

11236  
2oj.  
S.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios Superiores  
Hospital General Centro Médico Nacional  
I. M. S. S.

## ABSCEOS PROFUNDOS DE CUELLO

### TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
p r e s e n t a

Dr. Raymundo Alva Urbina

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



México, D. F.

1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. CLASIFICACION
- IV. SITIO PRIMARIO DE INFECCION
- V. VIAS DE DISEMINACION
- VI. BACTERIOLOGIA
- VII. PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO
- VIII. ABSCESOS QUE PARTICIPAN COMPLETAMENTE  
LA LONGITUD DEL CUELLO
- IX. ABSCESOS LIMITADOS A LAS AREAS POR  
ARRIBA DEL HUESO HIOIDES
- X. ABSCESO LIMITADO AL AREA POR DEBAJO  
DEL HUESO HIOIDES
- XI. CONCLUSIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA

## 1. INTRODUCCION

Existen muchos parámetros separados que contribuyen en la morbilidad de los abscesos profundos de cuello. Tales parámetros son la virulencia, patogenicidad y sensibilidad a los antibióticos de los germen infectantes. Por otro lado la edad del paciente, su estado general y su capacidad inmunológica, la presencia de diabetes melítus, desviaciones septales, hipertrófia adenoidea, antecedentes alérgicos ó dentarios, así como la instalación oportuna del tratamiento médico-quirúrgico, son factores importantes en la evolución de los abscesos profundos de cuello y de los riesgos inminentes de las complicaciones (1).

La fascia cervical es un tejido conectivo que envuelve a los órganos, músculos, nervios y vasos del cuello, llenando los intersticios tisulares. Esta une las estructuras cervicales en una unidad funcional, dividiendo al cuello en una serie de planos y compartimentos potenciales (1-2). Es esencial tener un conocimiento anatómico en forma basta de estos espacios potenciales para entender las enfermedades infecciosas del cuello, además de una completa comprensión de las manifestacio -

nes clínicas, complicaciones y tratamiento de los abscesos profundos de ésta área. La fascia cervical separa un área de otra y provee una rápida y accesible comunicación entre varios compartimentos; es importante conocer la diseminación de la enfermedad y la limitación de ésta en el cuello. El conocimiento de la fascia cervical es una guía para ayudar al cirujano en el tratamiento de esta grave entidad (3).

## 11. OBJETIVOS

El propósito de éste trabajo es agrupar la patología infecciosa de los compartimentos profundos de cuello, la clasificación de los mismos, así como su bacteriología, cuadro clínico y las complicaciones de cada uno de ellos.

El objetivo primordial es enfocado al tratamiento quirúrgico con sus vías de abordaje para cada uno de los espacios profundos de cuello, revisando la literatura reciente.

111. CLASIFICACION DE LOS  
ESPACIOS DEL CUELLO.

El hueso hioides es la estructura más importante en el cuello para delimitar la diseminación de la infección(4). Por ésta razón el estudio de los espacios potenciales en el cuello, es mejor entendido por la clasificación de éstos en tres divisiones generales, basados - en su relación con él. Esta división es;

- A) Los espacios que comprenden toda la longitud del cuello.
- B) Los espacios limitados por arriba del hueso hioides
- C) Los espacios limitados al área por debajo del mismo.

Clínicamente los espacios que ocupan en su longitud al cuello son cuatro compartimentos separados y localizados entre el hioides y la columna vertebral, extendiéndose desde la base del cráneo al torax.

Los espacios limitados por arriba del hioides , estan en posición anterior y anterolateral , consis -

tiendo en número de cinco. En el área infrahioides, existe sólo un espacio en posición anterior pero comunica libremente con los otros espacios profundos en situación posterior, rodea la traquea y esófago por debajo del hueso hioides (2). Tabla 1.

