



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO.
EXPERIENCIA EN EL MANEJO CON CIERRE PRIMARIO
EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

**PRESENTA:
DRA. LESLIE CYNTHIA OSORIO CASTRO**

**ASESOR:
DR. JORGE AMADOR AGUILAR SÁNCHEZ
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

CIUDAD DE MÉXICO

2016





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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS

JEFE DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA DE POSGRADO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. OMAR JESÚS JUÁREZ NIETO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. JORGE AMADOR AGUILAR SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Juárez de México con el registro: HJM 0151/16-R

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Roberto y Elisa, porque siempre me han apoyado, han sido mi motivo y ejemplo a seguir, los dos grandes pilares de mi familia y los mejores seres humanos que conozco, que me han enseñado que todo aquello que vale la pena cuesta trabajo pero se logra con amor a cada aspecto de lo que uno hace.

A MIS HERMANOS

Eliza y Roberto, porque siempre han sido más que un lazo de sangre, han sido mis cómplices y confidentes compartiendo muchos de los mejores momentos de la vida. Así a mi hermana Paulina, que aunque no ha estado físicamente conmigo en este camino siempre ha sido y será mi ángel de la guarda.

A MIS AMIGOS

Fanny, Sebastián y Ángel por ser los hermanos que la vida puso en mi camino y me dio el honor de elegir y que aunque la búsqueda de crecimiento individual nos ha alejado, siempre serán mis personas de toda la vida. A todas aquellas buenas amistades que me acompañaron en esta gran aventura llamada residencia y que formaron parte de una de las mejores experiencias.

A MIS PROFESORES

Por sus enseñanzas tanto del haber médico como de la vida, por brindarme su experiencia, su paciencia y las ganas de enseñarnos un poco de lo que es este estilo de vida y así encaminarnos a los que enfrentaremos en la vida real. Especial agradecimiento al Doctor Jorge Aguilar por asesorarme en la realización de este trabajo, por sus enseñanzas, incluso por sus regaños y así por su amistad.

AL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Por ser no solo una gran institución, sino la mejor experiencia, aquella que no esperaba, que me ha exigido tanto como me ha dado, que ha cambiado mi vida en aspectos que no imaginé y me ha hecho sentir orgullosa de pertenecer a este noble hospital y que a pesar de las circunstancias, ha demostrado su grandeza día con día. A cada paciente por permitirme aprender de ellos, a cada médico por dejarme una que otra enseñanza de la Medicina y de la vida misma, a cada enfermera por velar por los pacientes y formar parte del equipo cuya motivación es el bienestar ajeno y a cada persona que pertenece a este gran hospital que me acompañaron en el camino.

INDICE

I.	Resumen.....	6
II.	Marco teórico.....	8
III.	Planteamiento del problema.....	14
IV.	Pregunta de investigación.....	15
V.	Justificación.....	16
VI.	Objetivos.....	17
	a. Objetivo general.	
	b. Objetivos específicos.	
VII.	Metodología de la investigación.....	18
	a. Tipo de estudio.	
	b. Material y métodos.	
	c. Definición de variables.	
VIII.	Consideraciones éticas y de bioseguridad.....	22
IX.	Resultados.....	23
X.	Discusión.....	30
XI.	Conclusiones.....	32
XII.	Referencias.....	33

I. RESUMEN

Los abscesos profundos del cuello son procesos infecciosos propios de los espacios potenciales comprendidos dentro de las fascias que recubren las estructuras cervicales. Actualmente su causa principal es una infección de origen odontogénico, y en segundo lugar procesos infecciosos de la vía aérea superior. El diagnóstico es clínico, con el antecedente del proceso infeccioso odontogénico o de vías aéreas superiores, éste a su vez se puede comprobar por un estudio de imagen, siendo la tomografía el estudio de elección. Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento incluye terapia antibiótica dirigida a los patógenos más comunes, y drenaje quirúrgico, la piedra angular del tratamiento, el cual puede ser con técnica abierta o cerrada, siendo el cierre primario o “técnica cerrada” la utilizada en el Hospital Juárez de México.

Se realizó un estudio ambispectivo, observacional y descriptivo con revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de absceso profundo de cuello ingresados al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México en un periodo comprendido a partir del 01 de Enero 2010 hasta el 01 de Junio 2016, se tomaron en cuenta las variables de edad, sexo, espacios anatómicos comprometidos, días de estancia intrahospitalaria, tratamiento médico y quirúrgico, en este último rubro además se cuantificaron los procedimientos quirúrgicos que requirió el paciente para la resolución total de la patología y complicaciones inherentes a la patología.

De la población obtenida se tomó como criterio de inclusión aquellos pacientes con diagnóstico de absceso de espacios profundos de cuello confirmado por estudio de tomografía ingresados al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México de ambos géneros y edad adulta (18 a 90 años de edad), como criterios de exclusión pacientes cuyo expediente no se haya encontrado y pacientes finados durante su estancia intrahospitalaria durante los primeros días ya que no se podía valorar la evolución de los mismos hasta su egreso, los criterios de eliminación fueron aquellos pacientes con diagnóstico de absceso que comprometiera únicamente el espacio periamigdalino por la variabilidad de manejo y aquellos pacientes que se hayan manejado

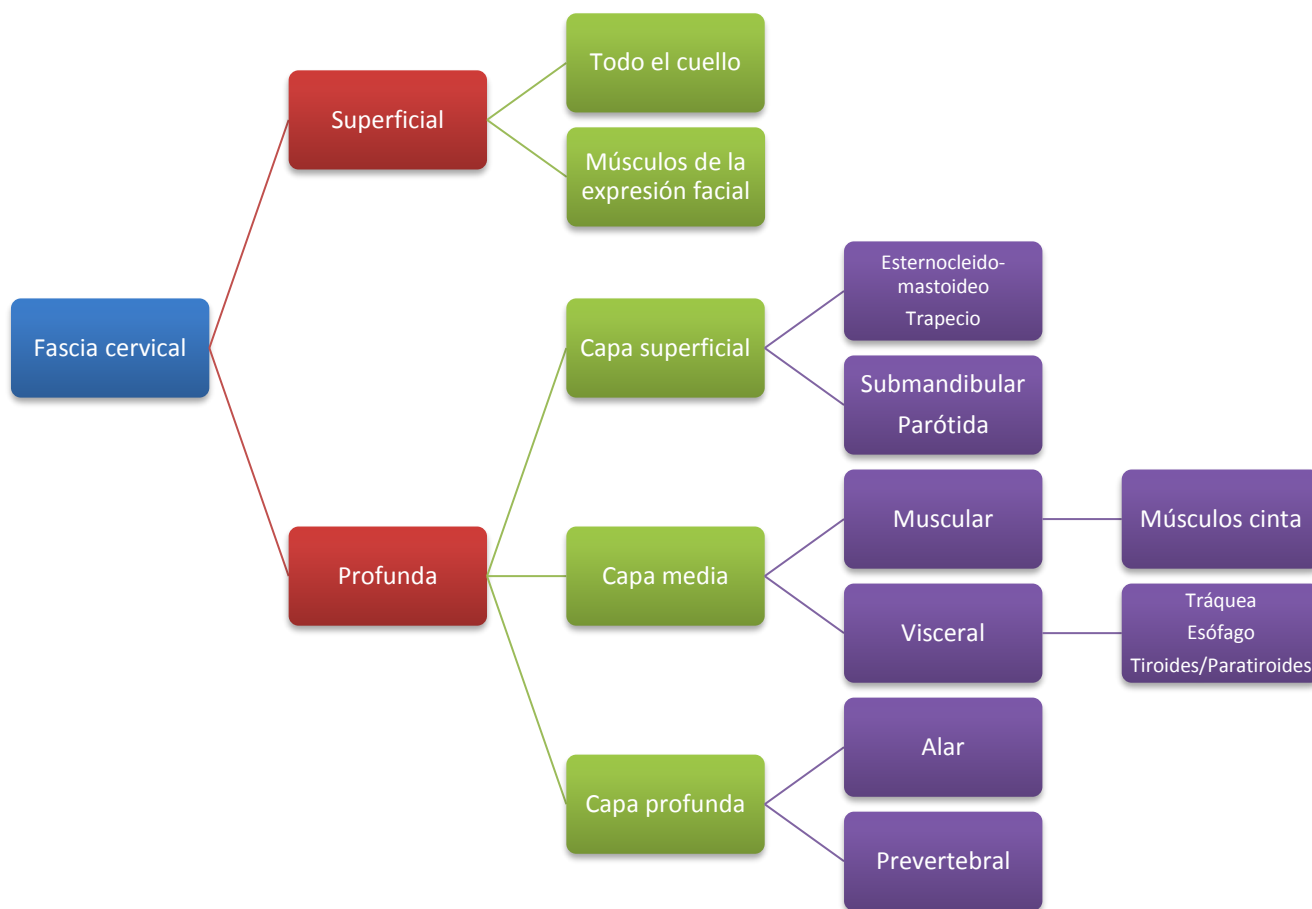
únicamente con terapia antibiótica. Analizamos incidencia, evolución y recurrencia y mostramos resultados.

