

INFECCIONES PROFUNDAS DE CABEZA Y CUELLO, UNA ENFERMEDAD COMÚN

ARTICULO ORIGINAL

*Dra. Aura Marina Díaz de Palacios**

*Dr. Peter Baptista***

*Dr. Sergio Arenas****

*Dra. Virginia Cameli****

*Dr. Nelson Farfán*****

Resumen

Se hizo un estudio retrospectivo de 64 pacientes de enero a diciembre 1996 en el Hospital Universitario de Caracas.

Promedio de edad: 29,98 años

34 masculino - 30 femenino

Se hace un estudio de etiología, clínica, evaluación y tratamiento.

47 pacientes necesitaron drenaje quirúrgico.

Palabras clave

Absceso, cabeza, cuello.

Abstract

A retrospective study of 64 patients from January 1991 to December 1996 from the University Hospital of Caracas is done.

Mean age is 29,98 years

A study is made of ethiology clinic, evolution and treatment. 47 patients required suried drenaje.

Key words

Head, neck, absces.

* Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.

** Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.

*** Residentes del Postgrado de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.

**** Residente del Postgrado de Otorrinolaringología del Hospital Vargas de Caracas.

Introducción

Las infecciones profundas de cabeza y cuello son un problema de salud pública muy complejo para los países en vías de desarrollo. Su diagnóstico y tratamiento precoz es de gran importancia una vez instalada la infección, ya que la diseminación a estructuras y órganos vitales puede generar secuelas graves e incluso la muerte (5,6,7). Estos se generan por la colonización de agentes patógenos a los espacios interaponeuróticos (espacios laterofaríngeos, submandibulares, parotídeos, retrofaríngeos) y óseos (órbita, bóveda craneana) que provienen de las infecciones de órganos y estructuras más superficiales de la cabeza y el cuello.

Se presentan los hallazgos relevantes en una revisión de los pacientes ingresados al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela, con infecciones profundas de cabeza y cuello, en un periodo de 5 años comprendidos entre 1991 y 1996.

Marco Teórico

Las infecciones profundas de cabeza y cuello consisten en procesos inflamatorios agudos producidos por un determinado agente infeccioso, que involucran los espacios aponeuróticos que se encuentran en los siguientes espacios:

- **Los espacios mandibulares primarios**, constituidos por:
 - Espacio submentoniano:** Entre el vientre posterior del músculo digástrico, el músculo milohioideo y la piel.
 - Espacio sublingual:** entre la mucosa oral y el músculo milohioideo.
 - Espacio submaxilar:** entre el músculo milohioideo y la fascia cervical superficial y la piel.
- **Espacios mandibulares secundarios:**
 - Espacio maseterino:** entre la rama ascendente de la mandíbula y el músculo masetero.
 - Espacio pterigomaxilar:** entre el proceso medial de la mandíbula y el músculo pterigoideo medial o interno.
 - Espacio temporal:** ubicado a nivel posterior y superior a los anteriores; lateralmente tiene la fascia temporal y medialmente la base del cráneo. A su vez está dividido en dos áreas, superficial y profunda.
- **Espacios cervicales profundos:**
 - Espacio laterofaríngeo:** tiene forma de pirámide invertida cuya base esta formada por la base del cráneo y su vértice está a nivel del hueso hioides. Lateralmente se encuentra limitado en forma medial por el pterigoideo medial y lateralmente por el constrictor superior de la faringe. En esta sección la apófisis estiloides, junto con los músculos y fascias allí insertados, dividen a éste en un compartimiento anterior o preestíleo (contiene músculos) y uno posterior o retroestíleo, que contiene el paquete vasculonervioso cervical (arteria carótida, vena yugular interna, pares craneales del IX al XII y simpático cervical).
 - Espacio retrofaríngeo:** en situación posteromedial al anterior. Se encuentra entre el músculo faríngeo superior y su fascia en la parte anterior y en la hoja alar de la fascia prevertebral. Desde la base del cráneo a nivel del tubérculo faríngeo hasta C_{VII} o T_I, donde las dos hojas de la fascia antes nombradas se fusionan, comunicando con el mediastino posterosuperior.

Espacio prevertebral: es un espacio virtual entre las dos hojas de la fascia prevertebral, extendida desde la base del cráneo hasta el diafragma.

Hay estructuras adyacentes, como la bóveda craneal y la región orbitaria, que por la contigüidad pueden ser comprometidas por procesos infecciosos de origen rinosinusal (1,2,3).

