

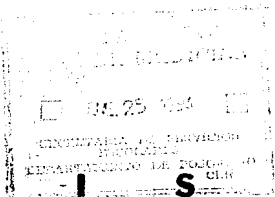
11937
21
23

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

ABSCESO RETROFARINGEO 10 AÑOS DE
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL INFANTIL
DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" 1982-1992



SUBDIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A
MADA IVONNE BENITEZ CONTRERAS



Asesor: Dr Jorge Romero Rcsales

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANATOMIA	1
INCIDENCIA	2
ETIOPATOGENIA	2
CUADRO CLINICO	3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	3
COMPLICACIONES	4
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	5
TRATAMIENTO	5
RESULTADOS	5
CONCLUSIONES	7
DISCUSION	8
TABLAS	9
BIBLIOGRAFIA	18

ABSCESO RETROFARINGEO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ 1982-1992.

INTRODUCCION.

El absceso retrofaringeo es una colección de pus en un espacio virtual situado en regiones profundas del cuello, limitado por aponeurosis que se extienden de la base del cráneo hasta un nivel que corresponde aproximadamente a la bifurcación de la tráquea (C6 a T2). Este espacio contiene dos cadenas paramediales de ganglios linfáticos que reciben drenaje de las vías aéreas superiores.(1) La formación del absceso en el espacio retrofaringeo es el resultado de la supuración de estos ganglios. La mayor incidencia se reporta en lactantes y la etiología principal está dada por aerobios gram positivos principalmente cocos y por anaerobios. Esta patología se conoce desde épocas antiguas siendo poco común desde entonces, habiéndose reducido a partir de la introducción de antibióticos, sin embargo no por ello deja de ser importante y grave, dadas las complicaciones que pueden presentarse a corto plazo, pues ponen en peligro la vida del paciente de no instituirse un tratamiento oportuno, se le considera una urgencia quirúrgica.(2)

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Desde tiempos de Galeno en el segundo siglo D.C. ya se reporta un caso de absceso retrofaringeo con ruptura espontánea del mismo, no se menciona si fué en un niño o en un adulto. En 1826 Syme fué el primero en reportar un caso en un adulto de 36 años, Watson en 1903 reporta otro caso y revisa la literatura encontrando sólo 16 casos previamente reportados.(3) Para 1919 Brown describe que el 96% de los abscesos retrofaringeos se presentan en niños menores de 6 años de edad y que 50% de estos ocurren entre los 6 y 12 meses de edad. (4) Reportes similares fueron descritos por Frank, Richards y Barnes. Davidson presenta 6 casos en adultos en un periodo de 12 años en 1949 y realiza una revisión de la literatura encontrando sólo 14 casos en adultos, sin embargo sugiere que en adultos pudiera ocurrir más frecuentemente de lo reportado en la literatura.

ANATOMIA.

El contenido del cuello está incluido en una fascia que lo envuelve, la fascia superficial, que separa el lecho superficial de la fascia cervical profunda. Esta última se subdivide en superficial, media y profunda. La fascia superficial se origina a lo largo de la línea de la nuca y la columna cervical,

envolviendo completamente al cuello y a los músculos trapecio y esternocleidomastoideo. La fascia media envuelve a la fascia visceral la que a su vez envuelve a los músculos paraespinal y vertebral. Por la parte posterior la fascia visceral se divide en dos lechos, el prevertebral que está anterior a las vértebras y va de la base del cráneo al cóccix y el alar que está situado entre el lecho prevertebral y el lecho medio de la fascia profunda, posterior a la faringe y al esófago. Al unirse las porciones de los tres lechos forman la vaina carotídea. (5)

El espacio retrofaríngeo está situado en la línea media, anterior a la porción alar de la fascia cervical profunda, detrás de la pared posterior de la faringe y posterior a la fascia visceral o lecho medio de la fascia profunda cervical. Se extiende inferiormente de la base del cuello al mediastino superior, cerca de la séptima cervical o la primera torácica, aproximadamente a nivel de la bifurcación de la tráquea, en donde la fascia alar se fusiona con la visceral de forma anterior. "El espacio peligroso" está localizado entre los lechos alar y prevertebral y se extiende de la base del cráneo al mediastino posterior, llegando al diafragma. (6)