Se estudiaron 250 pacientes (100 mujeres (40%) y 150 hombres (60%)), entre 18 y 90 años de edad, ambos sexos, con diagnóstico de absceso de profundo de cuello confirmado por tomografía e ingresados al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello durante el periodo de 01 de Enero 2010 al 01 de Junio 2016. Se realizó drenaje en quirófano, colocación de Penrose y cierre primario, se indicaron curaciones cada 12 horas con cuantificación de gastos en piso y egreso con un gasto menor a 10cc en 24 horas, afebril o completando 10 días de esquema antibiótico, siendo el de elección Clindamicina/Ceftriaxona en 200 pacientes (80%). Se analizaron patologías concomitantes siendo la más frecuente la diabetes mellitus en 100 pacientes (40%), con 107 pacientes (43%) sin otras patologías. 161 pacientes (64.4%) tuvieron una estancia intrahospitalaria de 3 a 10 días, concordando con lo reportado en la literatura. Del total de pacientes, 58 (23.2%) desarrollaron absceso profundo residual por lo que 192 (76.8%) no requirieron una nueva intervención.

II. MARCO TEÓRICO

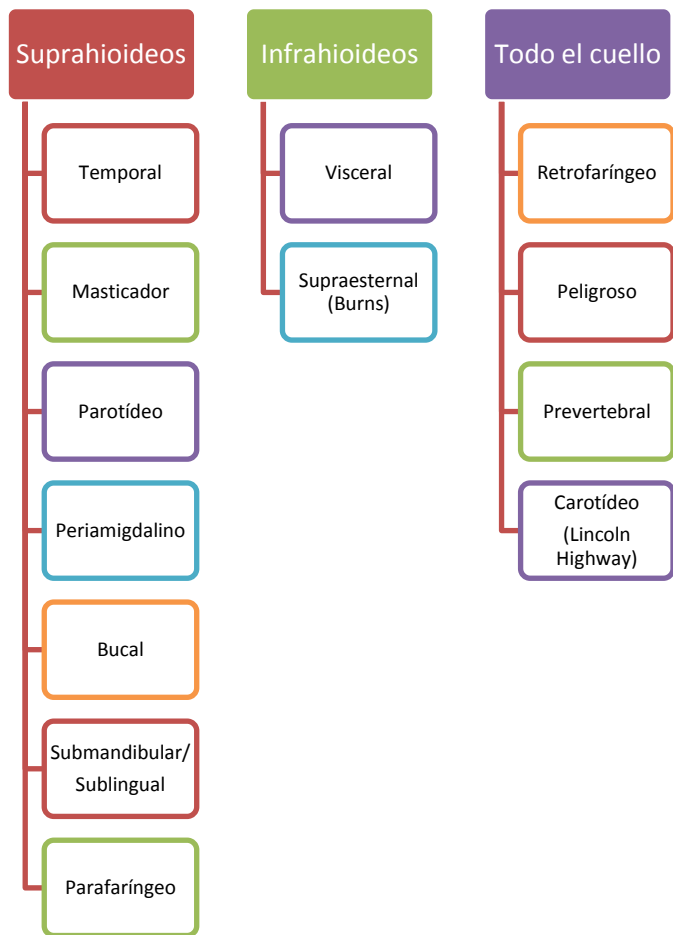
Los abscesos profundos de cuello se definen como procesos de infecciosos que forman colecciones de material purulento debajo de las fascias que cubren los planos profundos del cuello, los cuales pueden involucrar uno o varios de los espacios potenciales que ahí se localizan. Son entidades que por su localización y diseminación puede conllevar a complicaciones de extrema gravedad ya sea locales o a distancia que pueden poner en riesgo la vida por lo que su manejo debe ser agresivo. 6, 10, 11, 12, 13, 15

Las fascias cervicales están constituidas por una capa de tejido conectivo fibroso con diferentes divisiones de modo que entre éstas y las estructuras que envuelven se forman espacios potenciales, estos espacios tiene diferentes extensiones lo que llevará a diferentes complicaciones derivadas de la localización del absceso. (Cuadro 1). 1, 5, 10, 15



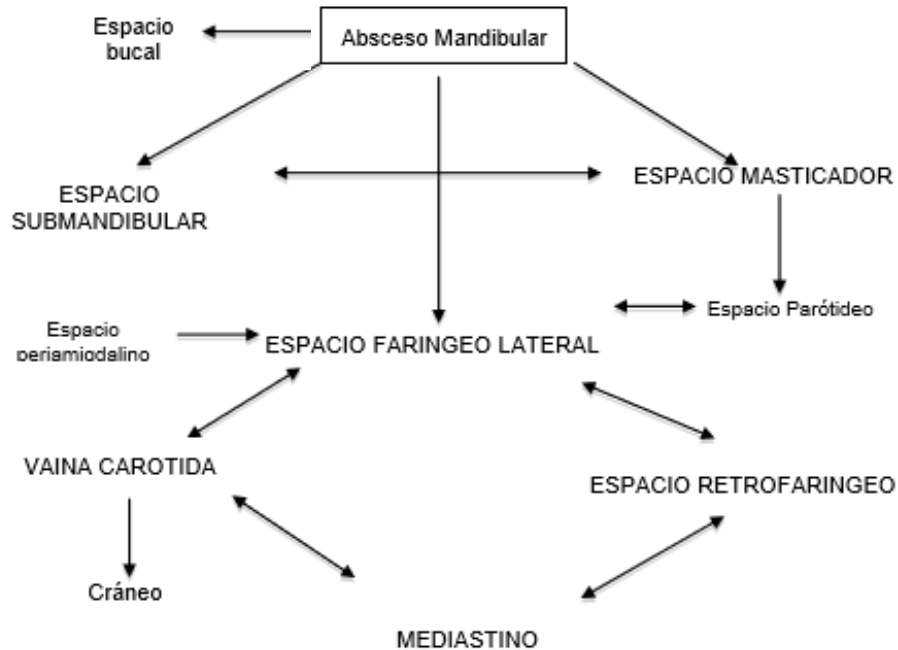
Cuadro 1. Capas de la fascia cervical así como las estructuras más importantes a las que envuelven. 14, 15

