

Abscesos para y retrofaríngeos en pediatría: nuestra experiencia en los últimos 13 años

Abzesu para eta retrofaringeoak pediatrian: gure esperientzia azken 13 urteetan

S. Maeso Méndez, E. Jauregui Benito, A. García Oller, M. Gendive Martín, L. Aguirre Pascasio, C. Salado Marín

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz

RESUMEN

Introducción y objetivos: Los abscesos para y retrofaríngeos son entidades clínicas poco frecuentes, pero con morbilidad significativa. La gran mayoría son secundarios a infección orofaríngea. En los últimos años su incidencia ha aumentado en la edad infantil. El objetivo de este estudio es revisar la demografía, clínica, diagnóstico y tratamiento de los pacientes ingresados en nuestro hospital por esta patología en los últimos 13 años.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados: Fueron diagnosticados 8 casos: dos abscesos retrofaríngeos, una adenopatía abscesificada retrofaríngea, dos abscesos para-faríngeos y tres abscesos para-retrofaríngeos; 6 de ellos en los últimos 3 años. El 75% fueron hombres. La clínica de presentación fue: fiebre (100%), odinofagia (75%), rigidez cervical (75%), dolor cervical (75%) y linfadenopatías cervicales (75%). El diagnóstico se confirmó en el 75% de los casos mediante TAC cervical. El 100% de los pacientes ingresaron en planta de hospitalización pediátrica. Todos recibieron antibioterapia IV y corticoterapia IV. En ningún caso fue necesaria cirugía. Las recurrencias, reingreso y mortalidad fueron nulas.

Conclusiones: Se ha objetivado un incremento de la incidencia de abscesos para y retrofaríngeos en los últimos años en nuestro hospital. Todos tuvieron una buena evolución con antibioterapia y corticoterapia, sin precisar cirugía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los abscesos profundos del cuello, para y retrofaríngeos, son entidades clínicas poco frecuentes, pero con morbilidad significativa. La gran mayoría son secundarios a infección orofaríngea (microorganismo más frecuente: *Streptococcus pyogenes*) que se propaga a los ganglios retrofaríngeos, con el desarrollo posterior de celulitis y formación de abscesos⁽¹⁾. En los últimos años su incidencia ha aumentado en la edad infantil⁽¹⁻⁶⁾, siendo más frecuentes en menores de 5 años.

Sus potenciales complicaciones son: invasión de estructuras contiguas, trombosis de la vena yugular interna, aneurisma de la arteria carótida, obstrucción de vía aérea superior, mediastinitis y sepsis, entre otras⁽³⁾.

La presentación clínica es inespecífica, siendo síntomas muy frecuentes fiebre y odinofagia, pero otros más orientativos como dolor cervical o limitación de la movilidad cervical son más infrecuentes⁽²⁾, lo que complica el diagnóstico de estas entidades. La prueba diagnóstica de elección en caso de sospecha clínica es la TAC cervical^(7,8).

En cuanto al tratamiento, no existe claro consenso, abogándose por una terapia conservadora, excepto en los casos de empeoramiento a pesar del tratamiento, compromiso respiratorio o abscesos de gran tamaño⁽⁹⁻¹¹⁾.

El objetivo de este estudio es revisar las características demográficas, la presentación clínica, y los métodos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes ingresados en nuestro hospital por esta patología en los últimos 13 años.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo y de revisión bibliográfica. Se incluyeron 8 pacientes entre 0 y 14 años, ingresados con el diagnóstico de absceso para y/o retrofaríngeo entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de septiembre de 2022 en el Hospital Universitario Araba (HUA). No se excluyó ningún paciente, siendo el grado de seguimiento del 100%. La búsqueda para la revisión bibliográfica se llevó a cabo en PubMed, UpToDate y Fistera.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se diagnosticaron 8 casos: dos abscesos retrofaríngeos, una adenopatía abscesificada retrofaríngea, dos abscesos para-faríngeos y tres abscesos para-retrofaríngeos.

Como se observa en la figura 1, seis de los casos se agrupan del año 2020 al 2022, y únicamente dos de ellos de 2010 a 2019, lo que supone un aumento significativo de esta patología en los últimos años en nuestro hospital.