El diagnóstico de la extensión del proceso inflamatorio hacia estos espacios es eminentemente clínico, en los cuales los signos de inflamación e impotencia funcional constituyen los puntos cardinales, aunado a los estudios paraclínicos, en los cuales las variaciones en el conteo leucocitario y los estudios imagenológicos de las estructuras involucradas son instrumentos fundamentales en la descripción topográfica del proceso y de la extensión y compromiso de estructuras anatómicas vitales circunvecinas (4,5,7). (Figuras 1, 2 y 3).

Materiales y Métodos

Este estudio retrospectivo está basado en la revisión de las historias clínicas de 64 pacientes admitidos durante un periodo de 5 años, entre enero de 1991 y diciembre de 1996. Se

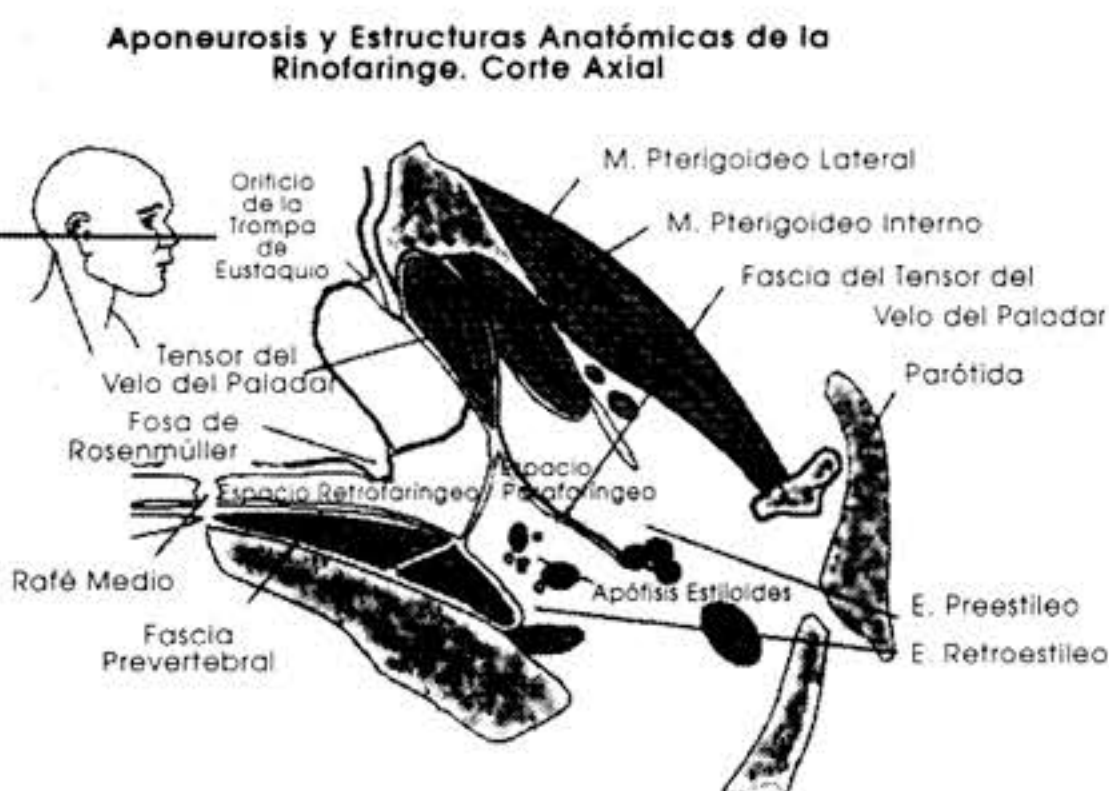


Figura 1

incluyeron todos los pacientes que presentaron procesos inflamatorios agudos de etiología infecciosa que se diseminaron a espacios profundos de cabeza y cuello, ingresados por el servicio de ORL del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. Su recolección de los datos se llevó a cabo mediante un protocolo estandarizado en el cual se incluyó edad, sexo, antecedentes clínicos relevantes, síntomas y signos, estudios diagnósticos, tratamiento antimicrobiano y abordaje quirúrgico, si fue necesario. La información fue manejada mediante una base de datos para su análisis.