Entre las fascias y sus diferentes subdivisiones se forman los espacios potenciales que pueden ser ocupados y disecados por la infección. Estos espacios se dividen en cuatro categorías: Faciales, suprahioideos, infrahioideos y que recorren todo el cuello, para fines descriptivos, los espacios faciales y suprahioideos se consideran en conjunto como espacios localizados por arriba del hueso hioides. (Cuadro 2). 5, 15



Cuadro 2. Espacios profundos de cuello. Se incluyeron los espacios llamados faciales (masticador, parotídeo y bucal) junto con los espacios suprahioideos. 14, 15

La diseminación de la infección de los espacios profundos de cuello sigue la continuidad de las diferentes fascias cervicales. (Cuadro 3) 12, 16



Cuadro 3. Vías de diseminación a partir de un absceso mandibular. 16

Etiología

La causa principal en adultos es un procedimiento o infección de origen odontogénico y en niños el antecedente de una infección amigdalina o faríngea, otras causas pueden ser cirugía o trauma cervicofacial y uso de drogas intravenosas. 3, 4,7

Son de carácter polimicrobiano, siendo los agentes infecciosos más frecuentes el *Estreptococo viridans*, *Staphylococo epidermidis*, *Staphylococo aureus*, *Estreptococo grupo AB hemolítico (Pyogenes)*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococo*, ocasionalmente *Neisseria*, *Pseudomonas*, *Escherichia* and *Haemophilus*. 11, 14

Cuadro clínico

El diagnóstico es clínico tomando en cuenta la sintomatología presente al momento del diagnóstico, la cual incluso puede orientar a sospechar de los espacios que se encuentren comprometidos, lo que a su vez determinará el cuadro clínico el cual puede incluir aumento de volumen, dolor, fiebre, disfagia, odinofagia, disfonía, trismus, disnea,

otalgia, voz en papa caliente, eritema cutáneo, cambios tróficos en la zona afectada, salida de material purulento hacia el exterior por un trayecto fistuloso y disnea. 2, 3, 4,11

La evolución depende del estado natural del paciente presentando una rápida progresión con un mal pronóstico en pacientes inmunocomprometidos (ej. Diabetes mellitus, VIH, quimioterapia, etc.). 11

Estudios de imagen

El diagnóstico se puede corroborar por medio de un estudio de imagen y así valorar los espacios anatómicos comprometidos y la extensión de la colección purulenta en caso de que exista alguna, valorar la integridad de los vasos cervicales y la vía aérea para detectar complicaciones de manera temprana y planear el abordaje que se llevará a cabo. El estudio de elección es la tomografía computada con contraste (TCC), dependiendo del espacio afectado se puede inferir la probabilidad de extensión a mediastino por lo que se recomienda la extensión del estudio hacia el mismo. Se debe diferenciar entre los hallazgos en una TCC donde la colección de material purulento se observa como una densidad similar a los tejidos blandos, hipodensa con áreas con gas y áreas de necrosis que no refuerzan al medio de contraste. 8,11

La resonancia magnética (RM) da una mejor resolución sin embargo su papel en los abscesos es limitado por no ser un estudio que se pueda llevar a cabo en todos los pacientes por las condiciones de gravedad en la que se encuentran al momento del diagnóstico. 11

Tratamiento

Los abscesos profundos de cuello son considerados urgencias médico-quirúrgicas donde el tratamiento tiene como finalidad principal asegurar la vía aérea y posteriormente la resolución de la patología y, siendo la piedra angular del tratamiento el drenaje del absceso y posteriormente la administración de antibióticos intravenosos. 2,3,4,11

El uso de antibióticos debe abarcar un doble esquema contra gérmenes productores de beta lactamasa, grampositivos y negativos así como anaerobios inicialmente de manera empírica en lo que se cuenta con los cultivos de cada paciente. La relación inicial de antibióticos incluye el uso de ceftriaxona, amoxicilina/ácido clavulánico, ampicilina/sulbactam y en caso de alergia a los se puede recurrir a trimetoprim con sulfametoxazol y quinolonas en combinación con clindamicina o metronidazol, se recomienda el uso de vancomicina si se encuentra un cultivo positivo para *Staphylococcus aureus*.¹⁵

Si no se encuentra colección de material purulento franca se puede mantener al paciente en observación considerando favorable el internamiento o el manejo ambulatorio las primeras 24 a 48 horas, sin descartar el tratamiento quirúrgico.^{8,15}

El tratamiento quirúrgico tiene como base la adecuada exposición y disección de los planos profundos para tener un alcance total al sitio de colección purulenta.⁸ Se realiza una incisión a dos traveses de dedo del borde inferior de la mandíbula para evitar lesionar la rama marginal del nervio facial, la longitud es a consideración del cirujano pero se recomienda que sea lo suficientemente amplia para el drenaje adecuado, una vez abierta la cavidad del absceso se recomienda la toma de cultivos para aerobios y anaerobios, así como muestras para tinciones de Gram y especiales para hongos y tuberculosis para indicar el tratamiento antibiótico específico. Se hace un lavado extenso y se desbrida todo el material necrótico.¹⁵

La herida quirúrgica se debe mantener abierta, colocando drenajes y/o material expandible con impregnación antibiótica, de tal suerte que se pueda vigilar la cavidad en el postoperatorio, y se puedan realizar curaciones con irrigación y lavados, ya sea en la cama del paciente o en quirófano y permitir así que granule por segunda intención (Figura 1).^{2,9,15}



Figura 1. Cicatrización por segunda intención posterior al drenaje de absceso profundo de cuello

Complicaciones

Las complicaciones derivadas de las infecciones profundas de cuello se deben al retraso en el diagnóstico y el tratamiento inadecuado.^{2,9,15,16} Dentro de las más frecuentes se encuentran:

1. Obstrucción de la vía aérea (la más común)
2. Fascitis necrotizante
3. Mediastinitis con una mortalidad del 30-40%
4. Afección de pares craneales del IX a XII
5. Erosión, trombosis o ruptura de la vena yugular: El síndrome de Lemierre raro es una tromboflebitis de la vena yugular interna causada por anaerobios el diagnóstico se confirma con una TC de cuello con contraste IV, el cual demuestra un defecto de llenado en el sistema yugular interna
6. Trombosis del seno cavernoso: Es una infección que amenaza la vida con una mortalidad del 30-40% causado por una diseminación retrograda de una infección de la dentición superior o de los senos paranasales por medio de las válvulas del sistema venoso oftálmico hacia el seno cavernoso
7. Erosión carotidea donde se reporta un 62% de la carótida interna, 13% de la carótida común y 25% de la carótida externa. Son casos raros pero se han reportado diseminación de la infección de espacios parafaríngeo y retrofaríngeo al espacio carotideo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los abscesos profundos del cuello son procesos infecciosos de extrema gravedad por las complicaciones tanto locales como a distancia que pueden causar considerando las estructuras afectadas así como la evolución tórpida en algunos pacientes, de igual forma se consideran cavidades contaminadas con tendencia a la recurrencia, por esta razón se hace un abordaje abierto con cierre por segunda intención de manera rutinaria para poder realizar lavados diarios para la curación de los mismos sin embargo esto conlleva ciertas repercusiones para el paciente en cuanto a estética y recuperación.

Este estudio analiza y enumera las variables presentes en los pacientes al momento de su ingreso en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México, así como el manejo quirúrgico que se le da a los mismos, para sugerir una pauta de tratamiento.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El manejo quirúrgico de los abscesos profundos de cuello con cierre primario requiere más de una intervención por el riesgo de desarrollar un absceso residual?

