

Escamilla Y
Aguilà AF
Vivancos J
Rosell R
Saiz JM
Cardesin A

Hospital de Sabadell.
Corporación Sanitaria Parc Taulí.
Sabadell. Barcelona

Absceso retrofaríngeo: complicación tras faringolaringoscopia biópsica

Retropharyngeal abscess: complication after biopsic pharynx-laryngoscopy

RESUMEN

El absceso retrofaríngeo es una patología poco frecuente en el adulto que afecta al espacio comprendido entre las fascias perifaríngea y alar, desde la base del cráneo al mediastino.

Presentamos un caso clínico en el que la aparición de un absceso retrofaríngeo fué secundaria a una panendoscopia biópsica faringolaríngea postradioterapia.

PALABRAS CLAVE:

Absceso retrofaríngeo, biopsia faríngea, radioterapia, complicaciones.

SUMMARY

Retropharyngeal abscess is an infrequent disease in adults, which affects the space that exists between the peripharyngeal and the alar layers, from the base of the skull to the mediastinum.

We report a clinical case in which the appearance of a retropharyngeal abscess was secondary to biopsies in a post radiotherapy pharynx-laryngeal endoscopy.

KEY WORDS:

Retropharyngeal abscess, pharyngeal biopsies, radiotherapy, complication.

Introducción

La conexión anatómica del espacio retrofaríngeo con otros espacios cervicales facilita la progresión de una infección y la aparición de graves complicaciones^{1,2}.

El espacio retrofaríngeo se encuentra entre la fascia perifaríngea por delante y la fascia alar por detrás, extendiéndose desde la base del cráneo hasta el mediastino, a nivel de C6-D4, donde se fusionan ambas fascias. Este espacio comunica libremente con el espacio pretraqueal, pudiendo extenderse los abscesos retrofaríngeos hasta el mediastino anterior³.

La "cloisson sagittale" a ambos lados, lo separa del parafaríngeo, de situación más lateral.

Entre la fascia alar y la fascia prevertebral encontramos el espacio peligroso^{4,5}, vía de propagación de infecciones al mediastino medio y posterior, que se extiende desde la base del cráneo al mediastino posterior, hasta un plano por encima del diafragma, donde las fascias alar y visceral se fusionan con la fascia prevertebral (figura 1).

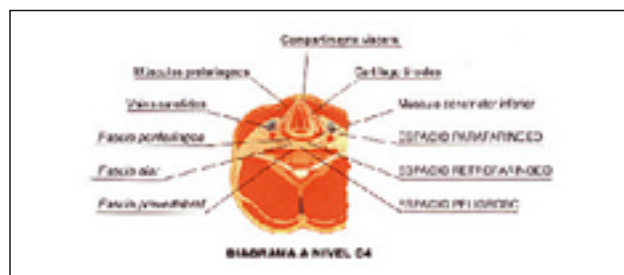


Figura 1: Diagrama de los espacios y fascias cervicales.

Caso Clínico

Paciente de 48 años tratado con quimioterapia-radioterapia concomitante de un carcinoma escamoso de oro-hipofa-

ringe derecha (T4 N2a). Se le realiza una faringolaringoscopia directa con biopsias seriadas ante la sospecha de persistencia de enfermedad tanto clínica como radiológicamente, siendo dado de alta al día siguiente.

A las 72 horas de la panendoscopia, acude a urgencias por: tumefacción cervical derecha, aumento de su disfagia, sialorrea, trismus, disnea y dolor torácico, estando afebril.

La exploración por laringoscopia indirecta fué imposible por el trismus que presentaba y la fibrolaringoscopia mostró un exudado purulento en la oro-hipofaringe y áreas cicatriciales por las biopsias previas, así como edema ya conocido, sin compromiso de la luz laríngea. La analítica evidenció una leucocitosis y el ECG y la Rx de tórax fueron normales.

