

ABSCESO PARAFARÍNGEO SECUNDARIO A UN ABSCESO PERIAMIGDALINO EN LA INFANCIA

F. FERRER BAIXAULI*, F. J. GARCÍA CALLEJO*, A. MORANT VENTURA*, E. SUÁREZ VICENT,
J. MARCO ALGARRA***

*SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. **SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA.

RESUMEN

Presentamos un caso de absceso parafaríngeo en una niña de 5 años, secundario a una extensión local de un absceso periamigdalino. Los signos típicos del absceso periamigdalino, desplazamiento amigdalario hacia la línea media y desviación de la úvula hacia el lado contralateral, eran menos evidentes de lo habitual. En este caso, con afectación parafaríngea, el tratamiento consistió en el drenaje del absceso a través de la amigdalectomía, asociando cobertura antibiótica intravenosa.

PALABRAS CLAVE: Absceso parafaríngeo. Absceso periamigdalino. Amigdalectomía. Niños.

ABSTRACT

PARAPHARYNGEAL ABSCESS SECONDARY TO A PERITONSILLAR ABSCESS IN CHILDREN

We report a case of parapharyngeal abscess in a five-years-old girl, secondary to a local extension of a peritonsillar abscess. The typical signs of peritonsillar abscess, medially displaced tonsil and displacement of the uvula toward the opposite side, were either less pronounced than usual. In this case, with parapharyngeal involvement, the treatment was abscess tonsillectomy under intravenous anti-

KEY WORDS: Parapharyngeal abscess. Peritonsillar abscess. Tonsillectomy. Children.

Correspondencia: Felipe Ferrer Baixauli. Avda. Madrid 52, 2. 46910 Sedaví. Valencia.

Fecha de recepción: 26-6-2000

INTRODUCCIÓN

El espacio parafaríngeo es una importante área cervical que ofrece una mínima resistencia al crecimiento tumoral y a la extensión de infecciones localizadas a este nivel. Infecciones de compartimentos contiguos pueden extenderse al espacio parafaríngeo por la vía del plano muscular del estilogloso desde el espacio peritonsilar, el suelo de la boca, espacio parotídeo, espacio masetérico, espacio submandibular y desde la glándula submaxilar¹. Cuando no se trata correctamente, la infección puede extenderse al espacio retrofaríngeo y descender al mediastino^{2,3}. Cuando la infección alcanza los grandes vasos puede provocar hemorragia de la arteria carótida, tromboflebitis yugular y sepsis, así como trombosis del seno cavernoso^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años acude al servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valencia por presentar fiebre (38,6 °C), odinofagia, trismus leve, rechazo alimentario, dolor y leve tumefacción latero-cervical izquierda y cierta dificultad a la movilización cervical. No presentaba signos de disnea. La analítica sanguínea mostró una evidente leucitosis (21000 leuc/mcl) con desviación izquierda. El cuadro empezó cuatro días antes, siendo diagnosticada de amigdalitis aguda y tratada con amoxicilina-clavulánico vía oral.

Exploración ORL: Hiperemia e hipertrofia amigdalilar bilateral, leve abombamiento de hemivelo izquierdo. Ante la imposibilidad de practicar punción-aspiración tras anestesia tópica por falta de colaboración, se decide tra-

tamiento antibiótico intravenoso (clindamicina: 200 mg cada 8 horas y penicilina G Sódica: 800000 U cada 4 horas), asociando prednisona: 15 mg/IV/12 horas. Se solicita Tomografía Computerizada (TC), con la intención de determinar si se trata de flemón o absceso, y para valorar extensión de la lesión.

La TC nos informa de la presencia de una colección hipodensa a nivel parafaríngeo izquierdo que capta contraste en su periferia, con un diámetro de 4,5x3,5 cm, desplazando carótida y yugular interna hacia fuera. En su porción apical se encuentra a 1 cm del pilar posterior del velo del paladar.

Se propone intervención quirúrgica y nasofibroscoopia bajo anestesia general. Comprobamos que no existía compromiso de vía aérea, sólo se observaba leve edema a nivel de pliegue ariteno-epiglótico izquierdo y una mínima protusión de pared faríngea ipsilateral, por lo que desestimamos efectuar traqueostomía profiláctica. Tras fijar el abre bocas de Davis efectuamos punción a nivel del leve abombamiento que presentaba en el pilar anterior del velo izquierdo con aguja de suficiente longitud que nos permitiese localizar, mediante aspiración, el absceso parafaríngeo. Una vez localizado, efectuamos incisión y acceso extracapsular amigdalilar en profundidad del absceso. Una vez aspirado todo el contenido purulento, efectuamos amigdalectomía bilateral y dejamos un amplio orificio de drenaje endobucal que llegara en profundidad hasta el propio absceso parafaríngeo. Tras colocar una sonda nasogástrica, la niña permaneció 48 horas en UCI pediátrica, con tratamiento antibiótico intravenoso (penicilina y clindamicina). El estudio microbiológico nos mostró el *Streptococcus viridans* como germen responsable. Debemos resaltar que a las pocas horas del postoperatorio la mejoría clínica de la paciente fue evidente, ya que no presentaba dificultad a la apertura mandibular y la movilidad cervical era normal.

