

Absceso retrofaríngeo: ¿patología poco frecuente? Presentación de cuatro casos en 13 meses en un hospital primario

S. Benito Costey, N. Martín Ruiz, J. M. Martínez de Zabarte Fernández, V. Adán Lanceta,
R. Alijarde Lorente, J. M. Calama Valero

Hospital Obispo Polanco, Teruel

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2021; 51: 40-43]

RESUMEN

Introducción: El absceso retrofaríngeo es una complicación poco frecuente pero grave de las infecciones del tracto respiratorio superior, casi exclusivo de la edad pediátrica y cuya incidencia ha experimentado últimamente un aumento. Se caracteriza por fiebre, mal estado general, limitación de la lateralización y extensión cervicales, odinofagia, disfagia y sialorrea y puede observarse también un abombamiento de la pared faríngea posterior. **Objetivo:** Se presentan cuatro casos diagnosticados de absceso retrofaríngeo en un hospital primario a lo largo de trece meses. **Descripción de los casos:** Todos fueron varones, con una edad media de 3 años y con antecedentes de cuadro leve de vía aérea superior. En dos de ellos se observó limitación de la extensión cervical (signo de Bolte), pero los cuatro presentaban en mayor o menor grado limitación de la movilidad cervical. En ninguno apareció abombamiento de pared faríngea posterior. En dos casos se observó un aumento del espacio prevertebral en la radiografía lateral del cavum, orientando al diagnóstico, que se confirmó con TAC en todos los casos. En un caso se realizó una ecografía, sin valor diagnóstico. El tratamiento consistió en un drenaje quirúrgico, antibioterapia intravenosa y corticoterapia en todos los casos. **Conclusiones:** La escasa frecuencia y la falta de signos clínicos específicos hacen que este diagnóstico requiera un elevado índice de sospecha, y debe considerarse ante un niño pequeño que sufra infección de las vías respiratorias y en el que se produzca limitación de la movilidad cervical. La normalidad de la radiografía lateral del cuello y de la ecografía no lo descartan, siendo la TAC la prueba que confirma el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE

Infecciones del tracto respiratorio, absceso retrofaríngeo, pediatría.

Retropharyngeal abscess. Infrequent pathology? Presentation of four cases in 13 months in a primary hospital

ABSTRACT

Background: *Retropharyngeal abscess is a rare but serious complication of upper respiratory tract infections, almost exclusively in pediatric age, an increase in its incidence having been recently observed. It is characterized by fever, poor general condition, limitation of cervical lateralization and extension. Odynophagia, dysphagia, hypersalivation, and bulging of the posterior pharyngeal wall may be observed.* **Objective:** *Four diagnosed cases of retropharyngeal abscess presented in a primary hospital over 13 months.* **Description of the cases:** *All were male, with a mean age of three years and a history of mild upper airway symptoms. In two, limitation of cervical extension (Bolte's sign) was observed, but all four had a greater or lesser degree of limitation of cervical mobility. In none of the cases was there a bulging of the posterior pharyngeal wall. In two cases, the lateral cavum X-ray showed an increase in the prevertebral space, leading to the diagnosis, which was*

Correspondencia: Silvia Benito Costey
Avda. Ruiz Jarabo s/n. 44002 Teruel.
Teléfono: 659 11 99 55
silvia.costey@gmail.com
Recibido: julio de 2020. Aceptado: agosto de 2020

confirmed with CT in all cases. Ultrasound was performed in one case, and it was not diagnostic. Treatment was surgical drainage, intravenous antibiotic therapy, and corticosteroid therapy in all of them. Conclusions: The low frequency and lack of specific clinical signs mean that this diagnosis requires a high index of suspicion, and it should be considered in a young child with respiratory tract infection that begins to limit cervical mobility. The normality of the lateral X-ray of the neck and the ultrasound does not rule it out, being the CT the test that confirms the diagnosis.

