

11224 26
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO
E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

"ABSCESES PROFUNDOS DE CABEZA Y CUELLO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

TESIS DE POSGRADO:
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

presenta:

DR. JAVIER RODRIGUEZ TORRES

DR. BENJAMIN MANZANO SOSA
Coordinador de Capacitación
y Desarrollo

DR. OTHON GAYOSSO CRUZ
Prof. Titular del Curso

DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA

Coordinador de Urgencias y Terapia Intensiva

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

RECIBIDO
MAR. 19 1997
DEPARTAMENTO DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

I S S S T E
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ MAR. 13 1997 ★
COORDINACION DE
CAPACITACION Y DESARROLLO
INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

267235



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

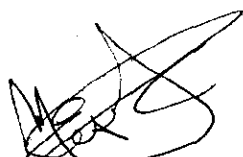
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

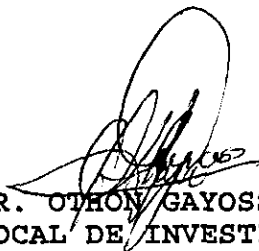
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

"ABSCESES PROFUNDOS DE CABEZA Y CUELLO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

AUTOR: DR. JAVIER RODRIGUEZ TORRES



DRA. MA. EUGENIA TEJEDA REAL
A S E S O R



DR. OTHON GAYOSSO CRUZ
VOCAL DE INVESTIGACION



DRA. IRMA ROMERO CASTELAZO
JEFE DE INVESTIGACION
H L A L M



DR. ANDRES HERNANDEZ RAMIREZ
JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
✻ MAR. 13 1997 ✻
JEFATURA DE
INVESTIGACION

d e d i c a t o r i a s :

A LA MEMORIA DE MI MADRE:
MA. DE JESUS TORRES SOSA (QEPD)

a lo que más amo en el mundo:

Ma. Concepción

Brenda Esther

Brandon Javier

Vincent Javier

Brain Ariel

I N D I C E

	PAG
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	11
JUSTIFICACION	11
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	13
TABLAS	
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18

RESUMEN:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los casos de abscesos profundos de cabeza y cuello en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos durante un año.

El objetivo fue conocer los datos clínicos de relevancia como diagnóstico, gérmenes involucrados, origen, manejo y mortalidad. Hubo 5 casos, 2 de los cuales fallecieron; el origen fue odontogénico, 4 de 5 pacientes tenían enfermedad de fondo. La infección fue polimicrobiana con aislamiento de dos o más microorganismos en 4 casos. La mortalidad de los abscesos profundos de cabeza y cuello en esta Unidad no fue valorable debido que no se tomó en cuenta a los pacientes no complicados que ingresaron al Servicio de Maxilofacial. El manejo de esta patología requiere de un diagnóstico temprano y tratamiento médico-quirúrgico oportuno.

SUMMARY:

A descriptive and retrospective study of cases of deep abscesses of head and neck in Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE, admitted to Adult Intensive Care Unit during a year was made.

The purpose of this study was to know the clinical data like diagnosis, management, involved microbes and mortality. There were 5 cases of which 2 died. The origin was predominantly odontogenic; in 4 of 5 were some subyacent illness. Infection was polymicrobial, with isolation of two or more microorganisms in 4 cases. The high mortality is not assessable because the other non complicated cases admitted to Maxillofacial Department were not accounted. So, for an adequate management an early diagnosis and a precocious medical surgical treatment are required.

**"ABSCEOS PROFUNDOS DE CABEZA Y CUELLO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS"**

I. INTRODUCCION:

El absceso profundo de cabeza y cuello es una celulitis potencialmente letal que involucra a tejidos profundos de cabeza y cuello, en el pasado tenían una mortalidad del 50%, actualmente con el diagnóstico oportuno y el uso de antibióticos adecuado la mortalidad se reduce al 4%.

