**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSE ELEUTERIO GONZALEZ”**

**Por**

**DRA. ANABEL SANDOVAL DE LA FUENTE**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE**

**ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

**FEBRERO, 2016**

**“EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR JOSE ELEUTERIO GONZALEZ”**

**Aprobación de la tesis:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dr. med. José Luis Treviño González**

**Director de la tesis**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dr. med. Mario Jesús Jr. Villegas González**

**Coordinador de Enseñanza**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dr. Marco Antonio Méndez Sáenz**

**Coordinador de Investigación**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dr. med. José Luis Treviño González**

**Jefe de Servicio o Departamento**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

**Subdirector de Estudios de Posgrado**

**DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

**Dedico este trabajo a:**

DIOS, quien ha sido mi luz y guía en cada decisión y renovó mis fuerzas y me levantó cada vez que tropecé

A mi familia:

Mis padres Gabino y Arminda, que siempre me han demostrado su amor y quienes con su gran esfuerzo me han ayudado a alcanzar cada una de mis metas.

Mi esposo Javier, que ha sido mi compañero y gran apoyo durante días pesados y noches largas y sé que continuará siéndolo en las nuevas experiencias que traiga el futuro. Cada uno de mis logros es también fruto de su esfuerzo.

Mi hijo José Daniel, quién es un nuevo motor en mi vida, mi alegría y para quién me esforzaré hasta lo último de mis fuerzas.

Mis compañeros residentes, juntos hemos trabajado incontables horas, tomado decisiones difíciles y convivido en buenos y malos momentos.

Cada uno me han dejado una gran enseñanza.

Mis pacientes, grandes maestro quienes me han permitido asistirlos en momentos de enfermedad, permitiéndome perfeccionarme en mi vocación.

**TABLA DE CONTENIDO**

Página

Capítulo I:

1. RESUMEN. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 9

Capítulo II:

1. INTRODUCCIÓN. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11

Capítulo III:

1. OBJETIVOS. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .33

Capítulo IV

1. MATERIAL Y MÉTODOS. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .34

Capítulo V

1. RESULTADOS. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .36

Capítulo VI

1. DISCUSIÓN. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .43

Capítulo VII

1. CONCLUSIÓN. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .46

Capítulo VIII

1. BIBLIOGRAFÍA. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 47

Capítulo IX

1. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 53

**INDICE DE TABLAS**

**Tabla Página**

1. Espacios del cuello. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .13
2. Subdivisión de los espacios del cuello. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 14
3. Datos demográficos de los sujetos. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 37

**INDICE DE FIGURAS**

**Figura Página**

1. TAC: absceso en triángulo posterior derecho. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 24
2. Algoritmo para drenaje por punción. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 26
3. Pasos quirúrgicos durante el drenaje de un absceso cervical. . . . . . . . . . . . . . . . 28
4. TAC: absceso en el espacio retrofaringeo. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. 29
5. Diseminación en los espacios profundos del cuello. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..30

**INDICE DE GRÁFICAS**

**Gráfica Página**

1. Enfermedades Comórbidas. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .38
2. Etiología atribuida. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .39
3. Espacios del cuello involucrados. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .40
4. Tratamiento. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 41
5. Días de estancia intrahospitalaria. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 42

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**APC:** Absceso profundo en cuello

**IPC:** Infección en los espacios profundos del cuello

**DM:** Diabetes Mellitus

**Experiencia en el manejo de Abscesos Profundos del Cuello en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”**

**Resumen**

Introducción: Los abscesos profundos del cuello son complicaciones de infecciones, principalmente de origen odontogénico y de vías aéreas superiores, que afectan con mayor frecuencia a pacientes con morbolidades que favorecen la diseminación de la infección. En la evaluación inicial debe darse prioridad a la conservación de la vía aérea. Además de una oportuna terapia antibiótica, la mayoría requieren tratamiento quirúrgico y drenaje apropiado para obtener los mejores resultados.

Objetivo: Evaluar el manejo clínico de los pacientes con abscesos profundos de cuello, considerar el uso de métodos diagnósticos, tratamiento médico y quirúrgico, así como la evolución de estos pacientes en nuestra institución. Identificar los factores relacionados con esta patología.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, efectuado con base en la revisión de expedientes de todos los pacientes con absceso profundo de cuello tratados en nuestra institución por el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello desde el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014

Resultados: se estudiaron 144 pacientes, 65 de ellos era mujeres, 79 varones. Predominaron pacientes de edades entre 31 a 40 años. Se encontró que la

Mayoría de los pacientes eran previamente sanos: 86 sujetos (59.72%). En los pacientes con comorbilidades, la principal fue diabetes mellitus con 43 sujetos (29.86%), seguido de hipertensión arterial sistémica con 16 sujetos (11.11%).

La principal etiología fue odontogénica con 105 sujetos (72.91%) seguido de infección de vías respiratorias superiores: 23 (15.97%).

La mayoría, 92 sujetos (63.88%), fue sometida a drenaje y desbridación quirúrgica, a 36 (25%) de los sujetos se les realizó drenaje por punción, solo 19 (13.19%) sujetos fueron tratados únicamente con tratamiento médico.

Conclusión: Los abscesos profundos del cuello deben ser considerados una urgencia médico-quirúrgica. Son susceptibles de complicaciones graves en cuestión de horas. De forma inicial debe valorarse la vía aérea y asegurarla en casos pertinentes. El drenaje quirúrgico es el pilar del tratamiento. El inicio oportuno de antibióticos de amplio espectro es clave, así como realizar estudios de imagen que delimiten la extensión de la infección. Pacientes selectos pueden ser tratados con únicamente con tratamiento médico o drenaje por punción.

**Introducción**

Definición del problema

A pesar de la amplia disponibilidad de antibióticos, los abscesos profundos de cuello (APC) continúan siendo un problema de salud en nuestra población, llegando incluso a poner en riesgo la vida de los pacientes. Aún cuando cualquier paciente puede ser susceptible de padecer esta patología, más frecuentemente se presenta en pacientes de un estrato socioeconómico bajo, con deficiente higiene bucal y padecimientos comórbidos que pueden comprometer la integridad del sistema inmune. La creciente resistencia a los antibióticos y el mal uso de estos también han contribuido y el mal uso de estos también han contribuido a la permanencia de este problema de salud. Este estudio se planteó para conocer la presentación clínica, procedimientos diagnósticos y tratamiento que reciben estos pacientes en nuestra institución: Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Antecedentes

Los abscesos en los espacios profundos del cuello continúan siendo infecciones potencialmente graves, incluso fatales. A pesar de la disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, el manejo quirúrgico continúa siendo esencial para su tratamiento. El curso clínico e estas infecciones puede ser rápidamente progresivo y puede incluir complicaciones tales como compromiso de la vía aérea, neumonía pericarditis, trombosis de la vena yugular, mediastintis, erosión de las arterias del cuello, abscesos intracraneales y

Sepsis. El manejo oportuno agresivo de estas infecciones es esencial para evitar estas complicaciones que elevan drásticamente la morbi-mortlidad de estos pacientes. Como pilares del tratamiento deben tomarse en cuenta el aseguramiento de la vía aérea, el pronto inicio de antibióticos de amplio espectro por vía parenteral, drenaje quirúrgico en casosnecesarios y el mejoramiento de las condiciones generales del paciente, lo cual incluye abordar los padecimientos comórbidos que puedan estar comprometiendo el estado inmunológico del paciente.

