

Abscés cervical profund associat a col·locació de mascareta laríngia

Mireia Garcia-Santos¹, Emiliano Mora-Muñoz¹, Juan José Sanz-Gonzalo², Alejandro Congo-Silva³

Serveis de ¹ Pediatria, ² Otorrinolaringologia i ³ Radiodiagnòstic. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa (Barcelona)

RESUM

Introducció. Els abscessos parafarínge i retrofarínge són infeccions profundes del coll que solen associar-se a l'antecedent d'infecció de vies respiratòries altes. Ocasionalment poden ser causats per traumatismes com els que comporten algunes manipulacions mèdiques, per exemple, la col·locació de mascareta laríngia, molt utilitzada en cirurgia pediàtrica.

Cas clínic. Es presenta el cas d'una nena de 6 anys amb tortícolis de 8 dies d'evolució i febre de 24 hores, sense cap altra simptomatologia. La pacient havia estat intervinguda quirúrgicament sota anestèsia general amb col·locació de mascareta laríngia 36 hores abans de l'inici del quadre, sense incidències. En l'exploració, destaca una contractura cervical bilateral amb flexió del cap a la dreta, i a l'anàlisi es troba leucocitosi amb predomini de neutròfils i augment de la proteïna C reactiva. Es fa una ressonància magnètica cervical en què s'observa un abscess d'extensió parafarínge i retrofarínge, i s'indica una punció percutània ecoguiada de l'àrea abscessificada, que resulta positiva per a *S. pyogenes*. S'ingressa la pacient amb antibioteràpia endovenosa i s'aconsegueix la millora clínica i radiològica de l'abscess.

Comentaris. Els abscessos cervicals profunds s'han de considerar davant de simptomatologia obstructiva i inflamàtoria de la via aèria i el tracte digestiu superior, i símptomes locals o dolor al moviment cervical. El diagnòstic es basa en les troballes radiològiques, analítiques i microbiològiques, i cal instaurar antibioteràpia endovenosa empírica amb cobertura per a estafilococs, estreptococs i anaerobis. Tot i que aquests abscessos en la majoria de casos són secundaris a l'extensió d'infeccions del tracte respiratori superior, hi ha altres causes que cal considerar.

Paraules clau: Abscess. Tortícolis. Abscess retrofarínge. Mascareta laríngia.

ABSCESO CERVICAL PROFUNDO ASOCIADO A LA COLOCACIÓN DE MASCARILLA LARÍNGEA

Introducción. Los abscesos retrofaríngeo y parafaríngeo son infecciones profundas del cuello que suelen asociarse al antecedente de infección de vías respiratorias altas. Ocasionalmente pueden ser causados por traumatismos como los que resultan de algunos

procedimientos médicos, por ejemplo, la colocación de la mascarilla laríngea, muy utilizada en cirugía pediátrica.

Caso clínico. Se presenta el caso de una niña de 6 años con tortícolis de 8 días de evolución y fiebre de 24 horas, sin otra sintomatología. La paciente había sido intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general con colocación de mascarilla laríngea 36 horas antes del inicio del cuadro, sin incidencias. A la exploración, destaca una contractura cervical bilateral con flexión de la cabeza hacia la derecha, y en la analítica se encuentra leucocitosis con predominio neutrofilico y ligero aumento de proteína C reactiva. Se realiza una resonancia magnética cervical donde se observa un absceso de extensión parafaríngea y retrofaríngea, y se practica una punción percutánea ecoguiada de la zona abscesificada, que resulta positiva para *S. pyogenes*. La paciente ingresa con antibioterapia endovenosa y se consigue mejoría clínica y radiológica del absceso.

Comentario. Los abscesos cervicales profundos deben considerarse ante sintomatología obstructiva e inflamatoria de la vía aérea y del tracto digestivo superior, y síntomas locales o dolor al movimiento del cuello. El diagnóstico se basa en los hallazgos radiológicos, analíticos y microbiológicos y se debe instaurar antibioterapia endovenosa empírica con cobertura para estafilococos, estreptococos y anaerobios. Aunque en la mayoría de casos estos abscesos son secundarios a la extensión de infecciones del tracto respiratorio superior, existen otras causas que deben considerarse.

Palabras clave: Absceso. Tortícolis. Absceso retrofaríngeo. Mascareta laríngia.

DEEP NECK ABSCESS ASSOCIATED TO THE PLACEMENT OF A LARYNGEAL MASK

Introduction. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses are deep neck infections that are usually associated with superior airway infections in children. However, they could also be caused by injuries secondary to medical procedures such as the placement of laryngeal masks, which are frequently used in pediatric surgery.