A partir del advenimiento de los antibióticos la incidencia de las infecciones bacterianas de tejidos blandos de cabeza y cuello disminuyó lo cual modificó sus manifestaciones clínicas, por lo que muchos médicos no están familiarizados con estas patologías y tienden a menospreciar su severidad; este tipo de patología se acompaña frecuentemente de dolor localizado, disfagia, fiebre, postración y leucocitosis (2). Fue Von Ludwig quien describió la Angina que lleva su nombre desde 1836 reconociendo la existencia de complicaciones letales en este tipo de infecciones (1).

CLASIFICACION DE ACUERDO AL SITIO DE LOCALIZACION:

A). **ANGINA DE LUDWIG:** Se caracteriza por la celulitis que se encuentra en los espacios submaxilar, submandibular, además del piso de la boca y elevación de la lengua. La etiología reportada por infecciones odontogénicas es de un 75 a 85% principalmente de la segunda y tercera mandibular (1,2).

B). **ABSCEO PERIAMIGDALINO:** Se caracteriza por crecimiento de la amígdala, con enrojecimiento y tumefacción del paladar y linfadenopatía cervical (4). Este tipo de absceso puede afectar a

pacientes de todas las edades, pero más frecuentemente entre los 15 y 30 años. De las complicaciones más serias se incluye, la obstrucción de las vías aéreas, especialmente cuando la enfermedad es bilateral. La incidencia del absceso periamigdalino es aproximadamente de 30 en 100,000 al año o cerca de 45,000 casos anualmente en los EUA (3).

C). ABSCESO RETROFARINGEO: Se trata de una masa prominente que comprende el espacio retrofaríngeo, el cuál está unido anteriormente por músculos constrictores del cuello, logrando la oclusión completa de las vías aéreas superiores en pocas horas (4,5). Dentro de su etiología se encuentra la odontológica, el trauma por ingesta de cuerpos extraños, daño corrosivo, infección aguda de la orofaringe e idiopática (4).

D). ABSCESO SUBMASTOIDEO: Conocido como absceso de Bezold, secundario a otitis, la otoinfección en ocasiones se propaga hacia el mediastino por la vaina de la carótida (5).