Tabla 1. ESPACIOS CLINICAMENTE POTENCIALES DEL CUELLO

- 
- 
1. Espacios que participan en toda la longitud del cuello:
    - A. Espacio Retrofaríngeo
    - B. Espacio de Peligro ("Danger"Space)
    - C. Espacio Prevertebral
    - D. Espacio Vascular Visceral
  11. ESPACIOS POR ARRIBA DEL HUESO HIOIDES
    - A. Espacio Submandibular
      1. Sublingual
      2. Submaxilar
        - a. Submental (central)
        - b. Submaxilar(lateral)
    - B. Espacio Parafaríngeo
    - C. Espacio de los Masticadores
    - D. Espacio Parotídeo
    - E. Espacio Periamigdalino
  111. ESPACIO POR DEBAJO DEL HUESO HIOIDES
    - A. Espacio Visceral Anterior.
- 
-



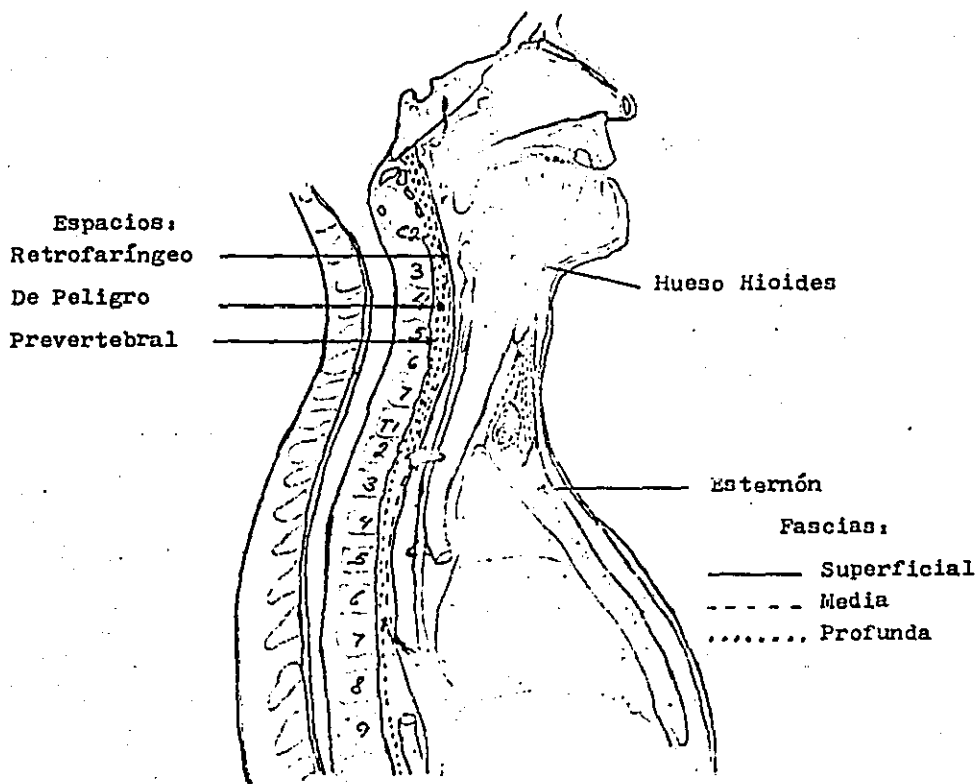


Figura 1. Corte sagital que muestra espacios y fascias del cuello.