Case report. A 6-year-old female presented to the emergency room with an 8-day history of torticollis and 24 hours of fever with no other associated symptomatology. She had undergone surgery under general anesthesia using a laryngeal mask 36 hours prior, without immediate complications. In the physical examination, the patient had bilateral cervical contracture with right bending. The blood examination showed leukocytosis with predominance of neutrophils and increase of C-reactive protein. Magnetic resonance imaging showed an abscess with parapharyngeal and retropharyngeal extension, and a percutaneous ultrasound-guided puncture of

Correspondència: Mireia Garcia Santos
Servei de Pediatria. Hospital Universitari Mútua Terrassa
Pl. Doctor Robert, 5. 08221 Terrassa
mireiagarcias@mutuaterrassa.cat

Treball rebut: 06.11.2019
Treball acceptat: 27.10.2020

the abscessed area was performed, which resulted positive for *S. pyogenes*. The patient received intravenous antibiotic therapy and achieved clinical and radiological resolution of the abscess.

Comments. Deep neck abscesses should be considered in children with obstructive and inflammatory symptomatology of the airway and upper digestive tract and also local symptoms as neck pain. Diagnosis is based on radiological, analytical and microbiological findings and empirical intravenous antibiotics, with coverage for staphylococcus, streptococcus and anaerobics. Although in most cases these abscesses are secondary to the spread of upper respiratory tract infections, other causes should be considered.

Key words: Abscess. Torticollis. Retropharyngeal abscess. Laryngeal mask.

Introducció

Els abscessos cervicals profunds són infeccions poc freqüents en pediatria i solen afectar infants més petits de 4-5 anys amb antecedents d'infecció respiratòria alta¹⁻⁴. Constitueixen una entitat potencialment greu, ja que es poden estendre a zones adjacents i provocar complicacions com sèpsia, mediastinitis, obstrucció de la via aèria, trombosi de la vena jugular interna i del si cavernós o aneurismes de l'artèria caròtida¹⁻³.

En adults és més comuna l'etiologia secundària a traumatismes o cossos estranys, mentre que en edat pediàtrica aquests casos són infreqüents, tot i que cal considerar-los, per exemple, davant de l'antecedent de col·locació de dispositius a la via aèria, com la mascareta laríngia, cada cop més utilitzada en cirurgia pediàtrica.

L'aparició d'aquesta patologia després de la inserció de la mascareta laríngia sembla excepcional. Després de fer una revisió exhaustiva de la literatura, s'han trobat dos casos descrits en pacients adults i un en població pediàtrica⁵⁻⁶.

Es presenta el cas d'una nena de 6 anys que va desenvolupar un abscess cervical profund associat a la col·locació de mascareta laríngia durant una intervenció quirúrgica.

Cas clínic

Nena de 6 anys que consulta a urgències per torticoli de 8 dies d'evolució associada a sensació nauseabunda i febre de fins a 38,5°C en les últimes 24 hores. No presenta odinofàgia ni cap altra simptomatologia, i en l'anamnesi no es refereixen antecedents d'infeccions recents de vies respiratòries. Va ser intervinguda quirúrgicament 36 hores abans de l'inici de la simptomatologia per fer-li una herniorràfia inguinal sota anestèsia general amb col·locació de mascareta laríngia, sense incidències en l'acte quirúrgic ni durant el postoperatori immediat. La pacient no presenta altres antecedents patològics d'interès ni al·lèrgies conegudes, i té el calendari vacunal al dia. En l'exploració física destaca una contractura muscular cervical bilateral amb flexió del cap a la dreta i dolor a la palpació de les regions submandibular i de l'esternocleidomastoidal ipsilateral, on es palpen petites adenopaties inflammatòries. No presenta dolor en apòfisis espinoses cervicals ni en la musculatura paravertebral cervical; la resta de l'exploració física, incloent-hi l'orofaringe i l'otoscòpia, és normal.

