

# Absceso retrofaríngeo en la población pediátrica. Diagnóstico y tratamiento

Retropharyngeal abscess in pediatric population. Diagnosis and treatment

## RESUMEN

Los abscesos retrofaríngeos en la población pediátrica son poco frecuentes hoy en día debido a los avances en antibioticoterapia. Presentamos el caso clínico de una niña de 4 años diagnosticada de esta patología por la clínica confirmada mediante exploraciones complementarias (Rx cervical lateral y RMN). Fue necesario tratamiento intravenoso y drenaje urgente intraoral del absceso aislándose *St. Viridans* y *M. Catarrhalis* en el material purulento obtenido, con buena evolución clínica posterior. El diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para conseguir la resolución del proceso.

## PALABRAS CLAVE:

Absceso Retrofaríngeo. Rx Cervical Lateral. RMN. Drenaje. *St. Viridans*. *M. Catarrhalis*.

## SUMMARY

*Retropharyngeal abscesses in pediatric population are uncommon nowadays due to the advances in antibiotic therapy. A case of a 4 years old girl is reported who was diagnosed as that pathology confirmed by clinic and complementary explorations (lateral neck x-ray and IRM). It was necessary an endovenous treatment and urgent intraoral drainage of the abscess isolating *St. Viridans* and *M. Catarrhalis* in the purulent obtained sample. An earlier diagnosis and treatment are essential to get the resolution of that process.*

## KEY WORDS:

*Retropharyngeal Abscess. Lateral Neck X-Ray. IRM. Drainage. *St. Viridans*. *M. Catarrhalis*.*

## Introducción

El espacio retrofaríngeo se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino superior a nivel de T1-T2 en posición medial. Posee tejido conjuntivo y ganglios linfáticos en dos cadenas laterales separadas por un rafe medio que reciben el drenaje de músculos, huesos adyacentes, fosas nasales y senos paranasales, nasofaringe, orofaringe y oído medio. Alrededor de los 5 años de edad tiene lugar la involución espontánea de los mismos.

Los abscesos retrofaríngeos son poco comunes en la actualidad, potencialmente graves si se diagnostican tardíamente y más frecuentes en la población pediátrica. Se definen por la infección con acumulación de material purulento entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral. Predominan en menores de 5 años y suelen ser secundarios a infecciones de vías respiratorias altas mientras que en adultos suelen obedecer a complicaciones lesionales de cuerpos extraños.

Rara vez se resuelven espontáneamente por lo que requieren tratamiento antibiótico intravenoso previo al drenaje quirúrgico. Entre las posibles complicaciones de esta patología destacan la infección del tracto respiratorio por la aspiración de pus, obstrucción de la vía aérea (hasta en un 10% de los casos), septicemia, mediastinitis y el síndrome de Grisel o subluxación atlanto-axoidea secundaria al edema y estiramiento ligamentoso producido por el absceso.

## Caso Clínico

Niña de 4 años remitida desde Traumatología Infantil con diagnóstico de subluxación cervical. La familia refiere

un proceso catarral previo de vías respiratorias superiores seguido de tortícolis izquierda, mal estado general y disnea con apneas nocturnas de corta duración.

En la exploración física constatamos la contractura del músculo esternocleidomastoideo y trapecio izquierdos con limitación de la movilidad cefálica. También apreciamos abombamiento de la pared posterior de la faringe. Se solicitó inicialmente radiografía lateral cervical que puso de manifiesto la rectificación de la lordosis fisiológica con subluxación, más un aumento de partes blandas retrofaríngeas superior a 20 mm.. El hemograma y la bioquímica no mostraron alteraciones significativas.

Con diagnóstico de sospecha de flemón-absceso retrofaríngeo y tras ingreso de la paciente se solicitó una RMN cervical (Figuras 1 y 2) cuyo informe se detalla a continuación: "Imagen hiperintensa en T2, que desde C1 se extiende al cuerpo vertebral de C6 con ligero desplazamiento paramedial derecho. Tras administrar contraste se obtiene realce periférico en corona muy sugestivo de absceso retrofaríngeo."

Bajo anestesia general e IOT se procede en quirófano y por vía intraoral a punción y drenaje del absceso obteniendo un pus cremoso amarillento que se remite para estudio bacteriológico. Del cultivo se aislaron *Streptococcus viridans* y *Moraxella catarrhalis*. Se instauró antibioticoterapia intravenosa con aminoglucósidos y clindamicina durante 6 días, complementándolo con amoxicilina-clavulánico vía oral 1 semana más. La evolución clínica fue satisfactoria y en la RMN de control efectuada 2 semanas después del drenaje sólo persistía un discreto-moderado aumento de partes blandas retrofaríngeas sin colección.

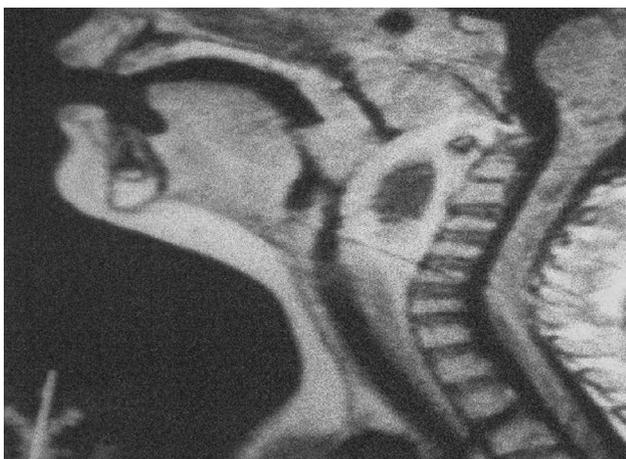


Figura 1: Corte sagital de RMN mostrando la localización y extensión del absceso retrofaringeo.