Los principales desafíos que se presentan en las infecciones de los espacios profundos del cuello son:

* Anatomía compleja: Las diferentes capas de la fascia cervical forman complejos espacios virtuales que dificultan la localización precisa del foco infeccioso.
* Localización profunda: Frecuentemente el foco infeccioso se encuentra cubierto del tejido sano la cual dificulta su diagnóstico
* Vía de acceso: Para realizar el drenaje de colecciones se deben atravesar los tejidos superficiales lo cual poner en riesgo de lesión diferentes estructuras neurovasculares.
* Proximidad: Importantes estructuras circundantes pudieran ser afectadas por el proceso inflamatorio: disfunción neural, trombosis o erosión de vasos sanguíneos, osteomielitis.
* Comunicación: Los espacios profundos del cuello presentan potenciales vías de comunicación entre sí. La infección contenida inicialmente en un espacio puede extenderse a otros espacios adyacentes llegando incluso a lugares tan distantes como el mediastino lo cual compromete el estado general del paciente a tal grado de poner en riesgo la vida.

El conocimiento de la anatomía del cuello es esencial tanto en el diagnóstico como el tratamiento de estos pacientes. A continuación, se exponen en una tabla los diferentes espacios del cuello y sus límites.

|  |  |
| --- | --- |
| ESPACIO | LÍMITES |
| SUBMANDIBULAR | Inferior: el borde mandibular inferior y los vientres anterior y posterior del digástrico. Subdividido por el músculo milohioideo en espacios sublingual y submaxilar. |
| SUBMENTONIANO | Superior : sínfisis mandibular y laterales, los vientres anteriores de ambos digástricos |
| PARAFARINGEO | Con forma de cono, ápex por debajo del hasta menor del hueso hioides y base superior a nivel de la base del cráneo. El límite medial es la pared lateral de la faringe y lateral la rama ascendente de la mandíbula. El músculo pterigoideo y la glándula parótida. Subdividido por la apófisis estiloides en espacios pre y post estiliodeos. |
| MASTICADOR | Lateral el músculo masetero y medial la rama ascendente de la mandibula |
| PTERIGOIDEO | Medial los músculos pteriogoideos y lateral la rama ascendente de la mandíbula |
| TEMPORAL | Se subdivide en dos porciones: a) superficial: entre la fascia superficial del temporal y el músculo temporal. b) profunda: entre el músculo temporal y el periostio del hueso temporal |
| PAROTIDEO | Comprendido entre el tejido glandular y su cápsula, formada por la fascia cervical profunda |

|  |  |
| --- | --- |
| BUCAL | Medial el musculo bucinador y fascia bucofaríngea y el carrillo laterlmente |
| FOSA CANINA | Depresión vertical en el maxilar superior, por encima y por fuera del alveolo del diente canino, bajo el agujero infraorbital, extendiéndose hacia la base del proceso cigomático del maxilar y al lado de la nariz |
| RETROFARINGEO | Entre la fascia bucofaríngea y la fascia alar, extendiéndose desde la base de cráneo hasta nivel T2. Puede extenderse hacia abajo hasta el diafragma |
| PREVERTEBRAL | Entre la fascia prevertebral y los cuerpos vertebrales, se extiende en toda longitud de la columna |
| VASCULAR | Formando por las tres capas de la fascia cervical profunda conteniendo a la arteria carótida, la vena yugular interna, cadena cervical simpática y al IX, X, XI y XII pares craneales; se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino |
| PERIAMIGDALINO | Anterior entre la amígdala palantina y el músculo constrictor superior de la faringe y posterior para los pilares amigadalinos |
| VISCERAL | Entre los musculos pretiriodeos y el esófago, contiene la glándula tiroides, la tráquea y la parte anterior del esófago, se extiende desde el cartílago tiroides hasta el mediastino superior, llegando hasta el arco de la aorta y pericardio. |
| TRIÁNGULO POSTERIOR | Inferior la cara superior del tercio medio de la clavícula, posterior el borde anterior del trapecio y anterior el borde posterior del esternocleidomastoideo |
| MEDIASTINO | Comportamiento anatómico extrapleural situado en e centro del tórax, entre os pulmones derecho e izquierdo, por detrás del esternón y las uniones costocondrales y por delante de cuerpos vertebrales y de la vertiente más posterior de las costillas óseas |

Tabla No. 1: Espacios del cuello

(Modificada de 3)

Podemos subdividir los espacios del cuello de la siguiente manera:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cara** |  | **Suprahhioideo** |  | **Infrahiodeo** |  | **Otros** |
| * Bucal * Fosa canina * Masticador * Parotideo |  | * Periamigdalino * Submandibular * Submentoniano * Sublingual * Parafaringeo |  | * Visceral * Mediastino |  | * Pterigoideo * Temporal * Retrofaringeo * Peligroso * Vascular * Triángulo posterior |

Tabla No. 2: Subdivisión de los espacios del cuello

Identificar el posible poco infeccioso ayuda a anticipar el posible trayecto de diseminación que seguirá la infección y el involucro de los diferentes espacios del cuello. Previo al uso generalizado de los antibióticos, la mayoría de las infecciones profundas en el cuello provenían de una infección faríngea o amigdalina. Actualmente, la faringoamigdalitis continúa siendo el principal causante de estas infecciones en la población pediátrica. En los adultos, el principal foco de diseminación son las infecciones odontogénicas. La formación de biofilm es clave en la enfermedad periodontal, la cual está asociada a una mala higiene oral y un estado socieconomico bajo. Exacerbaciones de este estado prolongado de inflamación favorecen el desarrollo de infecciones en los espacios profundos del cuello. Frecuentemente las IPC se presentan tras un procedimiento odontológico. Otros posibles focos infecciosos son infecciones nasosinusales, instruentación dental o cirugía oral, sialoadenitis traumatismos penetrantes, cuerpos extraños y menos comunmene anomalías de los aros branquiales, tiroiditis, mastoiditis (absceso de Bezold), uso de drogas IV. Aproximadamente en un 20 a 50% de los casos, la etiología no puede ser identificada con seguridad.

La fisiopatología de estas infecciones comienza con la proliferación bacteriana que puede originarse en una infección de vías respiratorias superiores, una agudización de una infección periodontal crónica, una herida penetrante en el cuello o incluso por una diseminación a través de los vasos linfáticos o sanguíneos desde un lugar distante. Esto desencadena la activación de la cascada inflamatoria provocando aumento de volumen, temperatura, eritema y dolor localizados. De no lograrse la neutralización del patógeno por estos

medios, ya sea por tratarse de una bacteria con alta patogenicidad o po factores que disminuyan la capacidad inmunitaria del huésped, se logra una infiltración de los tejidos blandos regionales, clínicamente manifestada por celulitis. La separación de los elemento celulares por las enzimas bacterianas (lipoliicas y proteolíticas) o el espacio creado por necrosis celular proporcionan un área donde los leucocitos se pueden acumular formando un absceso. La disección progresiva por la pus o la necrosis de las células adyacentes expanden el absceso. Al diseminarse la infección, se agregan síntomas sistémicos, en particular fiebre, así como anorexia y astenia. El tejido conectivo altamente vascularizado, puede después invadir y rodear al tejido necrótico, los leucocitos y los detritos, para aislar el absceso y limitar su extensión.

