

ABSCESOS CERVICALES

PÍLDORA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Àngela Vidal Bataller, R I de Pediatría HGUA

Tutora: Dra. Belén Guibert

A PROPÓSITO DE DOS CASOS...

Paciente #1

- Niña de 2 años sin AP de interés
- Consulta en UPED por cervicalgia con impotencia funcional y febrícula de 5 días de evolución que no presenta mejoría con ibuprofeno v.o a dosis correctas. Refieren decaimiento y rechazo de la ingesta
- En la EF destaca regular estado general y actitud en hiperextensión cervical con movilización en bloque y dolor intenso en región cervical izquierda. Múltiples adenopatías en cadenas anterior y posterior ipsilaterales, sin dolor sobre ECM ni trapecio. Signos meníngeos negativos. Orofaringe: amígdalas congestivas con exudado predominante en amígdala izquierda, no abombamiento de paladar y úvula centrada. Otoscopia bilateral normal. ACP sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino.

Epidemiología

Pico máximo de infecciones virales de vía aérea superior entre los 2-4 años, así como de sus principales complicaciones (sinusitis, OMA...)

Paciente #2

- Niña de 2 años en seguimiento por Cardiología Pediátrica por CIV mínima. No RAMc. Vacunación correcta
- Consulta en UPED por persistencia de tortícolis de 2.5 días de evolución por lo que fue valorada hacia 48 horas en este mismo servicio con diagnóstico de adenitis cervical. En tratamiento con Amoxicilina/Clavulánico 80mg/kg/día (6 dosis). Ascenso febril aislado hacia 2 días, afebril posteriormente. Refieren rechazo parcial de la ingesta sin vómitos ni diarrea y descanso nocturno parcial por dolor/molestias. Cuadro catarral leve la semana previa
- En la EF destaca BEG y tortícolis izquierda con movilización a ambos lados limitada por dolor. Signos meníngeos negativos. Tumoración submandibular derecha de 5 cm y consistencia elástica, sin signos flogóticos externos, que no borra ángulo mandibular. No otras adenopatías. Orofaringe hiperémica con hipertrofia amigdalina bilateral y exudado fino bilateral. Otoscopia con abundante cerumen, tímpanos parcialmente visibles. ACP sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino. Exploración neurológica normal

A PROPÓSITO DE DOS CASOS...

Paciente #1

- Ecografía cervical: ambas glándulas submandibulares y parótidas normales. Glándula tiroides normal. Varios ganglios laterocervicales bilaterales, de predominio izquierdo, ligeramente aumentados de tamaño hasta 6mm de diámetro corto, de aspecto reactivo sin signos de abscesificación
- Analítica sanguínea: L 26900, N 20720 (77%), Linfocitos 3120 (11,60%), Monocitos 2300 (8,6%). Plaquetas 504000. Resto de series normales. PCR 10,64 mg/dl. PCT 0,13 ng/ml. Sodio 147 mmol/L, Cloruro 92 mmol/L. Resto bioquímica normal
- Rx cervical lateral: aumento de partes blandas prevertebral. Rectificación lordosis cervical
- IC con ORL: Estable. Orofaringe: leve protrusión orofaríngea izquierda. Fibroscopia flexible: no protrusiones de pared faríngea

Paciente #2

- Ecografía cervical previa: múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales de ecoestructura normal, alcanzando la mayor un diámetro de 7.8 mm en región yugulodigástrica derecha. Glándulas submandibular y parótida normales. No alteraciones vasculares, tiroideas ni en timo
- Test rápido estreptococo: negativo
- Analítica sanguínea: L 29150, N 17440 (59,90%), Linfocitos 8430 (28,9%), Monocitos 2520 (8,6%). Resto de series normales. PCR 12,66 mg/dl. Resto bioquímica y coagulación normales
- Rx cervical lateral: dudoso aumento de partes blandas prevertebrales
- IC con ORL: Estable. Fibroscopia flexible: leve hipertrofia adenoidea, leve protrusión pared faríngea derecha. Verbalmente informan de mal olor

A PROPÓSITO DE DOS CASOS...