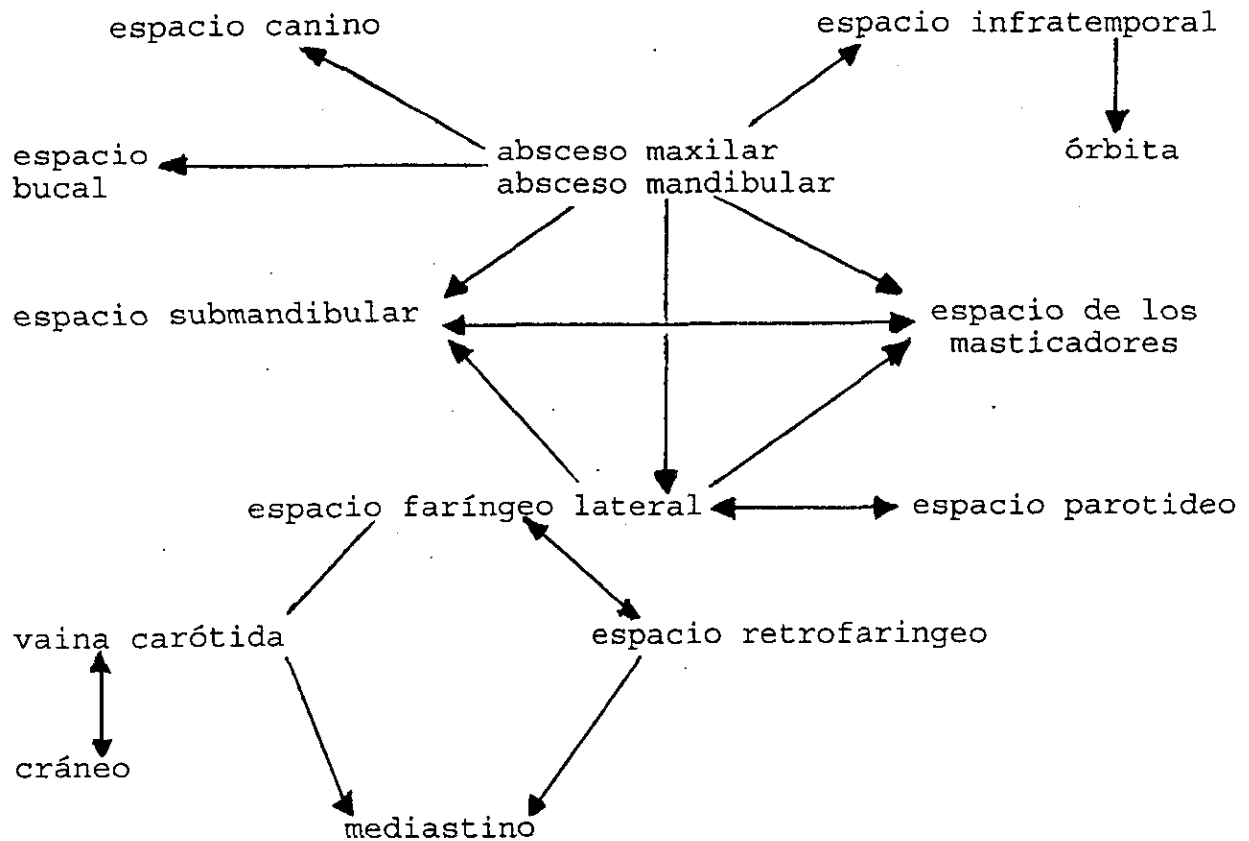
Dentro de las bacterias más frecuentes causantes de los abscesos profundos de cabeza y cuello se encuentran los siguientes: Bacteriodes, Peptostreptococo, Fusobacterium y Estreptococo aerofílico, la relación entre anaerobios y aerobios es de 10:1 (4,5).

FISIOPATOLOGIA

La infección de los tejidos blandos generalmente comienza por un proceso inflamatorio agudo, difuso, a nivel del segundo y/o tercer molar mandibular ocasionado por las bacterias más comunes, como bacteriodes, peptostreptococo, fusobacterium y estafilococo microaerofílico. Este tipo de bacterias producen infiltración leucocitaria, licuefacción, desechos supurativos y la formación

de uno o más abscesos, que dependiendo de su sitio toman su nombre (4).

VIA POTENCIAL DE LA EXTENSION DE LAS INFECCIONES PROFUNDAS DE CABEZA Y CUELLO



CUADRO CLINICO

Dependiendo de el sitio del absceso el cuadro clínico más frecuente es: dolor localizado, odinofagia, fiebre, postración y leucocitosis; en la Angina de Ludwig hay infección de los espacios submaxilares, edema del piso de la boca y elevación de la lengua; el absceso retrofaríngeo común en los niños, se

manifiesta por disfagia, estridor progresivo, dolor y fiebre; el absceso submastoideo secundario a otitis produce rigidez de nuca, este tipo de absceso puede extenderse por debajo de la carótida hacia el mediastino, la piel involucrada está caliente y eritematosa, cuando está comprometida la vía aérea existe insuficiencia respiratoria, además de que existe patología dental (caries) (5).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de los abscesos profundos es clínico, los síntomas y signos son característicos, sin embargo, es útil la radiografía AP y lateral de cuello, la tomografía axial computada de cuello (TAC) no es considerado estudio de rutina para determinar la profundidad de la lesión (5).

Dentro de los hallazgos radiológicos se encuentra el edema retrofaríngeo y la presencia de gas. La esofagoscopia en los abscesos retrofaríngeos se debe considerar de rutina.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se incluye la erisipela, gangrena gaseosa por clostridios, eritema gangrenoso y la meningitis otógena (5,6).