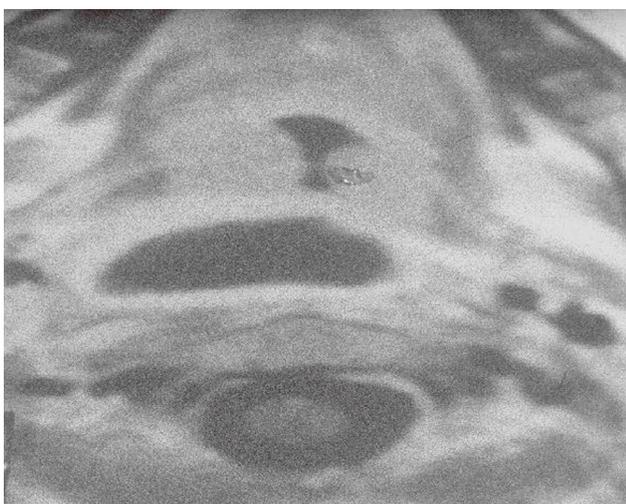


Figura 2: RMN (corte axial) con contraste. Absceso retrofaringeo con su realce periférico en corona.

## Discusión

Los abscesos retrofaringeos infantiles son una entidad poco frecuente en la actualidad debido a los grandes avances en el campo de la antibioterapia (1,2). La mayoría son consecuencia de infecciones de vías respiratorias y la etiología suele ser polimicrobiana, bacterias aerobias y anaerobias, con predominio de gérmenes productores de beta-lactamasas.

La sintomatología más común incluye síndrome febril, disfagia, odinofagia, masa o adenopatías cervicales y tortícolis. Al principio la clínica puede ser inespecífica. Si de entrada existen síntomas respiratorios debemos pensar y descartar una posible extensión a mediastino (3) y asegurar en primer lugar la vía aérea.

En la radiografía lateral cervical nos encontraremos un aumento de partes blandas prevertebrales que debe ser mayor de 7 mm en C2 y de 14 mm en C6. También podemos observar pérdida de la lordosis cervical y presencia de aire en tejidos blandos retrofaringeos (4).

La TAC con contraste es la técnica diagnóstica de elección para la localización y extensión del proceso infeccioso diferenciando entre celulitis y absceso (5). La RMN visualiza mejor las partes blandas y es más útil en caso de complicaciones vasculares.

No existen en la literatura consultada grandes series de pacientes estudiados y tratados con este diagnóstico y todavía existe controversia sobre la necesidad o no de realizar de entrada drenaje quirúrgico. Pero siempre debe instaurarse tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro cubriendo aerobios, anaerobios y posibles resistencias (6,7,8). Los abscesos confirmados no complicados pueden drenarse por vía intraoral (9) y será imprescindible el drenaje de la colección purulenta, en ocasiones mediante cervicotomía externa, en los casos con mala respuesta al tratamiento i.v. en 48 horas, grandes abscesos o existencia de compromiso de la vía aérea que, en algunos casos, puede precisar la realización de una traqueotomía.

Un diagnóstico precoz de esta patología y un adecuado tratamiento son necesarios para disminuir la morbimortalidad del cuadro clínico e intentar prevenir posibles complicaciones que en algunos casos pueden llegar a alcanzar una mortalidad del 10% o superior (10).

## Bibliografía

1. Pontell J, Har-El G, Lucente FE. Retropharyngeal abscess: clinical review. *Ear Nose Throat J* 1995 Oct;74(10): 701-4.
2. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003 Jun;111(6 Pt 1): 1394-8.
3. Dawes LC, Bova R, Carter P. Retropharyngeal abscess in children. *ANZ J Surg* 2002 Jun;72(6):417-20.
4. Boucher C, Dorion D, Fisch C. Retropharyngeal abscesses: a clinical and radiologic correlation. *J Otolaryngol* 1999 Jun;28(3):134-7.
5. Stone ME, Walner DL, Koch BL, Egelhoff JC, Myer CM. Correlation between computed tomography and surgical findings in retropharyngeal inflammatory processes in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999 Aug 5;49(2):121-5.
6. Lalakea M, Messner AH. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999 Oct;121(4):398-405.
7. Lee SS, Schwartz RH, Bahadori RS. Retropharyngeal abscess: epiglottitis of the new millennium. *J Pediatr* 2001 Mar;138(3):435-7.
8. Morrison JE Jr, Pashley NR. Retropharyngeal abscesses in children: a 10-year review. *Pediatr Emerg Care* 1988 Mar;4(1):9-11.
9. Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope* 2001 Aug;111(8):1413-22.
10. Cmejrek RC, Coticchia JM, Arnold JE. Presentation, diagnosis, and management of deep-neck abscesses in infants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 Dec;128(12):1361-4.

## Correspondencia

Vicente Pino Rivero  
Avda. Antonio Masa, 5º G  
06005 Badajoz  
vicentepinorivero@terra.com