

11236
2ej
38



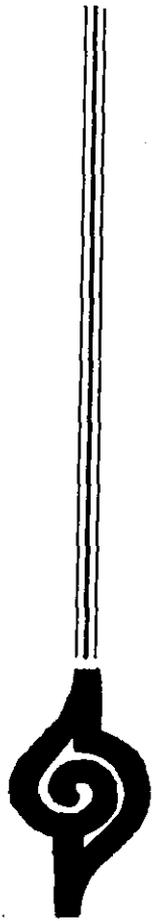
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PETROLEOS MEXICANOS
Subdirección Técnica Administrativa
Gerencia de Servicios Médicos
Hospital Central Sur de Concentración Nacional
Servicio de Otorrinolaringología

ABSCESES DE CABEZA Y CUELLO
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 32 CASOS

T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO
SILVERIO VIZCAINO SALCEDO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





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.

INTRODUCCION.-

La presencia de las infecciones profundas en cabeza y cuello se han reducido en forma importante con el advenimiento de los antibióticos y la atención dental (1,2,3,4,5,12,21,22,24,32). A pesar de ello estas siguen poniendo en peligro la vida de los pacientes y no es, sino un conocimiento preciso de la anatomía del área y la fisiopatología del proceso lo que permite elegir el manejo terapéutico ideal.

El porcentaje global de morbilidad de esta patología reportado por Thompson³¹ es de 0.76%.

OBJETIVOS.-

Basados en lo anterior los objetivos de este trabajo son:

- 1.- Hacer un análisis retrospectivo de los abscesos de cabeza y cuello atendidos en el Hospital Central Sur de Pemex.
- 2.- Comparar los datos con la experiencia de otros autores.
- 3.- Con el análisis de los datos obtenidos, proponer una metodología para el estudio y manejo terapéutico de los pacientes con este tipo de padecimiento.

GENERALIDADES SOBRE INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO.-

El conocimiento anatómico del área es fundamental para el diagnóstico y manejo adecuados. De acuerdo a la puerta de entrada de los microorganismos, las infecciones de cabeza y cuello se clasifican en 3 grupos (1,2,3): Origen dental u oral.-

- 1.- Piso de la boca (angina de Ludwig)
- 2.- Espacio de los masticadores
- 3.- Espacio submandibular

Origen amigdalino.-

- 1.- Absceso periamigdalino, celulitis o tromboflebitis con penetración a la fascia visceral y afección del espacio faríngeo lateral.
- 2.- Ganglios cervicales anteriores o infecciones de la vaina carotídea.

Origen faríngeo.-

- 1.- Espacio bucofaríngeo
- 2.- Espacio retrofaríngeo
- 3.- Espacio periesofágico
- 4.- Espacio peritraqeal.

Levitt (1,22) divide los planos fasciales en:

- 1.- Aquellos que envuelven por entero la longitud del cuello (retrofaríngeo prevertebral, visceral vascular)
- 2.- Aquellos situados por arriba del hueso hioides (submandibular, faringomaxilar o parafaríngeo, masticadores, parotídeo y periamigdalino)
- 3.- Aquellos situados por abajo del hueso hioides (espacio visceral anterior).

Si bien estos espacios tienen límites discretos, no es raro que la infección avance a los espacios contiguos. En términos generales el hioides es la estructura más importante que limita la progresión de las infecciones en cuello (1, 12,24).

En el diagnóstico de este padecimiento debe conjugarse la acuciosidad clínica complementada con los auxiliares de diagnóstico tanto el laboratorio clínico y bacteriológico como los estudios de imagen.

Una vez establecido el diagnóstico se debe iniciar un manejo racional, ya sea conservador (médico solamente) o combinado con cirugía dependiendo esto del sitio afectado (compromiso de estructuras vitales) y presencia de colecciones drenables.

El estudio del paciente se inicia con una historia clínica completa donde se consignen todos los factores predisponentes de los abscesos como son: traumatismos, infección y/o manipulación dental, infecciones faringoamigdalinas, rinosinusales y otológicas de repetición, quistes congénitos, infecciones cutáneas, la presencia de enfermedades intercurrentes como diabetes mellitus, neoplasias etc.

En el padecimiento actual es importante consignar la fecha del inicio del padecimiento, la sintomatología y la signología, tratamiento instituido y evolución para llegar al estado actual en que se presente el paciente.

Existen síntomas y signos que comparten la mayoría de los abscesos como son: aumento de volumen, dolor, rubor, aumento de la temperatura del área donde se localizan o a nivel sistémico, otros como malestar general, cefalea, calosfrío y dependiendo del volumen y de el o los sitios de localización existirá edema facial, disnea, disfagia, hiperextensión cervical, torticollis, trismus, disfonía, septicemia, neumonía, empiema, mediastinitis, etc. (12,19,21,23,31 y 33).

El uso previo de antimicrobianos puede modificar la evolución natural de la enfermedad, por lo tanto no siempre se tendrán presentes estos síntomas y signos en forma clásica.

Desde el punto de vista bacteriológico es importante tener presente la flora normal de las distintas áreas de cabeza y cuello ya que estos organismos suelen ser los causantes de la infección.

En la cavidad oral del humano existe una abundante flora microbiana donde predominan las bacterias anaerobias estando presentes en una concentración aproximada de 10^8 organismos por gramo de tejido. Son los Streptococcus, Peptostreptococcus, Veillonella, Lactobacillus, Corynebacterium y Actinomyces los que representan el 80%.

Existe un número de 10^7 organismos por gramo de tejido de gérmenes aeróbicos y dependiendo del sitio afectado varía su presentación, destacan Streptococcus Pneumococo, Branhamella, Stafilococo.

El Estafilococo dorado, Estafilococo epidermidis, Neumococo y Estreptococo son los microorganismos más frecuentemente aislados en nariz.