Se instauró tratamiento médico con amoxicilina-clavulánico y corticoides endovenosos y se solicitó una TAC cérvico-torácica ante la sospecha de un absceso cervical.

La TAC confirmó la sospecha, mostrando la presencia de una colección líquida retrofaríngea derecha, sin márgenes delimitados y con abundante aire en su interior, medial al paquete vasculonervioso homolateral, que se extendía superiormente a través del espacio parafaríngeo derecho hasta el nivel del borde superior de la glándula submaxilar e inferiormente hasta el mediastino, con producción de efecto masa de la misma colección, desplazando la vía aérea hacia el lado contralateral (figura 2).

Fue intervenido quirúrgicamente el mismo día drenando el absceso a través de una cervicotomía anterior derecha. Se realizó una incisión por delante de todo el músculo ECM, localizando el paquete vasculonervioso cervical, drenando inicialmente el absceso entre la vaina carotídea y el músculo constrictor inferior faríngeo y disecando seguidamente todo el espacio retrofaríngeo, desde el atlas hasta el mediastino retroesofágico. Se colocaron 3 drenajes tipo Penrose. No se practicó traqueotomía, pero se mantuvo intubado durante 24 horas en UCI.

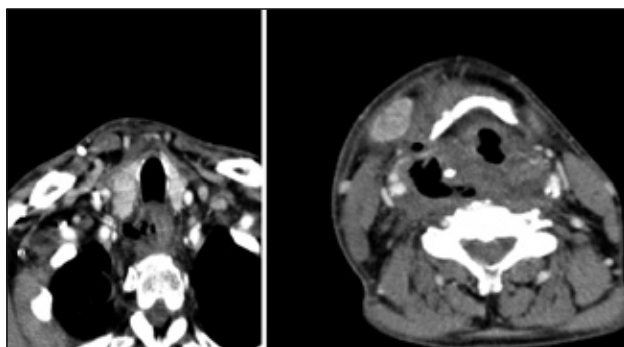


Figura 2: TAC cervical en el que se aprecia la colección abscesificada retrofaríngea derecha, con extensión parafaríngea y mediastínica.

Se cambió el tratamiento antibiótico a levofloxacino y clindamicina, dada la presencia de olor fétido y gas al drenar el absceso, confirmando posteriormente los cultivos el crecimiento gérmenes aero-anaerobios, sensibles al tratamiento instaurado.

El paciente evolucionó favorablemente, clínica y radiológicamente, siendo dado de alta hospitalaria 14 días después y manteniendo el tratamiento antibiótico por vía oral 14 días más.

Las biopsias de la panendoscopia fueron negativas así como un ganglio subdigástrico extirpado en la cirugía.

El paciente sigue ingesta oral y está libre de enfermedad 14 meses después de esta complicación.

Discusión

El absceso retrofaríngeo es una entidad infrecuente pero potencialmente muy grave⁶.

En adultos normalmente es secundario a traumatismos o heridas^{7,8,9} como en nuestro caso, cursando con odinofagia, disfagia, rigidez cervical, disnea inspiratoria, hipersalivación y fiebre⁵, único signo que no apareció en nuestro paciente.

La TAC nos localiza el absceso y su extensión, lo diferencia de una celulitis, permitiendo valorar sus posibles complicaciones y facilitando el estudio de una posible afectación vascular^{10,11}.

Actualmente la flora asociada a esta patología es polimicrobiana con predominio de las bacterias anaerobias sobre las aerobias^{12,13}.

Muchas son las complicaciones descritas^{6,14}, entre las que encontramos la mediastinitis, que en nuestro caso quedó limitada al mediastino retroesofágico superior.

El tratamiento es el drenaje quirúrgico asociado a antibióticoterapia, aunque hay autores que han conseguido su curación sólo con ella^{8,15}.

