

Absceso retrofaríngeo por ingesta de cuerpo extraño

Carmen María Vania Osorio-Rosales,⁽¹⁾ Hugo Uro-Huerta,⁽²⁾ Claudia Sofia Taboada-Saavedra,⁽³⁾ Manuel Eduardo Borbolla-Sala⁽⁴⁾

osorio_carmen@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. La ingestión de cuerpos extraños y su retención en el esófago es un problema pediátrico común, constituyendo la segunda indicación de endoscopia alta urgente, después de la hemorragia de tubo digestivo. De acuerdo al tipo de objeto, tamaño y tiempo de estancia en esófago, pueden presentarse complicaciones graves como el absceso retrofaríngeo e incluso perforación esofágica.

Objetivo. Describir el caso de un lactante tras ingerir un cuerpo extraño retenido en esófago, el cual es extraído mediante esofagoscopia presentando posteriormente un absceso retrofaríngeo. **Caso Clínico.** Masculino de 6 meses de edad con cuadro de tos de 10 días de evolución y fiebre, se observa cuerpo extraño en tercio superior de esófago, se extrae por esofagoscopia rígida; cuatro semanas después reingresa a urgencias por estridor laríngeo, tos, fiebre, diagnosticándose absceso retrofaríngeo, por lo cual se impregna de antibióticos y se realiza drenaje quirúrgico.

Conclusión. Se trató de un caso que mostró que el diagnóstico oportuno de absceso retrofaríngeo y manejo con cirugía y antibióticos evitó la diseminación de la infección por la ingesta de cuerpo extraño.

Palabras claves: *Cuerpo extraño, esofagoscopia, absceso retrofaríngeo*

SUMMARY

Introduction. Ingestion of foreign bodies that lodge in the

esophagus is a common pediatric problem, representing the second indication for urgent endoscopy, after gastrointestinal bleeding. Based on the type, size and duration in the esophagus the patient has risk to present severe complications as the retropharyngeal abscess. **Objective.** To describe the case of a child who swallowed a foreign body that lodges at the esophagus. After its extraction by esophagoscopy, a retropharyngeal abscess has occurred. **Clinical Case.** A six months old child who had 10 days with cough, fever, respiratory distress, presented a foreign body lodged at the upper third of the esophagus. It was removed by rigid esophagoscopy, four weeks later he had laryngeal stridor, sore throat, fever, and it was found a retropharyngeal abscess and it was successfully treated with antibiotics and surgery. **Conclusion.** This case shows how the accurate diagnosis of a retropharyngeal abscess and his management with antibiotics and surgery avoided the spread of infection caused by the ingestion of a foreign body.

Keywords. *Foreign body, esophagoscopy, retropharyngeal abscess.*

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los cuerpos extraños ingeridos pasan espontáneamente por el tubo digestivo, el resto permanece alojado en alguna zona más estrecha.¹ Como la mayoría de los niños que ingieren cuerpo extraño pueden ser asintomáticos, los médicos deben mantener un índice alto de sospecha de ésta entidad.⁽¹⁾ Los niños que ingresan al servicio

⁽¹⁾ Médico Residente del Cuarto año de Cirugía Pediátrica del Hospital de Alta Especialidad “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, Tabasco, México.

⁽²⁾ Profesor del Curso de Cirugía Pediátrica. UNAM, Cirujano Pediatra del Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” S.S. Villahermosa Tabasco México.

⁽³⁾ Otorrinolaringóloga del Hospital de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” S.S. Villahermosa Tabasco México.

⁽⁴⁾ M. A. adscrito al Departamento de Investigación del Hospital de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” S.S. Villahermosa Tabasco México, Profesor investigador asociado a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

CASO CLÍNICO

de urgencias de dos años o menos con fiebre documentada y alteraciones respiratorias de inicio súbito, debe considerarse como diagnóstico diferencial la presencia de cuerpo extraño retenido en esófago o en vías respiratorias bajas.² La presencia de cuerpos extraños en esófago requiere de intervención temprana por el facultativo, por el riesgo potencial de complicaciones respiratorias, erosiones esofágicas o fistulas.³ Cuando se trata de ingesta de un cuerpo extraño con puntas o filo se incrementa el rango de complicaciones hasta en un 15-35%.³

El espacio retrofaríngeo se extiende desde la base del cráneo al mediastino, contiene grasa y ganglios linfáticos, se encuentra posterior a la faringe y el esófago y, anterior a los músculos prevertebrales; su límite anterior es la fascia visceral y el posterior la fascia prevertebral, lateral a la vaina de la carótida, por lo que un incremento de volumen en dicho espacio puede ser devastador por el efecto de masa.⁴ Las principales causas de abscesos retrofaríngeos son las infecciones respiratorias, ganglios infectados o inoculación directa por lesión penetrante.⁴⁻⁵

