

Cas 98.1

Nena amb febre i odinofàgia

Anna Fernández, Emma Bellver, Josep Ortega, Joan Josep García, Carles Luaces, Jordi Pou

Servei de Pediatria. Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Barcelona.

Nena de 3 anys d'edat que presenta quadre d'hipertèrmia de 3 dies d'evolució en el contexte d'una amigdalitis pultàcea, amb aparició de contractura cervical.

En arribar a Urgències presentava hipertèrmia (38.5 °C) amb contractura important de la musculatura paravertebral cervical, dolor a la movilització cefàlica i adopció de postura antiàlgica. Es referia odinofàgia però, sense disfàgia ni dificultat respiratòria. L'exploració ORL mostrà unes amígdales hipertròfiques amb exudats pultacis bilaterals, desplaçament anterior de l'amígdala dreta sense protusió anterior de la paret retrofàríngea i adenopaties laterocervicals mòbils i no adherides a plànols profonds.

Exploracions complementàries: Analítica sanguínia: 16800 leucòcits/ μ L (neutròfils segmentats: 78% i no segmentats: 2%). Sèrie vermella normal. Proteïna C-Reactiva: 132.2 mg/L. Radiografia de tòrax: normal. Es practica radiografia de perfil de laringe (Fig. 1) i per confirmar la sospita diagnòstica es practica TC de coll (Fig. 2).

1. Què destaca a les imatges?
2. Quin es el seu diagnòstic?



Fig. 1

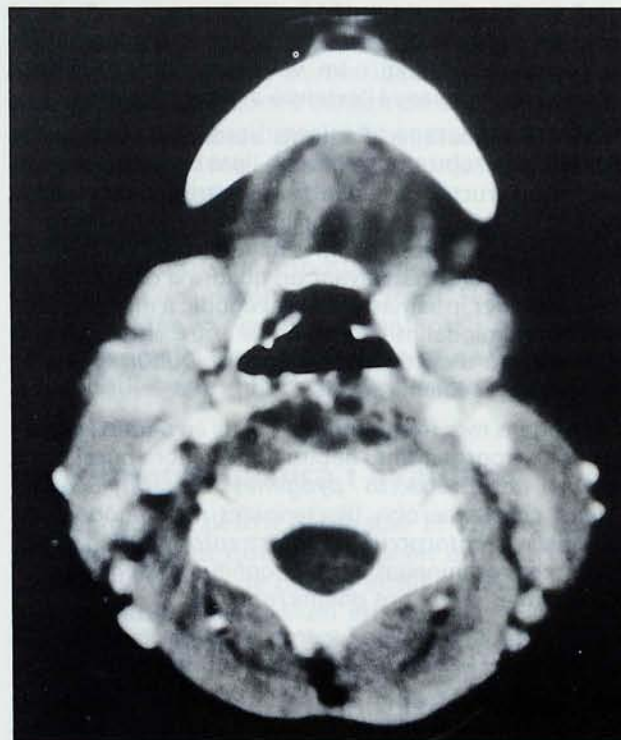


Fig. 2

Cas 98.1

Discussió

Rx de perfil de laringe: Augment de l'espai entre via aèria i cossos vertebrals sense estenosi de la llum faríngea. Rectificació de la lordosis cervical.

TC de coll: Presència d'una col·lecció retrofaringia baixa a nivell de l'inici de l'esòfag.

Diagnòstic: abscess retrofaringi.

Comentari

Les infeccions de l'espai retrofaringi es produeixen amb major freqüència en nens menors de 3 anys d'edat¹, generalment com a conseqüència de la supuració dels ganglis limfàtics retrofaringis en el contexte d'una infecció bacteriana de les vies respiratòries altes. En rares ocasions pot ser el resultat de la perforació faríngea per un traumatisme, ingesta d'un cos estrany o accidentalment després d'una intervenció a nivell faríngi. Existeixen casos descrits en la literatura que es varen presentar en època neonatal^{1,5}.

La presentació clínica és en ocasions insidiosa i pot dificultar el diagnòstic¹. Generalment produeix febre alta, tumefacció i rigidesa cervicals, amb posició antiàlgica i no existeix trismus, a diferència de l'abscess periamigdalí^{2,3}. Si l'abscess augmenta de tamany pot existir dificultat respiratòria i/o disfàgia i a l'exploració observar-se l'abombament de la paret faríngea posterior³.

