

# Artículo Original

## Abscesos Cervicales y Faciales en Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilofacial Pediátrica

Autor:

Dr. Juan Francisco Oré Acevedo

C.M.P. 40373 R.N.E. 18598

Médico Asistente del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilofacial

Instituto Nacional de Salud del Niño

### MARCO TEORICO

Las infecciones de tejidos blandos en cabeza y cuello ocurren frecuentemente en niños.

Las bacterias causales de las infecciones celulitis, adenitis supurativa provienen de la piel y vías respiratorias superiores, como *Streptococcus* del grupo A, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*; o anaerobios de la cavidad bucal como *Peptostreptococcus* spp. (cocos gram positivos anaerobios) *Actinomyces* spp., *Lactobacillus* spp y *Propionibacterium* spp (bacilos gram positivos anaerobios). Los abscesos ya conforman una infección mixta con predominancia de organismos anaeróbicos en las cuales existe producción de la enzima beta-lactamasa. En la región cervical, los abscesos se desarrollan entre las tres fascias cervicales; las infecciones pueden extenderse entre estos compartimentos o hacia el mediastino. Pudiendo llegar a comprometer las vías respiratorias (angina de Ludwig) o localizarse alrededor de la vaina carotídea. La presencia de aire en el cuello nos advierte del inicio de una fasciitis necrotizante. El tratamiento requiere de una cobertura antibiótica de amplio espectro dirigido contra organismos resistentes a beta-lactamasa y bacterias anaeróbicas.

No es infrecuente el absceso como complicación de la enfermedad por arañazo del gato como etiología, producida por la *Bartonella henselae*.

### MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados como absceso cervical o facial y que requirieron drenaje del mismo; ya sea en forma ambulatoria, hospitalizados o por emergencia, durante el periodo de enero del 2008 a noviembre del 2012. Se catalogó según grupos etáreos, sexo, etiología, localización del absceso, tamaño, tratamiento conservador (cobertura antibiótica) y/o quirúrgico (drenaje) y complicaciones.

Se excluyeron pacientes con patología congénita como fístulas o quistes branquiales y del conducto tirogloso, así como los abscesos amigdalianos, los cuales son vistos por el servicio de otorrinolaringología.

### RESULTADOS

Se realizaron 113 drenajes de abscesos durante el periodo de la investigación, siendo el sexo masculino con el mayor número de casos 64 de 113 casos (56.6%). El 57.5% (65 casos) acudieron y se les realizó el drenaje en forma ambulatoria, el 34.5% (39 casos) fueron interconsultados de los pisos de hospitalización (infectología, dermatología o pediatría) para drenaje y su posterior tratamiento respectivo. Solamente 9% (9 casos) de los casos ingresaron a la institución por emer-

gencia, donde se les realizó el drenaje. El grupo etáreo de mayor presentación corresponde a los prescolares (55 casos) seguidos de los escolares (25 casos) y muy de cerca a los lactantes (19 casos). Ver Gráfico N° 1.

Dentro de la clínica, el signo principal fue el aumento de volumen en el 100% de los casos, y a continuación fiebre 83.2% de los casos, dolor en el 72.5% de los pacientes, y trismus junto a presencia de secreción purulenta con el 6.2% de los casos. Se catalogó como infección sin agente causal específico al 61% de los pacientes, seguida de la enfermedad por arañazo del gato y picadura y/o mordedura animal. Ver Cuadro N° 1.

Se presentaron 66 casos a nivel cervical (58.4%), 45 casos a nivel de la cabeza (39.8%) y solo 2 casos con compromiso de la región de cabeza y cuello en la misma oportunidad. El cuero cabelludo es el área de mayor afectación de los abscesos a nivel de la facial. Mientras que la localización cervical es mayor en el área de los grupos ganglionares II y III. Ver Cuadro N° 2 y N° 3.

El 43.4% de los abscesos tenía como diámetro mayor entre 4 a 6cm y en segundo lugar el 35.4% eran menores a 4 cm. Ver Cuadro N° 4.

Se realizó el drenaje del absceso en todos los pacientes, requiriendo dos incisiones de drenaje para 7 pacientes (6.2%).

La cobertura antibiótica más utilizada para pacientes ambulatorios fue la dicloxacilina por un promedio de 14 días tanto antes y después del drenaje. La oxacilina fue el antibiótico que más se utilizó seguido de la clindamicina para pacientes con terapia parenteral. Ver Cuadro N° 5.

En cuanto a complicaciones, 5 pacientes (4.4%) presentaron una fístula y/o granuloma en el área del drenaje, 2 pacientes (1.8%) tuvieron una recaída en su evolución con nueva formación del absceso en la misma área y 2 pacientes tenían asociado un cuadro de osteítis (1.8%). En 104 pacientes (92%) no se presentaron complicaciones. Ver Gráfico N° 2.