La microbiología de estas infecciones es por lo genera polimicrobiana. Los patógenos más comúnmente aislados en los cultivos son propios de la flora orofaringea, la cual incluye a más de 280 especies.

Un estudio llevado a cabo por el servicio de Otorrinolaringología de la Universidad Nacional de Singapur en 2011, el cual incluyó 131 pacientes con diagnostico de APC encontró que en los pacientes en los cuales se identificó un foco odontogénico como causa de la infección predominaron patógenos anaeróbicos y *Streptococcus spp.* El patógeno más comúnmente aislado e abscesis parotideos fue *Staphylococcus aureus*. La bacteria más frecuentemente aislada en los cultivos de los pacientes diabéticos fue Klebsiella pneumoniae.

Dentro de los patógenos anaerobios que habitan normalmente la cavidad oral, se encuentran: Bacteroides, Prevotella, Porphyromonas, Fusobacteriu, Bilophila, Leptotrichia, Selenomonas, Wolinella, Actinomyces, Bifidobacterium, Eubacterium, Lactobacillus, Propionibacterium, Peptostreptococcus, Veillonella.

Es difícil señalar a las bacterias anaerobias como única causa de infección, sino que generalmente se asocian anaerobios como bacterias facultativas, ya que las ultimas favorecen el desarrollo de anaerobios a consumir el oxigeno en el sitio de infección.

La resistencia a los antibióticos pudiera ocasionar que, a pasar de una adecuada elección de antibióticos, no se obtenga una buena respuesta al tratamiento y surjan complicaciones. En estos casos, los cultivos con antibiograma serán de gran utilidad al tomar la decisión de que antibióticos deberán utilizarse, especialmente ya que los patrones de resistencia a antibióticos suelen variar, incluso dentro de un mismo centro hospitalario.

Un estudio encontró evidencia de que las bacterias formadas por biofilm puede participar en la patogénesis de las infecciones profundas del cuello, así como en la falta de la respuesta al tratamiento de APC. May et al condujo un estudio con 14 pacientes en el cual se tomaron biopsias de las paredes de APC durante el drenaje quirúrgico. Se realizó microscopia electrónica de las muestras encontrando biofilm con bacterias tipo cocos y bacilos en 12 de las 14 muestras.

**Padecimientos comórbidos**que comprometan la capacidad inmunológica del paciente causarán un cuadro clínico y evolución más estrepitosa involucrando patógenos atípicos.

La **presentación clínica** suele iniciar de forma insidiosa con dolor y aumento de volumen en la cavidad oral o cuello, aumento de temperatura y eritema localizados. Puede agregarse odinofagia, disfagia y fiebre, así como síntomas sistémicos de inflamación, algunos pacientes pueden encontrarse deshidratados debido a la disminución de la ingesta de líquidos y alimentos. En casos donde estén involucrados agentes anaerobios, se podrá encontrar crepitación de los tejidos debido a la formación de gas.

Al realizar la historia clínica, se deberá dar especial importancia a a presencia de:

* Dolor
* Procedimientos dentales recientes
* Infecciones del tracto respiratorio superior recientes
* Traumatismo oral o cervical
* Disfagia
* Estados de inmunocompromiso
* Velocidad de inicio de duración de los síntomas

La exploración física deberá enfocarse en tratar de localizar la infección, establecer los espacios cervicales involucrados e identificar cualquier

Compromiso funcional o complicación que se puede estar desarrollando. Deberá realizarse una revisión intencionada de las piezas dentales y las amígdalas. Los signos más consistentes de una infección en espacios profundos del cuello son: fiebre, leucocitosis y dolor cervical. Según la localización de la infección, se podrá encontrar también:

* Asimetría o aumento de volumen en el cuello
* Desplazamiento medial de la pared lateral faríngea y amígdala en caso de involucrar el espacio parafaringeo
* Trismus, causado por la inflamación de los músculos pterigoideos
* Limitación de los movimientos cervicales/tortícolis, causada por inflamación de los músculos paraespinales
* Fluctuación, puede no ser palpable debido a la profundidad del absceso
* Déficit neutral (ej: disfonía por la parálisis cordal, sind. Horner al involucrarse la cadena cervical simpática).
* Disnea / taquipnea lo cual puede seguir obstrucción de la vía aérea o complicaciones pulmonares.

En el **manejo inicial** de los pacientes con sospecha de un APC deberán realizarse exámenes generales de laboratorio incluyendo biometría hematica, química sanguínea, tiempos de coagulación y pruebas cruzadas. Mientras no se descarte la necesidad de intervención quirúrgica, se deberá mantener en ayuno

Al paciente, rehidratarlo y tratar desequilibrios hidroelectroliticos de ser necesario.

También debe incluirse de forma prioritaria la valoración de la vía aérea. Este paso nunca se deberá obviar. De forma inicial se puede valorar la presencia de disfonía o cambios en la resonancia de la voz (faringolalia), disfagia, disfonía o estridor. La laringoscopia con endoscopia flexible es un modo fiable para valorar la vía aérea en estos pacientes, pudiendo encontrar edema de estructuras, acumulo de secreciones respiratoria, incluso desplazamiento o disminución de la luz de la vía aérea. En estos casos, debe considerarse el aseguramiento de la vía aérea especialmente durante una intervención quirúrgica. Algunos pacientes pueden presentar además limitación de la apertura bucal, incluso trismus y limitación de la extensión cervical, lo cual dificulta la intubación orotraqueal en caso de requerirse drenaje quirúrgico. Incluso en manos expertas, la intubación de estos pacientes puede resultar extremadamente difícil. La manipulación de la via aérea podría causar inflamación adicional y potencialmente ruptura del absceso lo cual produciría aspiración de la pus, probable obstrucción de la via aérea, incluso la muerte. En estos casos deberá preferirse asegurar la via aérea de forma inicial con la realización de traqueostomia bajo anestesia local.