KEYWORDS

Upper respiratory tract infections, retropharyngeal abscess, pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El absceso retrofaríngeo es una complicación poco frecuente de infecciones del tracto respiratorio superior, infecciones dentarias y traumatismos. Se trata de una colección purulenta localizada entre la cápsula amigdalara, el músculo constrictor superior de la faringe y el palatofaríngeo⁽¹⁾. Afecta sobre todo a niños menores de 5 años⁽²⁾. Se produce habitualmente por una propagación de las infecciones de la vía aérea superior a los ganglios linfáticos localizados en ese espacio, que son prominentes en el niño pequeño y por lo general sufren una involución a partir de los cuatro años. *Streptococcus pyogenes* es el patógeno tradicionalmente implicado en la etiología, junto con *Staphylococcus aureus*, solo o asociado⁽³⁾. Requiere diagnóstico y tratamiento precoces por la morbimortalidad de sus complicaciones, como obstrucción de la vía aérea, sepsis, neumonía, trombosis de la vena yugular interna, ruptura de la arteria carótida, mediastinitis⁽⁴⁾, osteomielitis de cuerpos vertebrales o fascitis necrotizante⁽⁵⁾. Clínicamente se caracteriza por fiebre, mal estado general, cervicalgia, limitación de la lateralización y extensión cervicales (signo de Bolte), odinofagia, disfagia, sialorrea y compromiso respiratorio. En la exploración física destaca el abombamiento de la pared posterior de la faringe⁽³⁾. El diagnóstico de sospecha es fundamentalmente clínico, apoyado mediante radiografía lateral del cuello, en la que se observa un aumento del espacio prevertebral, y confirmado con una tomografía computarizada (TC) cervical con contraste⁽⁵⁾. El tratamiento es controvertido: existen defensores de un tratamiento quirúrgico precoz y autores que abogan por un tratamiento conservador⁽⁶⁾. Se ha observado un aumento de la incidencia de esta patología⁽⁷⁾. Se sugiere la hipótesis del uso inadecuado de antibióticos, que favorece las resistencias bacterianas⁽³⁾. Otro motivo es el aumento de factores predisponentes, como la inmunodepresión y enfermedades crónicas como la diabetes⁽⁸⁾.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Se procede a la revisión de cuatro pacientes diagnosticados de absceso retrofaríngeo en un hospital primario en un intervalo de trece meses, la que pone de manifiesto el aumento de su incidencia. Aparecen detalladas las características de cada uno de los casos clínicos en la tabla I y en las imágenes radiológicas de la figura I.



Figura I. Se muestra la radiografía lateral del cuello y la TC cervical con contraste en dos planos de cada uno de los casos de absceso retrofaríngeo (de arriba abajo).

Tabla I. Se establece una comparativa entre los cuatro pacientes en cuanto al sexo, la edad, la clínica y el tratamiento previos, los síntomas, la exploración física, la radiografía lateral de cuello, la TC cervical, el test rápido de estreptococo pyogenes, el cultivo faringoamigdalal, el tratamiento, el cultivo del absceso y el hemocultivo. i.v.: intravenoso

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón
Edad (años)	3	3	2	7
Clínica previa	Cuadro catarral	Otitis media aguda derecha	Cuadro catarral	Cuadro catarral
Tratamiento previo	Amoxicilina	Amoxicilina	Azitromicina	Sintomático
Síntomas	Fiebre Tortícolis Cefalea	Fiebre Cervicalgia Irritabilidad	Fiebre intermitente Irritabilidad	Fiebre alta prolongada Tortícolis Disfagia
Exploración física	Rigidez de nuca Limitación lateralización y extensión cervicales	Hipertrofia amigdalal Hiperemia peritimpánica Leve limitación de lateralización cervical	Limitación extensión y lateralización cervicales	Orofaringe hiperémica Amígdalas hipertróficas Limitación lateralización cervical
Radiografía lateral del cuello	Aumento patológico del espacio prevertebral	Aumento patológico del espacio prevertebral	Normal	Normal
Ecografía cervical	Normal	No practicada	No practicada	No practicada
TC cervical con contraste	Absceso prevertebral paramedial derecho	Absceso retrofaríngeo y parafaríngeo izquierdo	Absceso prevertebral izquierdo	Absceso retrofaríngeo con extensión periamigdalina izquierda
Test rápido de estreptococo pyogenes	No practicado	No practicado	No practicado	Positivo
Cultivo faringo-amigdalal	Flora comensal habitual	No practicado	No practicado	No practicado
Tratamiento	Amoxi-clavulánico i.v. Corticoterapia i.v. Drenaje quirúrgico	Amoxi-clavulánico i.v. Corticoterapia i.v. Drenaje quirúrgico	Amoxi-clavulánico i.v. Corticoterapia i.v. Drenaje quirúrgico	Amoxi-clavulánico i.v. Corticoterapia i.v. Drenaje quirúrgico
Cultivo material del absceso	Cocos grampositivos en cadenas	No practicado	Cocos grampositivos en cadenas	Negativo
Hemocultivo	Negativo	No practicado	Negativo	No practicado

