

Caso clínico

¿Cómo abordamos el absceso retrofaríngeo con extensión mediastínica?

J. SÁNCHEZ ARGUIANO¹, M.S. HOLANDA PEÑA¹, B. VEGA SANTA-CRUZ², J.M. LANZA GÓMEZ¹, T. OBESO GONZÁLEZ¹

¹Servicio de Medicina Intensiva, ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

RESUMEN

El absceso retrofaríngeo es una entidad infrecuente pero que puede desarrollar complicaciones poco comunes, pero potencialmente graves, como la invasión de estructuras contiguas, sepsis, mediastinitis o extensión mediastínica del mismo, obstrucción de la vía aérea, trombosis de la vena yugular interna y aneurisma de la arteria carótida, requiriendo tratamiento quirúrgico en muchos casos.

Se presenta, como ejemplo de manejo, el caso de una niña de 4 años con absceso con extensión mediastínica tratada inicialmente de forma conservadora, pero que finalmente precisó drenaje transoral del absceso y abordaje quirúrgico de la extensión a mediastino. Como complicación reseñable asociada a esta patología desarrolló síndrome de Grisel.

Existe gran controversia con respecto al tratamiento de esta patología, del tratamiento conservador antibiótico a la opción quirúrgica. Por todo esto, parece necesario protocolizar de manera más reglada su abordaje y presentamos nuestra propuesta de abordaje multidisciplinar y tratamiento quirúrgico en casos de mala evolución, obstrucción de vía aérea o evidencia de absceso maduro.

Palabras clave: Absceso retrofaríngeo; Extensión mediastínica; Drenaje; Síndrome de Grisel.

ABSTRACT

Retropharyngeal abscess is an uncommon but may develop rare complications, but potentially serious, as the invasion of adjacent structures, sepsis, mediastinitis or mediastinal extension thereof, obstruction of the airway, thrombosis of the internal jugular vein aneurysm carotid artery, requiring surgical treatment in many cases.

It is presented as an example of handling, the case of a 4-year extension mediastinal abscess initially treated conservatively, but finally treated by transoral drainage of the abscess and surgical approach to the extension to the mediastinum. As remarkable complication associated with this condition developed Grisel syndrome.

There is considerable controversy regarding the treatment of this disease, antibiotic treatment of conservative surgical option. For all this seems so necessary to formalize its approach more formal and present our proposal multidisciplinary approach and surgical treatment in cases of poor outcome, airway obstruction or evidence of mature abscess.

Key words: Retropharyngeal abscess; Mediastinal extension; Drainage; Grisel syndrome.

Correspondencia: Juncal Sánchez Arguiano. Médico Residente UCI. S^o de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Av. Valdecilla, 25. 39008 Santander
Correo electrónico: mjuncalsar@gmail.com

© 2016 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

INTRODUCCIÓN

El absceso retrofaríngeo es una entidad infrecuente con una mayor incidencia en menores de 3-4 años, sin distinción de sexo. Puede desarrollar complicaciones poco comunes, pero potencialmente graves, como la invasión de estructuras contiguas, sepsis, mediastinitis o extensión mediastínica del mismo⁽¹⁾, obstrucción de la vía aérea, trombosis de la vena yugular interna y aneurisma de la arteria carótida⁽²⁾, requiriendo tratamiento quirúrgico en un gran porcentaje de los casos^(3,4). Aproximadamente un 70% tiene antecedentes de infección adyacente reciente (territorio otonasofaríngeo). Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, desde fiebre, irritabilidad, babeo, disminución de la ingesta, cambios en la voz, odinofagia, rigidez de cuello o tortícolis hasta estridor o dificultad respiratoria. En la exploración física puede observarse un abultamiento en la pared faríngea posterior y pueden aparecer adenopatías cervicales adyacentes. Fiebre, tortícolis y linfadenopatías cervicales constituyen las formas más frecuentes de presentación⁽³⁾. Este tipo de infecciones suelen ser polimicrobianas; entre los patógenos responsables están los estreptococos del grupo A (los más frecuentes), las bacterias anaerobias orofaríngeas y el *Staphylococcus aureus*.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 4 años y 4 meses remitida desde su centro de salud por tortícolis de reciente aparición e imposibilidad para el decúbito por dolor cervical. Había sido diagnosticada de otitis aguda derecha supurativa 4 días antes, en tratamiento desde entonces con amoxicilina-clavulánico. No presentaba ninguna otra alteración analítica o clínica. A su llegada al hospital se realizaron pruebas de imagen (ecografía cervical y TAC cráneo cervical) que mostraron un absceso retrofaríngeo que se extendía hacia el mediastino a nivel paratraqueal derecho hasta inmediatamente debajo de la carina (8,5x2,8 cm) (Fig. 1), mostrando además ocupación de ambos senos maxilares y linfadenopatías reactivas. Como hallazgo asociado se diagnosticó una subluxación rotatoria C1-C2 grado I (Sd. de Grisel) que se trató con benzodiacepinas y collarín blando.