Paciente #1

Paciente #2

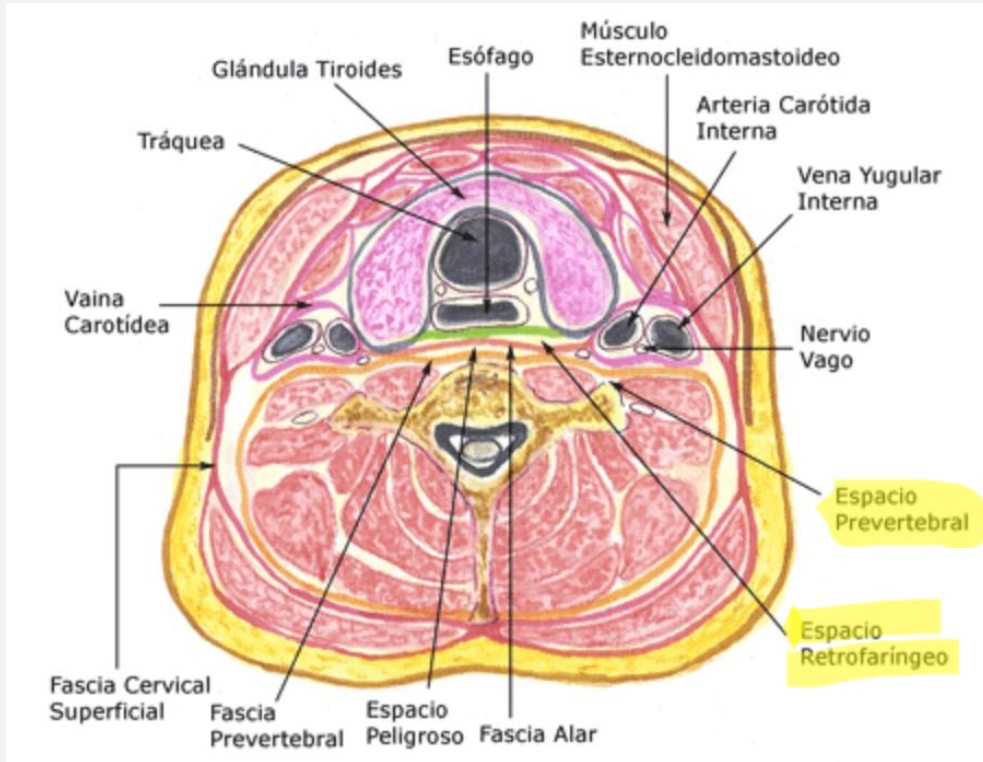
SOSPECHA DE ABSCESO
CERVICAL PARAFARÍNGEO VS
RETROFARÍNGEO

- Ingreso para tratamiento IV con Amoxicilina/Clavulánico y corticoides 2mg/kg y TC cervical programado en ayunas
- Control clínico de disnea/estridor

