

# INFECCIÓN DE LOS ESPACIOS PROFUNDOS DEL CUELLO.

Dr. Josep M. Guardiola. Servicio de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i sant Pau. Barcelona.

## CONCEPTO

En el cuello existen varios espacios “virtuales” y planos aponeuróticos. La infección de cualquiera de ellos puede diseminarse rápida y fácilmente y abarcar estructuras vitales del cuello, como la laringe, grandes vasos y pares craneales inferiores. Los abscesos cervicales también se denominan abscesos del cuello o infecciones cervicales profundas.

Las infecciones de los espacios profundos del cuello pueden presentar complicaciones muy severas y ocasionalmente producir la muerte. En épocas más remotas constituían una infección “clásica”, a menudo difícil de diagnosticar. En la actualidad, con el uso masivo de antibióticos, constituyen una entidad poco frecuente. Es por ello que el médico de urgencias las debe conocer y saber manejar. Para el correcto tratamiento de estas infecciones es fundamental la identificación precoz del compromiso de la vía aérea, la rápida intervención quirúrgica cuando sea preciso y una antibioterapia adecuada.

Las infecciones causantes más frecuentes pueden originarse en amígdalas, adenoides, cavidades nasales, senos paranasales, faringe, glándulas salivales, oídos y dientes. La infección puede preceder al proceso en varias semanas y con frecuencia es difícil discernir la fuente primaria de infección.

Existen varios tipos de abscesos cervicales (son múltiples las clasificaciones), entre los que se incluyen los siguientes:

**Absceso retrofaríngeo.** Se forma detrás de la faringe (parte posterior de la garganta), entre el área retranasal y prevertebral. Habitualmente se produce tras una infección de las vías respiratorias superiores. A nivel del compartimento prevertebral pueden producirse infecciones muy graves, comunicando con el mediastino.

**Absceso periamigdalino.** Absceso que se forma en las paredes del tejido, entre la cápsula amigdalina y el músculo constrictor superior. Este tipo de absceso se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, y rara vez se observa en niños pequeños. El absceso periamigdalino a menudo se denomina angina.

**Absceso submandibular.** Absceso que se encuentra debajo de los tejidos en el piso de la boca. El pus se acumula debajo de la lengua y la empuja hacia arriba y hacia la parte posterior de la garganta, lo cual puede provocar problemas respiratorios y de deglución. La angina de Ludwig se trata de una celulitis gangrenosa del suelo de la boca.

**Absceso faringoamigdalario.** La infección se localiza en el espacio parafaríngeo. Se produce un desplazamiento de la pared faríngea, desplazando la amígdala hacia abajo y adentro. Las infecciones en el compartimento posterior pueden afectar al paquete vasculonervioso carotideo.

### **ETIOLOGÍA MÁS PROBABLE**

La mayoría de las infecciones son polimicrobianas: contienen bacterias gram positivas y gram negativas, aerobias y anaerobias. Los anaerobios, que provienen de la placa dental, más comúnmente aislados son *Peptoestreptococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Actinomyces spp*, *Prevotella spp*, *Porphyromonas spp*, *Veillonella spp*, *Eubacterium spp*, *Lactobacillus spp* y *Fusobacterium spp*

Los estreptococos del grupo "A" y los anaerobios bucales, son los microorganismos más usuales en el absceso periamigdalino y en el absceso retrofaríngeo. Las infecciones submandibulares, son causadas comúnmente por estafilococos y tienen más baja incidencia de flora mixta.

### **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico será mediante la exploración física, ayudados por diversas exploraciones complementarias. En ocasiones deberá tenerse un alto índice de sospecha

Los principales síntomas generales son la fiebre, escalofríos, malestar general, pérdida del apetito. Además podemos tener síntomas locales como lo son: odinofagia, disfagia, dolor faríngeo, rigidez del cuello, dolor del cuello, trismus, y cambios de la voz. Los principales signos hallados son el aumento del volumen del cuello, la elevación del piso de la boca, sialorrea, diaforesis, hipertermia, abombamiento de la pared faríngea, sangrado. Cuando existe compromiso de la vía aérea podemos observar: disnea, estridor, bradipnea...

Los pacientes pueden presentar un estado general muy deteriorado y mostrar signos de sepsis y shock séptico en asociación con los síntomas mencionados.

Las complicaciones más graves son: obstrucción de vía respiratoria, trismus, mediastinitis, septicemia, trombosis venosa yugular, parálisis de los pares craneales IX, X, XI y XII, infección de la carótida y su probable rotura, y la rotura del absceso hacia la vía respiratoria.

#### **Exploraciones complementarias.**

A parte de las determinaciones analíticas habituales, diversas técnicas radiológicas pueden ser de ayuda.

Placa simple. Las radiografías simples del cuello tienen utilidad limitada en el diagnóstico de los abscesos cervicales profundos. Las radiografías del tipo ortopantografías pueden identificar fuentes odontógenas de infección. Las radiografías del tórax pueden mostrar diseminación de la infección al

mediastino ó a los pulmones. Si en algún caso pueden ser de utilidad, es en el diagnóstico del absceso retrofaringeo, mediante la realización de una radiografía lateral del cuello.

ECO a nivel de cuello. Puede ser una herramienta útil en algunos abscesos cervicales. No es invasiva ni requiere radiación, además es económica y fácil de realizar, además no requiere sedación. Se puede identificar la localización, tamaño, relación con estructuras vecinas y características internas de la lesión. La técnica también puede servir para localizar el absceso y guiar la aspiración con aguja, y puede emplearse durante la cirugía.

Tomografía Axial Computarizada. Es la modalidad diagnóstica que más se utiliza en infecciones cervicales de cuello y en general es el mejor estudio radiográfico para valorar abscesos cervicales profundos. El TAC puede diferenciar entre abscesos, celulitis y masas sólidas. Además la TAC con contraste endovenoso permite valorar estructuras vasculares y ayuda a diagnosticar problemas como trombosis venosas. Pueden definirse los límites anatómicos de los abscesos mediante TAC así como la afección de estructuras contiguas.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento debe ser a dosis altas. No hay que obstinarse solo en el tratamiento antibiótico. En muchos casos será necesario un abordaje quirúrgico. El tratamiento antibiótico debe mantenerse entre dos y tres semanas.

Debe administrarse terapia antibiótica endovenosa de forma empírica.

De elección: - Amoxicina-Ac. Clavulánico: 2gr cada 8 h ev.

-Ertapenem 1 g cada 24 h.

-Peni G Na: 2 millones de unidades / 4 h ev más metronidazol 500 mg cada 8 h ev.

Alternativa: -Clindamicina 600 mg cada 8 h ev junto a moxifloxacino 400 mg cada 24 h vo o levofloxacino 500 mg cada 24 h.

En pacientes inmunodeprimidos: Imipenem 1 g cada 8 h más amikacina 15 mg/Kg/día.