TRATAMIENTO

El drenaje de los abscesos parece ser el principal tratamiento junto con el manejo farmacológico adecuado, la debridación y cambio de apósitos por los menos dos veces al día.

Antes del advenimiento de los antibióticos la asepsia y antisepsia redujeron las infecciones del 90% a menos del 15% (7). La administración de antibióticos en el período perioperatorio ha disminuído la infección del 54% al 4%. Se ha utilizado el uso profiláctico de antibióticos, debido ha que existen factores

independientes de los quirúrgicos que alteran la defensa tisular, aún cuando el grado de contaminación sea mínimo como en la cirugía limpia, los pacientes que tienen grave compromiso en defensa pueden requerir el uso profiláctico de antibióticos. En general 3 tipos de pacientes tienen incrementada la susceptibilidad a la infección: 1). pacientes que tienen enfermedad metabólica pobremente controlada, incluyendo enfermos renales terminales, cirrosis alcohólica grave y desnutrición, 2). pacientes que tienen enfermedades que comprometen el proceso inmunológico, incluyendo las enfermedades mieloproliferativas, neutropenia y agamaglobulinemia, y 3). pacientes que toman drogas inmunosupresoras tales como ciclosporina, esteroides y antineoplásicos. Finalmente el antibiótico usado debe ser bactericida, por lo tanto los antibióticos profilácticos de elección para procedimientos trasorales es la penicilina ya que es efectivo contra el espectro bacterial, no tóxico. Para los pacientes que tienen reacción alérgica no anafiláctica se indican las cefalosporina, para aquellos que tienen una reacción anafiláctica a la penicilina se recomienda la clindamicina (8). Se ha comprobado la efectividad y la ausencia de efectos secundarios en el uso de antibióticos profilácticos; el uso por corto tiempo del antibiótico profiláctico (un día) tiene poco o nula influencia sobre el crecimiento de la bacteria resistente, por lo que se justifica el uso de la terapia empírica de antibióticos, sin embargo se requiere realizar cultivos del sitio afectado para dar tratamiento específico. La mayoría de los autores recomiendan la combinación de una penicilina IV, un

amionoglucósido, cefalosporinas y un antianaeróbico, ya que los microorganismos que comunmente se obtiene en los cultivos son Estreptococo B Hemolítico del grupo A como el estreptococo piógenes, Estafilococo, Pseudomona a , Klebsiella y anaerobios como Bacteriodes fragiles, Clostridium tetani y Peptostreptococo. La literatura refiere que sólo menos del 10% de la flora bacteriana es resitente a la Penicilina de ahí que la droga inicial de elección sea la penicilina, sin embargo, dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos existen una amplia gama de microorganismos, así como el monitoreo invasivo para el manejo de estos pacientes y factores predisponentes que requiere que se manejen con triple esquema como sería: penicilina, amikacina y metronidazol, dependiendo de los cultivos se retira penicilina y se agrega ceftriaxona, además de algún antimicótico como ketoconazol cuando la Candida albicans se encuentra en forma local y Fluconazol cuando es sistémica, ajustándose si existe falla renal (9,10).

COMPLICACIONES

Una de las principales complicaciones de estos padecimientos es la falla respiratoria ya que se trata de pacientes inmunocomprometidos que requieren permeabilizar la vía aérea debido al mismo proceso inflamatorio lo cual dificulta la intubación, teniendo que recurrir a la traqueostomía, siendo una puerta de acceso a la flora bacteriana, y más, cuando son apoyados con ventilación mecánica desarrollando neumonia nosocomial de ventilador, presentando Síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA) como resultado final común de una variedad de agresiones y entre ellas probablemente la más común y más grave,