V. JUSTIFICACIÓN

Los abscesos profundos del cuello son procesos infecciosos de extrema gravedad y evolución tórpida por todos los factores inherentes a ellos, con tendencia a la complicación local o a distancia y por lo mismo con tendencia a la recurrencia.

El tratamiento debe incluir un esquema antibiótico, con probabilidad de ser el único manejo en algunos casos, sin embargo la piedra angular del tratamiento es el drenaje quirúrgico del absceso, que por la naturaleza de la patología y la evolución esperada de la misma se hace un abordaje abierto con cierre por segunda intención como tratamiento de primera elección en la mayoría de los casos, como se reporta en la literatura mundial, con la finalidad de realizar lavados diarios para la curación de los mismos, sin embargo esto conlleva ciertas repercusiones para el paciente en cuanto a estética y recuperación.

El presente estudio pretende mostrar los resultados obtenidos al realizar el abordaje con cierre primario de primera intención y evidenciar la adecuada evolución de los pacientes sin aumentar la estancia intrahospitalaria y sin requerir, en la mayoría de los casos, más de una intervención.

VI. OBJETIVOS

- a. Objetivo General:** Describir la evolución de los pacientes manejados con cierre primario en el tratamiento quirúrgico de los abscesos profundos de cuello del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México.
- b. Objetivos específicos:**
- i. Detectar si con el abordaje con cierre primario existe la necesidad de reintervención por el desarrollo de un absceso profundo de cuello residual.
 - ii. Detectar si con el abordaje con cierre primario se modifica el tiempo de estancia intrahospitalaria promedio descrito en la literatura que es de aproximadamente 7 a 10 días.
 - iii. Detectar si existe dehiscencia de herida con el abordaje con cierre primario dadas las características inherentes de la patología.

VII. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

a. Diseño de la investigación:

Estudio de tipo descriptivo, observacional, ambispectivo desde el 01 de Enero 2010 al 01 de Junio 2016.

b. Material y métodos:

Se realizó una revisión retrospectiva de 250 expedientes clínicos en físico de todos los pacientes que contaran con el diagnóstico de Absceso Profundo de Cuello atendidos en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2010 al 01 de junio 2016, tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades presentes al momento del diagnóstico, espacios anatómicos comprometidos, tratamiento médico administrado, tratamiento quirúrgico, enumerando en este último la cantidad de eventos suscitados para la resolución de la patología; los días de estancia intrahospitalaria y las complicaciones asociadas a la patología de estudio.

En el protocolo de manejo del paciente se realizó valoración de la patología referida como Absceso Profundo de Cuello por el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México, tomando en cuenta el cuadro clínico y apoyándose con la tomografía computarizada de cuello simple y contrastada para corroborar el diagnóstico cuando se contaba con la misma, además de determinar los espacios anatómicos donde se localiza la colección de material purulento, el compromiso de estructuras adyacentes y planear el abordaje.

Se ingresó al servicio para realizar el tratamiento quirúrgico con la técnica de elección que es el abordaje con cierre primario o técnica cerrada en quirófano para drenar los espacios.

Se realizó el drenaje y posteriormente el lavado de la cavidad con solución preparada con Iodopovidona al 10% diluida con peróxido de hidrógeno en una concentración de 1:1 y

posteriormente con solución estéril. Se colocó un drenaje tipo penrose estéril de media pulgada dirigido a los espacios drenados, se fijó en piel en el borde de la incisión con sutura quirúrgica no absorbible de monofilamento 3-0, se recorta a una longitud no mayor de 2.5cm a partir de la herida quirúrgica y se dirige hacia el vértice de la misma. Se realizó el cierre primario de la cavidad por planos con sutura quirúrgica absorbible de ácido poliglicólico 3-0 en los planos profundos y sutura quirúrgica no absorbible de monofilamento 3-0 en el plano superficial, se colocaron gasas sobre herida quirúrgica y vendaje cervical compresivo.

En el postquirúrgico se realizaron curaciones cada 12 horas por médico residente con cuantificación de gastos en piso. Se valoró el egreso del paciente al presentar gasto menor a 10 ml en 24 horas, sin presencia de febrícula o picos febriles y completando un promedio de 7 a 10 días de tratamiento antibiótico.

c. Definición de población

i. Criterios de inclusión:

- a. Pacientes de ambos géneros.
- b. Pacientes adultos (18 a 90 años de edad)
- c. Pacientes con diagnóstico de absceso de espacios profundos de cuello corroborado por estudio de tomografía ingresados al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México.

ii. Criterios de exclusión:

- a. Pacientes cuyo expediente no se haya encontrado.
- b. Pacientes finados.

iii. Criterios de eliminación:

- a. Pacientes con diagnóstico de absceso que comprometa únicamente el espacio periamigdalino.
- b. Pacientes que se hayan manejado únicamente con terapia antibiótica.

d. Definición de variables:

- i. Espacios profundos de cuello: Espacios comprendidos debajo de las fascias que recubren las estructuras cervicales.
- ii. Absceso profundo de cuello: Procesos infecciosos propios de los espacios potenciales comprendidos dentro de las fascias que recubren las estructuras cervicales.
- iii. Absceso profundo de cuello residual: Colección de material purulento evidenciado por cuadro clínico o estudio tomográfico la cual se presenta posterior a una intervención quirúrgica.
- iv. Edad: Adultos entre 18 a 90 años, no se incluyeron pacientes pediátricos por requerir manejo diferente así como diferente evolución por las características inherentes del paciente.
- v. Comorbilidades: Patologías subyacentes encontradas al momento de realizar el diagnóstico y sin ser derivadas de la patología en estudio.
- vi. Días de estancia intrahospitalaria: Periodo de tiempo en que el paciente se encontró ingresado en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello para manejo quirúrgico y antibiótico.
- vii. Tratamiento: Manejo para la patología de estudio, siendo éste de carácter bimodal, tanto médico como quirúrgico.

e. Recolección de información

Se recolectaron los dictados quirúrgicos archivados de todos aquellos pacientes con diagnóstico de Absceso Profundo de cuello, eliminando aquellos que estuvieran duplicados, ilegibles o que no mostraran la información suficiente para obtener la información requerida. Se realizó revisión de expedientes de dichos dictados.

f. Análisis e interpretación de resultados

Se realizó una base de datos con las variables tomadas en cuenta: edad, sexo, comorbilidades, espacios anatómicos comprometidos, tratamiento médico administrado, tratamiento quirúrgico y cantidad de eventos suscitados, días de estancia intrahospitalaria y

complicaciones asociadas a la patología de estudio, se contabilizó la frecuencia de las mismas para realizar y se obtuvo un porcentaje de frecuencias.

En cuanto a la variable de edad y días de estancia intrahospitalaria se realizaron intervalos de clase para incluir a los pacientes. En el caso de la edad se realizaron 7 intervalos de clase siendo el primero de 18 a 30 años y el resto de 10 años cada uno (rango 18 a 85 años). En los días de estancia intrahospitalaria se realizaron 7 intervalos de clase de 5 días cada uno (rango 3 a 43 días).

g. Recursos

i. Humanos

- Médico adscrito del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, desarrollo del trabajo y análisis.
- Médico residente del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, desarrollo del trabajo, captura de datos y análisis.
- Personal de archivo clínico.

ii. Materiales

- Expedientes de archivo clínico.
- Hojas de estadística de concentrado de expedientes.

iii. Financieros

- Los gastos generados por el estudio fueron cubiertos por el personal encargado de la investigación.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD

La información obtenida durante el estudio se encuentra dentro del expediente clínico el cual es un documento de consulta para fines médicos y benéficos para el paciente, la información proporcionada mantiene su confidencialidad ya que en el registro de datos únicamente se anotó el número de expediente para consulta de datos y edad para fines del estudio. No se informó a los pacientes de la consulta de datos ya que el hacerlo no representaba ventaja directa para ellos y por la naturaleza del estudio no hay contacto personal directo lo que hace particularmente difícil el informar a los pacientes sobre el uso de los datos, sin embargo se cuenta con un consentimiento informado previamente firmado por el paciente, previo a la cirugía, donde se estipula que la información se puede utilizar para fines de investigación.