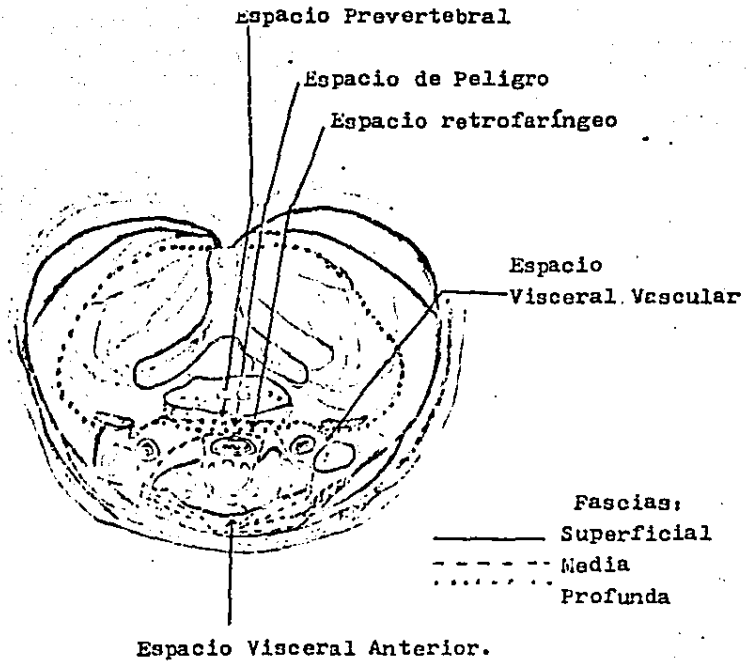


Fig 2 Corte transversal a nivel de C<sub>6</sub> muestra los espacios y fascias del cuello.

## IV. SITIO PRIMARIO DE INFECCION

En la era previa a los antibióticos las infecciones cervicales profundas el sitio primario de infección fué las amígdalas y la farínge en el 70% de los pacientes (4) y de origen dental en el 20%, pero desde el advenimiento de la antibioticoterapia las infecciones faríngeas han declinado en forma importante, como se muestra en la tabla 2, hasta alrededor del 30%, en tanto las infecciones dentales aumentaron al 50%. El 20% restante son de origen otológico, adenitis cervical y traumáticos (5).

TABLA 2

SITIO PRIMARIO DE INFECCION  
EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO

ERA	ERA
PREANTIBIOTICA	POSTANTIBIOTICA
AMIGDALAS <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> 70 % FARINGE <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span>	DENTAL 50 % FARINGEO 30% OTROS <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> 20% DERMATOLOGICO OTOLOGICO ADENITIS CERVICAL TRAUMATICO
DENTAL 20 %	

## V. VIAS DE DISEMINACION

Las formas de diseminación en los espacios del cuello son las mismas que para cualquier otro sitio del organismo.

Estas son :

- A. Por extensión directa
- B. Por extensión linfática
- C. Por vía hematógena (1) (4)

La diseminación a un espacio secundario es generalmente por extensión directa.

## VI. BACTERIOLOGIA

Es particularmente importante apreciar que la mayoría de las infecciones profundas del cuello, reflejan la -- flora orofaríngea (4).

En la serie de Chow (6) de 31 pacientes, se cultivaron germenés anaeróbicos en el 94% de los pacientes, germenés aeróbicos en el 50% y en el 52% de los pacientes--tuvieron infecciones míxtas. El 83% de los abscesos fue ron polimicrobianos.

Estudios más recientes enfatizan la naturaleza poli--microbiana de éstas infecciones. En la serie de Bartlett (7) que muestra la bacteriología de quince espacios in--fectados los anaerobios fueron aislados en todos los ca--sos, generalmente como parte de una flora compleja, que incluyen un promedio de 5.4 especies por caso. Tabla 3.

Antes de la era antimicrobiana, alrededor del 30% de--la infecciones del cuello fueron de etiología estrepto--coccica. En el 40% de estos casos se aislaron estrepto--cocos hemolíticos. Desde el advenimiento de los antibió--ticos, la incidencia de las estafilocóccias ha aumentado mucho y actualmente representa el 20% a 25% de las infeg

ciones en éste sitio(5) .

De los hemocultivos se han aislado estreptococos,-  
seguido en frecuencia por los estafilococos y por bacilos anaeróbicos.

La tabla 4 muestra los germen es aislados en diferentes reportes de la literatura (4).