La flora normal de los pacientes varía dependiendo de su estado inmunológico, tiempo de hospitalización y uso de antimicrobianos; y es en los enfermos inmunosuprimidos, hospitalizados y con uso previo de antibióticos donde pueden encontrarse bacilos gram negativos como Klebsiella, Escherichia coli y Pseudomona en la cavidad oral.

Desde el punto de vista patológico se ha encontrado diferencia entre los microorganismos predominantes en las infecciones de cabeza con respecto a los predominantes en infecciones de cuello, y así tenemos que en las infecciones de cuello se presentan aerobios (Estafilococo dorado), anaerobios (Peptococcus sp, Bacteroides melaninogenicus, Fusobacterium nucleatum) y flora mixta. En cabeza predominan los anaerobios (Peptoestreptococo sp, Bacteroides melaninogenicus) y en seguida los aerobios (Estafilococo dorado y Estreptococo alfa hemolítico).

El origen de la infección se correlaciona con el tipo de gérmenes que la producen, y así es que las infecciones odontógenas y en amigdalitis crónicas se aíslan predominantemente anaerobios, mientras que las postraumáticas (trauma externo) se aíslan principalmente gérmenes aerobios.

Es un hecho de destacar que en casi la mitad de estos pacientes se aíslan bacterias con actividad beta lactamasa.

Las bacterias con actividad beta lactamasa que con mayor frecuencia se aíslan son las especies de *Bacteroides* (*fragilis*, *melaninogenicus*, *oralis*, *orisbuccae*) ; *Estafilococo dorado*, *Hemophilus influenza* y *Branhamella catarrhalis* (4,5,6,7,8,9 12,32).

Las bacterias causantes del proceso infeccioso se aíslan directamente de la lesión (muestra obtenida por punción-aspiración) y en un porcentaje mas bajo en muestra de sangre (hemocultivo).

La tinción de gram de primera instancia ayuda para elegir antibiótico de inicio hasta tener el reporte definitivo del cultivo, por lo tanto rutinariamente se debe realizar tinción de gram y cultivo para aerobios y anaerobios con anti biograma.

El laboratorio clínico generalmente muestra alteraciones en la fórmula blanca como leucocitosis, neutrofilia, bandemia y velocidad de sedimentación globular a celerada.

En la era preantibiótica las infecciones cervicales profundas procedían de amígdalas y faringe principalmente, seguidas de las de origen dental; con el advenimiento de los antibióticos se ha invertido esta relación (4,5,7,8,9,12).

Antes de la nueva era de los aparatos de imagen, algunos autores señalaban que una radiografía simple de cuello con técnica para partes blandas era el mejor auxiliar de diagnóstico; actualmente esto se ha modificado y no cabe duda que el ultrasonido y especialmente la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear son de importante ayuda, ya que estos permiten identificar la presencia de infecciones en forma temprana (fase de flegmón de un absceso), seguir la involución o progresión del mismo y con ello modificar si es necesario el plan de tratamiento establecido, también facilitan la localización de las áreas afectadas que deben drenarse. Estos estudios permiten además la detección temprana de complicaciones derivadas de los abscesos de cabeza y cuello (10,11,12 24,25,28,29,30,31,32).

COMPLICACIONES.-

En estado normal los espacios entre las capas de la fascia son virtuales, sin embargo entre estas capas de tejido conectivo denso existen estructuras de tejido conectivo menos denso que pueden afectarse o desplazarse por el proceso infeccioso.

Entre las complicaciones que se presentan en los pacientes con abscesos de cabeza y cuello tenemos la presencia de celulitis o fasciitis necrosante, estas infecciones son causadas por la simbiosis entre una o más especies de bacterias gram negativas, anaerobias como *Bacteroides* sp y aerobias, o anaerobias facultativas como *Streptococo*. En contraste con otras infecciones causadas por *Streptococo*, la celulitis necrosante causa extensa necrosis de las fascias, de los compartimientos musculares y relativamente poco daño al tejido celular subcutáneo y la cubierta de piel.

Existe vía de entrada a mediastino y con ello a los espacios de pericardio y pleura, puede llegar a haber erosión de estructuras vasculares. Otras complicaciones son embolismos sépticos, compromiso de la vía aérea por protusión o ruptura del absceso directamente a esta, desplazamiento de estructuras vitales, neumonía, empiema y no en pocos casos choque séptico que puede terminar con la muerte del paciente.

TRATAMIENTO.-

Los pacientes con absceso en cabeza y cuello siempre deben hospitalizarse. Iniciar manejo con antimicrobianos intravenosos, asegurar el equilibrio hidroelectrolítico, vía aérea permeable y deben someterse a drenaje quirúrgico cuando exista indicación para ello.

El esquema debe cubrir los germenos más probables causantes del proceso (*Streptococo*, *Estafilococo* y anaerobios), y se modificará al recibir los resultados de los cultivos y antibiogramas. El tratamiento se modifica según corresponda, tomando en cuenta también la respuesta del paciente al tratamiento prescrito. Los abscesos requieren un mínimo de 7 días de tratamiento médico y deben drenarse cuando este indicado.

Si no se registra una mejoría progresiva mientras el paciente recibe dosis completa de antibióticos, se debe sospechar un absceso no drenado y esta indicada la intervención quirúrgica. Se sospecha lo mismo si la infección recidiva una vez que se da por terminada la antibioticoterapia.

El antibiótico más empleado es la Penicilina sódica cristalina por vía intravenosa (4 millones IV cada 4 hrs. en adultos, en niños 100,000 ui/k/dosis en 24 hrs.), en aquellos pacientes en los que se demuestra resistencia al antibiótico o microorganismos productores de beta lactamasa se emplean medicamentos como la Clindamicina 450-600 mgrs IV cada 6 hrs., Cloranfenicol 1 gr IV cada 6 hrs., Metronidazol 30 mgrs/k al día en 4 dosis o Acido clavulínico y Amoxicilina (4,8,12,13,14,22,32).

