel del cuello, por eso la importancia de apoyarnos con personal profesional en ésta área, siendo específicamente el anestesiólogo pediatra el que tenga que realizar el procedimiento con ayuda del radiólogo. (1, 5, 7, 8, 12)

## TRATAMIENTO

Ante cualquier paciente con absceso de cuello se tome mediante punción con técnica estéril una muestra la cual se llevará a cultivo y realización de antibiograma, ya que aunque inicialmente el manejo es empírico, el reporte del cultivo permitirá un mejor enfoque terapéutico, o el cambio del mismo en caso de obtener un cultivo positivo para otros gérmenes que no sea sensible a los antibióticos iniciales. Cabe mencionar que una alta incidencia de los cultivos son negativos.

El manejo médico de cualquier absceso profundo del cuello debe ser manejado con antibioticoterapia intravenosa, contamos con varios esquemas de tratamiento antibiótico sin embargo el más usado en nuestro instituto es el uso de clindamicina a dosis de 40 mg/Kg/día, vancomicina 40 mg/Kg/día y ceftriaxona 100 mg/Kg/día.

Aquellos pacientes que en 48 a 72 hrs. no respondan al manejo médico, o cuya sintomatología se incremente, son candidatos al manejo quirúrgico. En cuanto a los procesos de drenaje, la aspiración ha tenido en la última década un nuevo repunte

sobretudo en aquellos pacientes con abscesos periamigdalino. El estándar de oro en el manejo quirúrgico de los abscesos profundos de cuello es el drenaje abierto, el cual debe ser la primera opción en pacientes con compromiso de la vía aérea, inmunosuprimidos o sépticos. El manejo temprano y oportuno de esta entidad permite evitar complicaciones como la obstrucción de la vía aérea per se, trismus, mediastinitis, septicemia, trombosis de la vena yugular, erosión de la arteria carótida con la consecuente ruptura, parálisis de los nervios craneales IX, X, XI y XII. (5, 8, 11, 12)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La edad pediátrica es muy susceptible a presentar enfermedades de tipo infeccioso, particularmente hablando de los abscesos profundos de cuello en este grupo de edad, son poco frecuentes, y es mucho menor la presencia de éstos en los recién nacidos, considerándose como recién nacidos los niños de 1 hasta los 28 días de vida. Ya que es poco probable que como personal de salud nos enfrentemos ante un caso como éste, es de vital importancia el reporte del mismo.

## JUSTIFICACION

Son pocos los casos reportados en la literatura de los pacientes recién nacidos con diagnóstico de un absceso profundo de cuello, radicando aquí la importancia de reportarlos todos y cada uno para conocimiento del personal de salud que pudiera enfrentarse ante un paciente con esta patología. Con el conocimiento de estos casos clínicos se puede dar un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado ante la sospecha de un caso similar.

## OBJETIVOS

Hacer el reporte del caso y revisión de la literatura para tener un conocimiento amplio de la patología, y así realizar el abordaje, diagnóstico y tratamiento adecuados lo antes posible en caso de enfrentarnos a un paciente como éste recién nacido.

## PRESENTACION DE CASO

Se trata de paciente femenino con fecha de nacimiento el 09 de Abril de 2014. Hija de padre de 29 años de edad aparentemente sano, hija de madre de 22 años de edad, aparentemente sana, sin antecedentes de enfermedades crónico degenerativas por ninguna rama, procedentes de San Lorenzo Atemoaya, Xochimilco DF, paciente producto de la gesta 3, sin antecedentes perinatales de importancia para el padecimiento actual.

Se obtiene producto femenino vía vaginal a las 38 semanas de gestación, por Capurro ya que la fecha de última menstruación es no confiable, en Hospital General de Copala, Guerrero, atendido por médico general, aparentemente sin complicaciones. Se refiere que la paciente llora y respira al nacer sin necesidad de realizar maniobras avanzadas de reanimación. Se reporta peso al nacer de 3705 grs, talla 51 cm, Apgar referido en hoja de alumbramiento de 9 al minuto, Silverman de 0. Se da de alta binomio sano 24 hrs posteriores al nacimiento, sin aplicación de vacunas ni tamiz neonatal.