La incidencia más alta de absceso retrofaríngeo la tienen los menores de 36 meses hasta en un 75 %, la sintomatología más común es disfagia en un 38 %, fiebre 17 %, dolor en el cuello 17 % y estridor 5 %.⁵ La tomografía es útil para distinguir entre pacientes que tienen absceso retrofaríngeo de los que presentan únicamente celulitis, los cuales pueden ser tratados sin cirugía.⁶

Las complicaciones más graves del absceso retrofaríngeo son la compresión de la vía aérea, la diseminación hacia el mediastino causando mediastinitis, pericarditis, pleuritis y empiema; también se ha reportado diseminación hacia el espacio espinal y carotideo causando trombosis, ruptura o pseudoaneurismas, lo que eleva significativamente la mortalidad.⁷

La tomografía ayuda a diferenciar colecciones de patologías inflamatorias que pueden ser tratadas exitosamente con antibióticos evitando exploración quirúrgica innecesaria.^{5,6}

Se debe iniciar antibióticos sistémicos una vez hecho el diagnóstico de absceso retrofaríngeo; sin embargo, una vez formada la pus la terapia antimicrobiana solo es efectiva en conjunto con el drenaje quirúrgico adecuado.⁷

PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 6 meses de edad, originario de Huimanguillo, Tabasco; se refiere por la madre previamente sano, presenta tos productiva de 10 días de evolución y fiebre no cuantificada, manejado con amoxicilina sin presentar mejoría, ingresa a urgencias por dificultad respiratoria, letárgico, con leucocitosis de 38,000; se intuba, asegurando la vía aérea desde su ingreso, se toma radiografía de tórax donde se observa cuerpo extraño alojado en tercio superior de esófago (Figura 1 y 2), se realiza extracción con

Figuras 1 y 2 Radiografías anteroposterior y lateral de tórax donde se observa cuerpo extraño (crucifijo) alojado en tercio superior de esófago.

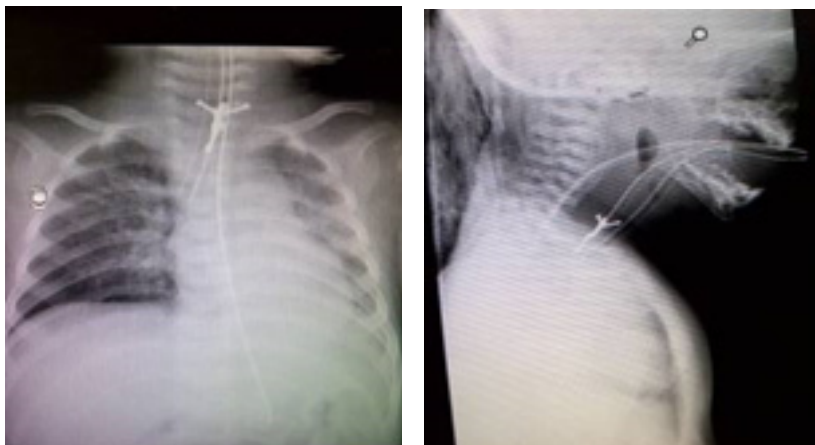


Figura 3 Cuerpo extraño metálico extraído por esofagoscopia.



esofagoscopio rígido de crucifijo metálico (Figura 3), se revisa esófago observándose edema importante de la mucosa y pus, se maneja con antibióticos de amplio espectro, se extuba y egresa a los 8 días por mejoría.

Cuatro semanas después, inicia con tos productiva de 6 días de evolución, fiebre y estridor laríngeo; a su reingreso a Urgencias se realiza radiografía (Figura 4 y 5), y tomografía de cuello (Figura 6 y 7) en la que se observa presencia de absceso retrofaríngeo que ocluye parcialmente vía aérea, por lo que se drena absceso, obteniéndose 50ml de material purulento, el cual se aisló en cultivo de secreción *Klebsiella pneumoniae* sensible a cefalosporinas de tercera generación. Se inicia ceftriaxona y se continúa con lavados quirúrgicos y antibióticos con lo que remite la infección; egresando por mejoría a los 14 días (Figura 8).

Figuras 4 y 5. Radiografías donde se observa gas en tejidos blandos y compresión traqueal por el absceso retrofaríngeo.



Figuras 6 y 7. La tomografía muestra la colección a nivel del espacio retrofaríngeo con volumen aproximado.

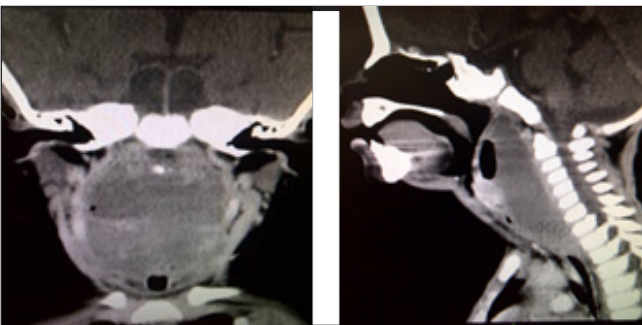


Figura 8. Herida cicatrizada al momento del egreso.