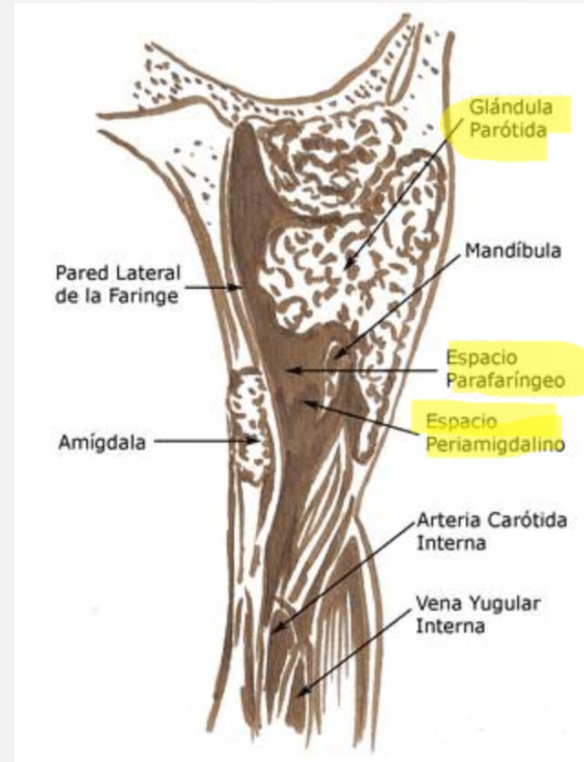
DEFINICIÓN. ETIOLOGÍA

- Abscesos cervicales = Infecciones localizadas en los diferentes planos del cuello
 - Espacio periamigdalino → **Absceso periamigdalino**
 - Espacio submandibular → **Absceso del espacio submandibular (angina de Ludwig)**
 - Espacio parafaríngeo, laterofaríngeo o faringomaxilar → **Absceso parafaríngeo, laterofaríngeo o faringomaxilar**
 - Espacio anterior o pre-estiloideo (muscular) → **Absceso parotídeo**
 - Espacio posterior o retroestiloideo (neurovascular)
 - Espacio retrofaríngeo → **Absceso retrofaríngeo**
 - Espacio “peligroso”, se encuentra entre la fascia alar y la prevertebral
 - Espacio prevertebral
- A partir de un foco séptico dentario o de otras localizaciones en la cavidad oral (amígdalas), ganglios cervicales profundos, hipofaringe, glándulas salivares, tracto aéreo-digestivo superior, mastoides u órbita
- Gérmenes:
 - Gérmenes procedentes de las mucosas contiguas oral o faríngea. Polimicrobianas, con interdependencia entre gérmenes. Con las técnicas correctas, las infecciones polimicrobianas son minoritarias
 - Predominan los cocos G+ y G-. El **Streptococcus** es el más frecuente, destacando *S. pyogenes*. El *Staphylococcus* y el *Bacteroides* son menos frecuentes entre los aerobios y anaerobios respectivamente. Especies de *Haemophilus* se hallan ocasionalmente. En la celulitis predominan los aerobios mientras que en los abscesos los anaerobios

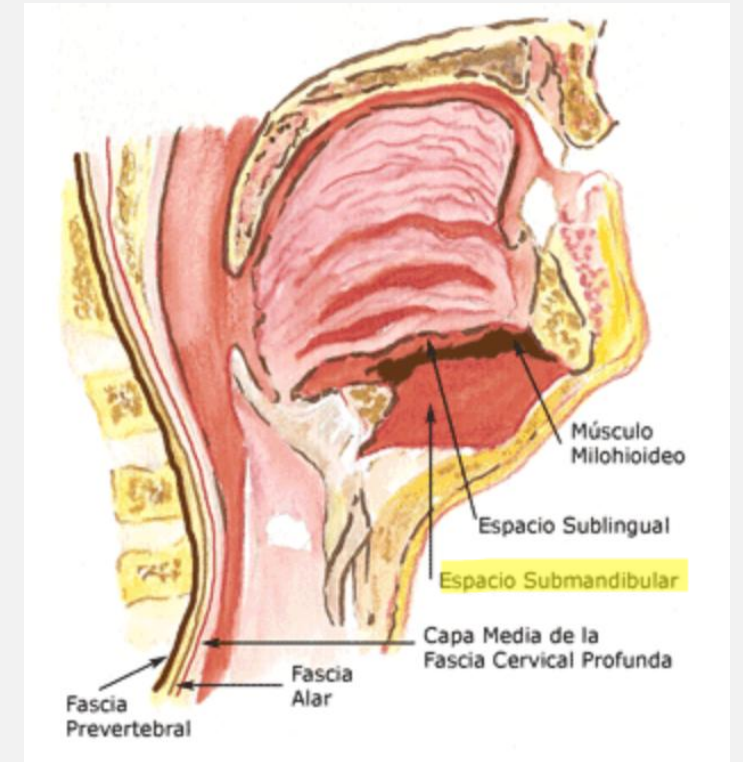
ESPACIOS CERVICALES



Espacios y fascias cervicales (C7)



Espacios periamigdalino y parafaríngeo



Espacio submandibular

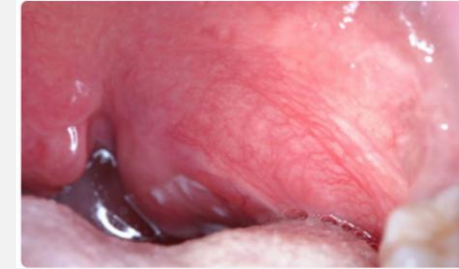
Imágenes extraídas de: Amor Dorado J, Costas Ribas C. Abscesos cervicales. *Fisterra*. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

