El Rincón del Residente

Coordinadores: E. Ballesteros Moya, F. Campillo i López, E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez
Residentes de Pediatría del Hospital Universitario La Paz. Madrid

*El **Rincón del Residente** es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org*

caso clínico interactivo
www.sepeap.org

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Mascarilla laríngea como puerta de entrada para la formación de absceso parafaríngeo

E. Ortega Vicente*, L. Figueroa Ospina*, H. González García**, A. Sánchez Abuín***

***Residentes de Pediatría. **Médico Adjunto de Pediatría.**
*****Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica.**
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Resumen

Un absceso parafaríngeo es una infección profunda del cuello, generalmente producida por complicación de una infección del tracto respiratorio superior. Presentamos el caso de un niño de 6 años, que acudió al servicio de urgencias por tumoración cervical anterior de reciente aparición

Abstract

A parapharyngeal abscess is a deep neck infection usually caused by a complication of an upper respiratory tract infection. We report the case of a 6 year old boy who presented to the emergency department for anterior cervical tumor emerging

Pediatr Integral 2015; XIX (5): 366.e1–366.e4

Caso clínico

Varón de 6 años que acudió al servicio de urgencias por tumoración cervical anterior de tres horas de evolución.

Sin antecedentes familiares de interés. Embarazo, parto y período neonatal sin incidencias. Sin alergias. Vacunación actualizada según calendario comunitario, con neumococo y rotavirus. Herniotomía umbilical bajo anestesia general, con control de vía aérea mediante mascarilla laríngea del número 3, veinte días previos a su consulta.

A la exploración física, solo se apreció fiebre máxima de 39,8ºC y tumoración cervical palpable de bordes bien definidos y de consistencia elástica en región paratraqueal izquierda, de unos tres centímetros de diámetro, dolorosa a la palpación y a la deglución, junto con múltiples microadenopatías laterocervicales bilaterales, no adheridas a planos profundos (Fig. 1).

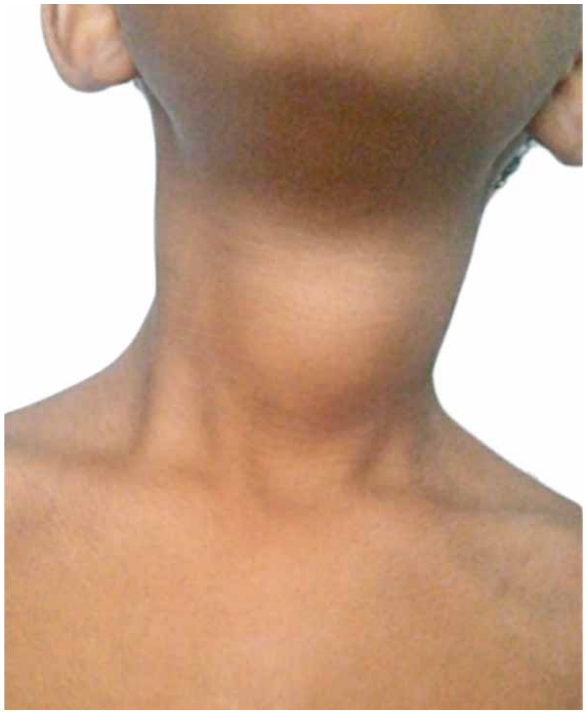

Figura 1. Masa paratraqueal.

1. ¿Qué pruebas complementarias solicitaría en primer lugar?

a. Analítica completa con reactantes de fase aguda y estudio tiroideo, pruebas microbiológicas y estudio de imagen.
b. Ecografía tiroidea.
c. Resonancia magnética cervical de urgencia, dado que es un tumor.
d. Lo dejaría en observación sin realizar ninguna prueba complementaria.
e. a y b.

2. Ante estos hallazgos, ¿qué tratamiento sería de elección?

a. Antibioterapia intravenosa empírica de amplio espectro hasta la llegada de los resultados microbiológicos.
b. Biopsia y drenaje de la colección.
c. Antibioterapia oral dado el buen estado general del paciente.
d. Antibioterapia intravenosa de amplio espectro junto con drenaje quirúrgico.
e. Esperaría la llegada de los cultivos para iniciar tratamiento.

3. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a. Conglomerado adenopático secundario a proceso infeccioso con foco ORL.
b. Nódulo tiroideo.
c. Absceso faríngeo secundario a faringoamigdalitis aguda.
d. Absceso parafaríngeo secundario a lesión mecánica por la mascarilla laríngea.
e. Ninguna de las anteriores.

Respuestas correctas

Pregunta 1. Respuesta correcta: e. a y b.

Comentario

Se decidió ingreso para estudio y tratamiento de la tumoración realizándose:

- Hemograma y bioquímica con perfil hepático, férrico, hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroxina y antitiroperoxidasa, paratohormona y calcio normales.
- Proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG), con valores máximos de 49 mg/l y 118 mm respectivamente.
- Hemocultivo negativo para hongos y bacterias. Serología para citomegalovirus, virus Epstein-Barr, virus herpes simple, toxoplasma y *bartonella hense* negativas. Mantoux negativo.
- Marcadores tumorales: enolasa neuroespecífica y péptido pro-GRP negativos.
- Radiografía de tórax sin compromiso respiratorio.
- Ecografía cervical: glándula tiroidea de tamaño, morfología y estructura normal. Masa de contornos imprecisos, vascularizada y con zonas de necrosis, en localización paratiroidea. Múltiples adenopatías de aspecto reactivo.
- Gammagrafía tiroidea: lóbulo tiroideo izquierdo disminuido de tamaño, sin actividad en polo superior.
- Resonancia magnética nuclear: sospecha de absceso cervical, en probable relación con adenopatía complicada (Fig. 2).