el choque séptico en especial debido a bacilos GRAM. En general, los pacientes que presentan una bacteriemia aproximadamente el 50% desarrollan choque séptico y alrededor de un 10-15% desarrollan SDRA con una mortalidad global del 50% para las bacteriemias con cuadro séptico y un 50%-90% para las bacteriemias con choque. El hecho de que sólo el 50% de los pacientes con choque séptico tengan el hemocultivo positivo es debido a la invasión intermitente de germen hacia la sangre o bien a que el choque séptico se ha producido por la liberación de mediadores al torrente sanguíneo a partir de un foco infeccioso secuestrado. En este sentido el SDRA sería un estado inflamatorio pulmonar asociado con un cuadro séptico, la patogenia del SDRA es la endotoxina componente lipopolisacarido de la pared celular de la bacteria GRAM (-), siendo el lípido A de la endotoxina el responsable de sus efectos biológicos ya que es capaz de activar una serie de mecanismos celulares y humorales, dando lugar a un trastorno de la permeabilidad vascular capilar pulmonar con el consiguiente desarrollo de un edema pulmonar no cardiogénico. En estos pacientes la CRF es de 780 ml como promedio, que corresponden a un 40% de su valor teórico normal en supino, además de incremento notable de las resistencias de la vía aérea, la hipoxemia es la característica esencial que define la insuficiencia respiratoria aguda (11,12).

Otra de las complicaciones es la falla renal, la cual se considera cuando se existe una diuresis inferior a 500cc/24 hrs, BUN superior a 100 mg/1000ml, creatinina superior a 3.5mg/100 ml. La falla renal se considera la segunda causa de falla orgánica

múltiple (FOM), teniendo una mortalidad del 80% cuando se asocia a SDRA (1,3).

La falla orgánica múltiple fue descrita por Baue en el año de 1975 como el fracaso de dos o más órganos o sistemas después de la agresión quirúrgica y traumática, aunque el nombre de FOM fue propuesta por Eiserman en 1977. Los primeros órganos involucrados son el pulmón en casi el 100% de los casos, el riñón en el 68%. La mortalidad de FOM varía entre el 26% y el 98% según el origen de la lesión: ya sea traumático, quirúrgico, médico o quemado, así como los órganos involucrados, se menciona también que la mortalidad depende del número de órganos comprometidos, así que la mortalidad por FOM llega a ser del 100% cuando se involucran 3 o más órganos, además el tiempo de duración de la falla es importante para determinar el porcentaje de la mortalidad, por lo tanto, si tenemos un órgano involucrado por un día la mortalidad es del 22%, 2 días la mortalidad es del 31%, 7 días la mortalidad es del 41%; cuando los órganos afectados son dos con un tiempo de duración de un día la mortalidad es del 52%, por 2 días la mortalidad es del 66% y por 7 días la mortalidad es del 68%; cuando son 3 o más órganos involucrados, por un día la mortalidad es del 100%, la causa más frecuente de la FOM es la sepsis de origen pulmonar, siendo piedras angulares del tratamiento el manejo específico del agente causal y el soporte de los órganos que fracasan (14,15).

OBJETIVOS:

Conocer los datos clínicos de relevancia que presentan los pacientes con abscesos profundos de cuello que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos en el período de marzo del 95 al marzo de 1996 en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

JUSTIFICACION:

Debido a que la mortalidad reportada para esta patología es del 4%, queremos conocer en nuestro Hospital cual es su mortalidad, sus causa, conocer las bacterias más frecuentes asociadas a ésta y la terapéutica más frecuentemente empleada para de esta manera ofrecer a dichos pacientes un mejor tratamiento.

II. MATERIAL Y METODOS:

Se admitieron cinco pacientes con criterios de absceso profundo de cabeza y cuello, dos mujeres y tres hombres entre Marzo de 1995 a Marzo de 1996, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

Fueron evaluados descriptiva y retrospectivamente basados en hallazgos clínicos y quirúrgicos, estos abscesos fueron clasificados como: absceso parafaríngeo lateral derecho, paramigdalino del lado derecho, absceso submaxilar del lado derecho, angina de Ludwig y absceso submandibular.