L aobtrucción aguda de la via aérea es una de las complicaciones mas frecuentes y letales de las infecciones profundas de cuello. Se encuntramas frecuentemente en casos con afeccion de multiples espacios, angina de Ludwig o abscesos retrofaringeos, parafaringeos o del espacio anterior visceral. La

traqueostomía bajo anestesia local ha demostrado ser segura y efectiva, y es considerada por algunos como el estándar de cuidado para manejar el compromiso de la via aérea en estos pacientes. Otros métodos de manejo de la vía aérea incluyen la intubación endotraqueal, intubación nasotraqueal por fibra óptica y la cricotirotomia. El monitoreo cuidadoso de la vía aérea es la primera prioridad en el tratamiento de un paciente con infección profunda de cuello, y este debe mantenerse por al menos 48 horas después de la intervención quirúrgica, debido a la potencial de aumento del edema en el periodo posoperatorio. Las indicaciones para un manejo agresivo de la vía aérea incluyen signos de insuficiencia respiratoria (disnea, estridor, retracciones) u obstrucción de la vía aérea manifiesta en la exploración física o por imagen (edema severo de faringe, desplazamiento de la lengua, edema de la via aérea, o compresión de la vía aérea por un absceso). En casos avanzados de infección profunda de cuello, el colocar al paciente en posición supina puede precipitar una obstrucción completa de la vía aérea, lo cual es importante considerar cuando se seda a un paciente para la realización de una RM sin asegurar primero su vía aérea. La intubación endotraqueal puede intentarse antes de la traqueotomía en la mayoría de los pacientes con infección profunda de cuello. Sin embargo, usualmente es difícil realizarla debido a la anatomía distorsionada de la vía aérea, inmovilidad de los tejidos blandos, o trismus que limita el acceso a la boca. Las ventajas de la intubación son el control rápido de la vía aérea y el evitar los riesgos asociados a un procedimiento quirúrgico. Las desventajas incluyen la dificultad en la presencia de edema de la vía aérea, una vía aérea menos segura, mayor necesidad de sedación y apoyo mecánico

Ventilatorio, y el potencial de estenosis laringotraqueal. Al compararlos con la traqueostomia, los pacientes intubados han mostrado tener mayores estancias hospitalarias, permanecer mas tiempo en la UCI, mayor mortalidad por perdida de la via aérea, y representar mas del 60% de los gastos hospitalarios. La intubación nasotraqueal por fibra óptica, es espacialmente útil en los pacientes que tienen trismus severo pero cuyas vías aéreas no tienen otro compromiso. Este procedimiento puede dificultarse por la presencia de edema, secreciones copiosas, poca experiencia, o indecuada aplicación de anestesia local. La traqueostomia bajo anestesia local esta indicada para obstruccion severa de la via aérea cuando la presencia de trismus o edema masivo de los tejidos blandos impide la intubación .deben usarse incisiones separadas para la traqueostomia y para los procedimientos de drenaje del cuello anterior para evitar diseminación infecciosa al mediastino. Debe evistarse, de ser posible, la realización de traquostomia cuando el espacio pretraqueal o anterior visceral está afectado por la infección. Las ventajas de la traqueostomia incluyen aseguramiento de la via aérea, menor necesidad de sedación y egreso mas temprano de la UCI. Las desventajas de la traquostomia incluyen riesgos quirrugicos tales como el sangrado y neumotórax, y el potencial de causar estenosis traqueal. Otros riesgos reportados de traqueostomia en pacientes con infecciones de cuello incluyen mediasstinitis, aspiración pulmonar de pues, perdida de via aérea ruptura de la arteria innominada, y muerte.

Los **estudios de imagen** juegan un rol muy importante en el diagnostico de estos pacientes. Se han descrito 5 funciones de los estudios de imagenen estas infecciones: confirmar la sospecha diagnostica, determinar la extensión de la patología, definir complicaciones, diferenciar entre celulitis y la presencia de un absceso y establecer la propagación de la enfermedad

El ultrasonido es el estándar de oro para hacer el diagnóstico diferencial entre celulitis / edema de tejidos blandos adyacentes y la presencia de un absceso dentro de los tejidos. También permite establecer el diagnostico de linfadenitis y trombosis de la vena yugular interna. Sin embargo, este estudio tiene un campo de visión limitado y no permite la adecuada diferenciación anatómica, por este motivo su uso se limita a lesiones superficiales y a asistir el drenaje de las dichas colecciones. De estar disponible, la tomografía de cuello con contraste es el estudio de elección a realizar ante la sospecha de un absceso en cuello. Tiene la ventaja de permitir una rápida obtención de las imágenes con adecuada diferenciación anatómica. En este estudio nos puede mostrar con certeza la presencia de una colección y loes espacios involucrados, así como posibles complicaciones tales como trombosis de grandes vasos o involucro intracraneal o de espacios peligrosos (el espacio retro faríngeo es una vía de diseminación hacia el mediastino).

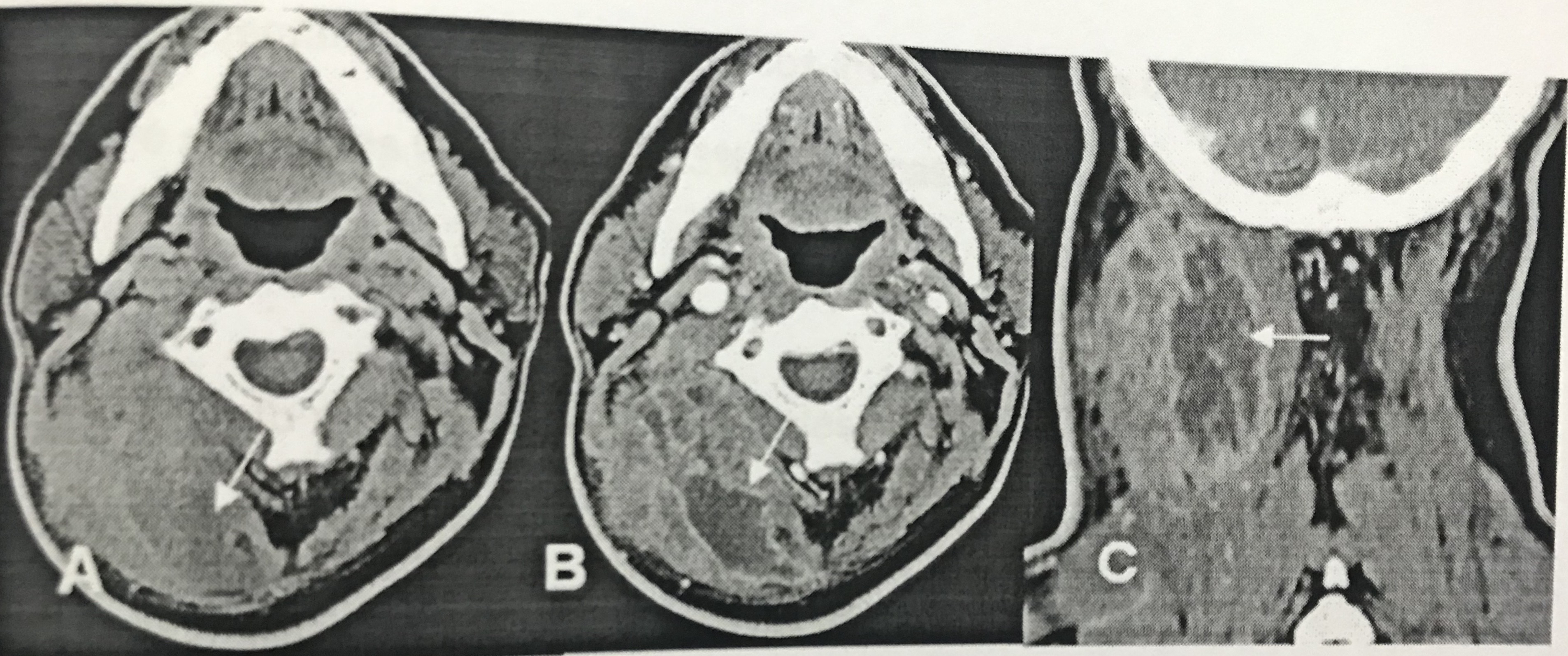


Figura No. 1: TAC de cuello contrastado que muestra un absceso en los músculos del triángulo posterior derecho

