

Fiebre y rigidez cervical



Sergio Botella Esteve (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Pedro Alcalá (Escolares)

Anamnesis y Datos exploratorios

Motivo de ingreso: Preescolar de 3 años que ingresa por rigidez cervical y fiebre de 7 días de evolución

Síntoma principal: rigidez cervical y fiebre

Síntomas accesorios: voz adenoidea y ronquido de 24 horas de evolución.

Antecedentes de interés: No trauma previo. No RAMc, vacunación al día. No ingresos ni cirugías previas. No antecedentes familiares de interés. En tratamiento con *Amoxicilina/ac. clavulánico* 80 mg/kg/día desde hace 48h

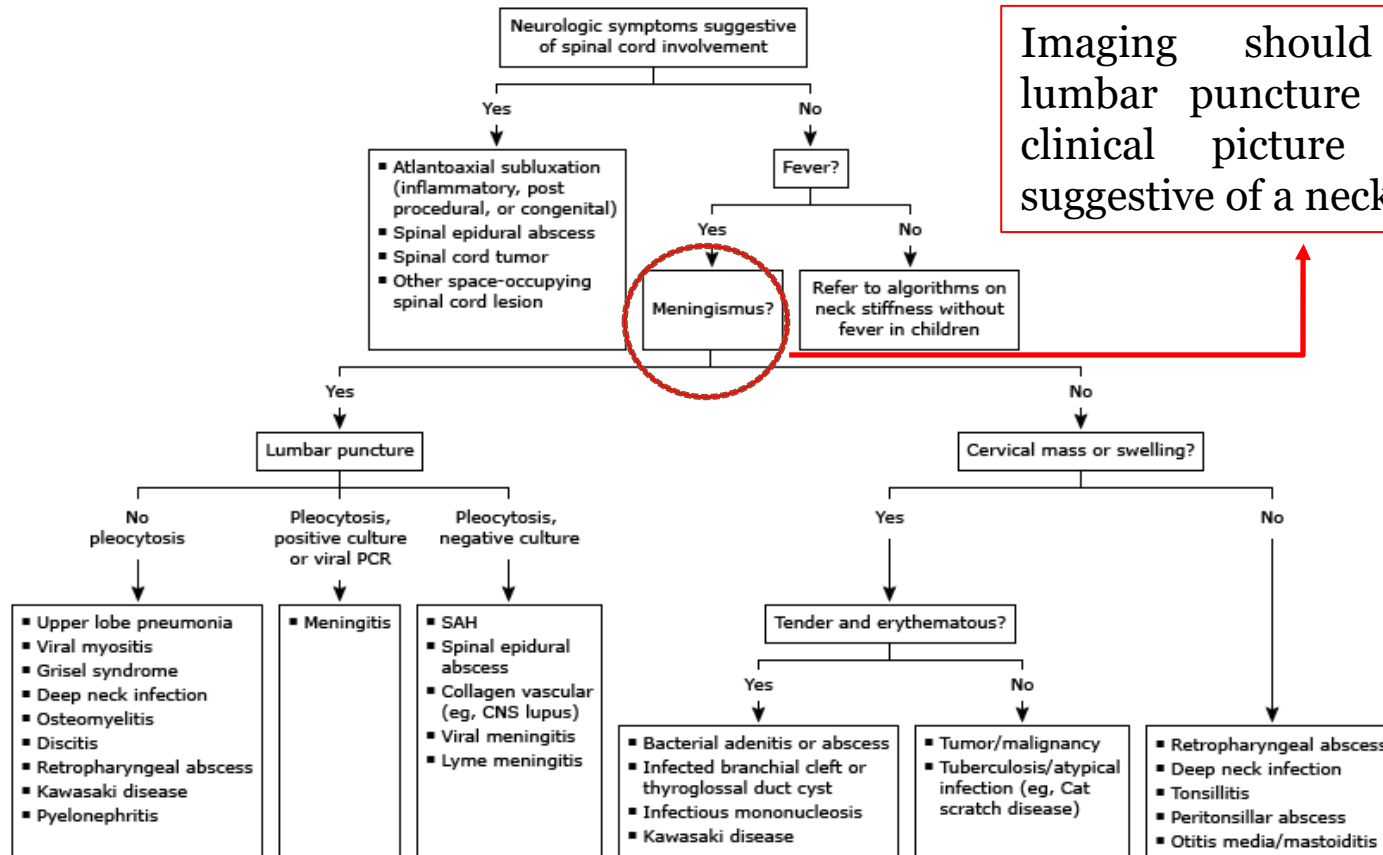
Anamnesis y Datos exploratorios

Hallazgo físico principal: dolor a la movilización cervical con dificultad para la extensión y rotación cervical

Hallazgos físicos accesorios: adenopatías laterocervicales bilaterales dolorosas y labios ligeramente eritematosos

Diagnóstico diferencial

Nontraumatic neck stiffness or torticollis in children



Imaging should precede lumbar puncture when the clinical picture is more suggestive of a neck infection.