DISCUSIÓN

Todos los casos fueron varones con una media de edad de 3 años. Presentaron antecedentes de vía aérea superior. En ninguno se observó el abombamiento de la pared faríngea posterior descrito en esta patología. En dos de ellos se observó limitación de la extensión cervical (signo de Bolte), pero los cuatro presentaban en mayor o menor grado limitación de la movilidad cervical. En el primer paciente se sospechó inicialmente una meningitis, al presentar rigidez cervical, pero ante resultados no compatibles se estableció la sospecha de absceso retrofaríngeo. En el resto de los pacientes, la sospecha inicial fue de absceso. Esta fue apoyada únicamente en dos casos por la radiografía lateral de cuello, mientras que en los otros dos pacientes no pudo ser visualizado por la localización del absceso. La ecografía no tuvo rentabilidad en el caso practicado y retrasó el diagnóstico. La TC cervical con contraste fue diagnóstica en todos los casos. El tratamiento fue el mismo para todos: drenaje quirúrgico y administración intravenosa de amoxicilina-clavulánico y prednisona. El cultivo del material purulento se realizó en tres casos, y se aisló en dos pacientes cocos grampositivos en cadenas, estreptococo pyogenes con alta probabilidad. En el paciente en el que resultó negativo el cultivo fue positivo el test rápido orofaríngeo para pyogenes.

Se debe pensar en esta entidad ante un paciente con clínica sugestiva aunque la exploración orofaríngea no lo sea. El aumento del espacio prevertebral en la radiografía lateral de cuello tendría que establecer el diagnóstico de sospecha; sin embargo, en caso de normalidad, pero con clínica altamente sugestiva y sin otra hipótesis diagnóstica, habría que valorar la realización de una TC cervical para confirmar o descartar el diagnóstico. En cuanto al tratamiento, a pesar de la controversia, en todos nuestros pacientes se realizó un drenaje quirúrgico, con evolución favorable y sin complicaciones.

El interés por esta enfermedad es elevado debido a su escasa frecuencia y la falta de signos clínicos específicos, lo que hace de su diagnóstico un verdadero reto. Cabe destacar la importancia de analizar los signos clínicos junto con las pruebas complementarias, revisando minuciosamente los datos contradictorios que puedan resultar, así como valorar la realización de pruebas diagnósticas más sensibles y específicas que confirmen o descarten la patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schraff S, McGinn JD, Derkey CS. Peritonsillar abscess in children: A 10-year review of diagnosis and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001; 57(3): 213-8.
2. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: Clinical presentation, utility of imaging and current treatment. *Pediatrics.* 2003; 111: 1394-8.
3. Akira Sakae F, Imamura R, Luiz Ubirajara Sennes L, Araújo Filho BC, Hiroshi Tsuj D. Microbiology of Peritonsillar Abscesses. *Rev Bras Otorinolaringol.* 2006; 72(2): 247-51.
4. Acosta Navas B. Absceso retrofaríngeo. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016; 18: e27-e30.
5. Cruz DV, Bayer CV, Durán JA, Rojas KR, et al. Absceso retrofaríngeo en lactante menor. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Otorinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2017; 77(4): 435-40.
6. Wong DK, Brown C, Mills N, Spielmann P, Neeff M. To drain or not to drain - management of pediatric deep neck abscesses: a case-control study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012; 76(12): 1810-3.
7. Martín Campagne E, del Castillo Martín F, Martínez López M, Borque de Andrés C, et al. Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: estudio de 13 años. *An Esp Pediatr.* 2006; 65(1): 32-6.
8. Cabrera CE, Deutsch ES, Eppes S, Lawless S, et al. Increased incidence of head and neck abscesses in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007; 136: 176-81.