Se estudiaron la edad, sexo, presentación clínica, etiología, diagnóstico, enfermedades concomitantes, gérmenes involucrados, terapia, tiempo de estancia en la unidad y complicaciones.

III. RESULTADOS:

Se admitieron 5 pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, con criterios de abscesos profundos de cabeza y cuello, provenientes del servicio de maxilofacial; dos del sexo femenino, una con edad de 17 años con lupus eritematoso sistémico (LES) como enfermedad concomitante de 3 años de evolución, manejada con 5 mg de prednisona cada 8 horas. El diagnóstico de ingreso para esta paciente fue de absceso parafiaríngeo lateral derecho y paraamigdalino lado derecho. Se le atribuyó a un cuadro de faringoamigdalitis aguda. Durante su estancia en la unidad la paciente requirió de lavado quirúrgico y fasciotomía submaxilar derecha. Los cultivos de la secreción bronquial reportaron *Candida albicans*. A la paciente se le efectuó lavado quirúrgico y recibió antibioticoterapia a base de ceftriaxona, vancomicina y metronidazol. Durante su estancia en la unidad su insuficiencia renal previa se agravó, presentó alteraciones hematológicas y SIRPA. Su evolución fue hacia la falla pulmonar, renal, hematológica, FOM y muerte.

La segunda paciente femenina fue de 84 años de edad con antecedentes de hipertensión sistémica y artritis reumatoide como enfermedades concomitantes, desconociéndose manejo previo, se ingresó a la unidad con diagnóstico de Angina de Ludwing atribuible a retiro de prótesis dental inferior derecha y posoperado de traqueostomía, durante su estancia en la unidad se le realizaron lavados quirúrgicos, fasciotomía a nivel cervical y submental bilateral, se reportó de los urocultivos *Candida albicans*; de la secreción bronquial se cultivó *Candida albicans* y *Pseudomona*; en la herida de la fasciotomía del cuello se encontró

Candida albicans. Se le administró antibioticoterapia con penicilina sódica cristalina, amikacina, metronidazol y ceftriaxona. Evolucionó a la insuficiencia renal aguda, SIRPA, FOM y falleció.

Los otros 3 pacientes fueron del sexo masculino, el primero se trató de paciente de la cuarta década de la vida sin antecedente de enfermedad concomitante cuyo diagnóstico de ingreso fue absceso submandibular izquierdo, posoperado de drenaje del mismo, teniendo como etiología una infección de la tercera molar inferior izquierda. Durante su estancia en la unidad se le practicó toracotomía; los cultivos reportaron: de la secreción bronquial *Pseudomona aurea*, de la sonda del mediastino *Estafilococo epidermides*, *Klebsiella sp*, de la secreción submentoniana *Salmonella sp*, *Klebsiella sp*. Se le administraron los siguientes antibióticos: metronidazol, vancomicina, amikacina y clindamicina; su evolución fue hacia la mejoría, egresando a los 10 días (paciente 5 en la tabla 1). El paciente 4 de la tabla 1 correspondió a masculino de la quinta década de la vida, con una obesidad grado III, con diagnóstico de ingreso de absceso submental, submaxilar con infección de la tercera molar del lado derecho; durante su estancia en la unidad requirió de manejo con traqueostomía, lavado quirúrgico, reportando el cultivo de secreción bronquial *Pseudomona aurea*, del urocultivo *Candida albicans*; la biometría hemática mostró leucocitosis. La terapia antimicrobiana consistió en penicilina sódica cristalina, clindamicina, amikacina, ésta última se cambió por gentamicina. Su evolución fue satisfactoria y egresó al cuarto día.