Es fa una analítica sanguínia en què destaca una leucocitosi lleu ($13,71 \times 10^9/L$), amb predomini de neutròfils (73%), i proteïna C reactiva de 28,4 mg/L. A urgències es fa una radiografia cervical, que no mostra alteracions, i una ecografia cervical de parts toves en què només s'observen múltiples adenopaties cervicals dretes de característiques reactives. Davant d'aquestes troballes es fa una resonància magnètica (RM) cervical en què s'observa l'obliteració dels plans de greix a la regió parafaríngia dreta i paravertebral alta (C2-C3) amb extensió a zona retrofaríngia i afectació de la musculatura cervical prevertebral i l'esternocleidomastoidal, així com desplaçament dels vasos carotidis. Es visualitza una zona central hipovascular compatible amb abscessificació d'aproximadament 15 mm de diàmetre (Fig. 1). Valorat conjuntament amb otorrinolaringologia i radiologia, es decideix practicar una punció percutà-

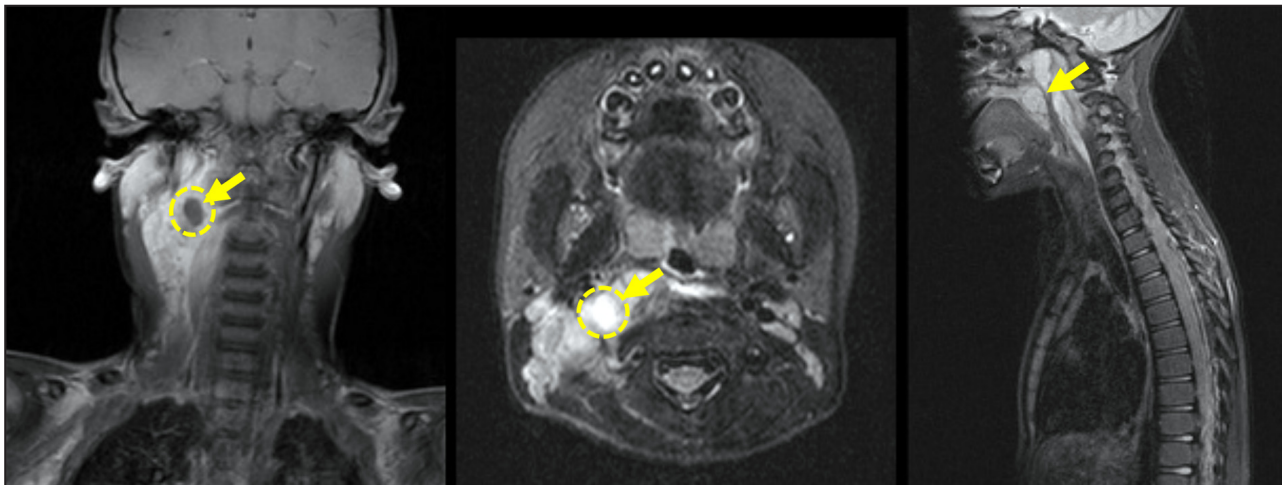


Fig. 1. Imatge de l'RM inicial. S'observen canvis flegmonosos a les regions parafaríngia, retrofaríngia i paracervical alta (C2-C3) dretes, associades a una col·lecció líquida de 14 x 12 x 12 mm i amb conglomerat adenopàtic associat.

