

# Guía de práctica clínico-quirúrgica para abscesos profundos de cuello

## Clinical-surgical practice guide in deep neck abscesses

Germán Riquelme<sup>1</sup>, Guido Busnelli<sup>1</sup>, Adrián Cameron<sup>1</sup>, Roque Adán<sup>1</sup>, Marisa Casiraghi<sup>2</sup>, Silvia Zapata<sup>3</sup>, Carolina Tajan<sup>2</sup>, Hernán Díaz<sup>3</sup>, Marcos Ratinoff<sup>3</sup>

Fronteras en Medicina 2020;15(1):38-41. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202001/0040-0043>

### INTRODUCCIÓN

Se define a los abscesos profundos de cuello (APC) como procesos de origen infeccioso, que forman una colección a través de los planos profundos del cuello, delimitados por fascias, músculos y huesos propios del cuello y base de cráneo. Pueden involucrar uno o varios de estos espacios y estar localizados o diseminados generando complicaciones de extrema gravedad locales o a distancia que ponen en riesgo la vida. Afecta generalmente a individuos con mala higiene bucal de cualquier edad; con frecuencia asociado a diabetes mellitus, portadores de HIV o inmunocomprometidos. El mecanismo es por diseminación de una bacteria por vía hematogena, contigüidad o más frecuentemente por vía linfática a los ganglios cervicales<sup>1,2</sup>.

El objetivo de esta guía clínico-quirúrgica es uniformar conceptos y conductas para el manejo de los APC, con el fin de protocolizar y unificar el tratamiento multidisciplinario de dicha patología.

Luego de analizar guías y consensos internacionales, se propone un protocolo del Hospital Británico de Buenos Aires, para optimizar el manejo de los APC.

1. Servicio de Cirugía General  
2. Servicio de Otorrinolaringología  
3. Servicio de Cirugía Plástica  
Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Germán Riquelme. Servicio de Cirugía General, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep. Argentina. Tel.: (011) 43096400. [riquelmegerman28@gmail.com](mailto:riquelmegerman28@gmail.com)

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 23/11/2019 | Aceptado: 17/12/2019

### CLASIFICACIÓN

Se clasifican según su localización con respecto a las estructuras que delimitan la cavidad<sup>3,4</sup> (**Tabla 1**).

#### Espacio masticatorio

- Lateral: capa superficial de la aponeurosis cervical que cubre el músculo masetero.
- Medial: músculo pterigoideo medio.
- Posterior: rama ascendente de la mandíbula
- Anterior: borde anterior del masetero y el músculo pterigoideo medio.
- Inferior: superficie inferior de la rama ascendente de la mandíbula.
- Superior: fascia y músculo temporal y borde inferior de hueso esfenoidal.

#### Espacio submandibular

- Lateral: borde medial de mandíbula y capa superficial de la aponeurosis cervical.
- Posterior: músculo estilohioideo y vientre posterior del músculo digástrico.
- Superior: borde inferior de lengua.
- Inferior: hoja superficial de fascia cervical profunda.

#### Espacio parafaríngeo

- Superior: base de cráneo.
- Inferior: hueso hioides.
- Medial: fascia pretraqueal y constrictor de la faringe.
- Lateral: fascia superficial, parótida, músculo pterigoideo y mandíbula.
- Posterior: fascia carotídea.

#### Espacio retrofaríngeo

- Superior: base de cráneo
- Inferior: mediastino posterior.
- Anterior: fascia bucofaríngea y esófago.
- Posterior: capa alar de la fascia cervical profunda.
- Lateral: fascia carotídea.

## Espacio periamigdalino

- Lateral: constrictor superior de la laringe
- Posterior: palatofaríngeo.
- Anterior: palatogloso.

## Espacio prevertebral

- Superior: base de cráneo.
- Inferior: coxis.
- Posterior: fascia prevertebral.
- Anterior: ligamento longitudinal anterior.

La causa más frecuente de APC, cualquiera sea su localización, es el origen odontógeno. Sin embargo, el espacio periamigdalino se caracteriza porque el origen del absceso es la infección de la propia amígdala; y el espacio parafaríngeo tiene un porcentaje de causa amigdalina por la proximidad de la región<sup>2,5,6</sup> (**Figura 1**).