La radiografia lateral de cervicals és fonamental per establir el diagnòstic de sospita d'abscess retrofaringi; permet detectar un eixamplament d'aquest espai i pot contenir en el seu interior nivells hidroaeris. La tomografia axial computeritzada és útil per diferenciar entre una cel·lulitis de l'espai retrofaringi i un verdader abscess i permet determinar el tamany i l'extensió a altres plànols^{4,7}.

L'evolució espontània d'aquests abscessos, quan no es tracten, és la ruptura a la faringe i pot desencadenar un quadre obstructiu de la via aèria. Altres complicacions són la trombosi de la iugular interna⁶, mediastinitis¹⁰ i sèpsia. L'abscess retrofaringi s'ha de considerar en el diagnòstic diferencial davant un quadre d'obstrucció de la via aèria per inflamació cervical aguda, a més dels abscessos periamigdalins i parafaringis entre altres, perquè la instauració d'un tractament mèdico-quirúrgic precoç evita aquestes complicacions¹⁰.

Els patògens més freqüentment aïllats en aquests processos són microorganismes habituals de la flora bucal⁸ tant aerobis (*Streptococcus pyogenes* i *Staphylococcus aureus*) com anaerobis (*Bacterioides melaninogenicus*, *Veillonella*, *Peptococcus* i *Peptostreptococcus*), i entre els gèrmens gramnegatius *Haemophilus influenzae*, predominant les infeccions polimicrobianes^{1,2,8}.

El diagnòstic ha de fer-se fonamentalment per la història clínica de procés obstructiu de les vies respiratòries altes,

per l'exploració física que mostra un desplaçament de les amígdals, o de la faringe, segons sigui la localització de l'abscess i per la radiografia lateral del coll. La TAC té una sensibilitat per mostrar la presència de l'abscess o cel·lulitis del 91% però la seva especificitat per al diagnòstic del mateix és solament del 60%⁹.

El maneig d'aquest procés quan és obstructiu ha de consistir en l'associació del tractament quirúrgic amb drenatge i desbridament de la col·lecció purulenta, amb cultiu microbiològic del material i tractament antibiòtic específic d'aquesta infecció. El tractament empíric ha de realitzar-se amb antibioticoteràpia que cobreixi gramnegatius, còccus grampositius productors de betalactamases i anaerobis⁸. El tractament quirúrgic es realitzarà amb bon control respiratori i intubació endotraqueal, per eviar l'aspiració del material purulent. Si la intubació no és factible, s'ha de punxionar i evacuar parcialment l'abscess per via transoral. La demora diagnòstico-terapèutica dificulta el maneig postoperatori i afavoreix la producció d'un quadre sèptic potencialment greu i l'aparició de complicacions.

Bibliografia

- 1 Coulthard M, Isaacs D. Retropharyngeal abscess. Arch Dis Child 1991; 66: 1227-1230.
- 2 Vázquez Rueda F, Núñez Núñez R, Blesa Sánchez E. Absceso retrofaringeo. Aportación de tres casos. An Esp Pediatr 1996; 45: 82-84.
- 3 García-Mon Marañes F, Arangué Moreno G. Abscesos del espacio retrofaringeo. Acta Pediatr Esp 1993; 51: 766-768.
- 4 Glasier CM, Stark JE, Jacobs RF, Mancias P, Leithiser RE, Seibert RW. CT and Ultrasound Imaging of Retropharyngeal Abscesses in Children. Am J Neuroradiol 1995; 13: 1191-1195.
- 5 Coulthard M, Isaacs D. Neonatal Retropharyngeal Abscess. Pediatr Infect Dis J 1991; 10 (7): 547-549.
- 6 Poe LB, Manzione JV, Wasenko JJ, Kellman RM. Acute Internal Jugular Vein Thrombosis Associated with Pseudoabscess of the Retropharyngeal Space. Am J Neuroradiol 1995; 16: 892-896.
- 7 Ravindranath T, Janakiraman N, Harris V. Computed tomography in Diagnosing Retropharyngeal Abscess in Children. Clin Pediatr (Phila) 1993; 32 (4): 242-244.
- 8 López ML, Bernado B, Rodríguez R, Arangué G, González P, Gómez Campderá JA. Absceso retrofaringeo. Act Ped Esp 1997; 55: 41-42.
- 9 Gaglani MJ, Edwards MS. Clinical indicators of childhood retrofaringeo abscess. Am J Emerg Med 1995; 13: 333-336.
- 10 Conway JH, Goldson E. Posterior mediastinal abscess caused by invasive group A Streptococcus infection. Pediatr Infect Dis J 1996; 15 (6): 547-549.