El estudio no tiene implicaciones de bioseguridad.

IX. RESULTADOS

En el presente estudio se contabilizaron 100 pacientes mujeres (40%) y 150 hombres (60%). (Gráfico 1).

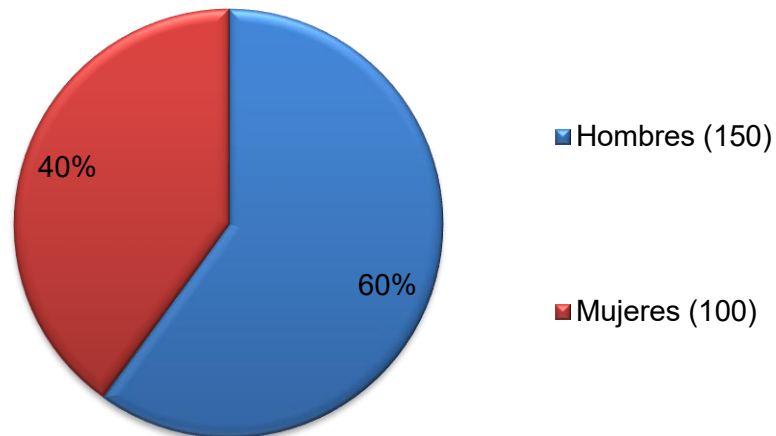


Gráfico 1. Frecuencia de género

En las edades que se registraron el paciente de menor edad ingresado al estudio tenía 18 años y el de mayor edad 85 años. Se encontraron 44 pacientes entre 18 a 30 años (17.4%), 76 pacientes entre 31 a 40 años (30.4%), 49 pacientes entre 41 a 50 años (19.6%), 53 pacientes entre 51 a 60 años (21.2%), 12 pacientes entre 61 a 70 años (4.9%), 12 pacientes entre 71 a 80 años (4.9%) y 4 pacientes entre 81 a 90 años (1.6%). Con una media de edad de 31.2 años. (Gráfico 2).

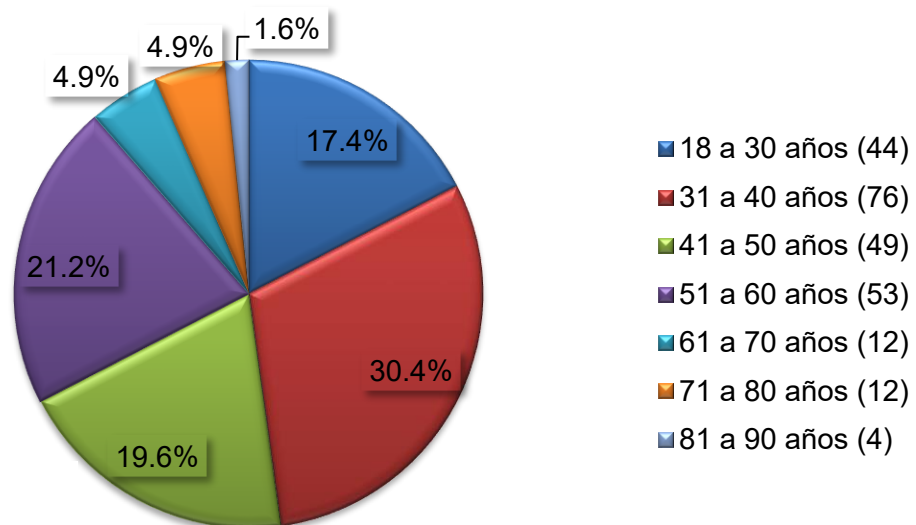


Gráfico 2. Edad

En las comorbilidades presentes en los pacientes al momento de estudio se encontró que la patología más frecuente fue la diabetes mellitus con 100 pacientes (40%), en segundo lugar la hipertensión arterial con un total de 48 pacientes (19.3%), otras enfermedades encontradas fueron nefropatía en 9 pacientes (3.6%), VIH en pacientes jóvenes con factores de riesgo se encontraron únicamente 5 pacientes (2%) con diagnóstico confirmado por prueba serológica, hepatopatía en 3 pacientes (1.2%), tuberculosis en un caso (0.4%), sin embargo se encontró que 107 pacientes (43%) no presentaban comorbilidad alguna al momento del diagnóstico. (Gráfico 3).