CLASIFICACIÓN

- **Absceso periamigdalino.** Es el más frecuente en niños y adolescentes (50%). Suele originarse por infecciones dentales (50%), seguido de las amigdalares (20%). Menos frecuentes son las infecciones de glándulas salivares menores, quistes branquiales o tiroiditis.
- **Absceso parafaríngeo.** Suele proceder de la extensión de un absceso periamigdalino o retrofaríngeo, infecciones dentales o con menor frecuencia por parotiditis, otitis o mastoiditis (absceso de Bezold). La supuración es más frecuente que en otros abscesos cervicales.
- **Abscesos retrofaríngeos.** Suponen el 40-80% de los abscesos cervicales en la infancia hasta los 3 años. Suelen originarse por adenitis supurativa, también por infecciones faríngeas o de senos paranasales.
- **Absceso parotídeo.** Entre los factores predisponentes destacan: intubación y deshidratación, limpieza intensiva y reciente de los dientes, medicaciones anticolinérgicas y litiasis del conducto salivar. El germen predominante es el *S. aureus* (80%).
- **Angina de Ludwig.** Es una infección bilateral de rápida evolución que se inicia como una celulitis de la zona sublingual, submandibular y submentoniana. El 80-90% de los pacientes presentan una infección del segundo o del tercer molar de la mandíbula.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Tipos de abscesos	Síntomas clínicos	Hallazgos en la exploración física
Periamigdalino	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fiebre (variable), mal estado general, odinofagia, disfonía (voz de “patata caliente”), disfagia y otalgia refleja. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abombamiento e hiperemia del pilar anterior del paladar que se desplaza por delante de la amígdala. ▶ Amígdala desplazada hacia abajo. ▶ La úvula sobrepasa la línea media hacia el lado contrario. ▶ Adenomegalias cervicales dolorosas a la palpación y del mismo lado de la infección (variable). ▶ Halitosis.
Parafaríngeo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No siempre presenta fiebre, mal estado general, odinofagia (voz de “patata caliente”), disfagia u otalgia refleja. ▶ Si se extiende al espacio retroestiloideo: disfonía, paresia hemilingual y síndrome de Horner o del simpático cervical (ptosis, miosis y enoftalmos). ▶ Si se extiende a epiglotis, laringe o mediastino: disfonía y disnea (estridor). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Induración de región cervical submandibular. ▶ Trismus. ▶ Abombamiento de la pared faríngea hacia la línea media por detrás del paladar. ▶ Desplazamiento del pilar posterior de la amígdala hacia la línea media sin trismus.
Retrofaríngeo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adultos: fiebre, mal estado general, odinofagia (voz de “patata caliente”), disfagia, otalgia refleja y disnea. ▶ Niños: fiebre, odinofagia, irritabilidad, torticollis, sialorrea, voz apagada, disfagia y disnea. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abombamiento de la pared posterior de la faringe a la palpación. ▶ En niños, rigidez de nuca.
Parotídeo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dolor en región parotídea de inicio súbito. ▶ Fiebre elevada con escalofríos, toxicidad general y disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Palpación de la parótida indurada, dolorosa y sin fluctuación que asocia inflamación de la región pre y retroauricular y se extiende hacia el ángulo de la mandíbula. ▶ Trismus.
Angina de Ludwig	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fiebre, dolor en la boca, sialorrea y disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Presentación con la boca abierta y el cuello ligeramente extendido. ▶ Inflamación bilateral del suelo de la boca.