Existen ganglios linfáticos retrofaríngeos distribuidos en dos cadenas, una de las cuales se encuentra en la línea media del espacio retrofaríngeo. El rico drenaje linfático de esta área proviene de los músculos y huesos adyacentes, nariz, senos paranasales, nasofaringe, oído medio y trompa de Eustaquio. Estos ganglios son encontrados en gran número en los niños y pueden contribuir a la formación de un absceso por extensión vía linfática, de una infección a cualquiera de los ganglios presentes en dicho espacio. (1)

INCIDENCIA.

El absceso retrofaríngeo es una patología propia del lactante y preescolar, la mayor incidencia ocurre antes de los 3 ó 4 años de edad, aunque también se han reportado casos en neonatos y adultos, esto se debe a la presencia de cadenas ganglionares en el espacio retrofaríngeo, los cuales son prominentes en la primera infancia y se atrofian hacia la pubertad. (1)

ETIOPATOGENIA.

La formación del absceso puede ser el resultado de la infección contigua del espacio faríngeo lateral o de la diseminación linfática a partir de sitios distantes hasta afectar los ganglios retrofaríngeos. De ahí la importancia del antecedente de infección de vías aéreas superiores o de oído. Otras fuentes de infección pueden resultar de un trauma de la región como son presencia de cuerpo extraño, intubación orotraqueal, endoscopia, fractura vertebral, traumatismos, osteomielitis de los cuerpos vertebrales, petrositis y manipulaciones dentales. (7,8) Algunas enfermedades sistémicas como la diabetes o pacientes con algún

tipo de inmunosupresión predisponen a desarrollar infecciones a este nivel. En adultos, la tuberculosis y la sífilis eran causas comunes de formación de abscesos retrofaríngeos en la era preantibiótica. (1)

Los casos reportados en recién nacidos son pocos y los factores predisponentes son prácticamente los mismos, aunque también se ha reportado la presencia de malformaciones a nivel de cuello e incluso en algunos casos no existen factores predisponentes aparentes. (9)

ETIOLOGIA.

La información acerca de la etiología microbiana en niños es limitada y sólo se basa en reportes de casos aislados, siendo Staphylococcus aureus, Streptococcus Grupo A, Bacteroides fragilis, B. melaninogenicus y Fusobacterium, los más frecuentemente aislados, ocasionalmente E. coli. Los cultivos reportados son de tipo mixto en su mayoría. Una causa rara de absceso retrofaríngeo es la tuberculosis de la columna cervical, que se abre paso a través de las vértebras cervicales. (1)

CUADRO CLINICO.

En el niño el cuadro clínico suele ser poco claro dado que el proceso inflamatorio tiene una traducción clínica insidiosa, por lo que deberá existir un alto índice de sospecha por parte del médico ante niños con enfermedades que presenten disfagia o dificultad respiratoria como parte del cuadro clínico. En general existen manifestaciones como rechazo a la vía oral, irritabilidad, fiebre, mal estado general, edema de cuello, odinofagia, disfagia con babeo secundario, estridor y dificultad respiratoria por edema y obstrucción secundaria de vías aéreas. Puede existir rigidez de nuca secundaria al dolor muscular y a la adenopatía cervical dolorosa. (1,4). La orofaringe puede mostrar edema de su pared posterior y a la palpación suele encontrarse una masa fluctuante.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS.

Siempre que se sospeche un absceso retrofaríngeo deberá realizarse una radiografía lateral de cuello, pues constituye el procedimiento diagnóstico más importante en la evaluación inicial del espacio retrofaríngeo. Para evaluar la radiografía deberán tomarse en cuenta algunas observaciones que a continuación se mencionan a fin de no realizar diagnósticos falsos en variantes radiológicas normales que pudieran parecer patológicas.