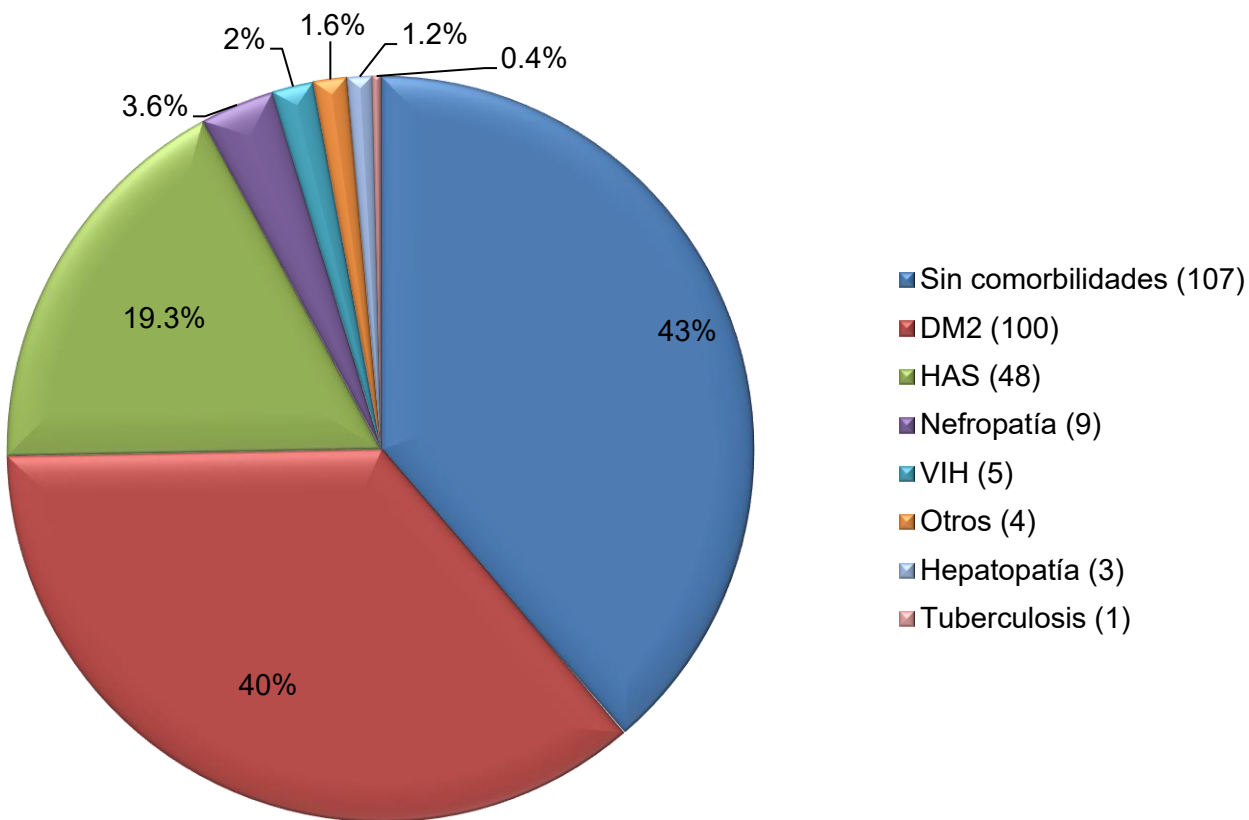


Gráfico 3. Comorbilidades

En los espacios anatómicos comprometidos se evidenciados por estudio de tomografía computada y corroborados durante el acto quirúrgico, se encontró que el espacio más afectado fue el submandibular con un total de 91 pacientes con afección del mismo (36%), en segundo lugar el espacio parafaríngeo en 67 pacientes (26.8%), submentoniano en 49 pacientes (19.6%), masticador en 26 pacientes (10.4%), parotídeo en 17 pacientes (6.8%), pretraqueal en 15 pacientes (6%), retrofaríngeo en 6 pacientes (2.4%), periamigdalino en 3 pacientes (1.2%), carotideo en 2 pacientes (0.8%), temporal en 2 pacientes (0.8%) y supraesternal en un paciente (0.4%). (Tabla 1).

Espacio afectado	% (N=Pacientes)
Submandibular	36% (91)
Parafaríngeo	26.8% (67)
Submentoniano	19.6% (49)
Masticador	10.4% (26)
Parotídeo	6.8% (17)
Pretraqueal	6% (15)
Retrofaríngeo	2.4% (6)
Periamigdalino	1.2% (3)
Carotideo	0.8% (2)
Temporal	0.8% (2)
Supraesternal	0.4% (1)

Tabla 1. Frecuencia de espacios anatómicos comprometidos

Se reportaron los esquemas antibióticos indicados para los pacientes, tomándose en cuenta aquellos donde se hayan completado al menos 3 días de los mismos y las combinaciones presentes para un mismo paciente, se reportó uso de Ceftriaxona-Clindamicina en 220 pacientes (88%), Ceftriaxona-Metronidazol en 20 pacientes (8%), Clindamicina como único medicamento en 10 pacientes (4%), Penicilina-Metronidazol en 10 pacientes (4%), Carbapenémicos y Piperacilina/Tazobactam en 6 pacientes (2.4%) y Levofloxacino-Clindamicina en 4 pacientes (1.6%). El tratamiento se indicó de manera empírica o con valoración por servicio de Infectología (Gráfico 4).

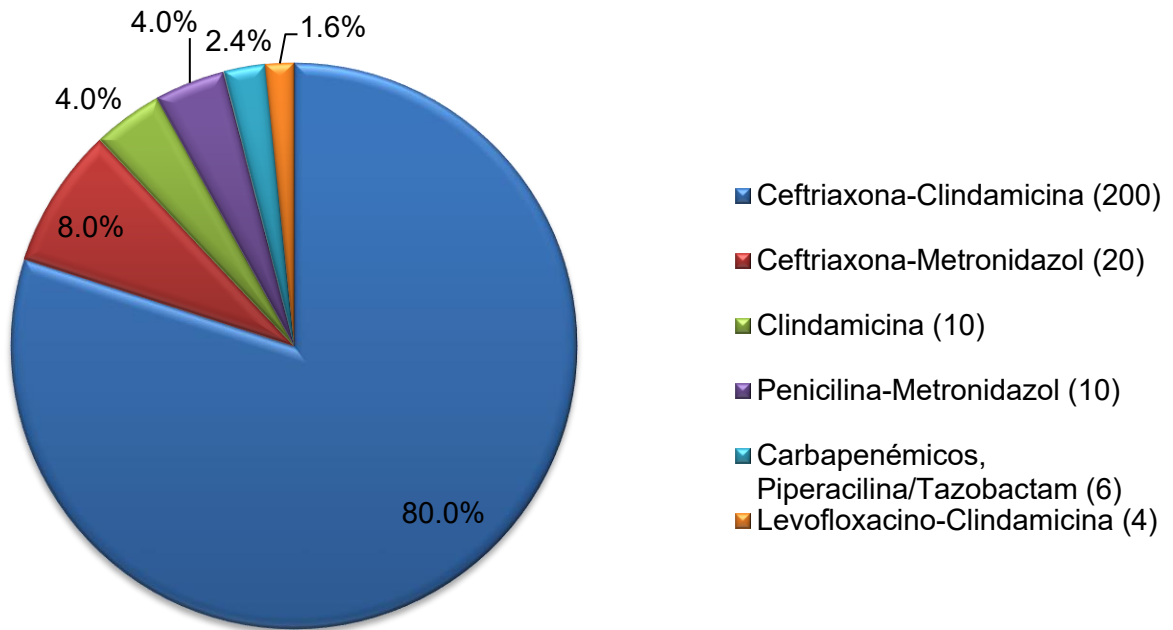


Gráfico 4. Tratamiento médico

Se registró la fecha en que se realizó el drenaje de absceso profundo de cuello, tomándolo como primera intervención quirúrgica y posteriormente se contabilizaron cada una de las intervenciones que se suscitaron posteriores al primer acto quirúrgico, con la finalidad de tratar la formación de un absceso residual previamente valorado con la presencia de pico febril y/o aumento en los gastos durante las curaciones y estudio de TCC cuando se contase con él, se reportaron 196 pacientes que no requirieron una intervención posterior a la del primer drenaje de absceso (76.8%). Se reportaron 58 pacientes que si requirieron una intervención posterior con 45 pacientes que requirieron un segundo lavado para resolución de la patología (2 intervenciones en total) (17.8%), 7 pacientes que requirieron un tercer lavado (3 intervenciones en total) (3.1%) y 6 pacientes que requirieron un cuarto lavado (4 intervenciones en total) (2.3%). (Gráfico 5)