Tabla 3 TIPO DE GERME NES PATOGENOS AISLADOS  
EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO

ANAEROBICOS	94 %
AEROBICOS	55 %
MIXTOS	52 %
POLIMICROBIANO	
5.4 ESPECIES POR CASO	

Tabla 4

GERMENES AISLADOS EN  
ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO

---

---

ESTAFILOCOCO AUREUS

ESTREPTOCOCO A y B HEMOLITICO

PSEUDOMONAS AEUROGINOSA

E. COLI

ENTEROCOCCO

BACTEROIDES MELANINOGENICO

" ORAL

" RUMINICOLA

MICOBACTERIA TUBERCULOSIS

TREPONEMA PALIDUM

---

---

## VII. PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

El tratamiento de las infecciones profundas de cuello depende de un adecuado drenaje del absceso, además de cubrir con antibióticos basados en estudios de cultivo y sensibilidad. Cuando está indicada la cirugía, deberá drenarse adecuadamente tanto el espacio primariamente afectado como el compartimento en el cuál se diseminó la infección, no importando lo distante de éste. La incisión quirúrgica deberá ser amplia para permitir una adecuada exposición de la cavidad abscedada. La cirugía de cuello no es primariamente cosmética (2).

El edema severo a menudo causa marcada distorsión en la anatomía de ésta área. De acuerdo con Mosher (2) siempre hay excelentes referencias óseas y musculares para el adecuado drenaje. Las óseas incluyen el cartilago cricoides en la línea media, la punta del hueso hioides lateralmente y profundo y superiormente en el cuello el proceso estiloideo. Las referencias musculares incluyen; el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo por debajo del hueso hioides y el vientre posterior del digástrico por arriba de dicho hueso.



VIII. ABSCESOS QUE PARTICIPAN  
COMPLETAMENTE LA LONGITUD DEL CUELLO

El esófago, la traquea y la glandula tiroides estan rodeados por tejido conectivo laxo y encerrados por la capa media de la fascia cervical profunda. Este compartimento es dividido en dos partes por una banda densa de tejido conectivo, extendiendose lateralmente desde la pared esofágica a la envoltura carotídea. La porción anterior de éste compartimento rodea la traquea y cubre parte de la pared anterior del esófago, está limitado superiormente por el hueso hioides y es conocido como espacio visceral anterior, espacio pretraqueal ó espacio previsceral.

La parte posterior de éste compartimento visceral, conocido como el espacio retrofaríngeo ó espacio visceral posterior, espacio retrovisceral ó espacio retroesofágico, está detras de la hipofarínge y el esófago, se extiende superiormente desde la base del cráneo e inferiormente a nivel del mediastino superior a la altura de T1-T2, donde la capa media y profunda de la fascia cervical se fusionan. Posterior a éste compartimento es

tá el ESPACIO DE PELIGRO ("DANGER" SPACE), que se extiende desde la base del cráneo, inferiormente hasta el diafragma y lateralmente a las apófisis transversas de las vertebrae. Lo importante de este compartimento es que la infección en el espacio retrofaríngeo puede rápidamente extenderse al espacio de peligro a través de la fascia alar y descender directamente al mediastino posterior a nivel del diafragma (1) (3).

Inmediatamente anterior a la columna vertebral está un espacio compacto llamado espacio prevertebral. Este compartimento se extiende en toda la longitud de la columna vertebral desde el periostio de las vertebrae hasta la capa profunda de la fascia cervical, llamada fascia prevertebral. Lateralmente está limitada por la inserción de la fascia prevertebral a las apófisis transversas de los cuerpos vertebrales. Esta larga extensión en toda la longitud de la columna vertebral hace posible para las infecciones posteriores de cuello sean tan inferiores como la fascia muscular del psoas (1). Las infecciones agudas de éste espacio prevertebral son relativamente poco frecuentes. Antes del advenimiento de la terapia antituberculosa, los abscesos

fueron más comunes y generalmente eran debidos a extensión directa de las vertebras cervicalrs. La supuración en el espacio prevertebral generalmente no se extienden rápidamente en cualquier dirección por lo compacto del-compartimento( 3 ).

Un espacio potencial, localizado en la vaina carotídea se conoce como espacio vascular visceral. Ya que ésta envoltura tiene una disposición compacta con escaso-tejido conectivo areolar, actualmente hay poca tendencia a la diseminación de la infección arriba y abajo de la-envoltura. Las infecciones aquí tienden a permanecer lo-calizadas. La induración que a menudo aparece a lo largo de los vasos del área es el resultado de la partici-pación de la cadena linfática profunda, antes que se di-semine la infección a lo largo del paquete carotídeo ( 1 ).