DISCUSIÓN

La ingestión de cuerpos extraños es un problema común en la población pediátrica, con más de 100,00 casos reportados en Estados Unidos, considerándose ya una entidad prevalente en ese grupo etario.² Dos terceras partes de los pacientes son masculinos, con una edad media de presentación en menores de 5 años,³ lo que coincide con lo mencionado en el presente caso.

El tipo de cuerpo extraño varía de acuerdo a la alimentación y hábitos socioculturales de las comunidades,³ como podemos observar en el caso presentado, en el que el objeto ingerido es un artículo religioso que se acostumbra llevar los infantes. La mayoría de las ingestiones son accidentales en lactantes y niños, mientras que en adolescentes la mayoría de las veces es intencional. Los cuerpos extraños ingeridos con mayor frecuencia son monedas, piezas de juguetes, objetos filosos, baterías y comida.⁵

El tipo, radio-opacidad, localización y duración del objeto en el tracto gastrointestinal determinan el riesgo para complicaciones,⁷ de estos factores, coincidimos que el más importante es el tiempo de alojamiento del cuerpo extraño en el esófago para la formación de absceso retrofaríngeo. Recordar que una historia negativa, una exploración física

normal y ausencia de síntomas no excluyen la posibilidad de ingestión de cuerpo extraño.^{8,9}

La presentación de un paciente pediátrico con cuadro respiratorio aislado es un enigma que puede ser mal diagnosticado.¹⁰ En niños menores de 4 años Chang y cols¹¹ observaron que el síntoma inicial en pacientes con cuerpo extraño en esófago es agitación hasta en el 50 %, tos 35 %, salivación 27 %, y cuando hay absceso retrofaríngeo letargia 46 %, dificultad respiratoria 5 % y estridor en 4 %.¹¹

El manejo debe elegirse de acuerdo a la condición de cada paciente, experiencia del cirujano, equipo disponible, localización y tipo de objeto ingerido. Se puede realizar la extracción con endoscopios rígidos o flexibles⁸ como el que se usó en el presenta caso.

El tiempo de evolución de los síntomas no predice los hallazgos tomográficos, por lo que en todo niño que se sospeche que tiene absceso en cuello, sin importar tiempo de evolución del cuadro, se debe realizar tomografía,^{10,12} ya que por medio de una radiografía simple no se puede diferenciar entre celulitis y un absceso retrofaríngeo;¹³ mientras que la tomografía de cuello muestra colecciones líquidas y engrosamiento de las partes blandas que forman el absceso retrofaríngeo.¹⁴ Por su accesibilidad y costo es el método mas utilizado para diagnóstico de abscesos de cuello, y es una herramienta para planear el abordaje quirúrgico.^{14,15}

En una serie de casos reportados de absceso retrofaríngeo secundario a cuerpo extraño solo en un caso el absceso estaba presente al tiempo de la extracción, el resto se presento días después de la extracción del cuerpo extraño.¹⁷ En el caso del paciente llama la atención que el absceso retrofaríngeo se presentó semanas posteriores a la extracción del cuerpo extraño de esófago, a diferencia de las 48-72 hr que refiere la literatura.^{17,18}

En algunos casos, el tamaño de la colección puede dificultar la intubación del paciente¹⁸ por lo que se debe mantener asegurada la vía aérea antes, durante y posterior al drenaje del absceso.¹⁸ La decisión de realizar drenaje quirúrgico depende del estado clínico del paciente y la accesibilidad al sitio del absceso retrofaríngeo.¹⁹ El reconocimiento temprano

y manejo agresivo del absceso retrofaríngeo es esencial ya que el índice de mortalidad aún en nuestros días se reporta en algunas series tan alto como del 30%.²⁰

El cirujano debe seleccionar el antibiótico, el tipo de drenaje a realizar asegurando la vía aérea, esto con base el conocimiento de la anatomía del cuello y determinando la etiología de la infección.¹⁹⁻²⁰

Coincidimos que el drenaje quirúrgico previene complicaciones fatales como la mediastinitis⁽²¹⁾

El advenimiento de los antibióticos de amplio espectro y el uso de tomografía diagnóstica ha disminuido la mortalidad relacionada con abscesos retrofaríngeos en algunos países hasta en el 1%.²²

El contenido bacteriano de los abscesos retrofaríngeos tiende a ser flora mixta que representa la flora comensal del tracto respiratorio superior.²² Cuando se aísla un solo germen, en la mayoría de las series fue el estreptococo grupo A,²¹⁻²² mientras que en el caso presentado se aisló *Klebsiella pneumoniae*.