Paciente quien inicia su padecimiento actual a los 10 días de vida extrauterina, refiriendo la madre que la nota irritable y con baja ingesta, limitación a la movilidad de cuello, presentando un pico de fiebre de 38C axilar, la cual es tratada con antipiréticos via oral, con remisión de la fiebre. Después de 24 horas inicia aumento de volumen de hemicara izquierda con eritema y aumento de la temperatura local, acudiendo con médico particular, quien la refiere a hospital de segundo nivel. En Hospital General se toman estudios de gabinete, con reporte de radiografía de cuello anteroposterior y lateral, descritas en hoja de referencia como normales sin compromiso de la vía aérea. Se decide envío de la paciente a hospital de tercer nivel, sin embargo hasta el 5to día de iniciado el padecimiento actual la madre acude con la paciente al Instituto Nacional de Pediatría en busca de atención médica.

A la exploración física se encuentra paciente con peso 4.080 Kg (percentila 50-75), talla 54 cm (percentila 75), FC: 140 latidos por minuto, FR: 30 respiraciones por minuto, TA: 74/56 mmHg, temperatura: 37.4 C. con aumento de volumen a nivel de hemicara izquierda, en región parotídea y maseteriana aproximadamente de 5x5 cm, con hiperemia e hipertermia, doloroso a la palpación superficial y profunda. Cavidad oral con adecuada apertura, mucosa

bien hidratada con adecuada coloración, orofaringe sin descarga. Conducto auditivo externo izquierdo ocluido por aumento de volumen proveniente de región parotídea, cuello asimétrico a expensas de volumen en región submandibular izquierda con cambios locales.

Se establece el diagnóstico de absceso profundo de cuello y se solicita ultrasonido de cara y cuello en tiempo real realizándose estudio ultrasonográfico en la región maxilar superior izquierda y región cervical izquierda, donde se observa aumento de volumen de tejido celular subcutáneo, asociado a área heterogénea, de contornos difusos, con segmentos de ecogenicidad mixta a predominio hipoecoico, alternando con áreas anecoicas que pueden denotar necrosis, se extiende a la región cervical posterior sobrepasando el ángulo de la mandíbula, no se puede delimitar el borde inferior, mide aproximadamente 5.6x4.8x7 cm. Se observan adenopatías que miden entre 0.45 y 0.9 cm.

Posteriormente se realiza tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada arterial y venosa de cuello con cortes axiales en donde se describe presencia de lesión multiseptada que afecta diferentes niveles de cuello y macizo facial, que por sus características sugiere absceso.

La biometría hemática mostró los siguientes datos: Hb, 11.3 g/dL; Hto, 32.7%; leucocitos 15,300/mm<sup>3</sup>; neutrófilos, 71%; linfocitos, 20%; monocitos, 9%; no se reportan bandas, plaquetas, 377,000/mm<sup>3</sup>. Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) 15 mg/L. Se inició manejo con cefotaxima a dosis de 150 mg/kg/día y clindamicina 30 mg/kg/día vía intravenosa. Se realiza drenaje quirúrgico de la lesión de espacio parotídeo, submaxilar y parafaríngeo izquierdos, obteniéndose material purulento (30 ml) rosado, fétido con sangrado de 4 ml, se realizan dos heridas en cara y cuello y se colocan dos tubos para drenaje los cuales se retiran 6 días después del procedimiento, no se suturan heridas, se decide cierre por segunda intención con lavado de herida diariamente.

Se toman cultivos de secreción purulenta y se envía material a laboratorio de microbiología con reporte de *Staphylococcus aureus*.

Paciente quien es valorada por el servicio de Inmunología pediátrica quienes descartan inmunodeficiencia con toma de niveles séricos de inmunoglobulinas, citometría de flujo para determinación de poblaciones linfocitarias (CD20) y radiografía de tórax en donde se observó silueta tímica.

Con evolución clínica satisfactoria y disminución del volúmen, manteniéndose eutérmica, se completó manejo antimicrobiano parenteral por 10 días y se egresó por mejoría con seguimiento en la consulta externa.