## CUADRO CLÍNICO

Si bien el cuadro clínico de un paciente con absceso tiene como factor común dolor, fiebre y leucocitosis, la presentación clínica de los APC va a depender de su localización. De este modo, existen cuadros de disfagia, alteraciones de la voz, sialorrea o elevación del piso de boca en los abscesos submandibulares; disfagia, trismus o desplazamiento de la línea media en los parafaríngeos; odinofagia y alteraciones en la voz asociados a abombamiento del pilar anterior en los abscesos periamigdalinos; disfagia, trismus o tumoración gingival en los del espacio masticatorio; disfagia, abombamiento de la pared posterior de faringe en los abscesos retrofaríngeos. De estos, deben priorizarse los signos o síntomas que lleven a identificar la emergencia o la urgencia de esta patología, como, por ejemplo, la elevación de la lengua, el abombamiento marcado de alguna estructura, ya sea el espacio amigdalino o la pared posterior de la faringe; el trismus o los cambios en el tono de la voz indican el compromiso de la vía aérea, que es la parte fundamental de identificar en esta patología<sup>2,7</sup>.

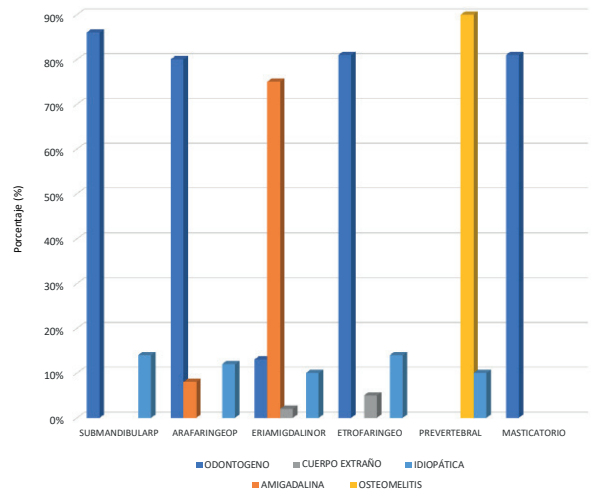
## EVALUACIÓN INICIAL

Los objetivos principales son:

- Sospechar o hacer el diagnóstico de absceso.
- Determinar si hay o no compromiso de la vía aérea.
- Derivación a especialista para resolución mediante drenaje quirúrgico.

## ANAMNESIS

Debe interrogarse a los pacientes acerca de extracciones de piezas dentarias recientemente, infecciones odontológicas, amigdalitis o algún proceso infeccioso locorregional. Interrogar acerca de disnea, disfagia o trismus y siempre si están acompañados de dolor, fiebre o sensación de abultamiento<sup>2</sup>.



**Figura 1.** Causas más frecuente de APC.0

Factores de riesgo: diabetes mellitus, HIV, inmuno comprometido.

## EXPLORACIÓN

- Identificar el grado de emergencia del cuadro (anamnesis breve): Proceso odontógeno reciente, amigdalitis o infección locorregional reciente.
- Sospecha de APC: bulto, dolor y fiebre.
- Evaluar compromiso de vía aérea: disnea, trismus, elevación de lengua o abombamiento de región amigdalina o pared posterior de faringe. En caso de compromiso, asegurar vía aérea mediante intubación o traqueostomía.
- Una vez asegurada la vía aérea, se debe realizar una tomografía para definir la localización del absceso.
- Completar el interrogatorio: hablar con familiares en busca de posible causa y buscar factores de riesgo: diabetes, HIV, inmunocompromiso.

## LABORATORIO

Solicitar un laboratorio que incluya como mínimo:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Función renal.

## MANEJO INICIAL

El primer paso en el manejo inicial del paciente con APC es determinar si presenta o no compromiso de la vía aérea (**Figura 2**).

- Si no presenta compromiso de la misma y el paciente no se encuentra séptico, se puede realizar un buen interrogatorio, laboratorio, iniciar antibióticos (ATB) de manera empírica y realizar una tomografía computarizada (TC).
- En el caso de que el paciente no presente compromi-