El drenaje de los abscesos debe ser externo, el drenaje interno debe realizarse solamente en los abscesos de presentación retrofaríngea y en algunos periamigdalinos; el control de la vía aérea es fundamental en estos pacientes, si se puede llevar a cabo intubación orotraqueal se realiza esta, de no ser posible se debe realizar traqueotomía. Como regla la intubación orotraqueal en pacientes que -- van a ser sometidos a drenaje de absceso debe ser con el paciente conciente sin inducción ni relajación ya que es frecuente que la anatomía se encuentre alterada haciendo difícil la intubación, esto con el paciente relajado puede comprometer la ventilación, llevar a hipoxia y en algunas ocasiones esto ha sido la causa del deceso en estos enfermos (12,24,31,32).

Se deben atender problemas médicos subyacentes si estos existen (diabetes mellitus, etc.), durante la desbridación quirúrgica se debe buscar la lisis de todas las conejeras existentes, irrigación de cavidad con solución fisiológica y agua oxigenada. Se hace remoción lenta de drenajes y se debe efectuar cierre tardío de heridas quirúrgicas.

MATERIAL Y METODOLOGIA DE ESTUDIO.-

Se estudiaron retrospectivamente los expedientes de 32 pacientes internados en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos con diagnóstico de absceso en cabeza y/o cuello en el periodo comprendido de Octubre de 1984 a Agosto de 1988.

Estos pacientes fueron valorados y tratados por diferentes servicios: Cirugía General, Cirugía de maxilofacial, Cirugía plástica y reconstructiva y el servicio de Otorrinolaringología, no siempre se trataron en forma conjunta.

El motivo de internamiento fué la referencia al azar de los pacientes a través de la Consulta externa o del servicio de Urgencias. El motivo de internamiento dependió del criterio que tuviera el médico tratante de primer contacto.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes de cualquier sexo y edad con diagnóstico de absceso en cabeza y/o cuello.

RESULTADOS.-

Ver Tabla I

Tabla I

| No. | Diagnóstico | Sexo | Edad en años |
|-----|---|------|--------------|
| 1 | Absceso periamigdalino izquierdo | F | 57 |
| 2 | Absceso periamigdalino derecho | M | 52 |
| 3 | Absceso periamigdalino izquierdo | F | 40 |
| 4 | Absceso periamigdalino derecho | F | 40 |
| 5 | Absceso periamigdalino derecho | M | 38 |
| 6 | Absceso periamigdalino izquierdo | F | 18 |
| 7 | Absceso periamigdalino derecho | M | 28 |
| 8 | Absceso periamigdalino izquierdo | M | 25 |
| 9 | Absceso periamigdalino derecho | F | 35 |
| 10 | Absceso odontógeno | M | 27 |
| 11 | Absceso odontógeno | M | 36 |
| 12 | Absceso odontógeno | M | 28 |
| 13 | Absceso odontógeno | F | 42 |
| 14 | Absceso odontógeno | M | 23 |
| 15 | Absceso odontógeno | M | 48 |
| 16 | Absceso odontógeno | M | 27 |
| 17 | Angina de Ludwig derecha | F | 29 |
| 18 | Angina de Ludwig derecha | M | 62 |
| 19 | Angina de Ludwig izquierda | M | 54 |
| 20 | Angina de Ludwig derecha | M | 70 |
| 21 | Absceso de espacios masticadores izquierdo | M | 42 |
| 22 | Absceso submaxilar izquierdo | M | 1 |
| 23 | Absceso pretraqueal | F | 54 |
| 24 | Absceso pretraqueal | M | 63 |
| 25 | Absceso retrotraqueal | M | 21 |
| 26 | Abscesos faciales cutáneos | F | 43 |
| 27 | Absceso en metástasis de primario desconocido | M | 73 |
| 28 | Absceso de vestibulo nasal izquierdo | M | 28 |
| 29 | Absceso parafaríngeo izquierdo | F | 28 |
| 30 | Absceso parotídeo izquierdo | F | 15 |
| 31 | Absceso parotídeo derecho | F | 27 |
| 32 | Absceso de lóbulo temporal derecho | M | 9 |

La edad promedio fué de 36.3 años con un rango de 1-73 años, el sexo 12 femeninos y 20 masculinos (37 y 63% respectivamente), - con una edad promedio por sexo de 35.6 años en el femenino y 37 años en el masculino. La relación por sexo fué de 1.6:1.

El número de casos por servicio fué de 20 de Otorrinolaringología, (63%) , 6 de Cirugía maxilofacial (17.8%), 4 de Cirugía general (12.5%) y 2 de Cirugía-plástica y reconstructiva (6.7%).

Entre los antecedentes y factores predisponentes para la infección tenemos:

Tabla II

| Tipo | Número | % |
|----------------------------|--------|------|
| Caries | 9 | 28.1 |
| Faringoamigdalitis crónica | 8 | 25 |
| Tabaquismo | 7 | 21.8 |
| Trauma | 5 | 15.6 |
| Extracción dental previa | 4 | 12.5 |
| Alcoholismo | 3 | 9.3 |
| Diabetes mellitus | 3 | 9.3 |

* En trauma se incluyen 2 pacientes con intubación orotraqueal traumática.

Respecto al tratamiento antimicrobiano empleado previo a la valoración en este hospital, correspondió a 16 pacientes (50%), en un promedio de 5.7 días y, los medicamentos empleados en forma decreciente fueron: Ampicilina, Penicilina procaínica, Cefalexina, Amikacina, Eritromicina, Amoxicilina, Trimetoprim con sulfametoxazol y Ceftriaxona.