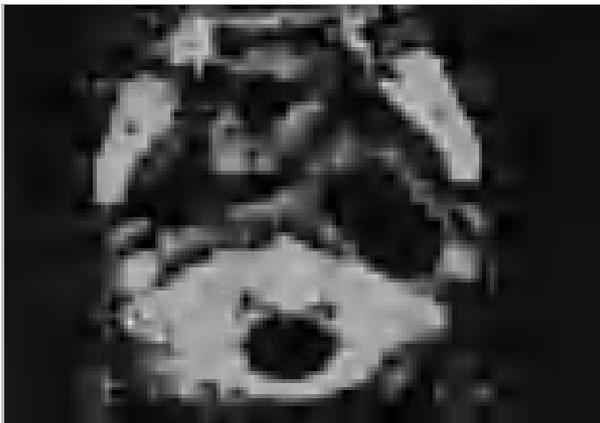


Figura 1. Se observa una colección hipodensa a nivel parafaríngeo izquierdo que capta contraste en su periferia, con un diámetro de 4,5 x 3,5 cm, desplazando carótida y yugular interna hacia fuera.

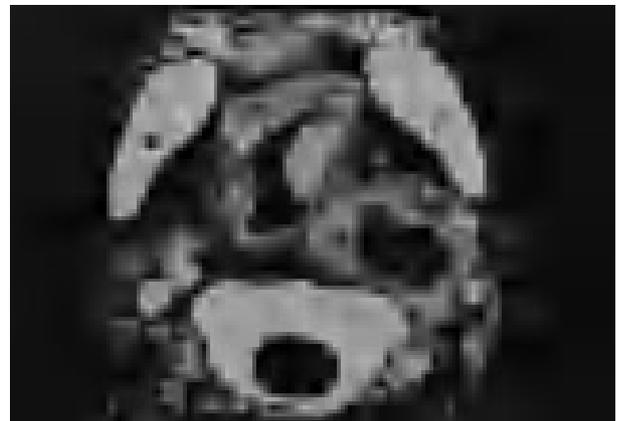


Figura 2. Imagen de TAC, donde apreciamos la parte inferior del absceso, con reacción inflamatoria periférica, y cierta protusión sobre la lateral pared faríngea.

Tabla 1: Complicaciones del absceso parafaríngeo

Mediastinitis
Pneumotórax
Neumonía
Hemorragia carotídea
Trombosis de la vena yugular interna
Trombosis séptica del seno cavernoso
Extensión a laringe
Parálisis de cuerdas vocales
Asfixia
Rotura en esófago
Fistulización a oído medio
Osteomielitis vertebral
Absceso epidural
Flebitis
Pericarditis
Parada cardíaca
Síndrome de Claude-Bernard-Horner
Rotura del absceso
Abscesos metastásicos
Sepsis

DISCUSIÓN

Los flemones y abscesos parafaríngeos, comunes en la era preantibiótica, son actualmente una entidad poco frecuente. Es necesario un diagnóstico y actitud terapéutica precoz para impedir acrecentar la morbimortalidad asociada^{6,12}.

El espacio parafaríngeo está dividido en dos compartimentos, separados por la aponeurosis estilofaríngea. El compartimento anterior contiene tejido conectivo, músculos y ganglios linfáticos. En el posterior discurren los grandes vasos y algunos pares craneales. Las infecciones a este nivel son peligrosas por la posibilidad de extensión inferior hacia el mediastino y la afectación de carótida y yugular⁷.

Los síntomas más frecuentes del absceso parafaríngeo son el dolor y tumefacción cervical, seguido por la odinofagia y en menor medida por el trismus y torticollis⁷. Si un paciente con absceso periamigdalino presenta una clínica atípica, como cierta protusión de pared faríngea, edema de epiglotis, o los síntomas que acabamos de mencionar, deberemos sospechar una extensión al espacio parafaríngeo. Asimismo, la imagen típica de abombamiento amigdalino y el desplazamiento contralateral de

úvula son signos menos evidentes si el absceso periamigdalino se ha convertido en parafaríngeo^{8,9}. En el caso que nos ocupa, y en los niños en general, la exploración orofaríngea puede ser dificultosa, por lo que nos tendremos que ayudar, ante duda, de las exploraciones complementarias y del resto de signos clínicos.