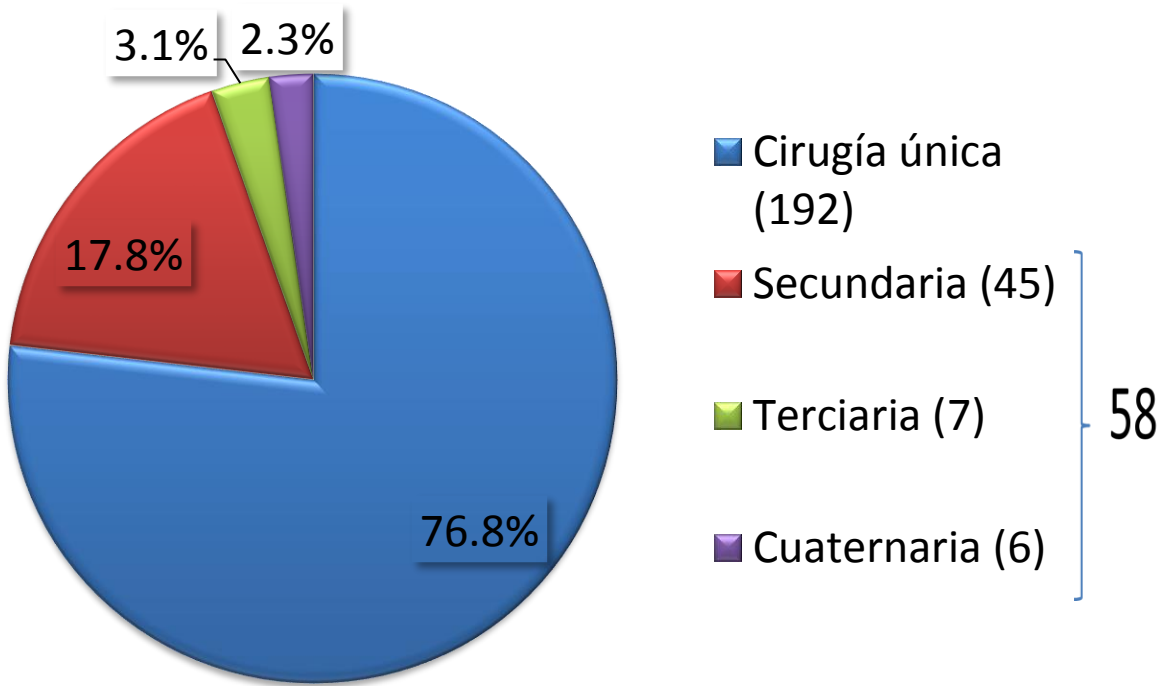


Gráfico 5. Número de intervenciones quirúrgicas asociadas a absceso residual

Se contabilizaron los días de estancia intrahospitalaria, siempre y cuando el paciente se encontrara ingresado al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello posterior al drenaje de absceso profundo de cuello, encontrando que el paciente con menos días de estancia intrahospitalaria tuvo 3 días y el de mayor estancia 43 días, sin embargo se tomo en cuenta el reporte de gastos tomando como corte para la muestra el momento en el que se retiró el drenaje por gastos escasos o nulos. Se reportaron 49 pacientes con estancia igual o menor de 5 días (19.5%), 112 pacientes con estancia de 6 a 10 días (44.9%), 39 pacientes con estancia de 11 a 15 días (15.6%), 29 pacientes con estancia de 16 a 20 días (11.6%), 13 pacientes con estancia de 21 a 25 días (5.4%), 4 pacientes con estancia de 26 a 30 días (4%) y 4 pacientes con estancia de más de 30 días (4%). Se reportaron 2 casos en cada uno de los últimos rubros donde la estancia se prolongó por situaciones ajenas a la patología cervical. (Gráfico 6).

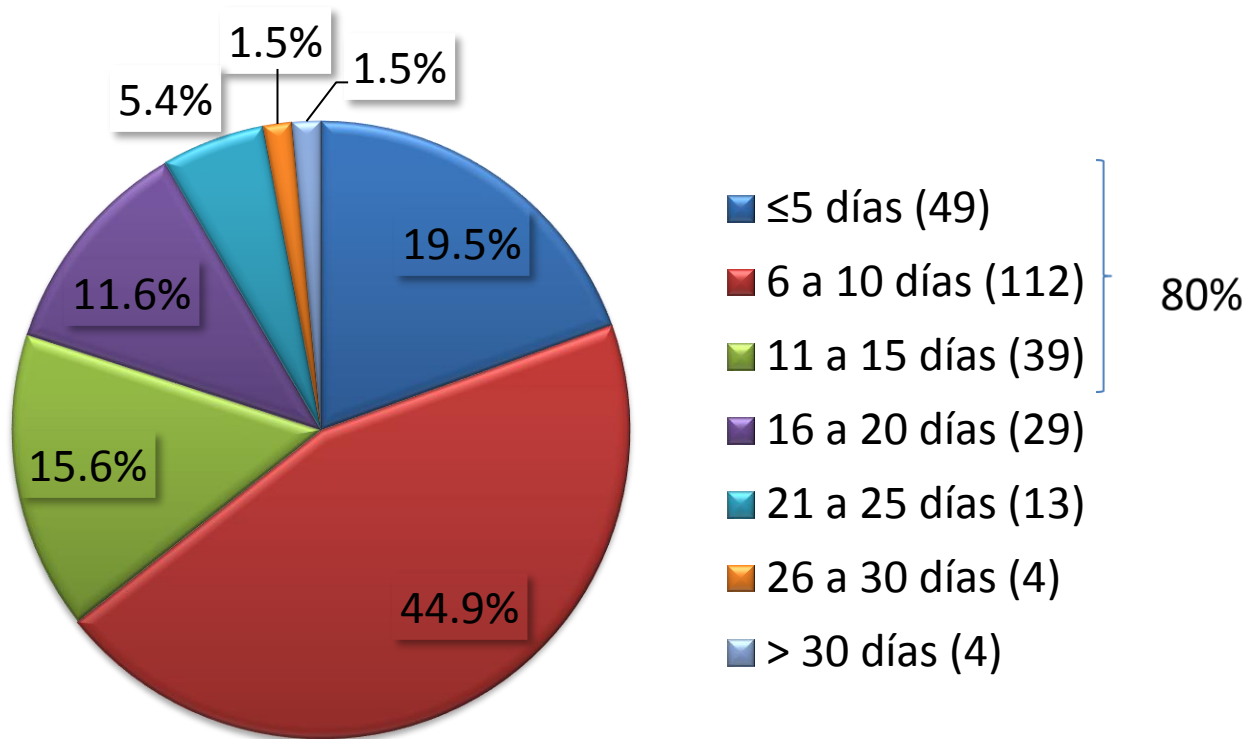


Gráfico 6. Estancia intrahospitalaria

Se enumeraron las complicaciones más frecuentes reportadas en el dictado quirúrgico, como complicación intraoperatoria o postoperatoria. Se reportaron 210 pacientes, libres de complicación (84%), 28 de pacientes con fascitis necrotizante (11.2%) evidenciado durante el acto quirúrgico, 6 pacientes con mediastinitis (2.4%) corroborador por servicio de Cirugía Cardiorádica y 6 pacientes con trombosis de la vena yugular (11.2%). (Gráfico 7)