Con un total de 10 pacientes con medicación oral (31%) en promedio de 6.4 días y 6 pacientes con medicación intramuscular (17.8%) en promedio de 5 días.

Con un promedio de 11.7 días de evolución de iniciada la patología los principales síntomas y signos que prevalecieron en los pacientes en la consulta de primera vez fueron los siguientes:

Tabla III

| Síntomas y signos | Número | % |
|-------------------------|--------|------|
| Aumento de volumen | 32 | 100 |
| Fiebre | 24 | 75 |
| Dolor | 19 | 59 |
| Adenomegalias palpables | 16 | 50 |
| Disfagia | 13 | 40.6 |
| Cefalea | 10 | 31 |
| Caries | 9 | 28.1 |
| Sepsis amigdalina | 8 | 25 |
| Drenaje espontáneo | 8 | 25 |
| Trismus | 7 | 21.8 |
| Disnea | 5 | 15.6 |
| Fistula | 4 | 12.5 |
| Otaigía | 4 | 12.5 |
| Disfonía | 3 | 9.3 |
| Sinusitis | 3 | 9.3 |
| *CCTCG | 2 | 6.4 |
| Otorrea | 1 | 3.2 |

*Crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas.

El estudio bacteriológico se realizó solo en 10 pacientes (31%) y los hallazgos fueron los siguientes:

Tabla IV

| Microorganismos | Número |
|-----------------------------|--------|
| Estafilococo sp | 4 |
| Flora normal | 3 |
| Neisseria sp | 1 |
| Streptococo alfa hemolítico | 1 |
| Cocos gram positivos | 1 |
| Negativo para anaerobios | 1 |
| Corynebacterium | 1 |
| Klebsiella | 1 |
| Escherichia coli | 1 |

En tres de los pacientes se encontró flora polimicrobiana.

En el laboratorio clínico los hallazgos más significativos fueron:

| | | |
|--------------------|--------------|------|
| Biometría Hemática | 32 pacientes | 100% |
| Leucocitosis | 21 pacientes | 65% |
| Glucemia elevada | 3 pacientes | 9.3% |

Las cifras leucocitarias fluctuaron entre 10,000 la mínima y 21,000 la máxima con un promedio de 13,500.

Todos los pacientes con hiperglucemia tenían antecedente de diabetes mellitus.

Se realizaron los siguientes estudios de imagen:

| Tipo de estudio | Número | % |
|---|--------|------|
| Radiografías simples (cuello, tórax, senos paranasales y ortopantomografía) | 32 | 100 |
| Tomografía computada | 7 | 21.8 |

De acuerdo a los hallazgos se describe la siguiente:

Tabla V

Estudios simples.-

- 1.- Lateral de cuello para partes blandas: 5 casos con presencia de gas en tejidos blandos.
- 2.- Senos paranasales: 2 casos con sinusitis maxilar unilateral y un caso con sinusitis maxilar bilateral.
- 3.- Ortopantomografía: 2 casos con aumento de volumen de partes blandas y un caso con erosión ósea.

Tomografía computada.-

- 1.- Cuello y tráquea: se realizó en 3 casos en los que se encontró aumento de volumen de partes blandas pretraqueales en 2 de ellos con desplazamiento posterior de la tráquea y en el otro aumento del espacio traqueo-esofágico, con reforzamiento en la periferia del área de aumento de volumen con el centro hipodenso.

- 2.- Espacio masticador: se observó aumento de volumen en espacio masticador izquierdo, con desplazamiento de pterigoides y masetero ipsilaterales, con centro hipodenso y reforzamiento en la periferia con el medio de contraste.
- 3.- Oído y cráneo: se observó en este estudio opacidad difusa en oído medio y dehiscencia del tegmen, existía una imagen redondeada en lóbulo temporal izquierdo, hipodensa en el centro y reforzamiento en la periferia con el medio de contraste, existían también datos sugestivos de edema cerebral.
- 4.- Senos paranasales: este estudio mostró aumento de volumen en la zona apical en ler. molar superior derecho, dehiscencia del piso del seno maxilar ipsilateral, con nivel hidroaéreo en el mismo.
- 5.- Cuello y piso de boca: este estudio se tomó en la fase de evolución post-desbridación en un solo paciente, los datos fueron de aumento de volumen en piso de boca derecho, sin apreciar colecciones aparentes, posteriormente se sometió al paciente a exploración quirúrgica encontrando fibrosis en esta área y escaso material purulento.

Todos los pacientes recibieron tratamiento médico (ver tabla VI):

Tabla VI

| Medicamento | Dosis | Vía admón. | No.pac. | Días prom. | % |
|---------------------------------|--------------------------|------------|---------|------------|------|
| Penicilina sódica cristalina | 4.5 millones c/4 hrs. | IV | 19 | 8 | 56 |
| Clindamicina | 300 mgrs c/6 hrs. | IV | 11 | 7 | 34.3 |
| Dicloxacilina | 500 mgrs c/6 hrs. | IV | 5 | 7 | 15.6 |
| Amikacina | 250 mgrs c/8 hrs. | IV | 4 | 8 | 12.5 |
| Metronidazol | 500 mgrs c/8 hrs. | IV | 3 | 6 | 9.3 |
| Cefalotina | 1 gr/6 hrs. | IV | 2 | 7 | 6.4 |
| Gentamicina | 80 mgrs c/12 hrs. | IV | 1 | 11 | 3.2 |
| Clindamicina | 500 mgrs c/6 hrs. | VO | 10 | 4 | 31 |
| Penicilina procaínica | 800,000 ui c/12 hrs. | IM | 9 | 4 | 28.1 |
| Ampicilina | 1 gr/8 hrs. | VO | 1 | 7 | 3.2 |
| Amoxicilina | 500 mgrs c/6 hrs. | VO | 1 | 7 | 3.2 |
| Ceftriaxona | 1amp/24 hrs. | IM | 1 | 5 | 3.2 |

Los días promedio de estancia hospitalaria fueron de 10.1 días.