Aponeurosis y Estructuras Anatómicas de la Rinofaringe. Corte Coronal

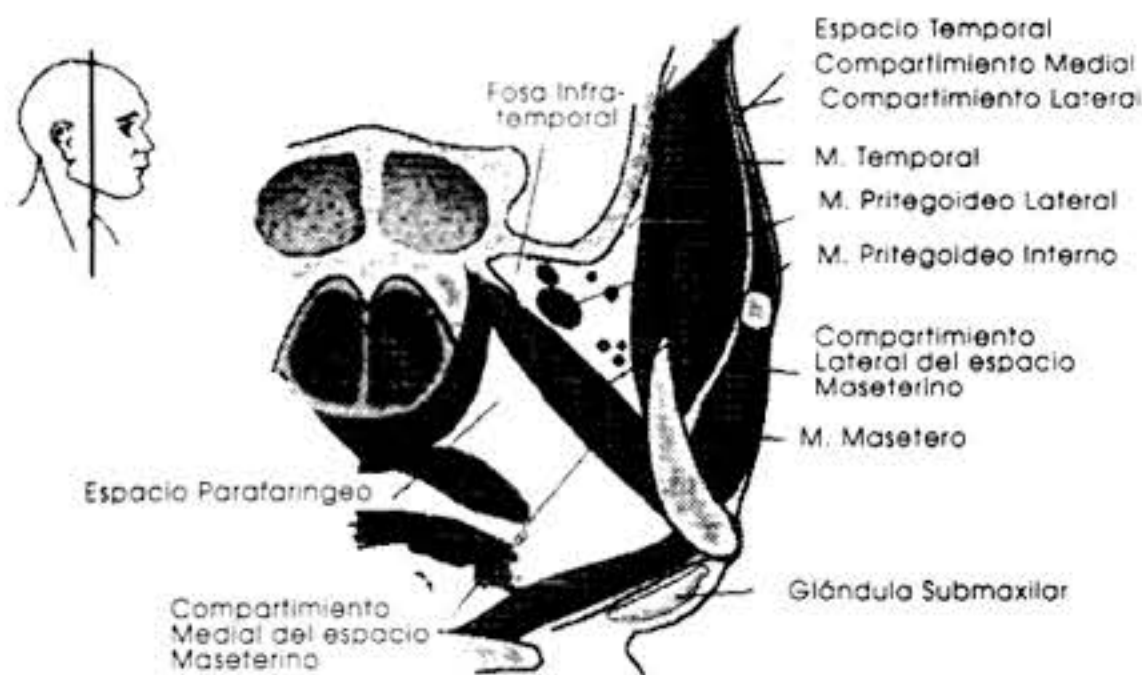


Figura 2

Resultados

La edad promedio fue de 11 a 72 años, con un promedio 29,9 años. Los grupos etarios más involucrados fueron los comprendidos entre los 11 y los 30 años; 34 del sexo masculino y 30 del sexo femenino. El espacio más frecuentemente comprometido fue el espacio parafaringeo (11 pacientes), seguido del espacio submaxilar y el masticatorio, con 6 casos cada uno. La duración de los síntomas osciló entre 1 a 31 días, con un promedio de 10,5 días. Los síntomas más comunes fueron el dolor, seguido por fiebre y aumento de volumen facial. Solamente 17 pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano

Aponeurosis y Estructuras Anatómicas de la Rinofaringe. Corte Sagital

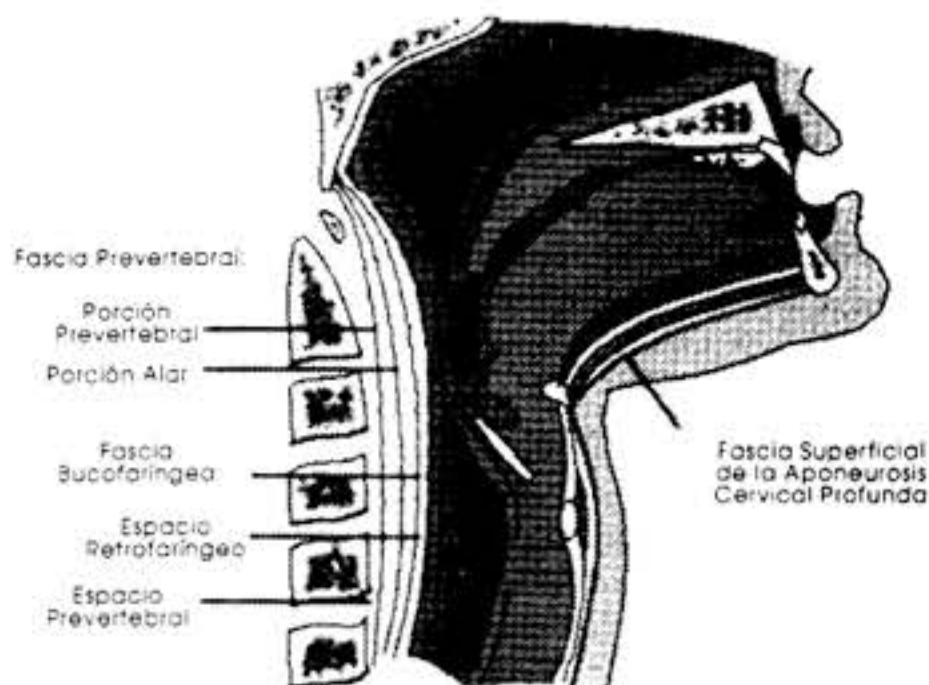


Figura 3

centro médico

Dra. Aura Marina Díaz de Palacios • Dr. Peter Baptista • Dr. Sergio Arenas • Dra. Virginia Cameli • Dr. Nelson Farfán



Foto 1

previo a la consulta. Cuatro pacientes tenían historia previa de diabetes y a 3 se les había practicado tratamiento odontológico previo a la instalación del proceso. El promedio del conteo de leucocitos $10.532 \times \text{mm}^3$. Dieciocho pacientes presentaron infecciones profundas de origen odontógeno, siendo éste el más frecuente. Las zonas más frecuentemente comprometidas fueron la región facial (celulitis abscedadas en 3 casos, celulitis no abscedadas otros 3 casos, Angina de Ludwig 4 casos, absceso submaxilar 1 caso, celulitis laterocervical 2 casos, abscesos laterocervicales 5 casos). Catorce pacientes presentaron procesos infecciosos rinosinuales, 8 pacientes presentaron abscesos periorbitarios y 1 fue ingresado por presentar edema periorbitario como complicaciones. Cuatro pacientes presentaron abscesos de tabique nasal. Las infecciones profundas de la región amigdalina se vieron también con frecuencia, de los 10 pacientes que fueron ingresados por afecciones de esta área, 7 fueron por flegmones periamigdalinos y 3 presentaron abscesos periamigdalinos. Cinco de los pacientes que fueron hospitalizados presentaban compromiso del espacio parotideo, de los cuales 2 presentaron parotiditis agudas no abscedadas y 3 sí presentaron absceso de la lesión. Otros 5 pacientes fueron ingresados por presentar compromiso de las glándulas submaxilares, 2 de ellos con sialoadenitis submaxilares abscedadas. Dos pacientes fueron ingresados por la complicación producida por la ingestión de cuerpos extraños: uno presentó un flegmón retrofaringeo, el otro hizo un absceso parafaríngeo. Cuatro pacientes presentaron lesiones abscedadas a nivel facial como complicaciones de procesos cutáneos (laceraciones de piel, forúnculo). Un paciente, con carcinoma epidermoide de laringe, ingresó por presentar un absceso de la región anterior del cuello. Un paciente fue ingresado por presentar una otomastoiditis crónica reagudizada, complicada con un absceso de Bezold. Otro ingresó por presentar un quiste branquial abscedado. En 3 pacientes con abscesos para-

faringeos, no fue posible precisar la etiología. En nuestra serie solo se observó un caso que concluyó con la muerte de la paciente, debida a una Angina de Ludwig de punto de partida odontógeno que se complicó con una mediastinitis. El promedio de días de hospitalización fue de 13,88 días. El drenaje de abscesos se realizó en 47 pacientes. Los antibióticos más usados fueron la penicilina cristalina como monoterapia, en dosis para gérmenes anaerobios o asociada al cloranfenicol. Como alternativa para pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas, el antimicrobiano más usado fue la clindamicina.