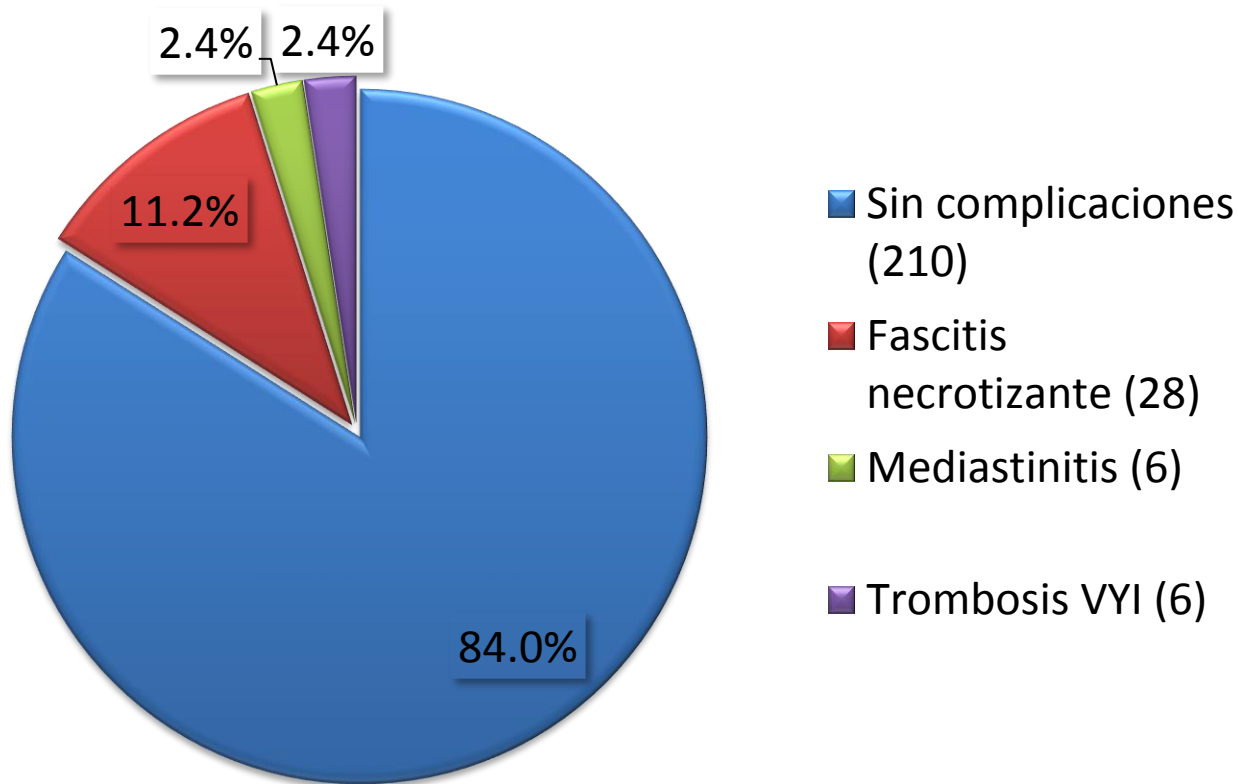


Gráfico 7. Complicaciones

DISCUSIÓN

El absceso profundo de cuello es una entidad de gravedad que amerita tratamiento inmediato tanto médico como quirúrgico. En el presente estudio se encontró predominancia de esta entidad en el sexo masculino (150 (60%)) frente a una población de sexo femenino (100 (40%)), lo cual concuerda con la literatura reportada con una predominancia del sexo masculino 1.6:1.³

En las edades registradas se encontró que el grupo de edad con mayor afección fue el de 31 a 40 años (30.4%), lo cual se ha reportado en series de casos donde el factor principal es la sospecha de algún inmunocompromiso (diabetes mellitus, VIH, etc.) y en segundo lugar el grupo de 51 a 60 años (21.2%) por el mismo riesgo, con una media de edad de 31.5 (rango 18 a 85). En las comorbilidades presentes en los pacientes al momento de estudio se encontró que la patología más frecuente fue la diabetes mellitus con 100 pacientes (40%) lo cual concuerda con la literatura, sin embargo se encontró que 107 pacientes (43%) no presentaban comorbilidad alguna al momento del diagnóstico.

El tratamiento de elección fue el doble esquema de Ceftriaxona-Clindamicina en 200 pacientes (88%), Ceftriaxona-Metronidazol en 20 pacientes (8%) como tratamiento empírico, la necesidad del tratamiento empírico se debe a que como se trata de una entidad de urgencia, el esperar al resultado del cultivo ya sea de secreción o tejido se retrasa la atención al paciente ya que como se ha reiterado el tratamiento es bimodal.

De las complicaciones reportadas, la más frecuente fue la fascitis necrotizante lo cual concuerda con la literatura ya que la mayoría de la población manejada en el estudio así como en nuestra unidad hospitalaria presentan patologías de varios días de evolución con gastos altos reportados intraoperatoriamente, sin embargo se encontró que 210 pacientes estaban libres de complicación.

La piedra angular del tratamiento de todo absceso es el drenaje por lo mismo al momento de realizar el drenaje quirúrgico se toma en cuenta cuantas cirugías son

necesarias para resolver completamente la patología en este caso se reportaron 196 pacientes que no requirieron una intervención posterior a la del primer drenaje de absceso (76.8%) presentando una adecuada evolución lo que se ve reflejado en los días de estancia intrahospitalaria donde se reportaron 49 pacientes con estancia igual o menor de 5 días (19.5%) y 112 pacientes con estancia de 6 a 10 días (44.9%), resultando en un total 161 pacientes (64.4%) lo cual concuerda con la literatura con una. En contraste con esto se reportaron 58 pacientes que si requirieron una intervención posterior.

CONCLUSIONES

Los abscesos profundos de cuello son entidades de extrema gravedad, de evolución tórpida y de mal pronóstico dependiendo de las características inherentes al paciente. Se debe hacer un manejo temprano y agresivo para resolver la patología lo más pronto posible y con la menor tasa de complicaciones y secuelas para el paciente.

El abordaje con cierre primario es el tratamiento de elección en el Hospital Juárez de México, ya que ha demostrado tener una buena tasa de egresos sin complicaciones, muy similar a la reportada con el abordaje clásico de cierre por segunda intención, incluso en paciente con condiciones de gravedad como aquellos que desarrollan fascitis necrotizante y mediastinitis.

Basándose en el número reportado de pacientes que requirieron una segunda intervención quirúrgica se denota la efectividad de este tipo de abordaje que aunado al esquema antibiótico llevan al paciente a una pronta recuperación, lo cual es similar a lo reportado con el abordaje abierto de cierre por segunda intención, sin embargo el cierre primario ofrece la ventaja de que el paciente no tiene que someterse a lavados traumáticos diarios con secuelas cutáneas desfavorables, lo que ofrece un bienestar mayor al paciente.

REFERENCIAS

1. García A. *Revisión sobre los abscesos profundos del cuello*. ORL- DIPS, 2004; 31(2): 62-65
2. Murray A.D. MD, Meyers A.D., *Deep neck infections: Background, history of the procedure, problem treatment and management*. Published March 28 2014, edited April 10 2015. Medscape reference article 837048
3. Salih B MD, Halis T MD, Ramazan G MD, et.al., *Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases*. American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery 33(2012) 56-63
4. Ling-Feng W MD, Wen-Rei K MD, et. al., *Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: A review of one hundred ninety-six cases*, American Journal of Otolaryngology, Volume 24, Issue 2, March–April 2003, Pages 111–117
5. Marra S MD, Hotaling A MD, *Deep Neck Infections*, American Journal of Otolaryngology, Vol 17, No 5 (September-October), 1996: pp 287-298
6. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello. IMSS-326-10
7. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, et. al. *Conservative management of deep neck abscesses in adults: The importance of CECT findings*. Otolaryngology - Head & Neck Surgery. 135: 894-899, Dec. 2006
8. Marioni G, Rinaldi R, et. al. *Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006)*. 2008 Feb; 128: 201-6.
9. Ramírez M, *Manejo actual de absceso profundo de cuello: ¿Quirúrgico o conservador?* Cirujano General Vol. 34 Supl. 1 – 2012
10. Vieira F, Allen S, et. al. *Deep neck infection*. Otolaryngol Clin N Am 41 (2008) 459–483
11. Hedge A, Mohan S, Lim WEH. *Infections of deep neck spaces*. Singapore Med J 2012; 53(5): 305–312

12. Byron J. Bailey. *Head and Neck Surgery - Otolaryngology, Deep neck space infections*. 6th edition Lippincott-Raven publisher, (editors - Byron J. Bailey, Harold C. Pillsbury, Brian P. Driscoll) 819-35.
13. Kevin A. Shumrick, Stanely A. Sheft. *Paparella Otolaryngology, Deep Neck Infections*. Vol. III, Third edition. W. B. Saunders Company (editor-Richard Zoreb), 2545-63
14. Flint P., Haughey B., et. al., *Cummings. Otolaryngology, Head and neck surgery, Cp. 10 Deep neck and odontogenic infections*, Elsevier - Saunders, 6th edition, 2015, pp 164 – 175
15. Morales Caneda M en: *Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Cp. 112: Abscesos profundos de cuello*. Pp. 514
16. Conde Mercado JM, Sepúlveda Aldana D, Pérez Tirado JM, López Riverol O, *ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO*. Hospital Juárez de México.