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

La infección característica del área es el absceso retrofaríngeo. Es más frecuente en niños preescolares y escolares cuya fuente de infección son : nariz, senos-paranasales posteriores, adenoides y nasofarínge, donde-participan los ganglios linfáticos retrofaríngeos(3) Los

hijos de padres con tuberculosis ó sífilis y niños con raquitismo son susceptibles de desarrollar ésta entidad. En los adultos con tuberculosis deberá ser considerado como factor causal de infección en este sitio. Otros -- factores causales son cuerpos extraños que perforan la pared posterior del esófago, trauma esofágico y traqueal debido a instrumentación(9) (10) (11) y fracturas -- vertebrales; además la sífilis, infecciones del tracto respiratorio superior, infecciones dentales e infecciones otológicas, nariz y farínge pueden ser la fuente para éstos abscesos. El proceso infeccioso pasa através de la pared faríngea por vía linfática y de ahí a los ganglios linfáticos. Estos se encuentran en gran cantidad -- en los niños menores de cuatro años, por lo que es relativamente mayor la incidencia de abscesos retrofarín -- geo en este grupo de edad (1).

Los síntomas de las infecciones retrofaríngeas en el niño difieren de la del adulto(12). En los niños la mayoría de los casos es la complicación de una infección respiratoria superior. El inicio puede ser insidioso -- con pocos signos y síntomas. Las alteraciones en la respiración y la deglución aparecen tempranamente, asociado

además con fiebre. El cuello generalmente es rígido y lateralizado hacia el lado afectado. El dolor es situado profundamente. Por lo general hay aumento de volumen de las glándulas del cuello y no hay presencia de "trismus". Puede aparecer además edema laríngeo, caracterizado por obstrucción laríngea y disnea. Hay dificultad importante para el control de la salivación. En la inspección de la farínge se aprecia un aumento de volumen definido en la pared posterior de la misma. Si la observación se hace tempranamente éste volumen está localizado a un lado de la línea media por la participación de la cadena linfática ganglionar, ésta está distribuida una a cada lado de la línea media. Se puede hacer palpación pero muy cuidadosa de ésta área para no romper el absceso por excesiva presión digital, ya que causaría la muerte por aspiración (3) (12) .

En un adulto los signos y síntomas son localizados a la farínge. Los síntomas comunes son dolor, disfagia y disnea, respiración ruidosa, estridor, obstrucción nasal, anorexia, regurgitación y aumento de las glándulas del cuello. La extensión de la infección al mediastino es caracterizado por dolor torácico, disnea severa, fiebre persistente (12).

### DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

La radiografía lateral de cuello con técnica de partes blandas sigue siendo un procedimiento importante de diagnóstico en la evaluación inicial del espacio retrofaríngeo.

Los criterios de las dimensiones normales en los espacios retrofaríngeos y retrotraqueales fueron determinados por Wholey (3) (13) como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5

DIMENSION DE LOS ESPACIOS  
RETROFARINGEOS Y RETROTRAQUEALES  
EN LA RADIOGRAFIA LATERAL DE CUELLO

ESPACIO RETROFARINGEO A NIVEL C <sub>2</sub>		
Niños menores de 15 años		Adultos
Promedio	3.5 mm	3.4 mm
Rango	2-7 mm	1-7 mm
ESPACIO RETROTRAQUEAL A NIVEL C <sub>5</sub>		
Niños menores de 15 años		ADULTOS
Promedio	7.9 mm	14 mm
Rango	5-14mm	9-22mm

Lo que sugiere que las dimensiones mayores de 7 mm - en niños y adultos en el espacio retrofaríngeo y mayor de 14 mm en el niño así como de más de 22mm del espacio retrotraqueal en el adulto es indicativo de un proceso patológico.

Es importante además de los datos previos valorar el estado de los cuerpos vertebrales, la presencia ó ausencia de gas prevertebral.