Ante la extensión del absceso, la escasa respuesta al tratamiento antibiótico y la clínica descrita se decidió intervención quirúrgica urgente, realizando un drenaje transoral del absceso y miringotomía del oído derecho, objetivándose salida de abundante material purulento del cual se tomaron muestras. Tras el drenaje permaneció sedoanalgesiada y conectada a ventilación mecánica durante 3 días. Se cambió

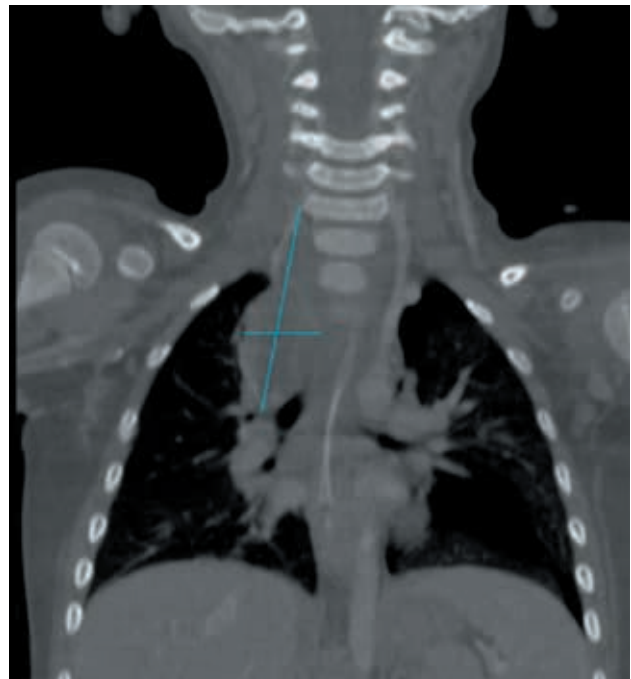


Figura 1. Reconstrucción de TAC cervicotorácico donde se aprecia la extensión mediastínica del absceso retrofaríngeo.

el tratamiento antibiótico a ceftriaxona y clindamicina, además de gotas óticas de ciprofloxacino.

En la TAC de control se observó disminución del tamaño de la colección retrofaríngea, no así de la extensión mediastínica, por lo que se decidió nueva intervención quirúrgica con abordaje supraesternal (desde donde se logró aspiración de material purulento, dejando un drenaje en la zona) y pleural (dejando un tubo de tórax en el lado derecho). Se realizó nueva TAC a las 24 horas de la segunda intervención, apreciándose la masa paratraqueal de similar tamaño junto con un neumotórax izquierdo iatrogénico moderado (por bloqueo bronquial selectivo durante la intervención quirúrgica, posible barotrauma), que precisó colocación de tubo pleural. Ante la tórpida evolución descrita se añadió linezolid, que se mantuvo hasta resultados microbiológicos de *Streptococcus viridans* resistente a cefotaxima y sensible a clindamicina y linezolid, desescalando entonces a clindamicina. La paciente fue dada de alta a planta tras 7 días de tratamiento antibiótico endovenoso.