Por último el paciente 1 de la tabla 1 fue un masculino de 54 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus no insulino dependiente como enfermedad concomitante de 15 años de evolución, con un diagnóstico de ingreso a la unidad de absceso periamigdalino; como etiología infección de la tercera molar inferior; durante su estancia se reportaron en los cultivos las siguientes bacterias: Streptococo epidermides, Streptococo beta hemolitico; el paciente requirió de lavado quirúrgico, y antibioticoterapia a base de penicilina g procaínica, metronidazol, amikacina y ceftriaxona; fue necesario administrarle insulina subcutánea de acuerdo al esquema establecido en la unidad sólo por un día 6 unidades; el paciente evolución hacia la mejoría egresando el segundo día.

**ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA**

**TABLA 1. ANTECEDENTES GENERALES DE 5 PACIENTES
CON ABSCESO PROFUNDO DEL CUELLO**

PACIENTE	SEXO	EDAD EN AÑOS	ENFERMEDAD CONCOMITANTE
1	MASCULINO	57	DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE
2	FEMENINO	17	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
3	FEMENINO	84	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA Y ARTRITIS REUMATOIDE
4	MASCULINO	47	OBESIDAD GRADO IV
5	MASCULINO	37	NINGUNA

**TABLA 2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE
5 PACIENTES CON ABSCESO PROFUNDO DEL CUELLO**

PACIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	ETIOLOGIA	CIRUGIA
1	ABSCESO SUBMANDIBULAR, MASETERINO Y BUCAL DEL LADO IZQUIERDO	MANIPULACION DE CARIES	TRAQUEOSTOMIA, DRENAJE DEL ABSCESO
2	ABSCESO PARAFARINGEO LATERAL, PARAAMIGDALINO LADO DERECHO	FARINGOAMIGDALITIS	TRAQUEOSTOMIA, LAVADO QUIRURGICO, DRENAJE DEL ABSCESO Y FASCIOTOMIA SUBMAXILAR DERECHA
3	ANGINA DE LUDWING	RETIRO DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE DERECHA INFERIOR	DRENAJE DEL ABSCESO Y LAVADO QUIRURGICO, FASCIOTOMIA A NIVEL CERVICAL Y SUBMENTAL BILATERAL
4	ABSCESO SUBMAXILAR	CARIES MOLAR DEL LADO DERECHO CON EXTENSION AL CUELLO	TRAQUEOSTOMIA, DRENAJE DEL ABSCESO, FASCIOTOMIA SUBMENTAL Y SUBMAXILAR
5	ABSCESO SUBMANDIBULAR IZQUIERDO, POSOPERADO DE DRENAJE DE ABSCESO TORACOTOMIA	INFECCION DE LA TERCERA MOLAR INFERIOR IZQUIERDA	TORACOTOMIA, DRENAJE DEL ABSCESO SUBMANDIBULAR

**TABLA 3. GERMENES CULTIVADOS Y TRATAMIENTO DE 5 PACIENTES
CON ASBCEO PROFUNDO DEL CUELLO**

PACIENTE	GERMENES CULTIVADOS	TRATAMIENTO
1	<i>Streptococo epidermides</i> <i>Streptococo β hemolítico</i>	PGP, METRONIDAZOL, AMIKACINA, CEFTRIOXONA
2	<i>Candida albicans</i>	CEFTRIOXONA, VANCOMICINA, METRONIDAZOL
3	<i>Candida albicans</i> <i>Pseudomona sp</i>	AMIKACINA, PSC, METRONIDAZOL, CEFTRIOXONA
4	<i>Candida albicans</i> <i>Pseudomona sp</i>	AMIKACINA, PSC, CLINDAMICINA, GENTAMICINA
5	<i>Pseudomona au</i> <i>Staphilococo epidermoide</i> <i>Klebsiella sp</i> <i>Salmonella sp</i>	VANCOMICINA, METRONIDAZOL, AMIKACINA, CLINDAMICINA