La resonancia magnética tiene un uso limitado en estos casos. Una desventaja es el tiempo necesario para la obtención de las imágenes, adicionalmente la necesidad de que el paciente permanezca inmóvil, lo cual puede ser difícil de lograr e incluso desaconsejable en un paciente con probable compromiso de la vía aérea. Sin embargo, puede ser útil para valorar involucro del espacio epidural en infecciones del espacio pre/paravertebral y pudiera proporcionar información complementaria en infecciones que involucre la base del cráneo.

En un estudio realizado por el servicio de Otorrinolaringología del hospital de la Universidad Medica China, publicado en diciembre del 2014, el cual incluía a 161 pacientes con APC que fueron sometidos a drenaje quirúrgico se encontró que el más frecuente involucrado fue el espacio submandibular (40.9%), seguido del espacio carotídeo (37.2%) y el espacio parafaringeo

(33.5%). Además, el 53.4% de los casos involucraba más de un espacio, se encontró gas en los tejidos en 19.3% de los casos.

El tratamiento médico de estos pacientes debe de iniciarse de forma empírica debido a los resultados de los cultivos bacteriológicos se demoran entre 48 y 72 horas; adicionalmente un 20 a 40% de los cultivos resultarán negativos. Se deberá seleccionar antibióticos que cubran el espectro de patógenos esperados, según el posible foco infeccioso siendo este modificable según el resultado del cultivo de la secreción obtenida durante el drenaje. Se aconseja el uso de esquemas que incluían al menos 2 antibióticos para cubrir microorganismos gran positivos y gran negativos, aerobios y anaerobios, incluyendo los productores de betalactamasa, ej.: cefalosporinas de 3ra generación + metronidazol.

A pesar de contar con antibióticos de amplio espectro, al comprobarse la presencia de un absceso, el drenaje de este continúa siendo de vital importancia en estos pacientes, pudiendo realizarse por medio de punción o desbridarían quirúrgica. Algunas revisiones recomiendan que de encontrarse colecciones pequeñas (menores de 2cc), sin compromiso respiratorio, pudieran abordarse únicamente con tratamiento médico antibiótico durante 48 horas con estrecha vigilancia para detectar datos que indiquen progresión de la infección o la aparición de complicaciones.

El drenaje por **aspiración** puede ser una opción en casos de colecciones bien localizadas. Puede ser guidado por ultrasonido o TAC. Es una opción a considerar en pacientes demasiado inestables como para ser sometidos a un procedimiento bajo anestesia general. Por lo general se considera que los abscesos pequeños (menores de 3 cm) y uniloculares pueden retirarse satisfactoriamente mediante aspiración con aguja guiada por ultrasonido o tomografía. Yeow et al11 propusieron en tratamiento alternativo con drenaje por aspiración o inserción de un catéter guiado por ultrasonido, con resolución del absceso en un 87% de los sujetos. Herzon y Martin12 reportaron un éxito en 80%. Biron et al propone un algoritmo que puede auxiliar en la decisión de realizar drenaje por punción de APC.

Absceso Profundo en Cuello

Vía aérea Estable

Drenaje Guiado por US

Bien definido

Estudio de imagen

Mal Definido o Multiloculado

Drenaje quirúrgico abierto

Asegurar Vía aérea

Compromiso Vía aérea

Figura No. 2: Algoritmo para drenaje por punción

El **tratamiento quirúrgico** mediante una incisión cervical es la forma más confiable para tratar un APC. Durante el abordaje deberá asegurar una adecuada exposición ya acceso para el drenaje sin comprometer estructuras adyacentes. En primer lugar, después de una cervicotomia amplia se evidencian las zonas de supuración y necrosis (Figura 3 A). En segundo lugar, se abren y exponen los espacios celuloaponeuróticos (Figura 3 B). Posteriormente se escinden los tejidos necróticos (Figura 3 C). Por último, se realizan lavados de compartimentos anatómicos, colocando un drenaje para lavados posteriores (Figura 3 D).

Tras el drenaje del absceso se deberá desbridar todo el tejido desvitalizado y se irrigará copiosamente. Se deberá colocar un drenaje para continuar con irrigaciones posteriores o permanecer abierto para realizar curaciones y evitar nueva acumulación de pus.

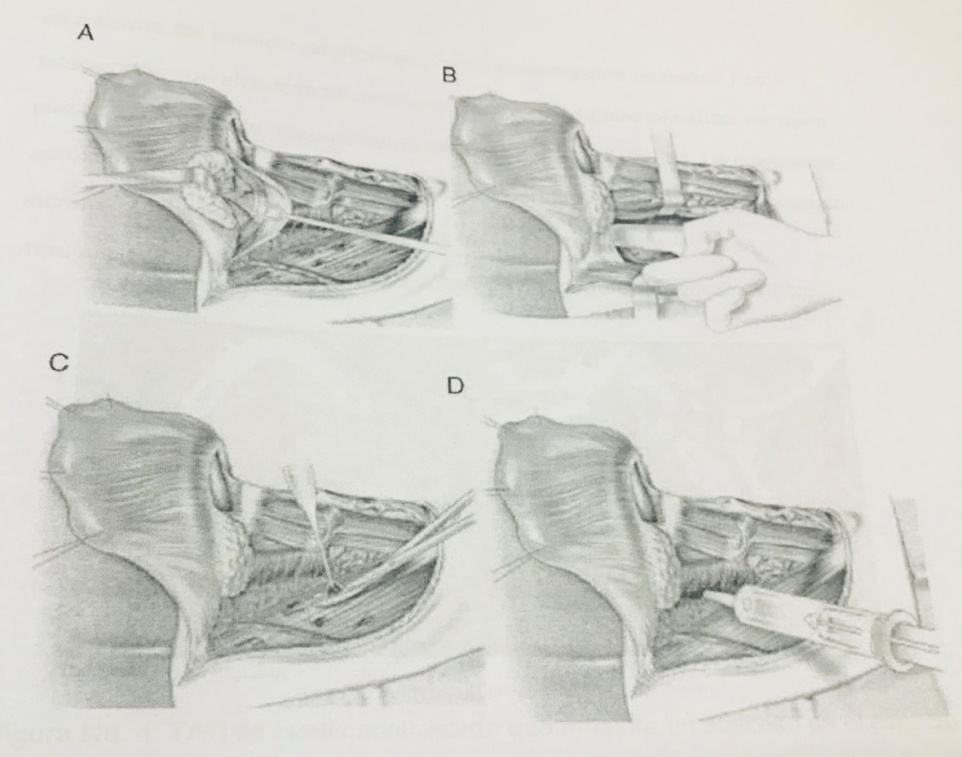


Figura No. 3: Pasos quirúrgicos durante el drenaje de un absceso cervical.