La tomografía axial computada confirma el diagnóstico y ayuda en el diagnóstico diferencial, incluyendo la posibilidad de tumor ó lesión vascular, asegurando del 95 al 97% del diagnóstico, evitando las falsas negativas y -- falsas positivas (14)(15).

Las complicaciones para ésta localización de los abscesos son : hemorragia, ruptura espontanea en la vía aérea con aspiración, espasmo laríngeo, erosión bronquial septicemia, abscesos metastásico y trombosis de la vena yugular. Todas son condiciones graves que requieren de una acción inmediata. En suma ésta infección puede extenderse directamente al mediastino superior ó posterior la extensión en el espacio retrofaríngeo, espacio parotídeo, espacio de los masticadores y el espacio subman-

dibular es posible cuando es severa la presión en el espacio retrofaríngeo. Este enorme potencial de expansión indica lo grave de esta condición (4).



## TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento médico depende de la instalación de - antibiótico, basado en estudios de sensibilidad y cultivo de los germenés. La terapia con antibiótico produce grandes cambios en el curso de la enfermedad, pero no - substituye la cirugía. La resolución de la celulitis re - trofaríngea es posible en el 10 a 15% de los casos sin drenaje quirúrgico si se instala el antibiótico tempranamente (3)(3). La terapia con antibiótico se deberá dirigir a las bacterias anaeróbicas que comunmente se presentan en la orofarínge. La mayoría de los germenés patógenos anaeróbicos responden a la penicilina G cristalina(3) (16), sin embargo se deberá considerar los germenés penicilinasas-productores. La clindamicina a dosis de 450-600 mgrs cada 6 hrs IV y el cloramfenicol 1 gr - IV cada 6 hrs, son agentes activos a casi todos los -- organismos anaeróbicos, pero con efectos tóxicos potenciales como es de todos sabido. Se debe considerar - el uso de metronidazol IV 200 mgrs en 150 cc de sol fisiológica o glucosada cada 12 hrs , así como también -- aminoglucósidos a dosis habituales. Generalmente en asp

ciación de un bactericida y un bacteriostático , con duración de 10 días despues de la fase aguda. No debien - do olvidar el monitoreo del paciente por medio de pruebas de función hepática , renal y serie hemática.

Se considerará la etiología tuberculosa y micótica - para lo cuál se proporcionará la quimioterapia adecuada (4)(3).

Este patron de tratamiento médico es semejante para los demás abscesos profundos de cuello, así como las medidas generales de hidratación y nutrición.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico de los abscesos en ésta área es efectuado por a) abordaje externo y b) abordaje-intraoral.

### ABORDAJE PERORAL.

En casi todos los casos de abscesos retrofaríngeos - que son observados tempranamente y no están complicados con obstrucción respiratoria, se puede efectuar el drenaje por una incisión peroral através de la pared posterior de la farínge. La posición de la cabeza deberá estar en Rosiere extremo con lo que se prevendrá el paso de material purulento a la traquea. Utilizando un abre-bocas se incide en la mucosa de la pared posterior de la farínge, con una pinza larga se introduce en el absceso para efectuar una amplia apertura. Se deberá tener dispuesta una succión. Si existieran problemas de la vía aérea, será imprescindible efectuar una traqueostomía previa al drenaje del absceso. Esto elimina hacer una incisión apresurada con los daños inherentes. Si persiste la sepsis después de la incisión peroral, se deberá considerar el drenaje externo. Los grandes abs -

cesos y la celulitis retrofaríngea deberan abordarse por una incisión externa.