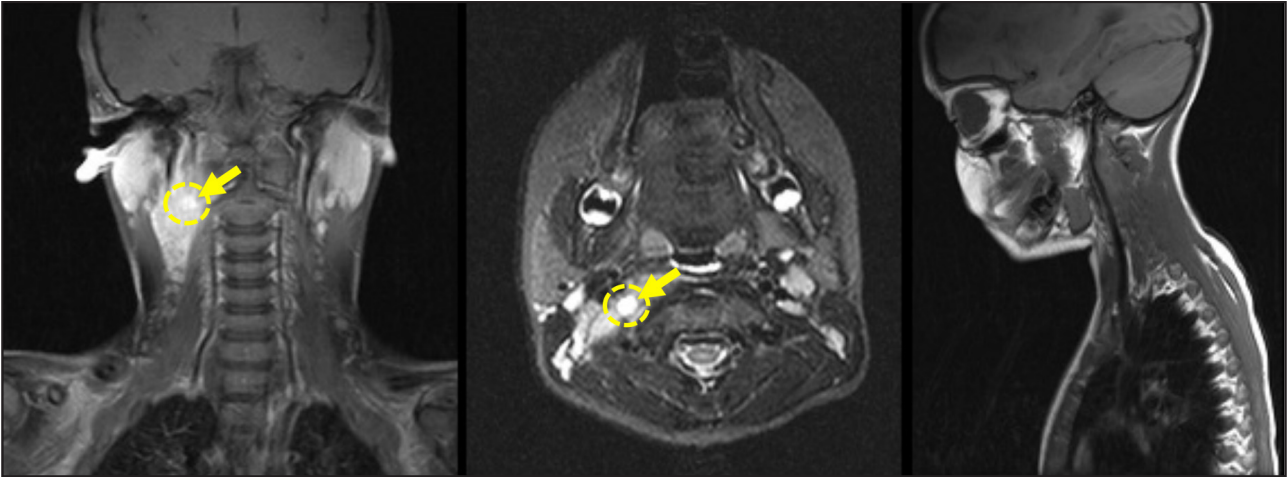


Fig. 2. Imatge de l'RM de control. Abscés d'aspecte flegmonós de mida més petita (5 x 5 x 6 mm), amb desplaçament lleu dels vasos de l'espai carotídi. A la imatge del tall sagital la lesió ja no és visible.

nia ecoguiada de l'àrea abscessificada; s'hi accedeix per la part lateral del coll i s'aconsegueix extreure escàs material d'aspecte hemàticopurulent.

Es cursa l'ingrés i s'inicia tractament antibiòtic endovenós amb amoxicil·lina-clavulànic (100 mg/kg/dia) i metilprednisolona (1,5 mg/kg/dia). El cultiu de la mostra resulta positiu a *S. pyogenes*, amb Ziehl-Nielsen, i reacció en cadena de la polimerasa per *M. tuberculosis* negatiu; el resultat de l'anatomia patològica és compatible amb procés inflamatori agut inespecífic i negatiu per a cèl·lules malignes.

Al cap de 24 hores de l'ingrés, la pacient es troba afebril amb franca millora del dolor i de la mobilitat cervical i amb disminució de la mida de les adenopaties cervicals. Al cinquè dia es retira la corticoteràpia, i un cop coneguda la positivitat del cultiu faringi a *S. pyogenes* es desescala el tractament a ampicil·lina (100 mg/kg/dia), fins a completar 15 dies de tractament antibiòtic endovenós. S'indica control radiològic previ a l'alta mitjançant RM que demostra millora radiològica de les troballes (Fig. 2).

La pacient és donada d'alta a domicili amb amoxicil·lina oral (40 mg/kg/dia) durant 7 dies més amb control clínic per otorinolaringologia i pediatria, i es manté afebril i asimptomàtica. Es fa un nou control amb RM cervical un mes després de l'alta, que mostra la resolució del component inflamatori local, sense altres alteracions.

Discussió

L'abscés cervical profund inclou l'afectació dels espais retrofaringi i parafaringi, que són dos espais virtuals contigus. L'espai retrofaringi es troba delimitat per les fàscies bucofaringia i prevertebral i l'espai parafaringi, amb forma de piràmide triangular invertida, va de la part petrosa del temporal a l'os hioide, per dins de la fàscia cervical superficial fins a la cara lateral de la faringe, i limita posteriorment amb les fàscies dels mús-

culs laterocervicals i les apòfisis laterals vertebrals.

La formació d'aquests abscessos és poc freqüent en pediatria, encara que sembla anar en augment, probablement a causa de les millores en el diagnòstic per imatge¹⁻⁴. En la majoria dels casos és secundària a l'extensió d'infeccions del tracte respiratori superior a través dels ganglis limfàtics locals, que posteriorment necrosen i són el focus d'infecció profunda. Els limfàtics d'aquesta zona estan més desenvolupats en infants, i a partir dels 4-5 anys comencen a involucionar (encara que poden estar presents fins a l'adolescència); és per això que es pensa que aquesta és la causa de la relació entre els abscessos cervicals profunds i l'antecedent d'infecció de vies respiratòries altes en edat pediàtrica.

L'abscés també pot estar associat a traumatismes cervicals, tot i que aquesta via és més comuna en adults^{1,3}. Un traumatisme en aquesta localització pot causar la inoculació directa de patògens als plans profunds del coll i provocar així la formació de l'abscés. Una de les causes de traumatisme en aquesta localització pot ser la col·locació de dispositius a la via aèria, com la mascareta laríngia que assenta a la hipofaringe i forma un segell contra l' esfínter esofàgic superior, per darrere de la base de la llengua i l'epiglotis⁷. Els últims anys s'ha estès l'ús d'aquesta mascareta en la cirurgia pediàtrica, sobretot en cirurgies ambulatories i procediments de curta durada, ja que permet assegurar la via aèria fàcilment i monitorar el pacient evitant les conseqüències derivades de la laringoscòpia i la intubació orotraqueal⁷.