La anatomía del cuello implica múltiples espacios virtuales y planos delimitados por las diferentes capas de la aponeurosis cervical. Las infecciones en el cuello pueden transgredir estos planos y extenderse de un espacio a otro formando grandes abscesos confluentes. Esto puede dar origen complicaciones graves que pongan en riesgo la vida del paciente. Una importante vía de propagación

Es a través del espacio retrofaringeo hacia el mediastino posterior. Las infecciones que alcanzan tal extensión pueden ser fatales al causar derrame pleural o pericárdico, taponamiento cardiaco y choque séptico. La mortalidad aproximada para estas infecciones se ha reportado entre 2 – 6%. Pudiendo incrementar hasta 20% en casos de fascitis necrotizante, 41% en mediatintasnecrotizante y 64% en caso de presentarse choque séptico.

Figura No. 4: TAC de cuello contrastado que muestra un absceso en el espacio retrofaringeo

Órbita

Espacio canino

Espacio infratemporal

.

Cráneo

Vaina carotidea

Mediastino

Espacio retrofaringeo

Espacio faríngeo lateral

Espacio masticador

Espacio submandibular y sublingual

Espacio bucal

Espacio parotideo

Absceso periapical mandibular

Absceso periapical maxilar

Figura No. 5: Diseminación de las infecciones en los espacios profundos del cuello

La mediastinitis resulta de una diseminación hacia debajo de una infección que involucra los espacios que incluyen la longitud del cuello o el espacio visceral

anterior. Los organismos causales varían, dependiendo del origen de la infección, la mayoría de los casos son polimicrobianos e incluyen aeróbicos y anaerobios. Los pacientes afectados refieren frecuentemente dolor torácico o disnea, y la radiografía del tórax o la TAC puede demostrar ensanchamiento de mediastino o neumomediastino. El drenaje transtorácico e necesario cuando la infección se disemina por debajo de la carina. En un estudio la tasa de mortalidad para los pacientes que tenían mediastinitis fue de 40%. El síndrome de Lemierre, o tromboflebitis purulenta de la vena yugular interna, resulta de la diseminación de la infección al espacio carotideo. Los hallazgos patognomónicos incluyen edema e hiperestesia en el ángulo de la mandíbula y sobre el músculo esternocleidomastoideo, junto con signos de sepsis (picos febriles, escalofríos) y evidencia de embolismo pulmonar. Esta complicación puede detectarse utilizando ultrasonido de alta resolución, TAC o RM. El tratamiento incluye terapia antibiótica prolongada dirigida por cultivo y sensibilidad, y se recomienda la anticoagulación por 3 meses cuando existe progresión del trombo o émbolos sépticos. Los casos que no responden requieren ligadura y resección quirúrgica de la vena yugular interna. Los agentes fibrinoiticos pueden usarse hasta 4 días después del inicio, pero tienen un riesgo mayor de hemorragia que la anticoagulación. Otra opción para pacientes que no toleran lo anterior largo plazo es la colocación de stent endovascular y filtros de la vena cava superior.

La fascitis cervical necrotizante es una infección fulminante que se disemina a través de los planos de la fascia y causa necrosis del tejido conectivo. Los

Patógenos involucrados son usualmente polimicrobianos y odontogénicos, e incluyen *S pyogenes, Clostridiumperfringens*, y aerobios y anaerobios mixtos. El estafilococo dorado meticilino-resistente ha sido reconocido recientemente como una causa importante y puede necesitar tratamiento con vancomicina de forma empírica. Los pacientes con fascitis necrotizante se presentan enfermos de forma aguda, con fiebres altas, y la necrosis de la piel puede ser blanda, edematosa y eritematosa, con transición indistinta a la piel normal. La crepitación de los tejidos blandos debida a la infección por organismos productores de gas, puede estar presente, y en casos más avanzados, la piel está palida, con anestesia, oscura, con ámpulas y descamación. La TAC puede mostrar celulitis difusa con infiltración a la piel y tejidos subcutáneos, y miositis, liquidocomparimental y acumulación de gas. El tratamiento de esta complicación debe ser en la UCI e incluye antibióicos parenterales junto con desbridación quirúrgica temprana y frcuente de cualquier tejido desvitalizado. La herida debe dejarse abierta y cubierta con gasas con antibiótico hasta que la infección cada. El oxigeno hiperbárico es útil como un traamiento adyuvante en pacientes hemodinamicamente estables. La fascitis necrotizante se acompaña frecuentemente de mediastinitis sepsis, que aumentan el riesgo de mortalidad.

La neumonía por aspiración, los abscesos pulmonares, empiema e incluso la asfixia pueden ser consecuencia de rupturas de abscesos hacia la laringe o traqueaco la aspiración subsecuente del drenaje purulento. El síndrome de Horner y la parálisis de los pares craneales IX y XII resultan de infecciones que invaden el espacio caroideo. La osteomielitis puede afectar la mandíbula o

Cuerpos vertebrales cervical, y puede provocar subluxación vertebral. La sepsis frecuentemente es una causa directa de mortalidad en estos pacientes. Otras complicaciones potenciales incluyen meningitis, absceso intracraneal y coagulación intravascular diseminada.

Un estudio que incluyo 282 pacientes con infecciones cervicales profundas encontró que el involucro de más de 1 espacio cervical era significativo para pronosticar complicaciones. La presencia de comorbilidades, origen en un sitio no odontogénico, leucocitosis mayor de 11.0 x 10(9) /L y la necesidad de tratamiento médico y quirúrgico fueron significativos para pronosticar estancias hospitalarias prolongadas.

**Objetivo / justificación**

En nuestro medio, un hospital de referencia de tercer nivel, enfocado principalmente en poblaciones vulnerables y sin seguridad social, son comunes estas infecciones. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la experiencia que hemos adquirido al tratar pacientes con estos padecimientos en nuestro hospital. La información obtenida podrá ser utilizada a un corto, mediano y largo plazo para el tratamiento de estos pacientes, manteniendo las prácticas que demuestren ser beneficiosas y modificando las que sean pertinentes. Creemos que evaluar el tratamiento de un número grande de pacientes con estos pacientes traerá beneficios individuales para cada paciente que sea tratado en nuestro servicio

**Materiales y Métodos**

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal.