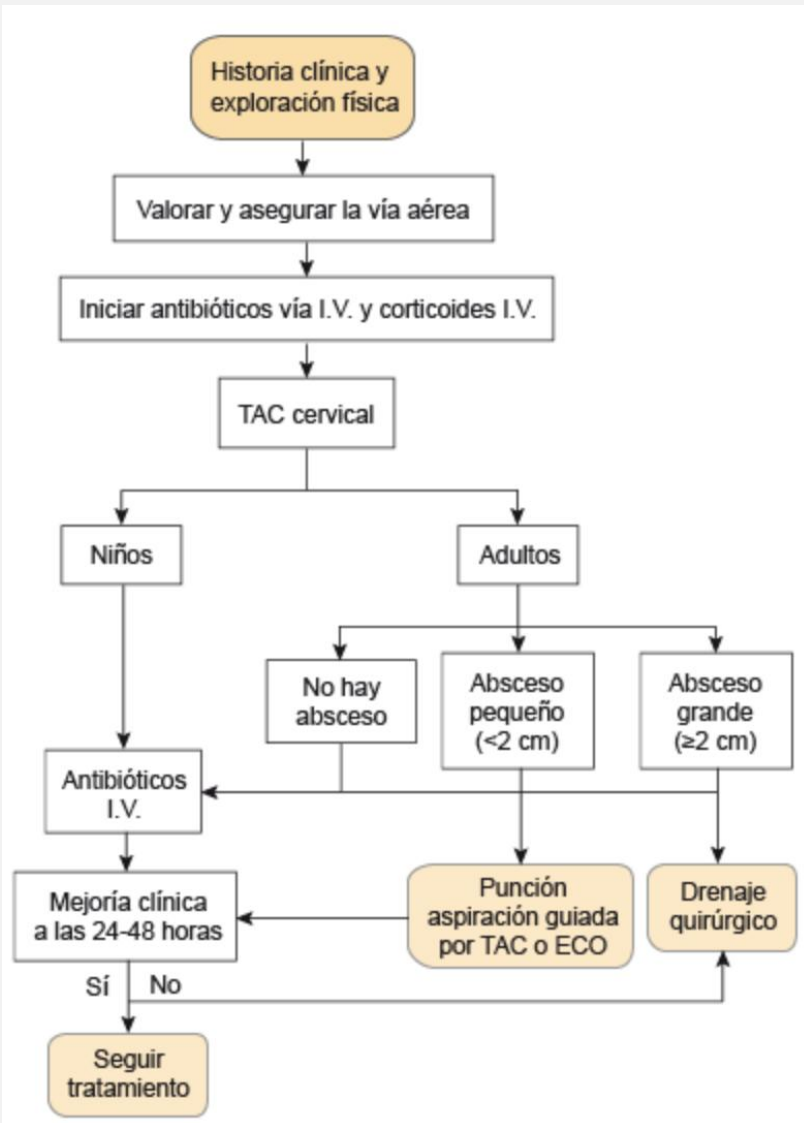


Absceso periamigdalino

→ presionar el conducto de Stenon: drenaje purulento en infecciones bacterianas con toma de cultivo simultánea (punción aspiración más eficiente).

Extraída de: Amor Dorado J, Costas Ribas C. Abscesos cervicales. *Fisterra*. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