COMENTARIO

Existe gran controversia con respecto al tratamiento de este tipo de abscesos, que casi siempre implica un abordaje

multidisciplinar en el que se incluyen varios profesionales, como en el cuadro clínico descrito (otorrinolaringólogos, pediatras, intensivistas, cirujanos...). Muchos trabajos abogan por el tratamiento conservador antibiótico (hasta el 58% de los casos en las series publicadas) con buen resultado, relegando la opción quirúrgica a casos con obstrucción de la vía aérea, fracaso del tratamiento conservador^(3,4) o masa hipodensa mayor de 2 cm² en la TC (compatible con absceso maduro)⁽⁵⁾. En el caso presentado se indicó intervención quirúrgica por la extensión del absceso y la clínica asociada.

El tratamiento antibiótico empírico que se propone en la mayoría de casos es monoterapia con betalactámicos como amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de tercera generación e incluso piperacilina-tazobactam; hay autores que defienden biterapia de betalactámicos con clindamicina o metronidazol^(2,3,5,6) para ampliar cobertura a anaerobios. La duración propuesta del tratamiento es de unos 14 días, según la evolución. La vancomicina y el linezolid para bacterias gram positivas resistentes quedan relegados a casos moderados o severos de la enfermedad. Más dudas se presentan aún con respecto a la adición o no de corticoides (administrados en la gran mayoría de los tratamientos, algunas series hasta el 90%⁽³⁾) o bien el distinto abordaje de los abscesos (transoral *vs* punción aspiración).

El síndrome de Grisel, subluxación atlantoaxial no traumática por contractura inflamatoria de los músculos prevertebrales que moviliza la odontoides respecto al atlas, puede producirse por múltiples causas (congénita, traumática, infecciosa, neurológica...)^(7,8). Existen varios grados asociados a clínica diversa, que va desde dolor y leve impotencia funcional hasta casos graves que pueden llegar a la compresión medular. En el caso que nos ocupa fue catalogado como grado I, tratándose de manera exitosa con tratamiento conservador^(7,9).

Aunque se trate de una patología poco frecuente, el absceso retrofaríngeo puede asociarse a complicaciones poten-

cialmente graves, por lo que parece necesario protocolizar de manera más reglada su abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-García A, Huici-Sancheza M, Inarejos Clemente EJ, Alde-mira-Liza A. Absceso retrofaríngeo con invasión mediastínica: antibioterapia exclusiva. *An Pediatr (Barc)*. 2016; 85: 112-3.
2. Daya H, Lo S, Papsin C, Zachariasova A, Murray H, Pirie J, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005; 69: 81-6.
3. Croche Santander B, Prieto del Prado A, Madrid Castillo MD, Neth O, Obando Santaella I. Abscesos retrofaríngeo y parafaríngeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75: 266-72.
4. Santos Gorjón P, Blanco Pérez P, Morales Martín AC, Del Pozo de Dios JC, Estévez Alonso S, Calle de la Cabanillas MI. Infecciones cervicales profundas. Revisión de 286 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2012; 63: 31-41.
5. Page NC, Bauer EM, Lieu JE. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138: 300.
6. Pappas DE, Hendley JO. Absceso retrofaríngeo, absceso faríngeo lateral (parafaríngeo) y celulitis/absceso periamigdalino. Nelson. *Tratado de Pediatría*. 19. España: Elsevier; 2013. p. 1498-500.
7. François M. Tortícolis infantil adquirido. *EMC-Pediatría*. 2011; 46: 1-7.
8. Coca-Pelaz A, Vivanco-Allende A, Meilán-Martínez A, Gómez-Martínez JR. Síndrome de Grisel como secuela de una mastoi-ditis aguda complicada. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2013; 64: 161-164.
9. Martins J, Almeida S, Nunes P, Prata F, Lobo ML, Marques JG. Grisel syndrome, acute otitis media, and temporo-mandibular reactive arthritis: A rare association. *Int J Pediatr Otorhino-laryngol*. 2015; 79: 1370-3.