CNS: central nervous system; PCR: polymerase chain reaction.

(Breet-Fleegler M, 2019)

Diagnóstico diferencial

	A favor	En contra
Meningitis	Fiebre + rigidez cervical	Náuseas/vómitos o cefalea
Neumonía	Fiebre y dolor cervical	Tos o sintomatología respiratoria
Infección laríngea (epiglotitis/laringitis subglótica)	Fiebre + adenopatías laterocervicales	Estridor inspiratorio/ actitud en trípode/tos perruna/cuerpo extraño
Subluxación atlo-axoidea	Rigidez cervical	No trauma previo. No síndrome Down, AR
Absceso periamigdalino	Fiebre + rigidez cervical + voz adenoidea	Trismus
Absceso retrofaringeo	Fiebre + rigidez cervical e incapacidad extensión	Trismus
Linfadenitis cervical / Kawasaki / Síndrome mononucleósido	Fiebre y adenopatías +/- odinofagia	Inyección conjuntival, edema en manos, lengua aframbuesada, rash

Pruebas complementarias

- **Analítica sanguínea:** bioquímica, hemograma y coagulación. Serología
- **Hemocultivo**
- **TAC cervical con contraste IV**



Tratamiento

- **Interconsulta ORL (30/01/2021):**
 - Amigdalectomía + adenoidectomía + drenaje del absceso
 - Antibioterapia IV: cefotaxima + clindamicina + corticoterapia sistémica
- **Paso a planta de hospitalización a cargo de Escolares**

Evolución

- Se mantiene tratamiento antibiótico IV con cefotaxima + clindamicina
- Se retira corticoterapia sistémica gradualmente con buena tolerancia
- Tras obtención de resultado de cultivo (*Staphylococcus aureus*) se permite desescalar a antibioterapia oral el 4º día: amoxicilina/ácido clavulánico (adecuada tolerancia)
- El paciente permanece afebril durante el ingreso con constantes normales, adecuada tolerancia oral y desaparición de rigidez cervical
- Alta el día 05/02/2021. Tratamiento antibiótico oral con moxicilina/ácido clavulánico 100 mg/mL + 12.5 mg/mL frasco 120 mL polvo en suspensión oral -> **4 mL cada 8 horas durante 4 días**
- Seguimiento en Consultas Externas de Pediatría

Absceso periamigdalino/parafaríngeo

- El **absceso periamigdalino** (APA) es la infección más frecuente de los tejidos profundos del cuello y la complicación más usual de la faringoamigdalitis aguda
- Los síntomas claves del diagnóstico son el **trismus** y la **odinofagia**. Como signo característico, el **abultamiento asimétrico, eritematoso y fluctuante de la amígdala**
- El diagnóstico es **clínico**, se recomienda valoración ORL. En ocasiones se requiere aspiración con aguja (técnica de elección para tratamiento) o incisión y drenaje para comprobarlo
- La infección está causada la mayoría de las ocasiones por flora mixta (aerobios y anaerobios). El germen más frecuente es el ***Streptococcus pyogenes***
- El antibiótico de elección es la **amoxicilina con ácido clavulánico**. En alérgicos a la penicilina se recomienda el uso de la clindamicina



(Escribano Ceruelo E et al, 2019)



Bibliografía

1. Breet-Fleegler M. **Approach to neck stiffness in children.** In: [UpToDate](#), Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January 12,2021.)
2. Wald ER. **Peritonsillar cellulitis and abscess.** In: [UpToDate](#), Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January 12,2021.)
3. Wald ER. **Retropharyngeal infections in children.** In: [UpToDate](#), Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January 12,2021.)
4. Martín Campagne E, del Castillo Martín F, Martínez López M, Borque de Andrés C, de José Gómez M, García de Miguel M, et al. **Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo, estudio de 13 años.** An Pediatr (Barc). 2006;65(1):32-6.
5. García Callejo FJ, Núñez Gómez F, Sala Franco J, y cols. **Tratamiento de la infección periamigdalina.** An Pediatr. 2006; 65 (1):37-43.
6. Escribano Ceruelo E. Duelo Marcos MM, Arroba Basanta ML. **Absceso periamigdalino (2019).** En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el 12-02-2021. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
7. Babl FE, Pascucci R. **Retropharyngeal Abscess.** New England Journal of Medicine. 1997;337(7):472-472.