

Reportes de caso



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org



Reportes de caso

Absceso epidural posterolateral y compresión radicular: una rara complicación del absceso retrofaríngeo

Posterolateral epidural abscess and root compression: a rare complication of retropharyngeal abscess

Christian Kammerer*, Diego Escobar**, Mónica Silva***

* Otorrinolaringólogo, Universidad del Valle – Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia.

** Docente de otorrinolaringología, Universidad del Valle – Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia.

*** Otorrinolaringóloga – Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia.

Forma de citar: Kammerer C, Escobar D, Silva M. Absceso epidural posterolateral y compresión radicular: una rara complicación del absceso retrofaríngeo. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2021; 49(1): 53-56. DOI. 10.37076/acorl.v49i1.353

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 17 de septiembre de 2018

Evaluado: 22 de febrero de 2021

Aceptado: 9 de marzo de 2021

Palabras clave (DeCS):

Absceso retrofaríngeo, absceso epidural, medula espinal.

RESUMEN

Introducción: el absceso epidural posterolateral y la compresión radicular es una rara complicación del absceso retrofaríngeo (ARF). Se realizó el reporte de un caso con esta complicación extremadamente rara. **Método:** reporte de caso y revisión de la literatura (estudios radiológicos, historia y hallazgos clínicos). Se firmó consentimiento del paciente para la publicación. **Resultados:** paciente de 33 años remitido a nivel terciario de atención con un cuadro clínico de cervicalgia, odinofagia y fiebre. La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) mostraron una colección retrofaríngea con compromiso epidural en el espacio medular cervical; en el examen físico se encontró odinofagia, cervicalgia, fiebre y pérdida de la fuerza muscular en el miembro superior derecho. El paciente fue llevado a manejo quirúrgico por otorrinolaringología y ortopedia para el drenaje de la colección; además, se le administró antibioticoterapia con cefepime y clindamicina por 21 días con buenos resultados; se consideró que el origen del absceso era idiopático. **Conclusiones:** el absceso epidural y la compresión radicular secundarias a un ARF es una rara y potencialmente mortal complicación de esta patología, con secuelas importantes en el paciente que la padece, que requiere un manejo médico-quirúrgico. En nuestro caso el manejo fue interdisciplinario, ya que integró otorrinolaringología, ortopedia, infectología y fisioterapia, lo que resultó en una evolución satisfactoria del paciente.

Correspondencia:

Dr.Christian Kammerer

Kambeler89 @ Hotmail.com

Cl. 5 #36 - 08, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario del Valle, Cali. 3012110902

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Retropharyngeal abscess, epidural abscess, spinal cord.

Introduction: posterolateral epidural abscess and radicular compression is a rare complication of retropharyngeal abscess (RFA), a case report with this extremely rare complication was made. *Method:* case report and review of the literature (radiological studies, clinical history, clinical findings) patient's consent was signed for the publication. *Results:* a 33-year-old patient referred at the tertiary care level with a clinical picture of cervicalgia, odynophagia and fever; CT and MRI showed retropharyngeal collection with epidural involvement in the cord cervical space, physical examination, odynophagia, cervicalgia, fever and loss of muscle strength in the right upper limb. Led to surgical management by ENT and orthopedics column for drainage of the collection; antibiotic therapy with cefepime, clindamycin for 21 days with good results; It was considered of idiopathic origin. *Conclusions:* epidural abscess and root compression secondary to an RFA is a rare and potentially fatal complication of this pathology with important sequelae in the patient, which requires medical-surgical management, in our case the management was integrated interdisciplinary otolaryngology, orthopedics, infectology, physiotherapy, with satisfactory evolution in the patient.