La proyección de la radiografía deberá ser realmente lateral, ya que si es oblicua, la medida del espacio retrofaringeo puede ser inadecuada. Así mismo, se recomienda que sea tomada en inspiración profunda y con extensión del cuello. (4,10)

Los puntos de referencia para medir el espacio retrofaringeo van de la parte inferior y anterior de la segunda vértebra cervical a la pared posterior de la faringe. La medida promedio es de 3.5 mm con un rango de 2 a 7 mm de manera que un espacio retrofaringeo mayor de 7 mm es sugestivo de proceso patológico. (4)

La valoración del tejido blando prevertebral es especialmente difícil en los niños, pues la gran flexibilidad de las vías aéreas y la movilidad de la faringe posterior en ellos produce cambios dramáticos en el tamaño de la sombra correspondiente a los tejidos blandos según la fase de la respiración en que fué tomada, la presencia de llanto o no, la posición del cuello (flexión o extensión), la presencia de edema, etc.

Una regla útil en los niños es la de "el dedo pulgar" en la que el diámetro anteroposterior del tejido blando prevertebral no debe exceder al diámetro anteroposterior del cuerpo vertebral contiguo. La inflamación del tejido se traduce como ensanchamiento, si este es difuso, sin deformidad localizada, casi invariablemente corresponde a celulitis solamente.

Tomando en cuenta los datos anteriores, los cambios radiológicos sugestivos de patología a nivel del espacio retrofaringeo son: incremento importante del tamaño de la sombra correspondiente a tejidos blandos, presencia de aire o de niveles, cuerpo extraño, disminución o desaparición de la lordosis de la columna cervical.

Una complicación que puede no ser sospechada clínicamente, pero si demostrada por radiología, es la extensión a mediastino, por lo que ante la sospecha de absceso retrofaringeo deberá solicitarse también una radiografía de tórax para descartar esta complicación.

Otras técnicas de gabinete no invasivas lo son el ultrasonido, la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética, mediante los cuales se puede hacer diagnóstico diferencial entre una celulitis y un absceso (4.6).

COMPLICACIONES.

La principal complicación de un absceso retrofaringeo no drenado quirúrgicamente en forma oportuna es la ruptura espontánea a la faringe con la consecuente broncoaspiración, pudiendo provocar asfixia secundaria, neumonía y empiema (1,5).

Otra complicación es la mediastinitis en la que la infección se extiende directamente vía fascial, afortunadamente esta complicación es poco común a partir de la introducción de antibióticos. Las complicaciones vasculares, resultado de la extensión dentro del espacio visceral vascular son fatales. Se mencionan: la erosión de la arteria carótida con hemorragia subsecuente fatal y la trombosis de la vena yugular con

posibilidades de tromboflebitis retrógrada y extensión intracraneal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Deberá hacerse diagnóstico diferencial con tumores, hematomas, edema secundario a trauma de la columna cervical, cuerpo extraño no opaco, extensión tiroidea retrofaríngea, mixedema en niños hipotiroideos, linfadenopatías (como en el caso de la tuberculosis, histiocitosis X, y linfoma), tumores retrofaríngeos (higroma quístico, hemangioma, neuroblastoma y bocio retrofaríngeo). (4,11)

TRATAMIENTO.

El tratamiento contempla dos manejos: el antibiótico y el quirúrgico. El manejo antibiótico deberá administrarse idealmente de acuerdo al resultado de los cultivos y la sensibilidad de los mismos, sin embargo inicialmente deberá instituirse un tratamiento empírico para lo cual es preciso tomar en cuenta la etiología bacteriana más frecuente y dado que esta es polimicrobiana, los antibióticos a elegir tendrán que cubrir gérmenes aerobios y anaerobios incluidos los productores de beta lactamasa, siendo una buena opción la clindamicina a 30 mg/kg/día o bien la combinación dicloxacilina a 100 mg/kg/día y cloranfenicol a 100 mg/kg/día. Todos los medicamentos deberán administrarse por vía intravenosa por un lapso de 2 a 3 semanas. (7)