Así como el diagnóstico temprano, el inicio de antibióticos se debe iniciar lo antes posible para evitar diseminación de la infección.²² Al Sabah y cols²³ sugieren manejo empírico inicial con clindamicina para manejo de absceso retrofaríngeo hasta obtener el resultado del cultivo y así no retrasar el manejo quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La identificación de la ingesta del cuerpo extraño y su tratamiento oportuno quirúrgico hizo la diferencia entre la vida o muerte en el paciente, tanto en el primer ingreso cuando se extrajo el cuerpo extraño, como en el segundo cuando se dreno el absceso retrofaríngeo.

En cultura mexicana el colgarse objetos alrededor del cuello, los cuales son fácilmente ingeridos por los infantes. Por lo que se deben realizar campañas educativas para prevenir la ingesta de cuerpos extraños.

REFERENCIAS

1. Schmid MB, Posovszky C, Neuwirth F, Galm C, Keck T. Foreign body ingestion in children: recommendation for the diagnostic and therapeutic procedure. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;89(2):73-6.
2. Louie JP, Alpern ER, Windreich RM. Witnessed and unwitnessed esophageal foreign bodies in children. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21(9):582-5.
3. Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2005;7(3):212-8.
4. Hoang K, Branstetter B, Eastwood J, Glastonbury Ch. Multiplanar CT and MRI of Collections in the Retropharyngeal Space: Is It an Abscess. *Am. J. Roentgenol*. 2011;196 (4W):W426-W432.
5. Craig F, Schunk J. Retropharyngeal Abscess in Children: Clinical Presentation, Utility of Imaging, and Current Management. *Pediatrics*, 2003; 111 (6):1394-1398.
6. Shefelbine S, Mancuso A, Ojiri H, Stringer S, Pediatric retropharyngeal lymphadenitis: Differentiation from retropharyngeal abscess and treatment implications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136;2: 182-188.
7. Brook I, Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62(12):1545-50.
8. Yalçın S, Karnak I, Ciftci AO, Senocak ME, Tanyel FC, Büyükpamukçu N. Foreign body ingestion in children: an analysis of pediatric surgical practice. *Pediatr Surg Int*. 2007;23(8):755-61.
9. Hoffmann C, Pierrot S, Contencin P, Morisseau-Durand MP, Manach Y, Couloigner V. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011;75(9):1099-103. Epub 2011 Jun 25.
10. Tokar B, Cevik AA, Ilhan H. Ingested gastrointestinal foreign bodies: predisposing factors for complications in children having surgical or endoscopic removal. *Pediatr Surg Int*. 2007; 23(2):135-9.
11. Cotichchia JM, Getnick GS, Yun RD, Arnold JE. Age, site, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130(2):201-7.
12. Meyer AC, Kimbrough TG, Finkelstein M, et al. Symptom duration and CT findings in pediatric deep neck infection. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;140:183-186.
13. Chang L, Chi H, Chiu NC, Huang FY, Lee KS. Deep neck infections in different age groups of children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010;43(1):47-52.
14. M Rahman, Savage JR, Lee C A. Spontaneous descending retropharyngeal abscess. *BMJ*. 2009;009(10):1028-1034.
15. M. Songu, U. Demiray, H. Adibelli Bilateral deep neck space infection in the paediatric age group: a case report and review of the literature *cta Otorhinolaryngol Ital*. 2011;31(3):190-193.
16. Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, Hsu CJ, Chen YS. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *cta Otolaryngol*. 2006;126(4):396-401.
17. Poluri A, Singh B, Sperling N, Har-El G, Lucente FE. Retropharyngeal abscess secondary to penetrating foreign bodies. *J Craniomaxillofac Surg*. 2000;28(4):243-6.
18. Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, et al. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *Acta Otolaryngol*. 2006;126:396-401.
19. Fédéric S, Silva C, Maréchal C, Laporte E, Sévely A, Grouteau E, Claudet I. Retro- and parapharyngeal infections: standardization of their management. *Arch Pediatr*. 2009;16(9):1225-32.
20. Elsharif AM, Park AH, Alder SC, Smith ME, Muntz HR, Grimmer F. Indicators of a more complicated clinical course for pediatric patients with retropharyngeal abscess. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010;74(2):198-201.
21. Daramola OO, Flanagan CE, Maisel RH, Odland RM. Diagnosis and treatment of deep neck space abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;141(1):123-30.
22. Osborn TM, Assael LA, Bell RB. Deep space neck infection: principles of surgical management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2008;20:353-365.
23. Al-Sabah B, Bin Salleen H, Hagr A, Choi-Rosen J, Manoukian JJ, Tewfik T, Retropharyngeal abscess in children: 10 year study. *J Otolaryngol*. 2004;33(6):352.