Un estudio de Stage y Bonding⁸ nos muestra que un 2,3% de los pacientes (5 de un total de 217) que ingresaron en su centro hospitalario por absceso periamigdalino presentaron absceso parafaríngeo. Estos cinco pacientes fueron tratados quirúrgicamente, practicando amigdalectomía, bajo anestesia general y drenaje del espacio parafaríngeo hacia la celda amigdalina. Herbild y Bonding¹⁴ aconsejan la amigdalectomía «en caliente» unilateral (en el lugar donde está el absceso) en mayores de 40 años, ya que puede provocar síntomas de faringitis crónica en un 40% de los casos, mientras que sólo un 10-15% de los casos lo presentan si es unilateral.

Teniendo en cuenta el riesgo que supone la falta de un adecuado drenaje de un absceso parafaríngeo de origen peritonsilar, debemos practicar amigdalectomía «en caliente», basándonos, además, en gran número de trabajos que nos indican que no existe un riesgo significativo en comparación con la amigdalectomía «en frío»¹⁶⁻¹⁸.

Los gérmenes más frecuentemente implicados en este tipo de abscesos varía de unos estudios a otros. Los más frecuentes suelen ser los *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y anaerobios, aunque recientes estudios enfatizan la asociación polimicrobiana⁷. En nuestro caso, el germen aislado fue el *Streptococcus viridans*.

La TC es fundamental cuando se sospecha la invasión del espacio parafaríngeo, sobre todo si aparecen signos clínicos de ocupación de esta área. También deberemos efectuarlo si existen dudas entre celulitis o absceso peritonsilar, y el paciente no colabora para efectuar punción diagnóstica sobre la protusión del pilar del velo, y si precisa, incisión y drenaje de dicho absceso periamigdalino. Esta situación se da sobre todo en niños, como el caso clínico que presentamos. Sin embargo, debemos resaltar que hay autores, como Sichel y cols.¹¹, que destacan que la tomografía computerizada no es específica para diferenciar absceso de celulitis o edema inflamatorio. De tal forma, aunque la TC es una herramienta muy útil en el diagnóstico de abscesos parafaríngeos, el tratamiento quirúrgico debería basarse principalmente en los signos clínicos del paciente y la ausencia de respuesta a la antibioterapia intravenosa, por lo que estos autores no consideran una emergencia el tratamiento quirúrgico, si el niño se encuentra en buen estado general y la TC no muestra signos evidentes de absceso. En estos casos indican tratamiento antibiótico IV y actitud expectante. Si en dos días el estado clínico del niño no ha mejorado, se indicará drenaje del absceso parafaríngeo, aunque las imágenes de la TC no sean concluyentes de colección abscesificada. Sichel y cols. Llegan a

esta conclusión en base a un estudio¹¹, donde presentan 8 niños con edades comprendidas entre los 10 meses y 9,5 años, diagnosticados de absceso según la TC, con dos casos negativos (no hallaron colección purulenta) tras acceso quirúrgico.

Los ultrasonidos no se consideran una prueba fiable para distinguir si se trata de un absceso parafaríngeo o retrofaríngeo, dada la dificultad para visualizar la lesión^{13,14}. La Resonancia Magnética Nuclear se considera la prueba con mayor capacidad de resolución para distinguir absceso de celulitis¹¹.

El viejo principio de *ubi pus, ibi evacuat* es todavía válido. En el caso de absceso periamigdalino defendemos la incisión y drenaje, ya que se ha comprobado un mayor índice de recurrencia del absceso al practicar punción aspiración, en comparación al propio drenaje¹⁰, por lo que evitaremos, con mayor grado de seguridad, complicaciones como trombosis de la vena yugular interna, erosión de la arteria carótida, sepsis amigdalina, o abscesos parafaríngeos. El enfoque terapéutico de los pacientes con absceso parafaríngeo debe ser agresivo, con altas dosis de tratamiento antibiótico y drenaje quirúrgico dentro de las primeras 24 horas, ya que todavía hoy en día existe un considerable índice de mortalidad⁷. El antibiótico IV recomendado es la penicilina⁸ y la clindamicina¹⁹, por lo que nosotros, en el caso que nos ocupa, decidimos tratarlo empíricamente con esta asociación, con el fin de que cubriera los principales gérmenes gram positivos y anaerobios que provocan el absceso parafaríngeo.

Si el abordaje por la amigdalectomía es insuficiente o el origen del absceso parafaríngeo no es un absceso

periamigdalino, la indicación quirúrgica consiste en drenar la colección purulenta por vía externa, a través de un abordaje clásico cervical⁹.