El manejo quirúrgico consiste en drenar el absceso, lo que puede realizarse mediante incisión peroral con el paciente en posición de Rose (decúbito supino con el cuello hiperextendido), sin embargo existe riesgo de broncoaspiración. Cuando el absceso es grande se prefiere una incisión externa, para lo cual se han propuesto dos técnicas, la cervicotomía anterior y la posterolateral, esta última propuesta por Elliot, apoyada en que la disección es más pequeña y a diferencia de la cervicotomía anterior, no existe el riesgo de dañar los grandes vasos del cuello. Una vez hecho el diagnóstico de certeza, el tratamiento quirúrgico es prioritario para evitar complicaciones. (12)

RESULTADOS

Posterior a la revisión de expedientes encontramos un total de 16 casos de absceso retrofaríngeo de los cuales 11 correspondieron a pacientes del sexo masculino (68.75%) y 5 al sexo femenino (31.25 %). La edad promedio fue de 24 meses para los niños y de 19 meses para las niñas, con un rango que va de 2 a 42 meses. (Tabla 1). Once de estos pacientes (68.2 %) tuvieron el antecedente de haber padecido infección de vías aéreas superiores, tres contaban con el antecedente de cuerpo extraño en vías aéreas, a uno se le había realizado endoscopia en días

previos y otro había padecido adenitis cervical supurada (Tabla 2). En cuanto a Las manifestaciones clínicas la mayor parte de los pacientes presentó un cuadro de infección de vías aéreas superiores como son: fiebre en un 93.7%, tos en un 50% y malestar general en un 31.2%. Posteriormente se agregó en un 81.2% de los pacientes la aparición de masa cervical anterior sin predominio de algún lado (derecho o izquierdo) y en un 43.7% dificultad respiratoria secundaria a la obstrucción del paso de aire a las vías aéreas inferiores provocada por el aumento de volumen de partes blandas. En el 37.5% de los niños se refirió odinofagia, manifestada por algunas madres como rechazo a la vía oral o dificultad para la deglución, sin embargo al reinterrogar a las madres se concluyó que realmente se trataba de odinofagia. Algunos de ellos también presentaron vómito (31.2%) y otalgia (25%). A la exploración física se encontró rigidez de nuca en un 25% y absceso parafaríngeo en un 37.5%. El babeo referido de manera frecuente en la literatura mundial no se refirió en ninguno de los casos. (Tablas 3 y 4).

Los resultados de la biometría hemática no son concluyentes pues sólo 5 pacientes presentaron leucocitosis, el resto de las biometrías (68.7%) fueron normales. En cuanto a los hallazgos radiológicos se menciona aumento del espacio prevertebral en 5 casos, pero sólo fue medido en 2 de ellos, uno midió 10 mm y el otro 12 mm. Otros datos reportados fueron disminución de la columna de aire en 4 casos, compresión traqueal en 4 y enfisema cervical en un solo caso. (Tabla 5)

El diagnóstico de absceso retrofaríngeo se realizó inmediatamente en 6 pacientes, en uno no se sospechó y en los 9 restantes se hicieron diagnósticos iniciales diferentes (bronconeumonía, adenitis cervical, absceso cervical, meningitis), el diagnóstico de certeza se realizó en las siguientes 24 a 96 horas posteriores al ingreso. (Tabla 6 y 7) .