**TABLA 4. ESTANCIA Y EVOLUCION DE 5 PACIENTES
CON ABSCESO PROFUNDO DEL CUELLO**

PACIENTE	TIEMPO DE ESTANCIA	EVOLUCION	CAUSA DE LA MUERTE
1	2 DIAS	MEJORIA	
2	2 DIAS	MUERTE	FALLA ORGANICA MULTIPLE
3	9 DIAS	MUERTE	FALLA ORGANICA MULTIPLE
4	6 DIAS	MEJORIA	
5	10 DIAS	MEJORIA	

IV. DISCUSION:

Cinco pacientes fueron admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos con absceso profundo de cabeza y cuello, todos manejados con lavado quirúrgico y antibioticoterapia, todos con antecedentes de infección dental, 4 de ellos con enfermedad concomitante y uno sin antecedente alguno, todos presentaron cultivos positivos de las diferentes secreciones estudiadas, el diagnóstico fue en forma clínica, dos de ellos fallecieron por falla orgánica múltiple. Al igual que los autores revisados esta patología requiere de un manejo integral y multidisciplinario, donde los pacientes con enfermedad concomitante que comprometa al sistema inmunológico se complican y fallecen por falla orgánica múltiple, sin embargo, en este estudio el porcentaje de la mortalidad no es valorable ya que sólo ingresaron a la Unidad los pacientes complicados con sepsis sin tomar en cuenta a los pacientes no complicados que ingresaron al Servicio de Maxilofacial.

V. CONCLUSIONES:

- 1.- La infección dental fue la causa del absceso profundo de cabeza y cuello en nuestro estudio.
- 2.- Las dos pacientes con antecedentes de enfermedad inmunológica se complicaron y terminaron en falla orgánica múltiple y posteriormente fallecieron.
- 3.- Todos los pacientes requirieron cirugía de drenaje, traqueostomía y apoyo con antibioticoterapia de por lo menos tres medicamentos.
- 4.- Las bacterias que más se encontraron fue la *Candida albicans* y *Pseudomona aureus*.
- 5.- Se trata de una patología que requiere un manejo multidisciplinario.

VI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Allen D: A re-evaluation of the role of tracheostomy in Ludwigs Angina. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;43:436-9.
- 2.- Sparks CJ: Ludwigs angina respiratory arrest in the Solomon Islands. *Anesth Intens Care* 1993;21:460-2.
- 3.- Macdougalla: Audit of the treatment of tonsillar and peritonsillar sepsis in an ear, nose and throat unit. *J Laryngol & Otology* 1995;109:531-3.
- 4.- Rapaport Y: Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:15-8.
- 5.- Pearson CR: Two cases of lateral sinus thrombosis presenting with extracranial head and neck abscesses. *J Laryngol & Otology* 1995;108:779-82.
- 6.- Barret, Schifter: Antibiotic strategy in orofacial/head and infections in severe neutropenia. *Oral Med, Oral Pathol* 1994;77:350-5.
- 7.- Margolis, Michel J, Loftus: Non-odontogenic B-Hemolytic necrotizing fasciitis of the face. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:1098-102.
- 8.- Mohamed I: Cervical cellulitis and mediastinitis caused by odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:203-8.
- 9.- Larry J, Peterson: Antibiotic prophylaxis against wound infections in oraland maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:617-20.
- 10.- Danm F: Necrotizing soft-tissue infections of dental origin. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:1104-8.
- 11.- Net A, Mancebo J: Falla renal en choque en shock y falla orgánica Shock y falla orgánica, Mosby, Barcelona 1992:143-55.

- 12.- Mizuno I: Temporal necrotizing infection of dental origin. J Oral Maxillofac Surg 1993;81:78-81.
- 13.- Johnson JV: Use of silicone drains in the management of cervicofacial infections. J Oral Maxillofacial Surg 1992;50:911-2.
- 14.- Alusi GH: Bleeding after tonsillectomy in sever von Willebrands disease. J Laryngology & Otology 1995;109:437-9.
- 15.- Dirod DA: Risk factors for complications in clin contaminated head and neck surgical procedures. Head-Neck 1995;17:7-13.