Se administró medicamento en forma única a 15 pacientes (46.9%) y en forma combinada a 17 pacientes (53.1%), la combinación más frecuente fué la de Penicilina sódica cristalina más Clindamicina en 9 pacientes (28.1%), seguida por Penicilina sódica cristalina más Amikacina en 4 pacientes (12.5%).

El tratamiento quirúrgico inmediato consistente en desbridación y legrado se realizó en 21 pacientes (65.6%), de ellos 20 fueron desbridaciones externas y solo en un se realizó desbridación y legrado interno (parafaríngeo). En dos de ellos se dejaron drenajes (3 penrose y 1 sonda naso-antral).

Se realizaron 4 traqueotomías (12.5%); en dos pacientes con absceso peritraqueal (antecedente de intubación orotraqueal traumática) y dos en pacientes con diagnóstico de angina de Ludwig, en los cuatro por compromiso ventilatorio.

De esta serie dos casos fallecieron (6.4%) por causa atribuible a la enfermedad infecciosa, las complicaciones que ellos presentaron fueron neumonía, septicemia, choque séptico y muerte; los otros dos decesos que hubo se debieron a padecimientos intercurrentes previos (diabetes mellitus descompensada y metástasis de carcinoma primario desconocido).

DISCUSION.-

Los abscesos en cabeza y cuello son una urgencia médica, por su proximidad a estructuras vitales ponen en peligro la vida del enfermo. Las regiones anatómicas son variadas y complejas, con peculiares planos de drenaje que hacen que cada tipo de absceso tenga manifestaciones clínicas características y -- las complicaciones esperadas son diferentes para cada tipo.

Factores predisponentes.-

Los factores predisponentes que encontramos en el presente estudio fueron: infecciones odontógenas en primer lugar seguidas de las infecciones faríngeas y de las lesiones traumáticas, lo que coincide con Brook⁴ y Stiernberg¹². Tom³² reporta en su casuística que estos factores ocuparon el 14%, 10% y 8% respectivamente; el 68% restante se debió a diseminación hematógena en pacientes farmacodependientes, situación que no se presentó en ningún caso de nuestra serie. Álvarez³³ en 13 casos encontró que 7 eran secundarios a abscesos dentarios, a los que posteriormente se les realizó extracción de la(s) pieza(s) afectadas como una parte importante del tratamiento definitivo, conducta seguida en 5 de los 12 pacientes de nuestra serie con absceso de origen odontógeno.

Manejo médico previo.-

El 50% de los pacientes habían sido inadecuadamente estudiados desde el punto de vista clínico, bacteriológico y de imagen, asimismo el tratamiento que habían recibido era insuficiente o del todo inadecuado. Todo esto en conjunto altera el cuadro clínico y favorece la presencia de complicaciones. Brook⁴ encontró que en el 76% de sus casos habían recibido antibioticoterapia inadecuada; el fármaco más empleado fué la dicloxacilina seguida por la ampicilina y la penicilina procainica; en nuestra serie el fármaco más utilizado antes del internamiento fué la ampicilina seguida por la penicilina procainica.

Cuadro clínico.-

La sintomatología y la signología encontrada en nuestra serie es practicamente la misma que la publicada por Stiernberg¹², Tom³² y Alvarez³³, este último hace notar que el cuadro clínico es de características más serias en pacientes con enfermedades intercurrentes como la diabetes mellitus y en general en todos los enfermos inmunocomprometidos, en nuestra serie 3 casos con diabetes mellitus tuvieron formas clínicas graves.

Metodología de estudio y tratamiento.-

a) Hospitalización

La potencial peligrosidad de estos abscesos ha hecho que el tema haya sido revalorado en años recientes a causa de los avances en el diagnóstico y tratamiento, de suerte que los criterios de manejo son cada vez más uniformes y universalmente aceptados. Se debe hospitalizar al paciente para someterlo a farmacoterapia intravenosa apoyados con los resultados de la tinción de gram y de acuerdo al resultado bacteriológico definitivo, continuar o modificar el esquema terapéutico inicial.

Todos nuestros casos fueron hospitalizados como señalan los diversos autores (12,14,15,16,17,18,19,20,21,22,31,32,33) a excepción de Ophir²³ quién a los abscesos periamigdalinos los maneja con aspiración y tratamiento ambulatorio - por vía oral por 7 días, dejando la hospitalización para aquellos pacientes que no cooperaron para la punción (niños), con trismus o con mal estado general.

b) Estudios de imagen

En el momento actual la tomografía computada es el estudio de elección de imagen como auxiliar de diagnóstico, ya que proporciona información más precisa que los estudios simples; se define con precisión la localización y extensión del absceso y es también un excelente parámetro para seguir la evolución de la enfermedad. La resonancia magnética tiene menos tiempo de utilizarse, pero seguramente ocupará un lugar importante en el diagnóstico de estos casos. Ninguno de nuestros enfermos fué estudiado con este procedimiento.

La radiología simple sigue teniendo indicaciones, la placa lateral de rinofaringe y cuello con técnica para partes blandas esta indicada en aquellos pacientes lactantes en los que se sospecha absceso retrofaríngeo.

En los abscesos odontógenos las radiografías dentales y la ortopantomografía ofrecen información suficiente para determinar la(s) pieza(s) afectadas, pero deben complementarse con tomografía computada cuando se sospecha la existencia de un absceso del piso de la boca.

En forma global en nuestros casos se realizaron radiografías simples en todos los pacientes, 26 placas de cuello, 3 de senos paranasales, 3 ortopantomografías y solo 7 estudios de tomografía computada.