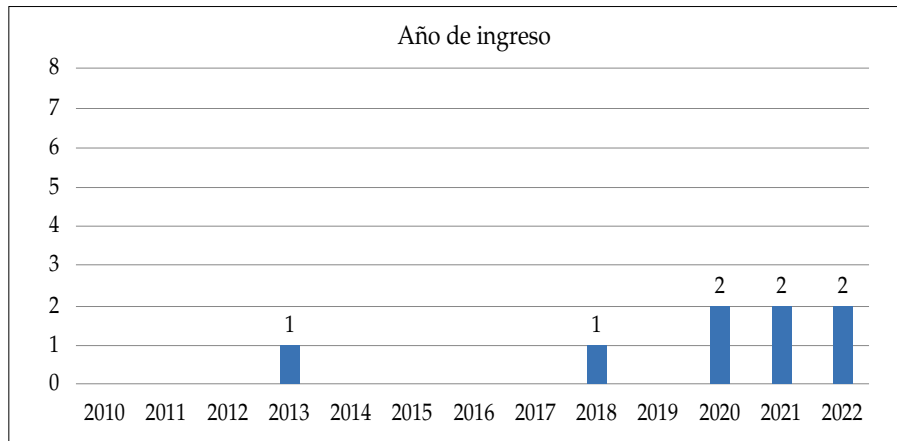


Figura 1. Distribución anual de los pacientes diagnosticados de abscesos para y retrofaríngeos.

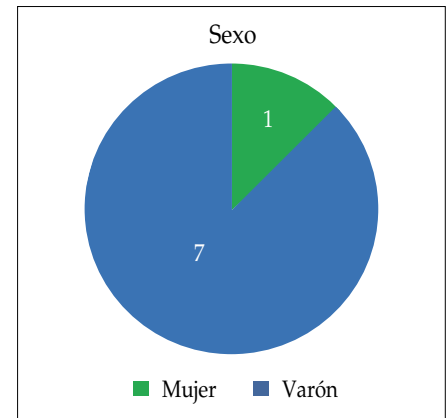


Figura 2. Distribución por sexos de los pacientes diagnosticados de abscesos para y retrofaríngeos.

En cuanto a la estación del año, resultan más frecuentes en los meses de invierno y verano.

Por otra parte, se ha objetivado un predominio significativo en el sexo masculino, siendo varones el 87,5% de los pacientes (Fig. 2). La edad media al diagnóstico ha sido de 7 años. Todos los pacientes estaban correctamente vacunados.

Además, el 100% de los mismos presentaban faringoamigdalitis aguda, uno con test rápido de EBHGA positivo. La presentación clínica se muestra en la figura 3. Destaca que todos los pacientes presentaban fiebre, y que el 75% asociaban odinofagia, rigidez o dolor cervical y linfadenopatías cervicales. Un paciente presentó trismus, y ninguno disfagia o dificultad respiratoria.

La inspección orofaríngea mostraba signos de amigdalitis no complicada en 5 pacientes, era normal en 1 paciente y únicamente en 2 de ellos se observaban signos de amigdalitis complicada.

El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 4 días, confirmando en el 75% de los casos mediante TAC cervical (Figs. 4 y 5).

Todos los pacientes ingresaron en planta de hospitalización pediátrica, con estancia media de 7 días y medio. Todos recibieron antibioterapia con amoxicilina-clavulánico y corticoterapia, durante una media de 15 y 7 días, respectivamente. En ningún caso fue necesaria cirugía (Fig. 6).

Uno de los pacientes con absceso para-retrofaríngeo presentó signos ecográficos de