MANEJO

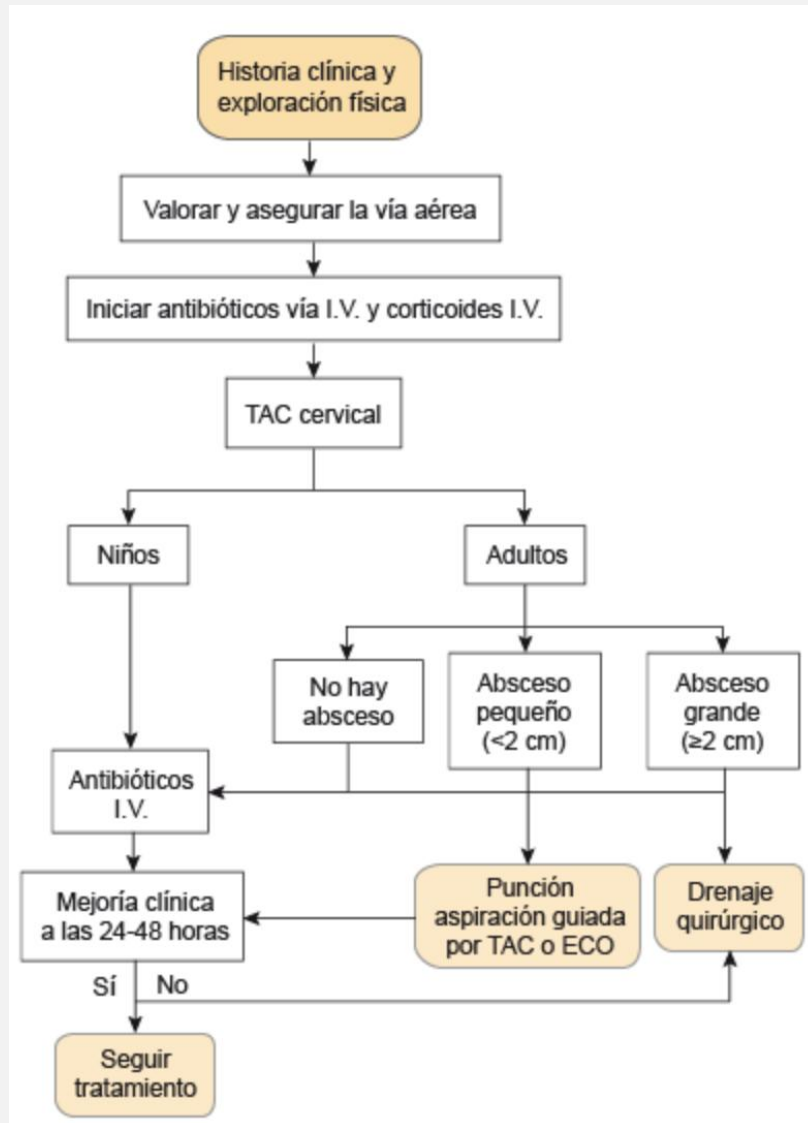


- La ecografía puede ser útil como prueba inicial en niños y embarazadas. Alcanza hasta una S 95% y E 100% en la diferenciación entre celulitis y absceso en espacios fasciales superficiales
- La Rx cervical lateral puede mostrar engrosamiento del espacio prevertebral en abscesos retrofaríngeos (alta tasa de FP y dificultad técnica)
- GOLD STANDARD: TC con contraste IV, aunque con importantes limitaciones
- En casos en los que se sospeche afectación vascular: RM.

- El tratamiento de la mayoría de las infecciones cervicales no complicadas es conservador
- El drenaje prematuro en fase de celulitis está contraindicado
- El abordaje quirúrgico dependerá de la localización y se considera una urgencia cuando está indicado. Éste implica resolver la colección y tratar el foco (amigdalectomía, extracción pieza dentaria...)

Extraída de: Amor Dorado J, Costas Ribas C. Abscesos cervicales. *Fisterra*. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

MANEJO



Antibioterapia en ingresados:

- Debe cubrir *Streptococcus*, *S. aureus* y anaerobios de tracto respiratorio
- Ampicilina-Sulbactam a 50 mg/kg/dosis c/ 6 horas o Clindamicina 15 mg/kg/dosis c/ 8 horas IV hasta quedar afebriles → si no respuesta o en graves: añadir Linezolid o Vancomicina para cubrir cocos G+ resistentes
- Completar 14 días; en domicilio v.o con Amoxicilina/Clavulánico 45 mg/kg/dosis c/12 horas o Clindamicina 13 mg/kg/dosis c/ 8 horas +/- Linezolid

Extraída de: Amor Dorado J, Costas Ribas C. Abscesos cervicales. *Fisterra*. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

A PROPÓSITO DE DOS CASOS...

- TC cervical: aumento de partes blandas laterocervicales izquierdas en relación con cambios inflamatorios. Se identifica colección hipodensa en espacio parafaríngeo que se extiende caudalmente por espacio prevertebral, de 1,3 x 3 x 3,2 cm, que comprime hipofaringe colapsando pliegue ariepiglótico izquierdo. Adenopatías reactivas en espacios cervicales izquierdos
- TC torácica: importante edema de partes blandas desde MSI que afecta todo el hemitórax izquierdo. No colecciones francas
- Amigdalectomía extracapsular bilateral + punción transoral ecoguiada a través lecho amigdalario derecho de espacio parafaríngeo izquierdo con salida de material purulento. Obtención de muestra para análisis anatomopatológico y microbiológico
- TC cervical: colección hipodensa en espacio parafaríngeo derecho de 11 x 19 x 26 mm de diámetro. No condiciona afectación de la vía aérea significativa, no presenta extensión a otros espacios cervicales ni complicaciones vasculares
- Engrosamiento seno maxilar izquierdo. Ocupación de ambos oídos medios y celdillas mastoideas. Atelectasia de segmentos posteriores pulmonares en probable relación con IOT
- Adenoidectomía + amigdalectomía extracapsular bilateral + punción transoral ecoguiada a través lecho amigdalario derecho de espacio parafaríngeo derecho con salida de material purulento que parece tener origen en una adenopatía abscesificada. Obtención de muestra para análisis anatomopatológico y microbiológico