En cuanto a los cultivos realizados, solo uno fue puro, en tres no se aisló germen y el resto fueron de tipo mixto. los gérmenes aislados fueron S. aureus, S. viridans, Citrobacter sp., K. pneumoniae, Enterobacter sp., E. coli y S. marcescens. (Tabla 8)

El 93.7% de los pacientes, habían recibido por lo menos un tipo de antibiótico al ingresar al hospital y de estos el 37.5% recibió más de dos, entre los fármacos se incluyen ampicilina, P.S.C., dicloxacilina, clindamicina, amikacina y gentamicina. El manejo médico en el hospital fue variado, el 62.5% de los pacientes recibió doble esquema antimicrobiano el 37.5% recibió triple esquema y sólo el 18.75% recibió monoterapia. (Tabla 9)

El tratamiento quirúrgico fue realizado en 14 pacientes (87.5%) y en dos no se llevó a cabo, en uno porque no se sospechó absceso retrofaríngeo y drenó espontáneamente y otro porque la resolución se logró sólo con manejo a base de antibióticos.

Sólo en tres pacientes se reportan complicaciones uno fue de tipo quirúrgico, presentándose ruptura de la arteria carótida primitiva, de la yugular interna y de vasos venosos, la hemorragia provocó choque hipovolémico. En otro paciente el diagnóstico no se sospechó, ocurriendo drenaje espontáneo del absceso con obstrucción secundaria de las vías aéreas y muerte.

En el tercer paciente el absceso retrofaríngeo se reprodujo 4 días después del drenaje ameritando reintervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de la revisión de expedientes en el Hospital Infantil de México en un período de 10 años (1982-1992), no presentan grandes diferencias con respecto a lo reportado en la literatura mundial antigua y actual pues sólo encontramos 16 casos en 10 años, así mismo, series como las de Watson (1919), Davidson (1949), Barrat (1983), Brook (1987) y Asmar (1990), sólo reportan entre 6 y 16 casos de absceso retrofaríngeo en hospitales pediátricos y en períodos similares al estudio actual.

En cuanto a la edad de los pacientes, efectivamente tuvimos la oportunidad de comprobar la mayor incidencia en niños menores de 3 años, pues sólo un paciente presentó una edad mayor (3 años 5 meses). En el presente estudio el sexo predominante fué el masculino con una relación 2.2:1 a diferencia de lo reportado en la literatura, en que se menciona que no existe predominio de ningún sexo. (1)

Todos nuestros pacientes presentaron algún factor predisponente para desarrollo de absceso retrofaríngeo, siendo en su mayoría infección de vías aéreas superiores (68.25%), aunque también se presentaron 3 pacientes con cuerpo extraño en vías aéreas, a uno se le encontró un tapón posterior de bolígrafo en el interior del absceso, otro tenía un vidrio en bronquio derecho, el tercero no se menciona que tipo de cuerpo extraño se encontró. Otro de los pacientes tenía el antecedente de habersele practicado endoscopia 9 días antes de realizarse el diagnóstico de absceso retrofaríngeo y otro había padecido adenitis cervical previamente.

Las manifestaciones clínicas coinciden con lo reportado en la literatura mundial, se reportan fiebre, tos, adenomegalias cervicales, malestar general, vómito y otalgia como manifestaciones propias de una infección de vías aéreas superiores, los datos más sugestivos como: disfonía, odinofagia, dificultad respiratoria y rigidez de nuca se presentaron en etapas más avanzadas, sin embargo llama la atención la frecuencia de presentación de absceso parafaríngeo y tumefacción en cuello de un 37.5 % y 81.2 % respectivamente, los cuales no se reportan tan comúnmente en la literatura. (1) El babeo secundario a la odinofagia no lo presentó ninguno de nuestros niños. El tiempo promedio de evolución del cuadro clínico fué de 17 días.

Los hallazgos radiológicos no fueron bien especificados ya que sólo en 2 casos se menciona la medida del espacio vertebral uno midió 10 mm y otro 12 mm; cuando fueron 5 pacientes los que presentaron aumento de dicho espacio, por otro lado, sólo a 10 pacientes se les realizó radiografía lateral de cuello, de los 6 restantes, en tres de ellos no se sospechó el diagnóstico, uno pasó directo a quirófano para drenaje del absceso y en dos se ignora la causa.