Introducción

El absceso retrofaringeo (ARF) es una enfermedad infrecuente pero grave, con una mayor incidencia en la edad preescolar. A pesar de que las infecciones del tracto respiratorio superior, incluyendo el anillo de Waldeyer, son muy frecuentes, especialmente en la población pediátrica, los ARF no suele presentarse comúnmente como complicación de estas. Tienen una baja incidencia en comparación con otros tipos de abscesos a nivel del cuello, como el parafaringeo o el periamigdalino, su aparición puede ser sutil y su curso insidioso, por lo que presentamos este caso como poco frecuente.

El ARF se define como una infección profunda del cuello que afecta el espacio entre la pared posterior de la faringe y la fascia visceral prevertebral. El diagnóstico temprano puede ayudar a prevenir las consecuencias potenciales, como el compromiso de las vías respiratorias, la sepsis y la extensión de estructuras contiguas. Los ARF son infecciones críticas que requieren un diagnóstico y un tratamiento inmediatos; la tomografía axial computarizada (TAC) contrastada es la herramienta crucial para el diagnóstico, especialmente para diferenciar la celulitis de los abscesos. El manejo incluye antibióticos intravenosos de amplio espectro y, si es necesario, drenaje quirúrgico en casos de abscesos y/o complicaciones (1, 2).

Caso clínico

Paciente masculino de 31 años que ingresa remitido desde un centro de salud de primer nivel con un cuadro clínico de 11 días de evolución. Presenta cervicalgia intensa, que se irradia al hombro y al miembro superior izquierdo, odinofagia, picos febriles e imposibilidad para el decúbito supino debido a

dolor cervical; en ese momento niega otros síntomas asociados. En primera instancia, a su ingreso se toman exámenes paraclínicos, se inició el manejo con antibioticoterapia (ceftriaxona, vancomicina), leucograma arrojo, leucocitosis a expensas de neutrófilos, proteína C-reactiva (PCR) elevada, prueba negativa para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba negativa para sífilis (VDRL) y punción lumbar que arrojo contenido hemático.

El paciente niega síntomas respiratorios, traumas y/o cuerpos extraños en la orofaringe. Como antecedentes de importancia menciona meningitis en la infancia, rinitis ocasional y encefalitis herpética hace cuatro meses, la cual fue tratada con aciclovir; no hubo secuelas. En el examen físico el paciente se muestra consciente, alerta, ubicado en todas las esferas mentales, colaborador, sin dificultad respiratoria, sin disfonía ni estridor. Su temperatura corporal es de 37,5 °C. Presenta un dolor cervical que le impide la movilidad del cuello, con flexión sostenida y un edema leve de la pared posterior de la faringe. Fue valorado por medicina interna y fisioterapia en las primeras 12 horas; allí se descartó por clínica una infección meningea o una alteración de la movilidad de miembros superiores.

A su llegada al hospital se realizaron pruebas de imagen. La TAC cervical contrastada mostró una aparente colección hipodensa en el espacio retrofaringeo, que disminuía levemente la amplitud de la orofaringe, asociada con ganglios cervicales reactivos. Además, un aumento del espacio prevertebral a nivel de C2 a C6 con un volumen aproximadamente de 18,4 cc, sin luxaciones del disco vertebral, pero sí una aparente rectificación cervical (**Figura 1**) no se observaron lesiones ni ocupación de los senos paranasales.

El leucograma mostró leucocitosis marcada: 22 100 y PCR: 310 mg/dL. Se inició la administración de antibioticoterapia de amplio espectro con cefepima-clindamicina y