Diseño

Criterios de inclusión: Se incluirán en la revisión los expedientes clínicos de los pacientes adultos, genero distinto, diagnosticados, con abscesos en espacios profundos del cuello incluyendo:

* Absceso periamigdalino (J36)
* Absceso submandibular (L02.0)
* Absceso parafaringeo (J39.0)
* Absceso masticador
* Absceso pretraqueal
* Absceso de región parotidea (K11.3)
* Absceso retrofaringeo (J39.0)
* Absceso dentoalveolar (K04.7)
* Absceso dentoalveolar con fistula (K04.6)
* Absceso de ganglios infáticos cervicales (L04.0)
* Angina de Ludwing (K12.2)

S registró: información demográfica, además de padecimientos comórbidos, etiología, hallazgos clínicos, métodos diagnósticos utilizados, espacios

Involucrados, necesidad de realizar procedimiento quirúrgico, días de internamiento y complicaciones. Estos datos se recabaron en una base de datos para su posterior análisis. Se incluyeron pacientes tratados por el servicio de otorrinolaringología de nuestro hospital durante el periodo de 01 enero del 2010 al 31 diciembre del 2014

El análisis retrospectivo de la información se llevo a cabo bajo estándares estrictos de discreción y confidencialidad. No se incluyó información que permitiera la identificación personal de los pacientes. Por estos motivos no se creyó necesario el obtener consentimiento informado de los pacientes incluidos en el estudio, solicitándose la exención del mismo. El protocolo fue sometido a aprobación por el comité de ética en investigación de la institución, siendo revisado ya aprobado en junio del año 2015, quedando registrado con la clave **OT15-001**.

En el mes de julio 2015 e dio inicio a la revisión de expedientes, concluyendo la misma en noviembre del año 2015.

Análisis estadístico

Se incluyó todo el universo de pacientes que hayan recibido los diagnósticos antes mencionados entre las fechas de 01 enero 2010 y 31 de diciembre 2014. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencia y porcentajes para analizar los resultados obtenidos en este estudio.

**Resultados**

Se realizó una búsqueda por diagnósticos en la base de datos e pacientes de nuestro hospital con los criterios de búsqueda ya especificados. Se comprobó dicha lista con los censos de pacientes realizados por nuestro servicio para evitar la exclusión de algún sujeto de investigación. Al finalizar el reclutamiento se obtuvo un total de 243 sujetos (expedientes). De esta lista e realizó una primera depuración excluyendo pacientes con diagnósticos y edades mal especificados, quedando un total de 172 sujetos. Se solicitaron los expedientes de dichos sujetos al departamento de archivo para su análisis. Se encontró que algunos de ellos habían sido depurados debido a la antigüedad y falta de movimiento luego de 5 años. Al finalizar, se obtuvo un total de 144 sujetos, los cuales fueron incluidos en este estudio.

Datos demográficos: del total de 144 sujetos, 79 (54.8%) fueron masculinos y 65 (45.1%) femeninos. Al clasificarlos según su edad, 18 – 30 años: 30 sujetos (20.8%); 31 – 40 años: 40 sujetos (27.7%); 41 – 50 años: 30 sujetos (20.8%); 51 – 60 años: 31 sujetos (21.5%) y mayores de 61 años: 13 sujetos (9.02%).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | Femenino | Total |
| 18 – 30 años | 20 | 10 | **30** |
| 31 – 40 años | 21 | 19 | **40** |
| 41 – 50 años | 17 | 13 | **30** |
| 51 – 60 años | 15 | 16 | **31** |
| >de 60 años | 6 | 7 | **13** |
| Total | **79** | **65** | **144** |

Tabla No. 3: Datos demográficos de los sujetos

Antecedentes no patológicos: tabaquismo: 43 sujetos (29.86%), alcoholismo: 47 sujetos (32.63%), toxicomanías: 9 sujetos (6.25%).

Comorbilidades: se encontró que la mayoría de los pacientes eran previamente sanos y negaron algún padecimiento comórbidos: 86 sujetos (59.72%). En los pacientes con comorbilidades, la principal fue diabetes mellitus con 43 sujetos (29.86%), seguido de hipertensión arterial sistémica con 16 sujetos (11.11%), otras comorbilidades frecuentes fueron: enfermedades reumatológicas con 7 (4.86%), enfermedades neoplásicas: 6 (4.16%), hiptiroidismo: 3 sujetos (2.08%), infección por virus inmunodeficiencia humana: 1 sujeto (0.69%).

Gráfica No. 1: Enfermedades Comórbidas

Etiología Se clasificó a 105 (72.91%) de los sujetos como con etiología odontogénica, 23 (15.97%) de infección de vías respiratorias superiores, 10 (6.94%) provenientes de una adenopatía, 5 (3.47%) traumáticas, 4 (2.77%) de sialoadenitis, 2 (1.38%) de neoplasia y 7 (4.86%) como etiología desconocida.

Gráfica No. 2: Etiología atribuida

Procedimientos diagnósticos: Un total de 86 sujetos (59.72) fueron sometidos a la realización de tomografía axial computarizada siendo los principales hallazgos: edema y borramiento en planos grasos, zona hipodensa con reborde que realza posterior a la administración de medio de contraste (correspondiente a la colección), adenopatía de características reactivas, frecuentemente se reportó gas en los espacios del cuello. En muy pocos casos se reportó trombosis venosa, desplazamiento de vía aérea.

Espacios del cuello involucrados: 75 sujetos (52.08%) presentaron involucro de un solo espacio, 69 (47.91%) involucro de más de 1 espacio. El espacio más frecuentemente involucrado fue el submandibular con 91 sujetos (63.19%),

Seguido por el submentoniano con 35 sujetos (24.30%), periamigadalino con 32 (22.22%) sujetos, parafaringeo con 25 sujetos (17.36).

Grafica No. 3: Espacios del cuello involucrados

En cuanto el tratamiento inicial, 92 sujetos (63.88%) fueron sometidos a drenaje y desbridación quirurgica, a 36 (25%) de los sujetos se les realizó drenaje por punción, solo 19 (13.19%) sujetos fueron tratados unicamente con tratamiento médico (antibiotico + antiinflamatorios), 3 (2.08%) pacientes tratados inicialmente con punción requirieron posterior drenaje y desbridación quirúrgica

Gráfica No. 4: Tratamiento

Se solicitó interconsulta con el servicio de dental realizando exodoncia a 62 (43.05%) sujetos.

Otros procedimientos realizados fueron: traqueostomia en 5 sujetos (3.47%), toracotomía en 2 sujetos (1.38%), amigdalectomia en 2 sujetos (1.38%) y resección de glandula salival en 1 sujeto (0.69%).

En cuanto a días de estancia hspitalaria, 36 (25%) sujetos permanecieron en internamiento entre 1 – días, 50 (34.72%) entre 3 – 4 dias, 29 (20-13%) entre 5 – 7 dias, 26 sujetos (18.05%) más de 1 semana y 3 sujetos (2.08%) permanecieron más de 1 mes. El paciente con mayor estancia hospitalaria permaneció 38 días.

Estancia Intrahospitalaria

Gráfica No. 5: Días de estancia intrahospitalaria

Las complicaciones observadas en nuestra población fueron trombosis venosa yugular en 2 sujetos (1.38%), mediastinitis en 2 sujetos (1.38%), neumonía nosocomial en 2 sujetos (1.38%), falla renal aguda, choque séptico en 1 sujeto (0.69%), el mismo sujeto falleció a consecuencia de lo mismo. Este paciente fue el único reportado entre los sujetos incluidos en nuestro estudio.

**Discusión**

Se encontró un muy ligero predominio de pacientes masculinos en nuestra población (54.86%). Esto coincide con lo reportado por Marioni et al y Eftekharian et al.