Es importante valorar la vía aérea superior, por si existiese compromiso respiratorio provocado por un edema de úvula o por protusión de la pared faríngea, y en caso de presentarse, efectuar traqueostomía.

CONCLUSIONES

El absceso parafaríngeo es una entidad grave, por las complicaciones que se pueden presentar, favorecido principalmente por la continuidad de este espacio parafaríngeo con el mediastino y por presentar, en su compartimento posterior, la carótida y la yugular interna.

La tomografía computerizada es una herramienta muy útil para delimitar la localización del absceso y diferenciarlo de una celulitis. Además, nos basaremos en los signos clínicos y la ausencia de respuesta a la antibioterapia intravenosa, como sospecha diagnóstica de un absceso parafaríngeo.

La indicación terapéutica, como toda colección purulenta, es el drenaje quirúrgico. Si el absceso parafaríngeo es secundario a uno periamigdalino, y es de fácil acceso a través de la amigdalectomía «en caliente», se accederá por vía endobucal. Si es otro el origen (angina de Ludwig, absceso submaxilar, etc.), el drenaje se efectuará a través de un abordaje cutáneo cervical. En todos los casos asociaremos antibioterapia intravenosa, ajustada según el estudio microbiológico de la colección purulenta.

REFERENCIAS

- Paonesa DF, Goldstein JC. Anatomy and physiology of head and neck infections. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1976; 9: 561-579.
- Mas Bonet A, Tolosa F, Pueyo J. Absceso retrofaríngeo con extensión mediastínica y retroperitoneal. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1988; 39: 197-200.
- Eliachar I, Peleg H, Jochims HZ. Mediastinitis and bilateral pyopneumotorax complicating a parapharyngeal abscess. *Head Neck Surgery* 1981; 9: 438-442.
- Grijalba Uche M, Medina Sola J, Saiz Calleja MA. Absceso retrofaríngeo por cuerpo extraño con complicación mediastínica y pericárdica. *Anales ORL Iber-Amer* 1996; 23: 577-587.
- Harbour RC, Trobe JD, Ballinger WE. Septic cavernous sinus thrombosis associated with gingivitis and parapharyngeal abscess. *Archives of Ophthalmology* 1984; 94: 447-457.
- Ferrer Baixauli F, Moya S, De la Fuente L, Vento D, Orts M, Marco J. Flemón parafaríngeo por cuerpo extraño metálico. *ORL-DIPS* 1998; 25: 102-105.
- Sethi DS, Stanley RS. Parapharyngeal abscesses. *The Journal of Laryngology and Otol* 1991; 105: 1025-1030.
- Stage J, Bonding P. Peritonsillar abscess with parapharyngeal involvement: incidence and treatment. *Clin Otolaryngol* 1987; 12: 1-5.
- Johnson JT. Masas en el espacio parafaríngeo: Diagnóstico y manejo. En: M Paparella, *et al.* *Otorrinolaringología*, 3.ª ed., vol. III. Buenos Aires. Ed. Panamericana 1994: 3005-3016.
- Szuhay G, Tewfik T. Peritonsillar abscess or cellulitis? A clinical comparative paediatric study. *J Otolaryngol* 1998; 27: 206-212.
- Sichel JY, Gomori JM, Saah D, Elidan J. Parapharyngeal abscess in children: the role of CT for diagnosis and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996; 35: 213-222.
- Dodds B, Maniglia AJ. Peritonsillar and neck abscesses in the pediatric age group. *Laryngoscope* 1988; 98: 956-959.
- Bongers H, Lenz M, Klier R. T-staging of tongue and mouth floor tumors: comparison of ultrasonography and computerized tomography. *Strahlenther Onkol* 1990; 166: 125-131.
- Corr P, Cheng P, Metreweli C. The role of ultrasound and computed tomography in the evaluation of parotid masses. *Australas Radiol* 1993; 37: 195-197.
- Herbild O, Bonding P. Peritonsillar abscess. Recurrence rate and treatment. *Arch Otolaryngol* 1981; 107: 540-542.
- Grahne B. Abscess tonsillectomy. Seven hundred and twenty-five cases. *AMA Arch Otolaryngol* 1958; 67: 332-336.
- Bonding P. Tonsillectomy á chaud. *J Laryngol Otol* 1973; 87: 1171-1182.
- Yung AK, Cantrel RW. Quinsy tonsillectomy. *Laryngoscope* 1976; 86: 1714-1717.
- Ortiz J, Hudkins C, Kornblut A. Adenitis, adenopathy and abscesses of the head and neck. *Emerg Med Clin North Am* 1987; 5: 359-370.