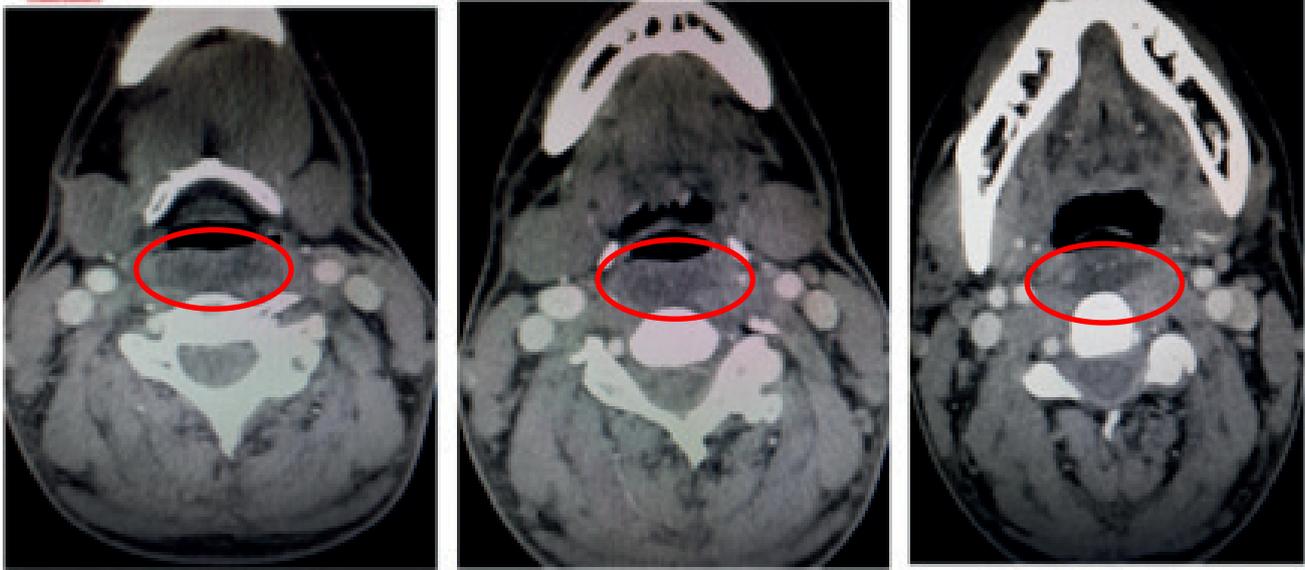


Figura 1. Colección hipodensa probablemente inflamatoria en el espacio retrofaringeo, que disminuye levemente la amplitud de la orofaringe. Está asociada con los ganglios cervicales, con aspecto reactivo.

analgésico y orden para la realización de un drenaje quirúrgico de urgencias. El paciente fue llevado a drenaje transoral, en el que no se obtuvo ningún material; posteriormente presentó pérdida de la fuerza en el brazo izquierdo, por lo que se ordenó realizar una RMN cervical contrastada y una valoración por ortopedia-columna. En esta se observó un proceso inflamatorio severo de la columna cervical con espondilitis que afecta los cuerpos C4, C5 y C6, y un compromiso de los tejidos prevertebrales posterior y lateral, un posible absceso epidural posterior y lateral izquierdo de C4 a C7, con compromiso del cordón y mielopatía (**Figura 2**).

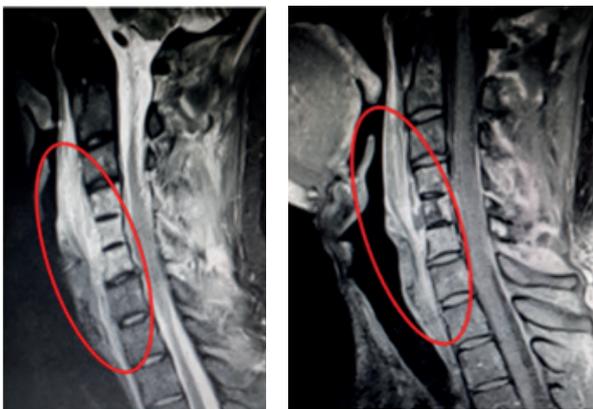


Figura 2. Proceso inflamatorio severo de la medula espinal cervical con espondilitis que afecta los cuerpos C4, C5 y C6, un compromiso de los tejidos prevertebrales posterior y lateral, un absceso epidural posterior y lateral izquierdo de C4 a C7, con compromiso del cordón y mielopatía.