En nuestro estudio encontraron que la principal población afectada con pacientes jóvenes entre 30 a 40 años. Sin embargo, estos pacientes generalmente presentaban una evolución favorable con una estancia hospitalaria corta.

En nuestro estudio. 58 pacientes (40.27%) presentaban comorbilidades, siendo la principal la Diabetes Mellitus con 43 sujetos (74.13%). Esto se comportó de manera similar a otros estudios quienes reportaron DM en 63% de sus pacientes. La DM es el principal factor asociado a una mayor tasa de complicaciones, estancia hospitalaria prolongada, involucro de múltiples espacios. Huang et al, y Lee et al indicaron que los pacientes mayores y con Diabetes Mellitus eran más susceptibles a presentar infecciones en los espacios profundos del cuello. Una disminución en fallo del mecanismo de fagocitosis y la capacidad bactericida contribuye al aumento en la susceptibilidad de las personas mayores a las infecciones bacterianas. En los pacientes con DM, la hiperglucemia puede obstruir los mecanismos de defensas humoral como las funciones de la neutrófilos: adhesión, quimiotaxia y fagocitosis lo que resulta en predisposición a las infecciones.

La etiología más frecuente reportada en múltiples estudios son las infecciones odontogénicas, 16, 18, 22.Esto coincide con lo encontrado en nuestra población. Otro estudio realizado en nuestro país en una población similar a la nuestra reportó predominio similar de infecciones odontogenicas 61.5%, seguido de infecciones faringoamigdalinas 23.1%. Debido a este predominio en etiología, nosotros consideramos que estos pacientes deben ser evaluados oportunamente por el servicio de odontología. El realizar extracción de las piezas dentales afectadas durante el internamiento se asocia a una rápida mejoría clínica por la cual recomendamos realizar esta valoración cuanto antes. Se ha reportado que actualmente las infecciones amigdalinas ocupan el segundo lugar en etiología de los APC. Previo al uso generalizado de los antibióticos, estas infecciones ocupaban el primer lugar en etiología.

La tomografía computada en el estudio de imagen más utilizado y presenta ventajas importantes para el diagnostico de estas infecciones, considerándose incluso como un estudio que se realiza de manera rutinaria en las infecciones profundas del cuello. Se ha informado que la TAC en combinación con la exploración física tiene sensibilidad de 95% y especificidad de 80% para el diagnostico. Las imágenes por resonancia magnética no han mostrado ventajas sobre la tomografía computada. Existen espacios, como el vascular, pterigoideo y parafaringeo, que prácticamente solo es posible su identificación en la TAC; esta es la razón por la que el estudio es importante para la localización y extensión precisa de los abscesos, y posteriormente,

definir el procedimiento apropiado para el drenaje completo de todos los espacios afectados. Además, guiarse solo por el material purulento no es recomendable, pues se ha reportado que incluso 25% de los espacios afectados no tenían pus a pesar de estar involucrados en la tomografía computada.

El sitio más frecuentemente afectado fue el submandibular, seguido del submentoniano, periamigdalino y parafaringeo. Otros estudios han reportado el espacio periamigdalino como el más común.

En nuestro estudio, el tratamiento quirúrgico con desbridación y drenaje abierto fue el preferido al comprobarse colección en estudios de imagen (92 sujetos = 63.88%). Esto coincide con lo reportado en la mayoría de los estudios. Por el contrario, Plaza mayor et al surgió antibioticoterapia intravenosa de amplio espectro más cortico esteroides intravenosos o por vía oral en altas dosis para tratar a la mayoría de los pacientes con infecciones profundas de cuello. En algunos casos donde el absceso es pequeño (< 3cc) y no se presentan complicaciones de forma inicial el tratamiento médico pudiera ser suficientes. En estos casos, el tratamiento médico no se asoció con incremento en las complicaciones o mortalidad. En nuestro estudio el 13.9% de los sujetos recibió únicamente tratamiento médico resultando en resolución de la infección.

Solo se registró un fallecimiento, en un paciente que desarrollo fascitis necrotizante, involucrando grandes vasos del cuello, progresando a mediastinitis y choque séptico.

**Conclusión**

Los APC son afecciones graves que deben ser consideradas una urgencia médico-quirúrgica. Los pacientes con APC son susceptibles de complicaciones graves en cuestión de horas (mediastinitis, shock séptico con CID, fascitis necrotizante, compromiso respiratorio agudo). Se relacionan con infecciones odontógenas y orofríngeas, aunque pueden ser idiopáticas. Deben prestarse atención a pacientes diabéticos, que han tenido cualquier tipo de intervención en el área de cabeza y cuello, puesto que son susceptibles de tener infecciones más graves y mayor numero de complicaciones. Debemos estar atentos a la aparición de síntomas de alarma como disnea, estridor, dolor a la palpación en el suelo de la boca, sialorrea, trismus, etc.

**Bibliografía**

1Larawin V, Naipao J, Duber SP. Head and neck sapce infections, Otolaryngol Head and neck Surg 2006; 135:889-93

2Vieira F, Allen SM, Stocks RM, Thompson JW. Deep neck infection Otolaryngol Clin North Am 2008;41:459-83.p

3Peña-García J F, Obregón- guerrero G, Ramirez.Martinez M, Perez.Alvarez C, Martinez.Ordaz J L, Morneo-Aguilera E. Absceso profundo de cuello, Factores asociados con la reoperación y mortalidad: cirugía y cirujanos 201381299-306

4Aynechi BB, Har.El G. Deep Neck Infections. In: Johnson JT, Rosen CA, editors. Bailey´s Head & Neck Surgery Otolaryngology. 5th ed Baltimore; Lippincott Williams & Wilkins; 2014. P. 794-813

5Christian JM, Goddard AC, Gellespie MB. Deep Neck and Odontogenic Infections. In: Flint PW, Haughey BH, editors. Cummings Otolarungology – Head and Ncek Surgery. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. P .164 – 175

6Lee YQ, Kanagalingam J Bacteriology of deep neck abscesses: a retrospective review of 96 consecutive cases. Singapore Med J. 2011 May;52(5):351-5.

7May JG, Shan P, Sachdeva L, Micale M, Kruper GJ, Sheyn A, Coticchia JM Potential role of biofilms in deep cervical abscess. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014 Jan;78(1):10-3.

8Maroldi R, Farina D, Ravanelli M, Lombardi D, Nicolai P. Emerhency imaging assessment of deep neck space infections. Semin Ultrasound CT mr, 2012 Oct;33(5):432-42.

9Lin RH, Huang CC, Tsou YA, Lin CD, Tsai MH, Chen JH, Chen CM, Shiao YT. Correlation betwen imaging characteristics and microbiology in patients with deep neck infections: a retrospective review of one hundred sixty-one cases. Surg infect (Larchmt). 2014 Dec;15(6):794-9

10Osborn TM Assael LA, Bell RB. Deep space neck infection: principles of surgical management. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2008 Aug;20(3):353-65

11Yeow KM, Liao CT, Hao SP. US-guided Needle Aspiration and Catheter Drainnage as an Alternative