## DISCUSION

Los abscesos de cuello comúnmente ocurren entre el año y los 6 años de edad, sin embargo se pueden presentar a cualquier edad, incluyendo a los recién nacidos. (2, 3) En el recién nacido es muy raro observar la presencia de masas a nivel de cuello, en la mayoría de los casos son lesiones congénitas como malformaciones vasculares, teratomas, quistes dermoides, quistes del tirogloso, higroma quístico (tejido linfático anormal), y en el más raro de los casos inflamación secundaria a infecciones, siendo importante el diagnóstico certero ya que el curso, tratamiento y pronóstico para cada una de estas condiciones es diferente. (3, 6, 9). Los abscesos son colecciones de material purulento de más de 1 cm de diámetro, en la mayoría de los casos el tratamiento incluye el drenaje, siempre con la probable diseminación de la infección pudiéndose presentar osteomielitis, artritis séptica, miositis, neumonía, infecciones de vías urinarias, bacteremia y meningitis principalmente. (1, 10)

Los abscesos cervicales en el paciente recién nacido son poco frecuentes, y pueden presentarse en la región submentoniana, submandibular, y en las regiones de la línea media

del cuello. La presencia de un absceso podría ser reflejo de la inmadurez de la respuesta inmune en esta población. (9, 10).

Una infección a nivel de los espacios submandibulares de cuello es potencialmente letal, y gran parte de la disminución de la mortalidad e incidencia es el resultado de la administración de antibióticos (3). Estas infecciones son poco frecuentes, además de ser un reto para el médico tratante por la complejidad de la anatomía y las complicaciones que conlleva.

Los espacios profundos del cuello son regiones formadas por tejido conectivo laxo, que se encuentran entre las tres capas de la fascia cervical profunda (superficial, media y profunda). El espacio submandibular es por frecuencia el más afectado (4, 6, 9).

Comúnmente se presenta con inflamación y eritema en la región superior del cuello, pero los síntomas son variables, también se puede observar irritabilidad, pobre ingesta, estridor y en casos graves, obstrucción severa o completa de la vía aérea. Estos ocurren por infecciones periorales, de la cavidad oral y de la cavidad nasal (1, 2). Los agentes identificados con más frecuencia son *Staphylococcus aureus* y *Streptococo* del grupo A. El

estudio de elección para el diagnóstico de absceso es la tomografía axial computarizada (TAC), siendo de ayuda para determinar además la extensión del absceso. (2, 5)

El tratamiento temprano puede limitar la progresión, y éste debe basarse en el aislamiento de los cultivos. Los antibióticos que deben incluirse son inhibidores de betalactamasas, cefalosporinas de tercera generación; o penicilinas resistentes a penicilasa. Las cefalosporinas y la dicloxacilina deben ser utilizadas en combinación con clindamicina o metronidazol para cubrir agentes anaerobios. Cabe mencionar que las infecciones por *Staphylococcus aureus* en pacientes previamente sanos incluyen patologías como la pustulosis, celulitis o abscesos (2, 5, 6). En todos los neonatos con síntomas sistémicos deben ser hospitalizados para administración de antibióticos vía intravenosa. En la actualidad las infecciones por *Staphylococcus aureus* han ido incrementando en pacientes neonatos a término y de pretérmino, con presentación de los síntomas principalmente en varones entre los 7 y los 12 días de vida extrauterina, y la recurrencia de la infección después del periodo neonatal es posible (2, 6, 9 ,10).

## CONCLUSION

En pediatría son poco frecuentes los casos de pacientes con abscesos de cuello, y en los pacientes recién nacidos es aún más raro ver esta patología. La importancia de hacer un diagnóstico certero radica en poder brindar el tratamiento adecuado lo antes posible, tanto antibiótico como quirúrgico, lo que mejora el pronóstico y evolución del paciente, disminuyendo el riesgo de complicaciones que conlleva la presencia de un absceso profundo de cuello.