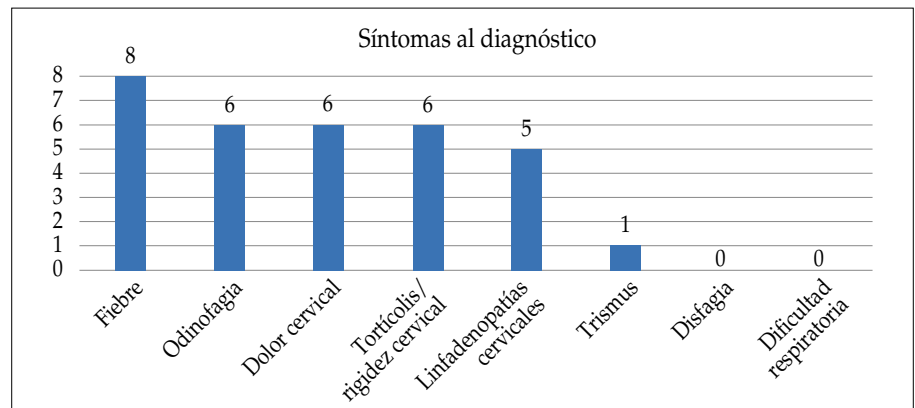


Figura 3. Presentación clínica de los pacientes diagnosticados de abscesos para y retrofaríngeos.

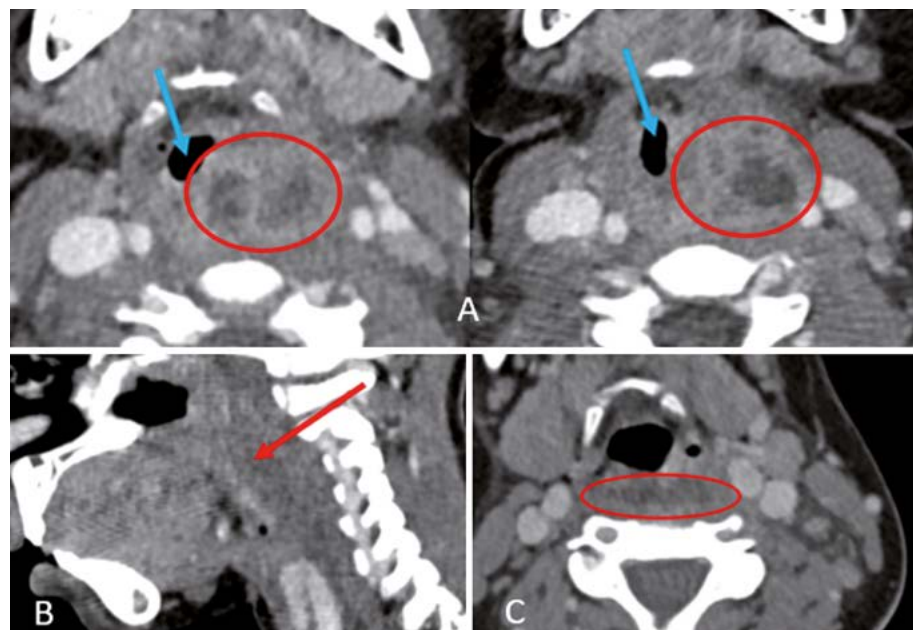


Figura 4. TAC de tres pacientes. A) Colección bilobulada en el espacio parafaríngeo izquierdo y retrofaríngeo, compatible con absceso. Ejerce efecto masa sobre la luz traqueal. B) Colección en el espacio retrofaríngeo, que se extiende craneo-caudalmente, compatible con absceso. Compromete ambos espacios carotídeos. C) Colección hipodensa retrofaríngea media-izquierda compatible con absceso.