Inicialmente en sala de quirófano nuestro servicio de otorrinolaringología realizó punción con aguja n° 18 en la pared posterior de la orofaringe sin obtener ningún contenido, pos-

teriormente fue llevado a cirugía por el servicio de ortopedia columna por abordaje cervical posterior, laminectomía, lavado y drenaje de colección epidural. Se tomó una muestra del hueso para biopsia, la cual reportó únicamente inflamación, fue negativo para malignidad y el cultivo fue positivo para *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) multisensible. Generalmente las colecciones y/o abscesos evoluciona favorablemente con drenaje de su contenido en nuestro caso en la punción transoral no se obtuvo material alguno, sin embargo siempre debe considerarse este procedimiento frente a la sospecha de alguna colección. Se continuó la administración de antibioticoterapia por 21 días, con una mejoría clínica y sin signos de infección. Hubo secuelas neurológicas a nivel del hombro y el brazo izquierdo dadas por una alteración de la función y movilidad, una reducción en la amplitud de la movilidad articular y un dolor leve en el cuello y en la zona superior, media e interescapular del trapecio. Finalmente, se dio el alta médica con una orden de terapia física, la cual resultó en una evolución favorable en la movilidad y la recuperación de la fuerza muscular en el miembro superior derecho.

Discusión

El pico de incidencia ocurre en niños de 3 a 5 años, y esto se debe probablemente al aumento del número de ganglios linfáticos. La incidencia oscilaba entre 1 y 4.5 casos por año, bajo valor que se atribuyó a las mejoras en la atención de la salud, la inmunización y el desarrollo de nuevos antibióticos. Sin embargo, en las dos últimas décadas la incidencia parece haber aumentado. Se produce después de una infección del tracto respiratorio superior, como amigdalitis, faringitis y linfadenitis, por la propagación hacia áreas contiguas. Algunos casos son idiopáticos; la infección es casi siempre

polimicrobiana, que incluye aerobios y anaerobios, siendo el *Streptococcus* de los grupos A y B y *S. aureus* los más frecuentes. También se debe considerar la etiología de *Mycobacterium tuberculosis*, especialmente en países endémicos (1-10), ya que puede causar complicaciones potencialmente mortales como obstrucción de las vías respiratorias, neumonía por aspiración, absceso epidural, trombosis yugular, sepsis y erosión de la arteria carótida (3, 5, 8).

Los ARF pueden desarrollarse de tres maneras diferentes: un trauma penetrante en la cabeza o el cuello, que puede resultar en la entrada de un patógeno; la infección de estructuras adyacentes como los dientes, la cual puede propagarse directamente al espacio retrofaríngeo y conducir a la formación de abscesos; y el drenaje de la linfa de áreas infectadas en la nariz, senos paranasales, nasofaringe, orofaringe, oído medio y estructuras circundantes. En nuestro caso no se encontró un foco claro de posible entrada; sin embargo, por el antecedente de rinitis podría suponerse que su origen fue paranasal. En el pasado, muchos ARF pueden haber sido mal diagnosticados y tratados como una linfadenopatía cervical (3-6).

Los informes de sensibilidad sugieren que la elección de antibióticos en casos no tuberculosos debe cubrir diversos organismos, incluyendo anaerobios. El tratamiento antibiótico empírico que se propone en la mayoría de los casos es la monoterapia con betalactámicos como amoxicilina y ácido clavulánico o cefalosporinas de tercera generación, e incluso piperacilina-tazobactam; también hay autores que defienden el uso de la terapia combinada para anaerobios con clindamicina o metronidazol.

La duración propuesta del tratamiento es de por lo menos 14 días, endovenoso según la evolución. No existe un consenso sobre cuánto tiempo debe instaurarse la antibioterapia; sin embargo, por la zona anatómica comprometida y la probabilidad de complicación por la extensión de la infección, el compromiso de la vía aérea y los antecedentes del paciente en nuestro caso en conjunto con infectología se consideró 21 días de tratamiento.