Metodología de estudio y tratamiento.-

a) Hospitalización

La potencial peligrosidad de estos abscesos ha hecho que el tema haya sido revalorado en años recientes a causa de los avances en el diagnóstico y tratamiento, de suerte que los criterios de manejo son cada vez más uniformes y universalmente aceptados. Se debe hospitalizar al paciente para someterlo a farmacoterapia intravenosa apoyados con los resultados de la tinción de gram y de acuerdo al resultado bacteriológico definitivo, continuar o modificar el esquema terapéutico inicial.

Todos nuestros casos fueron hospitalizados como señalan los diversos autores (12,14,15,16,17,18,19,20,21,22,31,32,33) a excepción de Ophir²³ quién a los abscesos periamigdalinos los maneja con aspiración y tratamiento ambulatorio - por vía oral por 7 días, dejando la hospitalización para aquellos pacientes que no cooperaron para la punción (niños), con trismus o con mal estado general.

b) Estudios de imagen

En el momento actual la tomografía computada es el estudio de elección de imagen como auxiliar de diagnóstico, ya que proporciona información más precisa que los estudios simples; se define con precisión la localización y extensión del absceso y es también un excelente parámetro para seguir la evolución de la enfermedad. La resonancia magnética tiene menos tiempo de utilizarse, pero seguramente ocupará un lugar importante en el diagnóstico de estos casos. Ninguno de nuestros enfermos fué estudiado con este procedimiento.

La radiología simple sigue teniendo indicaciones, la placa lateral de rinofaringe y cuello con técnica para partes blandas está indicada en aquellos pacientes lactantes en los que se sospecha absceso retrofaringeo.

En los abscesos odontógenos las radiografías dentales y la ortopantomografía ofrecen información suficiente para determinar la(s) pieza(s) afectadas, pero deben complementarse con tomografía computada cuando se sospecha la existencia de un absceso del piso de la boca.

En forma global en nuestros casos se realizaron radiografías simples en todos los pacientes, 26 placas de cuello, 3 de senos paranasales, 3 ortopantomografías y solo 7 estudios de tomografía computada.

Abscesos periamigdalinos.-

De los casos estudiados el absceso periamigdalino fué el más frecuente, lo que coincide con lo reportado por la mayoría de los autores (14,15,16,17,18,19).

Spres¹⁹ encontró predominancia en el sexo femenino (relación 2:1), situación similar a la de nuestro grupo.

Todos los casos de nuestra serie de abscesos periamigdalinos se resolvieron en forma satisfactoria unicamente con tratamiento médico. En otras series (14,15, 16,17,18,19,23) se combinan el tratamiento médico con aspiración, incisión, drenaje y amigdalectomía. Pensamos que por las características de nuestra Institución y de los enfermos que a ella acuden, los abscesos fueron diagnosticados en fase muy temprana (fase de flegmón). Schechter¹⁵ además del tratamiento médico para este tipo de abscesos utiliza la aspiración por punción, hidratación general del enfermo y duchas faríngeas, obteniendo altos índices de curación. La amigdalectomía la indica en aquellos pacientes con antecedentes de faringoamigdalitis de repetición o de abscesos periamigdalinos previos.

Solo se realizó estudio bacteriológico en un paciente, el reporte fué de "flora normal", ignoramos la causa por la cual no se realizó este procedimiento en el resto de los pacientes.

Se tomaron radiografías simples de cuello antero-posterior y laterales a todos los enfermos las cuales fueron normales. Consideramos que el criterio fué inadecuado ya que el estudio de imagen de elección es la tomografía computada ya que ofrece una mejor definición de la región amigdalina y parafaríngea. Una vez internados, 8 de los 9 casos recibieron Penicilina sódica cristalina, en dos de ellos combinada con Clindamicina; se administró Ceftriaxona en un solo paciente en forma única.

El promedio de hospitalización fué de 5 días. De los 9 pacientes a 4 se les realizó amigdalectomía en un tiempo promedio posterior a la resolución del proceso agudo de un mes. Dos de ellos presentaron sangrado del lecho amigdalino en el postoperatorio inmediato y requirieron reintervención.

Abscesos peritruqueales.-

Son formas poco frecuentes (34), tuvimos 3 pacientes (2 pretraqueales y uno retrotraqueal) presentando los 3 casos como sintomatología principal disfonía y disnea. Dos de ellos tenían antecedente de intubación orotraqueal traumática, requirieron de traqueotomía para asegurar la vía aérea. El cultivo fué negativo en uno y se aisló Klebsiella, Escherichia coli y Estafilococo sp en el otro.

En los tres casos la placa lateral de cuello mostró desplazamiento de la tráquea, aumento de volumen de los tejidos blandos pretraqueales en dos de los casos y en el otro aumento del espacio traqueo-esofágico. En dos de ellos se realizó tomografía computada en la que se hizo en forma clara evidente el compromiso del área, se mostró además reforzamiento con el medio de contraste intravenoso en la periferia del absceso lo cual nos sirve como auxiliar en el diagnóstico diferencial con algunas neoplasias. Todos los pacientes recibieron tratamiento médico combinado; Amikacina más Cefalotina, Penicilina sódica cristalina más Clindamicina y Amikacina más Clindamicina. El seguimiento clínico y el control radiológico y con nasofaringolaringoscopia mostró una evolución satisfactoria con curación en todos ellos.

Abscesos odontógenos y angina de Ludwig.-

En total se ingresaron 12 pacientes, 4 con absceso localizado a piezas dentales y encía, 4 con extensión al piso de la boca, 3 con extensión a senos maxilares y uno con extensión al espacio masticador.