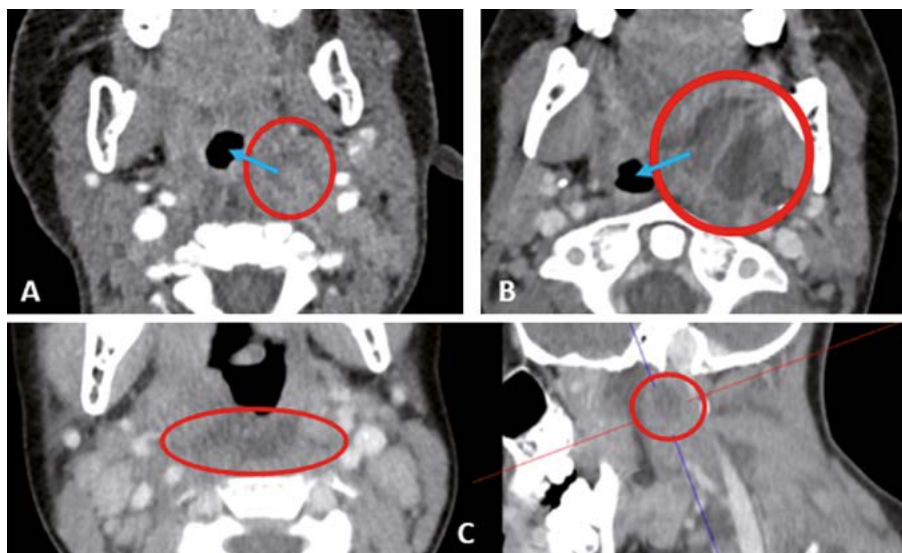


Figura 5. TAC de otros tres pacientes. A) Colección hipodensa centrada en espacio parafaríngeo izquierdo, que se extiende al espacio retrofaríngeo. Ejerce una leve protrusión sobre la luz traqueal y discreto efecto masa sobre la vena yugular interna, sin signos de trombosis. B) Colección sugestiva de absceso en el espacio parafaríngeo izquierdo. Condiciona desplazamiento contralateral de la luz de la faringe. C) Colección hipodensa en el espacio retrofaríngeo, que sugiere absceso en formación. Se acompaña de cambios inflamatorios que condicionan afilamiento de la vena yugular interna.

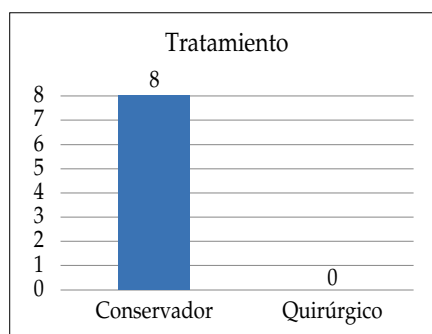


Figura 6. Tratamiento de los pacientes diagnosticados de abscesos para y retrofaríngeos.

inflamación tiroidea por contigüidad sin repercusión funcional. Las recurrencias, reingreso y mortalidad fueron nulas.

CONCLUSIONES

Se ha objetivado un incremento de la incidencia de abscesos para y retrofaríngeos en los últimos años en nuestro hospital. La mayoría afectaron a varones en edad escolar. La forma más frecuente de presentación fue fiebre, odinofagia y dolor o rigidez cervical. Todos tuvieron una buena evolución con antibioterapia y corticoterapia, sin precisar cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Navas B. Absceso retrofaríngeo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016; 18: e27-30.
2. Ruiz de la Cuesta F, Cortes Castell E, García Ruiz ME, Severa Ferrandiz G. Abscesos cervicales profundos infantiles: experiencia de una unidad de ORL infantil de referencia durante 15 años. *An Pediatr (Barc)*. 2019; 91(1): 30-6.
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(4): 266-72.
4. Huang CM, Huang FL, Chien YL, Chen PY. Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2017; 50: 627-33.
5. Chang L, Chi H, Chiu NC, Huang FY, Lee KS. Deep neck Infections in Different Age Groups of Children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010; 43(1): 47-52.
6. Pires Brito T, Moreira Hazboun I, Laffite Fernandes F, Ricci Bento L, Monteiro Zappellini CE, Takahiro Chone C, et al. Deep neck abscesses: study of 101 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017; 83(3): 341-8.
7. Martínez Pascual P, Pinacho Martínez P, Friedlander E, Martín Oviedo C, Scola Yurrita B. Peritonsillar and Deep neck infections: a review of 330 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018; 84(3): 305-10.
8. Martín Campagne E, del Castillo Martín F, Martínez López MM, Broque de Andrés C, de José López MI, García de Miguel MJ, et al. Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: estudio de 13 años. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65(1): 32-6.
9. Georget E, Gauthier A, Brugel L, Verlhac L, Remus N, Epaul R, et al. Acute cervical lymphadenitis and infections of the retropharyngeal and parapharyngeal spaces in children. *BMC Ear Nose Throat Disord*. 2014; 14: 8.
10. Spini R, Arias E, Bordino L, Cohen D, Michalski J. Abscesos profundos del cuello. Reporte de tres casos pediátricos. *Arch Argent Pediatr*. 2017; 115(5): e302-6.
11. Sousa Menezes A, Correia Ribeiro D, Rocha Guimarães J, Fonte Lima A, Días L. Management of pediatric peritonsillar and deep neck infections cross sectional retrospective analysis. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2019; 5: 207-14.