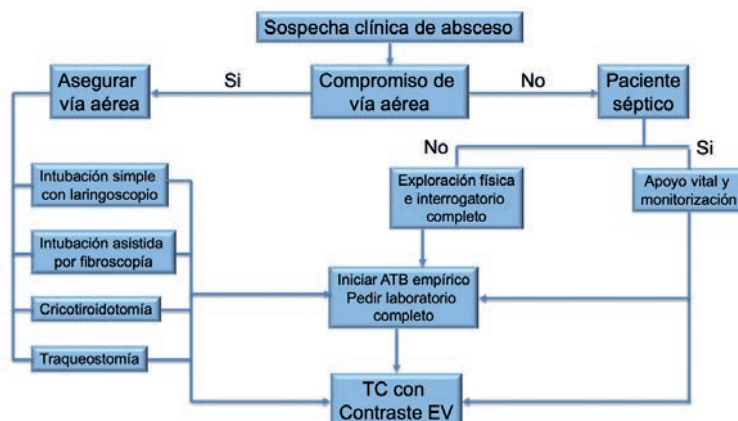


Figura 2. Algoritmo de evaluación del paciente.

so de la vía aérea pero se encuentre séptico, se deberá dar apoyo vital y monitorización en unidad cerrada realizando lo antes posible un laboratorio, iniciar ATB empíricos y una vez que se encuentre estable realizar una TC a la brevedad. La TC debe indicarse de cuello y tórax, con contraste endovenoso (CEV).

- En el escenario en el que el paciente presente compromiso de la vía aérea, se deberá asegurar la misma mediante intubación orotraqueal simple, asistida por fibroscopia y, en los casos que no se pueda o de antemano se sospeche que no va a ser posible (limitación de la apertura bucal, trismus, obstrucción de la cavidad oral u orofaringe por abultamiento de las estructuras), se deberá implementar la cricotiroidotomía o la traqueostomía.
- La TC permitirá, una vez que el paciente se encuentre con una vía aérea segura y estable, definir la localización y la extensión del absceso, lo que determina qué servicio será el indicado para su drenaje quirúrgico.

### Tomografía con contraste endovenoso

La tomografía contrastada es la exploración de elección en los APC, ya que nos va a determinar la localización y la extensión del absceso. Nos va a manifestar la relación con los demás tejidos ya sean estructuras óseas o partes blandas, a diferencia de la resonancia, que no nos va a definir las partes óseas. La ecografía no se recomienda por la baja definición y la falta de determinación de algunos abscesos de mayor profundidad. Gracias al CEV podemos dar más definición al absceso en sí ya que va a realzar su pared lo que también nos ayuda a delimitarlo y con esto hacer la derivación al servicio correspondiente para su drenaje<sup>3</sup>.

## TRATAMIENTO

El tratamiento definitivo es el drenaje quirúrgico realizado por el servicio correspondiente siempre asociado al manejo antibiótico, que siempre tendrá en cuenta los gérmenes de la flora habitual de la cavidad bucal: *Streptococcus viridans* sp, *Streptococcus* no B hemo-

lítico, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas*, *Peptostreptococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Bacteroides*, *Neisseria* sp, *Haemophilus* sp, fusobacterias, *Prevotella*, *Eikenella*, entre otros<sup>8</sup>.

De inicio se utilizan antibióticos como betalactámicos de amplio espectro (para gram positivos y negativos) más metronidazol o clindamicina para anaerobios. Si inicia tratamiento empírico con cefalosporinas de 3ra generación como ceftriaxona 1 a 2 gramos cada 12 hs y metronidazol 500 mg cada 8 hs y/o clindamicina 600 mg cada 6 hs. Como alternativas se pueden utilizar esquemas como ampicilina sulbactam o ciprofloxacina más clindamicina. Este esquema inicial se modificará de acuerdo al resultado del cultivo, antibiograma y la evolución clínica del paciente.

Si bien el foco de cabeza y cuello (CyC) no es común en pacientes inmunocomprometidos como neutropénicos febriles, en tal caso el esquema antibiótico se acomodará de acuerdo a lo que sugieren las guías en cada caso en particular.

El tratamiento con ATB sin drenaje solo se emplea en casos de celulitis, sin descompensación y en pacientes que no tengan factores de riesgos asociados.

### ¿Cuándo operar?

El drenaje quirúrgico está indicado siempre que haya un absceso, ya que es la terapéutica definitiva asociada al tratamiento antibiótico.

Son diferentes los servicios que llevan a cabo el drenaje de cada absceso (Tabla 2).