Los abscesos localizados a piezas dentales se resolvieron en forma satisfactoria con tratamiento médico y quirúrgico (extracción de las piezas afectadas), los que se extendieron a senos paranasales evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento médico-quirúrgico dos de ellos y el otro con tratamiento médico solamente. El procedimiento quirúrgico realizado fue extracción de la pieza dental y sinusectomía maxilar vía Caldwell Luc en uno y en el otro solo el Caldwell Luc. El absceso localizado al espacio masticador se resolvió con tratamiento médico, si bien hubo drenaje espontáneo hacia la cavidad oral.

Se ingresaron cuatro pacientes con diagnóstico de angina de Ludwig (tres masculinos y un femenino), con una edad promedio de 53.7 años, siendo la más joven de 29 años y el más viejo de 70 años; los cuatro pacientes tenían caries dentales.

El promedio de evolución de la sintomatología fue de 11.7 días, los cuatro curaron con trismus, aumento de volumen, fiebre y ataque al estado general. Dos presentaron drenaje espontáneo intraoral. Solo en dos se hizo el estudio bacteriológico que reportó "flora normal" en uno y *Estafilococo sp* y *Corynebacterium sp* en el otro. La placa simple de cuello mostró aumento de volumen en partes blandas en el área correspondiente al piso de la boca en los cuatro enfermos y solo en tres (masculinos) aumento de volumen y gas en hemicuello ipsilateral. Después del tratamiento solo se realizó control con tomografía computada en un caso.

El tratamiento médico fué a base de Penicilina sódica cristalina en los cuatro, combinada con Clindamicina en tres de ellos y Metronidazol y Amikacina en el otro. Los criterios variaron de acuerdo al médico tratante y a el resultado de los cultivos. La paciente del sexo femenino evolucionó satisfactoriamente con tratamiento médico en forma única; en otro paciente se realizó desbridación temprana amplia pero con cierre primario de la herida, no se realizó traqueotomía; por mala evolución y por los hallazgos tomograficos sospechosos de persistencia de absceso se sometió a exploración quirúrgica nuevamente encontrando es caso material purulento. Consideramos que el manejo inicial del paciente fuera de nuestro servicio fué inadecuado.

Los dos pacientes restantes desarrollaron complicaciones que finalmente los llevaron a la muerte, no se llevo a cabo traqueotomía de primera intención, solo en uno se realizó desbridación siendo esta insuficiente, estos dos pacientes fueron tratados en nuestro servicio desde el inicio. La traqueotomía se realizó una vez que habían desarrollado datos de insuficiencia respiratoria por ruptura del absceso hacia árbol traqueobronquial, con consecuente neumonía, bacteremia, choque séptico y muerte.

De ello se desprende que a este tipo de pacientes en especial debe realizarse traqueotomía en forma electiva una vez hecho el diagnóstico, desbridaciones amplias con drenajes y no debe realizarse cierre primario de la herida.

Tom³² en su serie encontró entre los aerobios Estreptococo (32) y Estafilococo (9), y en anaerobios 11 Bacteroides predominando la variedad melaninogenicus.

Alvarez³³ reporta Estafilococo y Peptoestreptococo.

Los datos anteriormente expuestos en materia de bacteriología coincidentes de des de el punto de vista de gérmenes causales, justifica la administración de los me dicamentos que se emplearon fundamentalmente, la Penicilina sódica cristalina - en los de origen faringoamigdalino (Estreptococo) y la asociación de Penicilina sódica cristalina con un medicamento con acción contra los productores de beta-lactamasa (Bacteroides), y sobre todo contra anaerobios para los abscesos de o rigen odontógeno. Stiernberg¹² usó Penicilina sódica cristalina más Clindamicina o Cloranfenicol en una serie de 8 casos, Tom³² administró Penicilina sódica cristalina más Oxacilina o Metilicilina y en los pacientes alérgicos a la penicilina, Cafalospolina (en nuestra serie hubo un caso de alergia a la penicilina - con buena respuesta a Ceftriaxona), Alvarez³³ empleó Penicilina sódica cris talina más Metronidazol por un espacio de 10 días.

El laboratorio clínico es útil para apoyar el diagnóstico clínico y sirve para el seguimiento de la evolución del padecimiento. La persistencia de leucocitosis o persistencia del descontrol metabólico en diabéticos pueden ser indicativos de colecciones no drenadas.

Alvarez³³ coincide con lo anterior y refiere que los casos que no presentaron leucocitosis fueron de etiología fúngica; en nuestra serie no tuvimos ningún caso de etiología tuberculosa.

La morbimortalidad en forma global es alta en nuestra serie (6.4%) comparada con Thompson³¹ que fué de 0.76% en 65 casos; las causas primordiales que contribuyeron a esto fué retardo en la indicación de la traqueotomía y falta de desbridación amplia.

Cabe mencionar que no tuvimos ningún caso de absceso retrofaríngeo (predominan en niños), solo un caso de absceso parafaríngeo el cual se resolvió con manejo médico, desbridación y legrado interno y no externo como refieren la mayoría de los autores.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.-

- 1.- Los abscesos de cabeza y cuello potencialmente ponen en peligro la vida por lo que es necesario:
 - a) conocer los factores causales, los mecanismos patogénicos y el conocimiento anatómico de la región, para entender las vías de extensión hacia los planos adyacentes
 - b) destaca la importancia que tiene el diagnóstico temprano ya que de ello depende en forma importante el pronóstico.
- 2.- La necesidad de hospitalización para desarrollar una metodología de estudio secuencial y bien fundamentada que comprende:
 - a) toma de muestra para tinción de gram y cultivo. Inicio de antibioterapia en base a la tinción de gram y de acuerdo al sitio de presentación clínica del absceso. Modificar o continuar en base al resultado definitivo del cultivo con antibiograma así como a la evolución clínica.
 - b) exámenes de laboratorio clínico como parámetro inicial y secuencial del proceso infeccioso y de las enfermedades intercurrentes
 - c) estudios de imagen especialmente tomografía computada y solo los estudios simples para los abscesos dentales y retrofaríngeo.
- 3.- Seguimiento estrecho de la evolución del paciente.
- 4.- Aunado al tratamiento médico debe realizarse manejo quirúrgico cuando exista indicación para ello con desbridaciones tan amplias como sean necesarias.
- 5.- Pensar en las complicaciones potenciales y prevenirlas:
 - a) el control de la vía aérea en fases tempranas es fundamental, por lo tanto se debe realizar traqueotomía en forma electiva.
- 6.- La importancia de sensibilizar e informar al cuerpo médico de cada institución para que se actúe en forma conjunta y con un protocolo de manejo bien establecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.=