Les manifestacions clíniques inicials més freqüents són febre, odinofàgia i aparició d'adenopaties cervicals, però sovint són inespecífiques^{1,3-4,8-9}. A mesura que progressa la infecció, poden aparèixer altres símptomes de manera més insidiosa derivats de la inflamació i l'obstrucció de la via aèria, com ara limitació de la mobilitat cervical o torticoli, trisme, sialorrea, canvis en el to de veu i, fins i tot, dificultat respiratòria. Davant d'un pacient amb clínica compatible, s'ha de fer una anàlisi sanguínia que inclogui un hemograma com-

plet, en el qual es pot trobar leucocitosi amb predomini neutrofilic i un augment de reactants de fase aguda. També caldrà fer un cultiu faringi, un hemocultiu i, quan sigui possible, un cultiu del contingut de l'abscess. Tot i que en alguns casos pot ser d'etiologia polimicrobiana, els patògens aïllats més sovint són estreptococs dels grups A i B, estafilococs i també anaerobis.

És recomanable fer una prova d'imatge, com la tomografia axial computada o l'RM per diagnosticar l'abscess i per determinar-ne l'extensió, i a continuació s'ha d'iniciar antibioteràpia endovenosa empírica amb cobertura davant d'estreptococs, estafilococs i anaerobis. L'associació d'amoxicil·lina-clavulànic o d'un altre antibiòtic amb inhibició de la betalactamasa (cefotaxima, cefuroxima, carbapenem) i un antianaerobi (clindamicina o metronidazole) sembla un tractament empíric correcte^{1, 3, 10}. En les últimes dècades, el drenatge quirúrgic s'utilitza menys i se sol reservar per a casos seleccionats (compromís de la via aèria; presència de complicacions que comportin un risc vital; gran zona abscessificada, generalment de més de 2-2,5 cm; o manca de resposta a antibioteràpia després de 48 hores)¹⁰. L'ús de corticoides en fases inicials pot col·laborar a millorar abans la simptomatologia inflammatòria^{4, 8}. El pronòstic de l'abscess cervical profund depèn de l'aparició de complicacions.

En conclusió, l'abscess cervical profund s'ha de sospitar davant d'infants que presenten simptomatologia obstructiva i inflammatòria de la via aèria i del tracte digestiu superior, però també simptomatologia local o dolor al moviment del coll, com en el cas de la nostra pacient. Hi sol haver història prèvia d'infecció respiratòria alta,

però l'antecedent de manipulació de la via aèria o altres traumatismes, encara que infreqüent, s'ha de tenir en compte com a possible causant d'aquesta patologia per tal de fer el diagnòstic i establir un tractament de manera precoç, i així millorar el pronòstic dels pacients.

Bibliografia

1. Woods CR, Cash ED, Smith AM, Smith MJ, Myers JA, Espinosa CM, et al. Retropharyngeal and Parapharyngeal Abscesses Among Children and Adolescents in the United States: Epidemiology and Management Trends, 2003-2012. *Pediatr Infect Dis J*. 2016;5(3):259-68.
2. Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, Schwartz D, Paret G. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children - Epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010;74(9):1016-20.
3. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal Abscess in Children: Clinical Presentation, Utility of Imaging, and Current Management. *Pediatrics*. 2003;111(6):1394-8.
4. Croche Santander B, Prieto Del Prado A, Madrid Castillo MD, Neth O, Obando Santaella I. Abscesos retrofaringeo y parafaringeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr*. 2011;75(4):266-72.
5. Casey ED, Donnelly M, Mccaul CL. Severe retropharyngeal abscess after the use of a reinforced laryngeal mask with a bosworth introducer. *Anesthesiology*. 2009;110(4):943-5.
6. Lynn E, Ping T, Keng Y, Singh R, Kwong W, Soon T, et al. Retropharyngeal abscess - A complication of laryngeal mask airway. *J Surg Case Reports*. 2012;2012(10):7.
7. Zaballos García M, López Álvarez S. Recomendaciones prácticas del uso de la mascarilla laríngea en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb*. 2008;13(1):4-26.
8. Poonit ND, Zhou YY, Xu DF, Qiu XH, Chen YF, Li ZJ, et al. Retropharyngeal Abscess in Children: A Retrospective Study. *Ann Pediatr Res*. 2019;3(3):1027.
9. Huang CM, Huang FL, Chien YL, Chen PY. Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2017;50(5):627-63.
10. Lawrence R, Bateman N. Controversies in the management of deep neck space infection in children: an evidence-based review. *Clin Otolaryngol*. 2017;42(1):156-63.