### DISCUSION

En la presentación de los abscesos en cabeza y cuello no hay marcada diferencia según sexo, con una proporción de 1.3 del sexo masculino/femenino. Más del la mitad de los casos acuden por consulta externa siendo su manejo, drenaje, curaciones seguimiento, en forma ambulatoria. Los casos hospitalizados, son ingresados por especialidades clínicas las cuales solicitan nuestro manejo; mientras que los casos de emergencia son pacientes que ingresan referidos de otras instituciones del interior del país.

Los pacientes prescolares y escolares son los que tienen la mayor presentación de abscesos, seguidos de los lactantes y neonatos (pacientes totalmente dependientes del cuidado de un adulto), y poco frecuente en adolescentes. El aumento de volumen es el signo que se presentó en todos los pacientes; más no la totalidad de los casos desarrollaron fiebre y/o

dolor. En 7 casos se presentó trismus asociado, que se resolvió con el drenaje acompañado de cobertura antibiótica; en 7 casos el paciente acudió con ya con la presencia de escasa secreción por un orificio fistuloso del absceso.

La mayoría de los abscesos se presentaron a nivel cervical, lo cual podría deberse a la mayor cantidad de ganglios linfáticos respecto a la localización facial. Dos casos presentaron abscesos que comprometían ambas regiones.

A nivel facial, el cuero cabelludo, frontal y palpebral tienen el 63% de la totalidad de casos, luego la región parotídea (sin incluir parotiditis viral). Los abscesos orofaríngeos se localizaron en la pared posterior orofaríngea (sin incluir abscesos amigdalianos). Los grupos ganglionares II y III tienen el 52.2% de los casos a nivel cervical., sin dejar de lado los demás grupos cervicales con presentaciones entre 9 a 13.4%.

En referencia al tamaño de los abscesos, 43.4% de ellos tenían entre 4-6cm y 35.4% de los casos eran menores a 4cm; aunque es necesario tomar en cuenta el 15% de 7-9cm y 6.2% con abscesos mayores a 10cm. De todos estos casos, 93.8% requirió una sola incisión de drenaje y en 6.2% (7 casos) doble incisión de inicio. Requiriendo colocación de dren laminar el 88% de los abscesos entre 7-9cm y todos los mayores a 10cm; con un promedio de permanencia del dren de 1 a 2 días.



El grupo antibiótico de elección, fue penicilinas resistentes a betalactamasas, como dicloxacilina y oxacilina para tratamiento vía oral y parenteral respectivamente; ya sea como terapia única o como antibiótico principal en asociación con ciprofloxacina o ceftriaxona. La clindamicina es la segunda elección antibiótica ya sea como terapia única o combinada con la penicilina, ciprofloxacina o ceftriaxona. De menor uso la cefalexina, amoxicilina/ácido clavulánico como tratamiento único vía oral.

La complicación más frecuente fue la formación de un granuloma y/o fistula con secreción aséptica no purulenta en 5 casos (4.4%) que requirió limpieza quirúrgica y cierre primario en sala de operaciones, solucionando así la complicación presentada. Dos pacientes presentaron osteítis los cuales también requirieron curetaje bajo anestesia general y dos pacientes requirieron nuevo drenaje del absceso.

La complicación más frecuente fue la formación de un granuloma y/o fistula con secreción aséptica no purulenta en 5 casos (4.4%) que requirió limpieza quirúrgica y cierre primario en sala de operaciones, solucionando así la complicación presentada. Dos pacientes presentaron osteítis los cuales también requirieron curetaje bajo anestesia general y dos pacientes requirieron nuevo drenaje del absceso.

### CONCLUSIONES

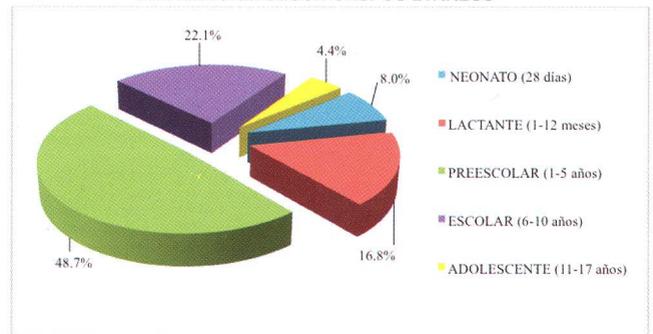
Los abscesos en cabeza y cuello en pacientes pediátricos son una patología de frecuente presentación y de variadas etiologías; aunque polimicrobiana, es muy difícil identificar una bacteria específica en el cultivo de la secreción del absceso. La literatura menciona a los cocos gram positivos como el causante de la infección inicial de partes blandas denominada celulitis; ya siendo polimicrobiana cuando de presenta o evoluciona a un absceso. Requiere de un manejo mixto; con el drenaje del absceso cuando presenta colección purulenta y cobertura antibiótica adecuada (sobre todo para cocos gram positivos aerobios) antes y después del drenaje para evitar su reaparición.