El aislamiento bacteriano fué muy variado, con predominio franco de gérmenes gram negativos, no se aislaron anaerobios sólo un cultivo de S. aureus fué puro, el resto fueron mixtos. Llama la atención que en uno de los casos se menciona enfisema cervical y en ninguno de los cultivos se aislaron anaerobios lo cual nos hace suponer que hubo falla en la técnica de cultivo.

DISCUSION

Las bacterias aisladas en los pacientes difieren con mucho de lo reportado en la literatura mundial en la que los gérmenes aerobios gram negativos son raramente aislados excepto en neonatos e inmunocomprometidos (9) y al parecer ninguno de nuestros pacientes presentaba alteraciones inmunológicas según sus antecedentes personales. Publicaciones recientes como la de Brook de 14 casos, reporta sólo 2 aislamientos puros, el resto fueron mixtos, en todos los pacientes hubo aislamiento de anaerobios y encontró un 71% de producción de beta lactamasa por parte de S. aureus y Bacteroides. (13) Asmar por su parte publica una serie de 17 casos en los que también solo dos cultivos fueron puros, en todos los pacientes se aislaron aerobios y sólo en nueve se documentaron anaerobios, el solo encontró 41% de gérmenes productores de beta lactamasa. (14) En ambas investigaciones reportan a Bacteroides sp, Peptostreptococcus sp. y Fusobacterium como anaerobios más frecuentemente aislados y a S. viridans, S. pyogenes y S. aureus como aerobios. H. influenzae también se reporta pero con menor frecuencia. (13,14)

El manejo médico en el Hospital Infantil de México fué variado encontrando diez diferentes esquemas antibióticos, los más diversos se reportan principalmente antes de 1989 en que se usaron incluso hasta 3 antibióticos a la vez de primera intención, posterior a este año ya es más frecuente el doble esquema y más recientemente la monoterapia, sin embargo hasta 1992 aún no existe un criterio uniforme de manejo. De hecho en la literatura mundial actual los esquemas antibióticos propuestos por los diferentes autores son muy diversos, pues cada quien lo sugiere de acuerdo a la etiología documentada en sus investigaciones.

De acuerdo a las revisiones hechas acerca del tema de absceso retrofaríngeo, incluyendo la nuestra, surge la necesidad de unificar criterios para normar las bases en cuanto al diagnóstico y tratamiento antimicrobiano a seguir; en tanto no tengamos plenamente identificados los gérmenes que causan, en nuestra comunidad, absceso retrofaríngeo.

ABSCESO RETROFARINGEO

DISTRIBUCION DE ACUERDO A EDAD Y SEXO

SEXO	No. DE CASOS	RANGO DE EDAD	MEDIA
MASCULINO	11	* 6 A 42	24
FEMENINO	5	* 2 A 36	19

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ

TABLA 1

* EN MESES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ABSCESO RETROFARINGEO

1982-1992

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FARINGITIS	8	50 %
OTITIS	3	18.7 %
C. EXTRAÑO	3	18.7 %
ENDOSCOPIA	1	6.2 %
A. CERVICAL	1	6.2 %

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ
TABLA 2

ABSCESO RETROFARINGEO

MANIFESTACIONES CLINICAS I

1982-1992

SIGNOS Y SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FIEBRE	15	93.7%
MASA CERVICAL	13	81.2%
TOS	8	50%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	7	43.7%
ABSCESO PARAFARINGEO	6	37.5%
ODINOFAGIA	6	37.5%
MALESTAR GENERAL	5	31.2%

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ

TABLA 3

ABSCESO RETROFARINGEO

MANIFESTACIONES CLINICAS II

SIGNOS Y SINTOMAS	NUMERO	PORCENTAJE
VOMITO	5	31.2%
RIGIDEZ DE NUCA	4	25%
OTALGIA	4	25%
DISFONIA	3	18.7%
FISTULA CUTANEA	1	6.25%

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ

TABLA 4

ABSCESO RETROFARINGEO

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

1982-1992

HALLAZGOS	No. DE CASOS
AUMENTO ESPACIO PREVERTEBRAL	5
DISMINUCION COLUMNA DE AIRE	4
COMPRESION TRAQUEAL	4
ENFISEMA CERVICAL	1