## BIBLIOGRAFIA

1. González S, Xochihua D, Tecuatl H, Monroy C, Toscano Z. Absceso parafaríngeo y retrofaríngeo en un niño de 3 años: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría* 2010; 93: 35-39.
2. Régine M. Fortunov, MD, Sheldon L. Kaplan, MD. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Previously Healthy Neonates. *NeoReviews* 2008; Vol. 9 (12): 580-584.
3. Al-Sabah et al. Retropharyngeal Abscess in Children: 10-Year Study. *The Journal of Otolaryngology*, 2004; Vol.33 (6): 352-355.
4. McGuirl J, Fuloria M, Campbell D. Index of Suspicion in the Nursery: Preterm Infant With Neck Mass. *NeoReviews* 2014; Vol.15 (1): 28-31.
5. Gaur A, Ambey R, Sharma A, Gupta S. Abscess mimicking pre-cervical and submandibular cystic hygroma in a newborn. *AMJ* 2013, 6, 6, 318-320.
6. Boscolo-Rizzo P, Da Mosto MC. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. *International Journal of Infectious Diseases* 2009; 13, 327-333.
7. Tae-Kyung Y, Soo-Hong K, Ha-Shin K, Hyun-Young K, Kwi-Won P. Fourth Branchial Anomaly Presenting with a Lateral Neck Mass in a Neonate. *Journal of Neonatal Surgery*, 2014; 3 (3): 34.
8. D'Souza JN et al. Neonatal parotid gland enlargement: Is it suppurative parotitis? A case report. *AM J Case Rep*, 2012; 13: 41-43.

9. Cengiz AB, et al. Acute neck infections in children. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2004; 46; 153-158.
10. Raftopoulos M, Jefferson N, Kertesz T. Retropharyngeal abscess in a six-week-old child: an approach to management. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports* 2013; 4 (11) 1-3.
11. Simo R, Hartley C, Rapado B, Fazarod AP, Sanyal D. Microbiology and antibiotic treatment of head and neck abscesses in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 23 (2): 164-8.
12. Ungkanont K, Yellon R, Weissman JL, Casselbrant ML, Bluestone CD. Head and Neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112: 375-82

## IMÁGENES



Imágen 1. Imágen de la paciente al ingreso a los 15 días de vida extrauterina.

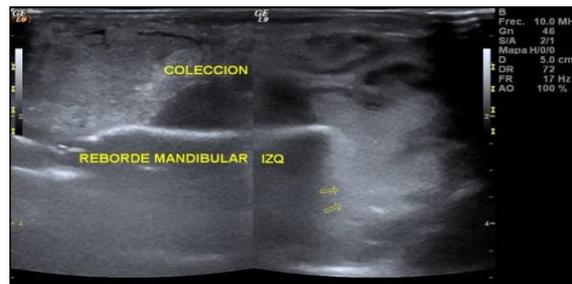


Imagen 2 y 3: Ultrasonido de cuello y cara en tiempo real.

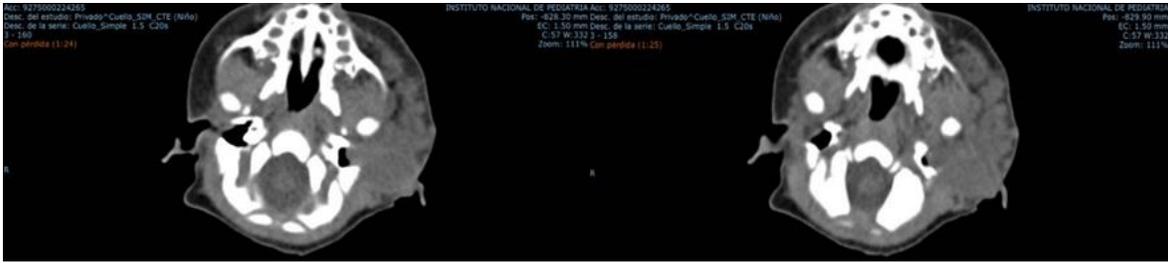


Imagen 4 y 5: Tomografía axial computarizada simple y contrastada de cabeza y cuello.



Imagen 6: Colocación de tubos para drenaje de absceso de cuello.



Imagen 7: Imágen de la paciente al alta.