Los tipos de drenaje descritos son tres^{9,16}: intraoral, cervicotomía anterior y cervicotomía posterolateral. El abordaje intraoral está indicado en abscesos mediales a los grandes vasos, localizados en el anillo inflamatorio del ganglio retrofaríngeo y que no presenten pus libre en los espacios fasciales del cuello¹⁷. El abordaje por cervicotomía anterior, permite además la exploración y drenaje de los espacios faríngeos laterales y del eje vascular del cuello y la cervicotomía posterolateral estaría indicada en niños, permitiendo la disección también del espacio retroestileo.

Cuando efectuemos comprobación histológica de la respuesta a la quimioradioterapia con intención radical de los

tumores faringolaringeos, debemos tener presente que el estado de los tejidos y la necesidad de biopsias en profundidad, pueden ser factores que faciliten esta complicación, por tanto, debemos tener presente no sobrepasar los límites anatómicos al efectuar estas biopsias y quizás instaurar una profilaxis antibiótica que no instauramos en nuestro caso.

Bibliografía

1. Barrat GE, Koopmann CF, Coulthard SW. Retropharyngeal absces a ten-years experience. *Laryngoscope* 1984; 94: 455-463
2. Blomquist IK, Bayer AS. Life-threatening deep fascia space infections of the head and neck. *Infect Dis Clin North Am* 1988; 2: 237-264
3. Som P, Curtin H. Fascias y espacios del cuello. En: *Radiología de cabeza y cuello. Volumen 2*. Madrid. Elsevier; 2004. p.1815-1816.
4. Grondinsky M, Holyoke EA. The fasciae and fascial spaces of the head, neck, and adjacent regions. *Am J Anatomy* 1938; 63: 367-408
5. Ross D, Tannebaum, MD. Adult retropharyngeal absces: a case report and review of the literatura. *J.Emerg. Me*, 1996; 14: 147-58
6. Grijalva M, Medina JJ, Saiz Ma. Absceso retrofaríngeo por cuerpo extraño con complicación mediastínica y pericárdica. *Anales ORL Iber-Amer* 1996; 23: 577-87
7. Barry B, KiciS, Ameline E, Bensimon JL. Suppurations peripharyngés. En: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris. Elsevier.2000. 20-520-A-10
8. Pintado V, Cibrián F, Scola B y ParrasF. Absceso retrofaríngeo en adultos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1995; 13: 40-43
9. Crusat S, Nogués J, Maños M, Vera R, González X y Dient M. Absceso retrofaríngeo. *Anales ORL Iber-Amer* 1996; 23; 169-78
10. Goldenberg D, Golz MD, Joachims M.D. Retropharyngeal absces: a clinical review. *J Laryngol Otol* 1977 Jun; 111(6): 546-50
11. Endicott JN, Nelson RJ, Sarraceno CA. Diagnosis and management decisions in infections of the deep fascial spaces of the head and neck utilizing computerized tomography. *Laryngoscope* 1982; 92: 730-733
12. Asmar BI. Bacteriology of retropharyngeal absces in children. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 595-596
13. Brood I. Microbiology of retropharyngeal abscesses in children. *Am J Dis Chile* 1987; 141: 202-204
14. Wills P, Vernon R.P. Complications of space infections of the head and neck *Laryngoscope* 1981; 91:1.129-1.136
15. Gianoli GJ, Espinola TE, Guarisco JL, Millar RH. Retropharyngeal space infection; changing trenes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105: 92-100
16. Elliot CA, Bernard P, Briggs V, Mcdonald P. Posterolateral cervicotomy in retropharyngeal abscesses. *Laryngoscope* 1992; 102: 585-587
17. Choi SS, Vezina G, Grundfast KM. Relative incidente and alternative approaches for surgical drainage of different types of deep neck abscesses in children, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 1271-5

Correspondencia

Dra. Yolanda Escamilla Carpintero
Poliol, 1
08192 SANT CUGAT DEL VALLÉS (Barcelona)
yescamilla@telefonica.net