- 1.- Paonessa D.,Goldstein J.,Anatomy and physiology of head and neck Infections (with emphasis on the fascia of the face and neck), The Otolaryngologic Clinics of North America,Vol.9(3):561-579;Oct 1976.
- 2.- Brown D.,Infections of the deep fascial spaces of the head and neck, American Academy of Ophtalmology and Otolaryngology,Inc.,1rst.Edition;1-37,1978.
- 3.- Paparella-Shumrick,Otorrinolaringologia,Cabeza y Cuello,Panamericana,Buenos Aires,2a Edición;2289-2304,1982.
- 4.- Brook I.,Microbiology of abscesses of the head and neck in children. Ann Otol Rhinol Laryngol 96:429-432,1987.
- 5.- Gorbach S.,Bartlett J.,Anaerobic infections,The New England Journal of Medicine.,290:1237-1245,1974.
- 6.- Brodsky L. y cols., The immunology of tonsils in children:the effect of bacterial load in presence of B and T cells subsets. Laryngoscope 98:93-98,1988.
- 7.- Hardingham M., Peritonsillar infections,Otolaryngologic Clinics of North America 20(2):272-278,1987.
- 8.- Brook I.,Emergence and persistence of beta lactamasa-producing bacteria in oropharynx following penicillin treatment. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg 114:667-669,1988.
- 9.- Carpenter J.,Artenstein M.,Use of diagnostic microbiologic facilites in the diagnosis of head and neck infections. Otolaryngologic Clinics of North America,9(3):631-644,1976.
- 10.- Antoine J.,Imagin techniques in investigation of inflamatory diseases of the head and neck. Otolaryngologic Clinics of North America 9(3):677-685,1976.
- 11.- VanSonnenberg E. y cols.,Sonography of thig abscess: Detection,diagnosis and drainage. AJR,149:769-772,1987.
- 12.- Stiernberg Ch.,Deep neck space infections,diagnosis and management,Arch Otolaryngol head and neck surg,112:1274-1279,1986.
- 13.- Kisch A.,Principles of the antimicrobial therapy of head and neck infections Otolaryngologic Clinics of North America,9(3):751-769,1976.
- 14.- Maissel R., Peritonsillar abscess: tonsil antibiotic levels in patients treated by acute abscess surgery. Laryngoscope 92:80-87,1982.
- 15.- Schechter G., Changing face of treatment of peritonsillar abscess. Laryngoscope 92:657-658,1982.
- 16.- Kronenberg J. y cols.,Peritonsillar abscess:recurrence rate and the indication for tonsillectomy. Am J Otolaryngol.8:82-84,1987.
- 17.- Yung A., Quinsy tonsillectomy. Laryngoscope.86:1714-1717,1976.

- 18.- Bonding P., Routine abscess tonsillectomy: late results. *Laryngoscope*, 86: 286-290, 1976.
- 19.- Spires J., Treatment of peritonsillar abscess, a prospective study of aspiration vs incision and drainage. *Arch Otolaryngol head and neck surg.*, 113: 984-986, 1987.
- 20.- Herzon F., Management of non peritonsillar abscesses of the head and neck with needle aspiration. *Laryngoscope* 95:780-781, 1985.
- 21.- Seid A., y cols., Retropharyngeal abscesses in children revisited. *The Laryngoscope*, 89(11):1717-1724, 1979.
- 22.- Heindel D., Deep neck abscesses in adults: Management of a difficult airway *Anesth Analg*. 66:774-776, 1987.
- 23.- Ophir D. y cols., Peritonsillar abscess, a prospective evaluation of outpatient management by needle aspiration. *Arch Otolaryngol head and neck surg* 114:661-663, 1988.
- 24.- Willis P. y cols., Complications of space infections of the head and neck *The Laryngoscope*, 91:1129-1136, 1981.
- 25.- Wening B., y cols., Necrotizing fasciitis as a lethal complications of peritonsillar abscess. *The Laryngoscope*, 91:1576-1579, 1983.
- 26.- Lau S., Sleep apnoea due to bilateral peritonsillar abscess. *The Journal of Laryngology and Otology*, 101:617-618, 1987.
- 27.- Gruber B., Bilateral deep space neck abscesses complicating infectious mononucleosis. *Otolaryngology head and neck surgery*, 97(1):66-68, 1987.
- 28.- Schweitzer A., Parapharyngeal abscess: An unusual complication of adrenal cholesteatoma. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 94(5):637-640, 1986.
- 29.- Tami T., Cervical osteomyelitis, an unusual complication of tonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 113:992-994, 1987.
- 30.- Kuriloff D., Delayed neck infections following anterior spine surgery. *Laryngoscope* 97:1094-1097, 1987.
- 31.- Thompson J., Retropharyngeal Abscess in children, a retrospective and histological analysis. *Laryngoscope*, 98:589-592, 1988.
- 32.- Tom M., Rice D., Presentation and management of neck abscess, a retrospective analysis. *Laryngoscope*, 98:877-880, 1988.
- 33.- Alvarez J. y cols., Abscesos profundos de cuello. *Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología*, 31(1):21-24, 1986.
- 34.- Fee W., Tracheoesophageal space abscess. *The Laryngoscope*, 89:377-384, 1979.