La adición de corticoides podría ser útil en la obstrucción de la vía aérea, pero no hay estudios que respalden su uso en esta patología (6). La obstrucción de las vías respiratorias es una de las principales complicaciones observadas en estos pacientes que, en ocasiones, requieren de una traqueostomía. La odinofagia o disfagia desproporcionada y los hallazgos faríngeos en el examen clínico deben despertar la sospecha de un ARF. La intervención temprana con antibióticos reduce las posibilidades de desarrollar complicaciones y el drenaje del absceso mediante el abordaje transoral suele ser suficiente (4, 7, 9).

En muchos casos, la causa es idiopática; en nuestro caso no existió una etiología clara y no se encontró un reporte en la literatura de otro caso similar. Varios estudios abogan por el tratamiento conservador antibiótico, el cual tiene buen resultado, principalmente en niños, relegando la opción quirúrgica. No obstante, el manejo quirúrgico siempre será una opción irrefutable cuando exista una complicación asociada. La utilización de RMN está indicada cuando hay sospechas de compromiso medular y/o radicular.

Conflicto de interés

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Dudas R, Serwint JR. In Brief: Retropharyngeal Abscess. *Pediatrics in Review*. 2006;27(6):e45-e46.
2. Benmansour N, Benali A, Poirrier AL, Cherkaoui A, Ouididi A, Elalami MN. Retropharyngeal abscess in adults. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2012;133(3):137-9.
3. Khudan A, Jugmohansingh G, Islam S, Medford S, Naraynsingh V. The effectiveness of conservative management for retropharyngeal abscesses greater than 2 cm. *Ann Med Surg (Lond)*. 2016;11:62-65. doi: 10.1016/j.amsu.2016.10.001
4. Bandopadhyay SN, Mukherjee D, Mukherjee D, Banerjee S, Sen SK. Adult retropharyngeal abscess. *BJOHNS*. 2015;23(1):7-11. doi: 10.47210/bjohns.2015.v23i1.30
5. Kokten N, Cam OH, Kilicaslan A, Hanege FM, Uzun L, et al. Retropharyngeal Abscess: Three Unusual Cases. *J Otolaryngology ENT Res*. 2016;5(3):00144. doi: 10.15406/joentr.2016.05.00144
6. Sánchez Arguiano J, Holanda Peña MS, Santa-Cruz V, Lanza Gómez JM, Obeso González, T. ¿Cómo abordamos el absceso retrofaríngeo con extensión mediastínica? *Bol. Pediatr*. 2016;56(237):198-200.
7. Ortega Coronel MF, Calvo Piña J, Mena G. Absceso retrofaríngeo complicado. *Revista de la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Radiología*. 2011;4:9 -11.
8. Afolabi A, Fadare JO, Ogah SA, Oyewole EO. Retropharyngeal Abscess in Diabetics: A Challenge. *Hong Kong: R&T Centre*; 2014.
9. Harkani A, Hassani R, Ziad T, Aderdour L, Nouri H, Rochdi Y, et al. Retropharyngeal abscess in adults: five case reports and review of the literature. *ScientificWorldJournal*. 2011;11:1623-9. doi: 10.1100/2011/915163
10. Amaya-Tapia G, Rodríguez-Toledo A, Aguilar-Benavides S, Aguirre-Avalos G. Large Retropharyngeal Abscesses in an Immunocompetent Adult Patient with Disseminated Tuberculosis. *Am J Case Rep*. 2016;17:690-693. doi: 10.12659/ajcr.899090

Conclusión

El ARF y sus complicaciones son un gran desafío para el otorrinolaringólogo, ya que casi siempre implica un manejo multidisciplinario en el que se incluyen otorrinolaringólogos, neurocirujanos, infectólogos, cirujanos de tórax, etc.