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ
TABLA 5

ABSCESO RETROFARINGEO

TIEMPO EN QUE SE REALIZO EL DIAGNOSTICO

1982-1992

INMEDIATO	6
PRIMERAS 24 HRS	5
DOS DIAS	3
CUATRO DIAS	1
NO SOSPECHADO	1

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ

TABLA 6

ABSCESO RETROFARINGEO

DIAGNOSTICO INICIAL

1982-1992

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS
ABSCESO RETROFARINGEO	6
CUERPO EXTRAÑO	4
BRONCONEUMONIA	2
ADENITIS CERVICAL	2
ABSCESO CERVICAL	1
MENINGITIS	1

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ
TABLA 7

ABSCESSO RETROFARINGEO

AISLAMIENTO BACTERIANO

S. AUREUS

S. VIRIDANS

CITROBACTER SP.

K. PNEUMONIAE

ENTEROBACTER SP.

E. COLI

S. MARCESCENS

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO F. GOMEZ

TABLA 8

ABSCESO RETROFARINGEO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIO

ESQUEMA ANTIBIOTICO	NUMERO	ESQUEMA ANTIBIOTICO	NUMERO
CLINDAMICINA	2	PENICILINA-CLINDAMICINA	1
DICLOXACILINA-CLORAMFENICOL	2	P.S.C.	1
DICLOXACILINA-CLINDAMICINA	2	CLINDAMICINA-AMIKACINA	3
DICLOXACILINA-AMIKACINA	2	PSC-CLINDA-AMIKACINA	1
PENICILINA-DICLOXACILINA	1	DICLOXA-CLINDA-AMIKACINA	2

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Feigin y Cherry. Tratado de Enfermedades Pediátricas. Interamericana. Segunda Edición 1987; 133-138.
- 2.- Grosso et. al. Retropharyngeal abscess. American Journal Diseases Child. 1990; 144:1349-1350.
- 3.- Morris Davidson. Abscesses of the Retropharyngeal Spaces in Adults. Laryngoscope. 1949; Jun, 1147-1167
- 4.- Barrat et. al. Retropharyngeal Abscess. A Ten-Year Experience. Laryngoscope. 1984; Abril: 94; 455-462.
- 5.- Seid et. al. Retropharyngeal Abscesses in Children Revisited. Laryngoscope. 1979; Noviembre, 11:1717-1724.
- 6.- Mandell. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. Panamericana. Tercera Edición. 1992; Marzo: 542-551
- 7.- Coulthard et. al. Retropharyngeal abscesses. Arch. Dis. Child. 1991; 66: 1227-1230
- 8.- Berger. Retropharyngeal Abscess Caused by a Traumatic Perforation of the Hypopharynx by a Fishbone. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990; 99 : 927-928
- 9.- Cohen-Abbo et. al. Neonatal Retropharyngeal Abscess. Pediatric Infectious Disease Journal. 1991; Julio: 10 (7), 547-548
- 10.- Chow. Life-Threatening Infections of the Head and Neck. Clinical Infectious Diseases. 1992; 14:991-1004
- 11.- Mc.Cook. Retropharyngeal Masses in Infants and Young Children. American Journal Disease of Children. 1979; Enero, 133: 41-43.
- 12.- Elliot. et. al. Posterolateral Cervicotomy in Retropharyngeal Abscesses. Laryngoscope. 1992; Mayo, 102: 585-587
- 13.-Brook. Microbiology of Retropharyngeal Abscesses in Children. American Journal Disease of Children. 1987; Febrero, 141: 202-204.
- 14.- Asmar et. al. Bacteriology of Retropharyngeal Abscess in Children. Pediatric Infectious Disease Journal 1990; Agosto, 9 (8): 595-596.
- 15.- Nelson. Pocketbook of Pediatric Antimicrobial Therapy . Novena Edición. 1991-1992. Edit. Williams.