### BIBLIOGRAFIA

1. Complications in Head and Neck Surgery. David Eisele. Richard V. Smith. Second Edition. Mosby 2009.
2. Cirugía Maxilofacial. Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. Guillermo Raspall. Editorial Médica Panamericana. 1997.
3. Current Surgical Diagnosis & Treatment. Lawrence W Way. Gerard M. Doherty. Eleventh Edition. Mac-Graw Hill. 2003.
4. Pediatric Infectious Disease. Unusual Head and Neck Infections. Kathryn S. Moffett. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. 24 (2012) 469-486.

### ANEXOS

Gráfico N° 01  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS ETÁREOS



Cuadro N° 01

### ETIOLOGÍA DE LOS ABSCESOS EN CABEZA Y CUELLO

ETIOLOGÍA	N°	%
ARAÑAZO DEL GATO	22	19.5%
INESPECIFICA	65	57.5%
PICADURA - MORDEDURA	8	7.1%
TBC SOBREINFECCION	5	4.4%
TRAUMATISMO	2	1.8%
VARICELA	11	9.7%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100.0%</b>

Cuadro N° 02

### LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESOS EN LA REGIÓN FACIAL

ABSCESO FACIAL	N°	%
Cuero cabelludo	13	28.3%
Frontal	8	17.4%
Palpebral	8	17.4%
Parotídea	7	15.2%
Retro auricular	2	4.3%
Nasal	1	2.2%
Naso labial	1	2.2%
Geniano	4	8.7%
Labial	1	2.2%
Orofaringeo	1	2.2%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100.0%</b>

Cuadro N° 03

### LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESOS EN LA REGIÓN FACIAL

ABSCESO CERVICAL	N°	%
Grupo Ganglionar I	9	13.4%
Grupo Ganglionar II	23	34.3%
Grupo Ganglionar III	12	17.9%
Grupo Ganglionar IV	8	11.9%
Grupo Ganglionar V	9	13.4%
Grupo Ganglionar VI	6	9.0%
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100.0%</b>

Cuadro N° 04

TAMAÑO DE LOS ABSCESOS EN CABEZA Y CUELLO

DIÁMETRO MAYOR DEL ABSCESO	N°	%
< 4 cm	40	35.4%
4 - 6 cm	49	43.4%
7 - 9 cm	17	15.0%
> 10 cm	7	6.2%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100.0%</b>

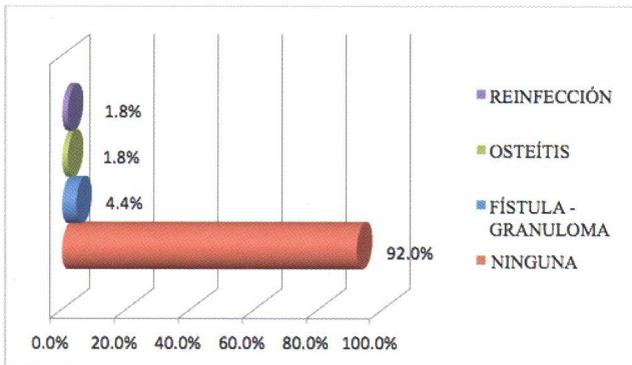
Cuadro N° 05

TAMAÑO DE LOS ABSCESOS EN CABEZA Y CUELLO

COBERTURA ANTIBIÓTICA	N°	%	DURACIÓN
CEFALEXINA	4	3.5%	10 días
DICLOXACILINA	61	54.0%	14 días
AMOXICILINA/Ac.	6	5.3%	12 días
CLAVULÁNICO			
CLINDAMICINA (VO)	26	23.0%	14 días
CLINDAMICINA (EV)	16	14.2%	7 días
OXACILINA	37	32.7%	10 días
CIPROFLOXACINA (EV)	3	2.7%	7 días
CEFTRIAXONA	5	4.4%	5 días
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100.0%</b>	

Gráfico N° 02

COMPLICACIONES PRESENTADAS



CASOS CLINICOS

Abscesos Cervicales

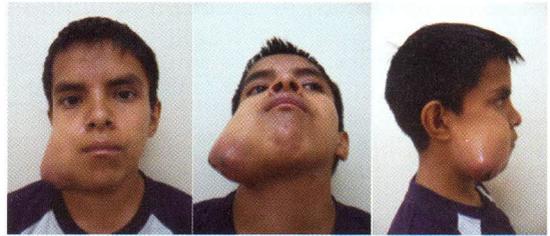


Absceso de Cuero Cabelludo

Absceso de Nuca



Absceso Geniano



Absceso Palpebral



Absceso como complicación de Varicela



Drenaje de un Absceso



1. Absceso antes del drenaje. 2. Aspiración del Absceso. 3. Aspirado de secreción purulenta.



4. Infiltración anestésica. 5. Incisión del drenaje. 6. Disección roma hasta el absceso.



7. Drenaje al romper la cápsula del absceso. 8. Drenaje haciendo presión hacia la incisión. 9. Incisión luego del drenaje para cierre por segunda intención.