Absceso parafaríngeo izquierdo.
Extravasación vía periférica

Adenopatía abscesificada en
espacio parafaríngeo derecho

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Adenitis cervical (lo + frecuente).**
- Obstrucción de la vía aérea superior:
 - Otras infecciones: epiglotitis (más rápidamente progresiva), crup, traqueítis bacteriana, absceso periamigdalino, uvulitis, difteria laringofaríngea
 - Trauma: cuerpo extraño penetrante, cuerpo extraño en la vía aérea o esófago, quemaduras térmicas o cáusticas de la faringe posterior
 - Angioedema o anafilaxia
 - Tumores: linfangioma (higroma quístico), hemangioma
- Odinofagia/ dolor de garganta: (→)
- Rigidez de cuello y/o tortícolis:
 - Meningitis
 - Artritis de la columna cervical u osteomielitis, absceso tuberculoso de la columna cervical
 - Lesión espinal
 - Reacción distónica
 - Toxinas (tétanos, picadura de araña viuda negra, picadura de escorpión)

Etiology of sore throat by age

Cause	Infants and young children	Older children and adolescents
Viral pharyngitis*	Respiratory viruses Herpangina (enterovirus)*	Epstein-Barr virus (infectious mononucleosis)* Respiratory viruses* HIV Herpangina (enterovirus) HSV
Bacterial pharyngitis	Group A <i>Streptococcus</i> <i>Fusobacterium necrophorum</i> and other anaerobic bacteria (±Lemierre's syndrome [¶]) Other bacteria ^Δ	Group A <i>Streptococcus</i> * <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Fusobacterium necrophorum</i> and other anaerobic bacteria (±Lemierre's syndrome [¶]) Other bacteria ^Δ
Other infections	Retropharyngeal abscess [¶] Lateral pharyngeal abscess [¶] Epiglottitis [¶]	Peritonsillar abscess [¶] Retropharyngeal abscess [¶] Lateral pharyngeal abscess [¶] Epiglottitis [¶]
Miscellaneous conditions	Steven-Johnson syndrome Kawasaki disease Behçet syndrome PFAPA syndrome	Psychogenic pharyngitis Referred pain Steven-Johnson syndrome Kawasaki disease Behçet syndrome PFAPA syndrome
Traumatic injury	Foreign body Chemical exposure	Irritation of the mucosa*

Extraída de: Wald E R. Retropharyngeal infections in children. UpToDate. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/retropharyngeal-infections-in-children?search=retropharyngeal%20abscess%20children&source=search_result&selectedTitle=1~40&usage_type=default&display_rank=1-clinicas/abscesos-cervicales/

COMPLICACIONES

- **Respiratorias** por aspiración de material purulento en abscesos drenantes o por compresión de la vía aérea
- **Vasculares:**
 - Por erosión y necrosis de la vaina carotídea
 - Ruptura arteria carótida
 - Síndrome de Lemierre: tromboflebitis de la vena yugular interna por *Fusobacterium necrophorum* que ocasiona embolias sépticas pulmonares y sepsis)
 - **Extensión** a partes blandas del cuello (celulitis cervical) y/o a mediastino (mediastinitis)
- **Sepsis**
- **Luxación atloaxoidea**
- Complicaciones **no supurativas** de *S. pyogenes* (GNPE y fiebre reumática)

BIBLIOGRAFÍA

- Amor Dorado J, Costas Ribas C. Abscesos cervicales. Fisterra. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>
- Wald E R. Retropharyngeal infections in children. UpToDate. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/retropharyngeal-infections-in-children?search=retropharyngeal%20abscess%20children&source=search_result&selectedTitle=1~40&usage_type=default&display_rank=1
- Escribano Ceruelo E, Peña Chamorro P, Sanz Santaefemia FJ. Infección bucodental. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: <https://guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-bucodental>
- Healy CM. Cervical lymphadenitis in children: Etiology and clinical manifestations. UpToDate. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: https://www-uptodate-com./contents/cervical-lymphadenitis-in-children-etiology-and-clinical-manifestations?search=retropharyngeal%20abscess%20children&topicRef=6078&source=see_link
- Wald E R. Peritonsillar cellulitis and abscess. UpToDate. [en línea] [fecha de consulta: 2-1-2020]. Disponible en: https://www-uptodate-com./contents/peritonsillar-cellulitis-and-abscess?search=retropharyngeal%20abscess%20children&topicRef=6078&source=see_link