Discusión

Las infecciones profundas de cabeza y cuello son un verdadero reto para el clínico y el cirujano. Son lesiones que pueden observarse a cualquier edad, pero con más frecuencia en la población joven. La vecindad de estructuras vitales de la economía y la fácil diseminación de éstas, requieren una precoz y agresiva terapéutica a fin de controlar su evolución e impedir las complicaciones (5,6). El rápido desarrollo de las manifestaciones en estos pacientes hace que consulten de manera temprana, facilitando así la instalación del tratamiento (4). La imagenología, tanto las radiografías simples en primera instancia y subsecuentemente las topografías computadas cervicales, son de inestimable valor para la precisión y el diagnóstico diferencial (2,7). Los procesos infecciosos de punto de partida odontógeno son frecuentemente citados como fuentes de origen habitual, infecciones profundas de cabeza y cuello (5,6). Esto tiene implicaciones importantes en cuanto a la flora bacteriana involucrada y determina el tratamiento empírico inicial. La evolución de los pacientes con medicamentos como la penicilina cristalina y el cloranfenicol, fue en general bastante buena, a



Foto 2

centro médico

Infecciones profundas de cabeza y cuello, una enfermedad común

pesar de la alta resistencia reportada en forma consistente en las diversas revisiones contra estos antibióticos (2,4). Los exámenes de laboratorio, en especial la fórmula y el conteo leucocitario, se mostró en nuestra revisión con una gran variación, observándose en una forma significativa la presencia de valores normales. Así mismo, el descenso de los valores de células blancas no se observó en concordancia con la evolución clínica en una forma consistente. Asociado al tratamiento médico debe realizarse el drenaje de las colecciones purulentas (2,4,5,6,8). Estos procedimientos pueden ir acompañados de maniobras que aseguren la vía aérea en caso de que ésta se encuentre comprometida. En nuestra serie, ningún paciente ameritó la realización de traqueostomía o de intubación naso u orotraqueal por obstrucción de la vía. Las complicaciones se han vuelto cada vez más raras en vista del tratamiento agresivo que se realiza en estos casos; sin embargo, son descritas todavía las trombosis de la vena yugular interna y la ruptura de la arteria carótida (4,8,9,10). Las mediastinitis se presentan por la diseminación de los procesos infecciosos a través del espacio retrofaríngeo, la zona de peligro y el espacio prevertebral (2,6). Este es el caso de la paciente de 21 años fallecida por una mediastinitis a enterococo, como complicación de una Angina de Ludwig de punto de partida odontógeno. (Fotos 1, 2 y 3).

Conclusiones

Las infecciones profundas de cabeza y cuello pueden complicarse por su rápida diseminación a órganos vitales, poniendo en riesgo la vida del paciente. La asociación de antibióticos penicilina y cloranfenicol resultan de gran utilidad para el tratamiento dirigido a la flora mixta, responsable de la mayoría de estos procesos. Estas infecciones afectan en mayor proporción a la población en edad productiva, con los consiguientes costos sociales sobreagregados al tratamiento hospitalario.

Los procesos de origen dental fueron la principal causa observada, seguida de cerca por las infecciones nasosinusales.

La fórmula y el conteo de leucocitos no es un factor pronóstico ni relevante en el seguimiento de estas enfermedades.

Referencias bibliográficas

1. Bielamowicz et al. Cervical Space and Triangles, Otolaryngol, Head and Neck Surg July/August 1994; 383-388.
2. Bluestonco, C.D.; Stool, S.E.; Kenna, M.A. Pediatric Otolaryngology, W.B. Saunders Company 30 edition 1525-1545.
3. Cummings C.W.; Fredrickson, J.M.; Harker, L.A. et al. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Mosby 1986:1573-1586.
4. Gidley P.W.; Bechara, Y.G.; Stiemberg C.M. Contemporary management of deep neck space infections. Otolaryngol, Head and Neck Surg, 1997; Jan 116:1, 16-22.
5. Johnson, J.T. Abscesses and deep space infections of the head and Neck. Infect Dis Clin North am, 1992 Sep, 6:3,705-17.
6. Li, K.K. Descending necrotizing mediastinitis. Otolaryngol, Head and Neck Surg, 1996 M-A, 18:2,192-6.



Foto 3

7. Marsot-Dupuch, K. et al. Use of X-ray computed tomography in cervical infections. J Radiol, 1988 Mar, 69:3, 175-86.
8. Steimberg, C.M. Deep-neck space infections. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986;1 12:1274-1279.
9. Tomm, M.B.; Rice, D.H. Presentation and management of neck abscess. Laryngoscope, 1988 Aug, 98:8 Pt 1, 877-80.
10. Wills, P.L, Vernon, R.P. Jr. Complications of space infections of the head and neck, Laryngoscope, 1981 Jul, 91:7,1129-36.