Pregunta 2. Respuesta correcta: d. Antibioterapia intravenosa de amplio espectro junto con drenaje quirúrgico.

Comentario

Se instauró antibioterapia intravenosa con meropenem y vancomicina durante 14 días, permaneciendo afebril desde el segundo. Se realizó biopsia, drenaje, desbridamiento, cultivo microbiológico y citología, obteniéndose muestra para anatomía patológica, en la que se observaron numerosos polimorfonucleares sin células malignas, compatible con proceso inflamatorio agudo.

Ante la mejoría clínica y analítica (PCR negativa) y ecografía cervical, con disminución de la masa paratraqueal, se decidió dar de alta al paciente.

En control posterior, un mes tras el alta, había permanecido asintomático y persistía conglomerado adenopático retrotiroideo izquierdo en ecografía cervical.

Pregunta 3. Respuesta correcta: d. Absceso parafaríngeo secundario a lesión mecánica por la mascarilla laríngea.

Comentario

Un absceso parafaríngeo es una infección profunda del cuello, generalmente producida por una infección del tracto respiratorio superior (faringoamigdalitis, otitis, infecciones dentarias…), aunque también puede ser debida a drogas parenterales, traumatismos o quistes abscesificados. En condiciones normales, el espacio parafaríngeo es virtual y los gérmenes pueden acceder por contigüidad de una colección periamigdalina, por vía linfática o venosa. La clínica más habitual es: fiebre, odino-disfagia, trismus, adenopatías,

Figuras 2a y 2b. Tumoración paratraqueal izquierda con paredes hipercaptantes y centro necrótico que desplaza anterior e inferiormente el lóbulo tiroideo izquierdo. Sospecha de absceso cervical.

cambios en la voz o distrés respiratorio, y puede complicarse con obstrucción de vía aérea, trombosis de la vena yugular interna o diseminación del foco séptico. El microorganismo más frecuentemente implicado el *Streptococcus pyogenes*[1]. El tratamiento de elección es la antibioterapia de amplio espectro[2] y el drenaje quirúrgico.

En nuestro caso, podemos pensar en varios orígenes: infecciosa, por vía hematógena debido a la canalización de venas periféricas para la cirugía abdominal y, por último, el traumatismo quirúrgico causado por la mascarilla laríngea. En vista de los resultados negativos de los cultivos y serologías, nos inclinamos a pensar en la mascarilla laríngea como puerta de entrada de la infección por contigüidad al espacio parafaríngeo. Existen casos publicados en adultos con la misma clínica y resultados de cultivos negativos[3], sin encontrar ninguno en edad pediátrica.

La mascarilla laríngea está diseñada para facilitar el manejo de la vía aérea en cirugías ambulatorias y procedimientos de corta duración, en los cuales la intubación es innecesaria[4]. Asienta en la hipofaringe, formando un sello contra el esfínter esofágico superior por detrás de la base de la lengua y la epiglotis. Está disponible en seis tamaños, desde neonatal hasta adultos y, en la actualidad, se usa en cerca de 20 millones de pacientes en 60 países[5]. La inserción de la mascarilla laríngea en niños no es siempre fácil. Es muy importante determinar la técnica óptima para evitar traumatismos o eventos adversos respiratorios. La técnica rotacional con balón parcialmente inflado es de elección en niños, por la tasa de éxito elevada con menor incidencia de complicaciones, aun así no está libre de estas, por lo que es necesaria una manipulación cuidadosa, especialmente en pacientes con vía aérea difícil[6].

Palabras clave

Absceso parafaríngeo; Mascarilla laríngea; Parapharyngeal abscess; Laryngeal mask.

Bibliografía

1. Cherry J, Harrison G, Kaplan S. Peritonsillar, Retropharyngeal and Parapharyngeal Abscesses. Chapter 11, 167-75. Feigin and Cherry´s Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 7ª ed.
2. Alves Galvao MG, Rocha Crispino Santos MA, Alves da Cunha AJ. Antibiotics for preventing suppurative complications from undifferentiated acute respiratory infections in children under five years of age. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 2.
3. Casey D, Donelly M, McCaul C. Severe Retropharyngeal Abscess after the Use of a Reinforced Laryngeal Mask with a Bosworth Introducer. Eoin Anesthesiology. V110, nº 4, Apr 2009.
4. Paciuc M. Deep neck abscess and mediastinitis after laryngeal mask anesthesia. Anesth Analq. 2009 Apr; 108(4): 1356-7.
5. Brain AIJ: "The development of the laryngeal mask-a brief history of the invention, early clinical studies and experimental work from which the laryngeal mask envolved ". Eur J. Anesthesiol. 4: 5-17, 1991.
6. Prada Martin B, Zaballos García M, Llauradó G. Intubating laryngeal mask used for difficult airway manegement: 3 case reports. Rev Esp Anestesial Reanim. 2005; 52(1): 53-4.