Si el origen del absceso fue odontógeno, habrá que resolverlo en la misma internación o por diferido extrayendo la pieza dentaria en mal estado. Y los pacientes se deberán irse de alta con una orden para realizar Rx panorámica de maxilar.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### Tumores del espacio parafaríngeo

Son tumores que se localizan en el espacio parafaríngeo y pueden confundir con un absceso sin serlo. Representan entre el 0,5 a 1% de las neoplasias

**Tabla 1.** Clasificación según la localización.

Espacio	Subdivisión
Masticatorio	Temporal superficial Temporal profundo Maseterino Pterigomandibular
Submandibular	Supramilohioideo Inframilohioideo
Parafaríngeo	Preestíleo Retroestíleo
Retrofaríngeo	
Periamigdalino	
Prevertebral	

de CyC. El 80% son benignos, los más comunes son de glándulas salivales (45%) y los tumores neuroendocrinos (40%). El tratamiento primario es la resección quirúrgica. No representan una urgencia médico-quirúrgica<sup>9-11</sup>.

### Presentación clínica

- Asintomáticos en el 44% de los casos.
- Hallazgo incidental.
- Crecimiento lento.
- Los síntomas se deben al aumento de tamaño o compromiso de estructuras nerviosas.
- Disfagia, disfonía, otalgia, disartria, sensación de cuerpo extraño, bulto.

El diagnóstico se realizará mediante:

**Tabla 2.** Servicios involucrados en los drenajes.

Otorrinolaringología	Cirugía de CyC	Cirugía plástica
Absceso amigdalino	Absceso parafaríngeo Absceso retrofaríngeo Submandibular inframilohioideo	Región masticatoria Submandibular supramilohioideo

- TC cortes axiales y coronales, ventana ósea y partes blandas con y sin CEV.
- RM+angio-RM.
- Angiografía.
- Centellograma (metaiodobenzilguanidina) PGL.
- PET/TC Ga-DOTATATO (análogo de la somatostatina).

Una vez realizado el método de imagen se puede asociar una punción aspirativa con aguja fina en casos determinados (siempre que no sean tumores ricamente vascularizados).

### CONCLUSIÓN

El primer paso en el manejo inicial del paciente con APC es determinar el compromiso o no de la vía aérea. El manejo va a dirigirse hacia la misma dirección de laboratorio, tomografía contrastada y drenaje quirúrgico, con la salvedad de que si hay compromiso de la vía aérea primero debe asegurarse la misma mediante intubación u ostomía (cricostomía o traqueostomía) y posteriormente proseguir con el drenaje quirúrgico realizado por el servicio correspondiente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Katoumas K, Anterriotis D, Fyrgiola M, Lianou V, Triantafylou D, Dimopoulos I. Epidemiological analysis of management of severe odontogenic infections before referral to the emergency department. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 2019;47(8):1292-9.
2. Prabhu SR, Nirmalkumar ES. Acute fascial space infections of the neck: 1034 cases in 17 years follow up. *Ann Maxillofac Surg* 2019;9(1):118-23.
3. Tortajada Bustelo JC, Prenafeta Moreno M. Infecciones en cabeza-cuello según los espacios anatómicos. *SERAM meeting GRANADA 2012*. S-0657. 10.1594/seram2012/S-0657(consultado el 13/10/2019).
4. Alvo V, Sauvalle C, Sedano M, Gianini V. Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2016;16(1):99-110.
5. Cuestas G, Losano T, Zambrano L, Ferraz R, Rodríguez M, D'Aquila R, Rodríguez H. Complicaciones de las faringitis bacterianas. *Revista Faso* 2014; 21(2):38-52.
6. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016;273(4):989-1009.
7. Li RM, Kiemeny M. Infections of the Neck. *Emerg Med Clin North Am* 2019;37(1):95-107.
8. Deep neck space infections in adults Anthony W Chow, MD, FR-CPC, FACP 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved. <https://www.uptodate.com/contents/deep-neck-space-infections-in-adults/print>. (Consultado el 06/10/2019).
9. Suárez C, Rodrigo JP, Bödeker CC, et al. Jugular and vagal paragangliomas: a systematic study on management with surgery and radiotherapy. *Head Neck* 2013;35:1195-204.
10. Kuet ML, Kasbekar AV, Masterson L, Jani P. Management of tumors arising from the parapharyngeal space: a systematic review of 1,293 cases reported over 25 years. *Laryngoscope* 2015;125:137-81.
11. van der Mey AG, Frijns JH, Cornelisse CJ, et al. Does intervention improve the natural course of glomus tumors? A series of 108 patients seen in a 32-year period. *Ann Otorhinolaryngol* 1992;101:635-42.