#### ABORDAJE EXTERNO.

El abordaje clásico en los abscesos grandes del espacio retrofaríngeo, espacio de peligro, espacio prevertebral y los abscesos del espacio vascular visceral es la vía externa anterior, bien descrito por Dean en 1913(2) Se efectua una incisión transversa en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo entre el hueso hioides y el esternón. El músculo esternocleidomastoideo y la envoltura carotídea es retraida lateralmente, la glándula tiroides, los vasos tiroideos superior y el nervio laríngeo superior son retraidos medialmente, exponiendo el absceso generalmente a nivel de la hipofarínge. La vena tiroidea media, la arteria tiroidea inferior y el músculo omohioideo para mejor exposición pueden ser seccionados. Se preservarán el nervio hipogloso, las arterias lingual y facial. El absceso es abierto entre la envoltura carotídea que está lateralmente y el músculo cosntrictor inferior medialmente. Usando una pinza roma cerrada se introduce en el absceso y se abre ésta. Si el absceso se ha extendido hacia abajo en el cuello, en-

tonces la disección se extenderá en esa dierección a lo largo de la envoltura carotpidea y el esternón, exponiundo la traquea y el esófago. Se inserta un dedo en el mediastino a lo largo del esófago y colocando un drenaje. Si la infección se ha diseminado por debajo de la clavicula, en el torax, el drenaje se colocará por toracotomía externa.

Otro abordaje externo en ésta área, que es menos usada, es elabordaje posterior. Aquí la incisión de la piel se hace por detrás del músculo esternocleidomastoideo, evitando así las ramas de la carótida y de la vena yugular. Con la cabeza girada hacia el lado opuesto el absceso está a nivel del paquete neurovascular y distante de la columna vertebral, la fascia por detras del músculo esternocleidomastoideo que cubre el absceso es seccionada. Con disección roma el absceso es retraido por detras de la envoltura carotídea. Se evitará el plexo simpático insertado en la fascia prevertebral. El plexo braquial es evadido por estar sobre el músculo omo-hioideo(2).

## IX. ABSCESOS LIMITADOS A LAS AREAS POR ARRIBA DEL HUESO HIROIDES

### ABSCESES SUBMANDIBULAR

El término de espacio submandibular fué acuñado por Grodinsky y Holyoke en 1933. Consiste del elemento anterior de los espacios retrofaríngeos arriba del hueso hioides e incluyen el espacio sublingual (espacio superior) sobre el músculo milohioides y el espacio submaxilar (espacio inferior) debajo del mismo músculo.

El espacio submaxilar puede ser dividido en espacio-submental central y un espacio submaxilar lateral. Estos espacios se consideran como un espacio único ya que entre éstos existe una intercomunicación libre y su cuadro clínico es común(1). Este espacio es famoso porque aquí es donde se localiza la angina de Ludwig.

La descripción original de Ludwig en 1836 enfatizó los siguientes puntos : 1) " la comparación leve de la farínge" ,2) " la consistencia leñosa del tejido celular" , 3) el edema duro sublingual y el edema del piso de la boca en el borde interno de la mandíbula", 4)"los

bien definidos bordes del edema duro del cuello"y 5)"la ausencia de infección en los nodulos linfáticos regionales"

Despues de revisar la literatura sobre esto, Grodinsky (17) en 1939 mencionó que el término de la angina de Ludwig deberá ser preservado sólo para los casos en que la infección se localiza en el piso de la boca, generalmente de un segundo o tercer molar y diseminado a los triángulos submental y submaxilar através de la fascia y no por vía de los linfáticos. Estas limitaciones practicamente eliminan la faringe y las amigdalas como sitios primarios de lesión, ya que las infecciones en éstos sitios se diseminan generalmente por vía de linfáticos y se extienden en los espacios retrofaríngeo y parafaríngeo. Los criterios de Grodinsky para los casos de angina de Ludwig son los siguientes :

1. Hay celulitis y no absceso en el espacio submandibular.
2. La celulitis no involucra un sólo espacio, es bilateral.
3. La celulitis produce gangrena con infiltración serosanguinolenta- putrida pero con ausencia ó

escaso material purulento.

4. La celulitis es de tejido conectivo, fascia y músculo pero no de estructuras glandulares.

5. La celulitis se disemina por contigüidad y no por vía linfática..

La mayoría de las infecciones en el área submandibular son de origen dental ó periodontal. Aunque en años recientes las infecciones agudas de la glándula submaxilar y las lesiones supurativas de los ganglios linfáticos submaxilares son comunes (5). El estreptococo y estafilococo son los organismos más frecuentes, pero sin embargo, el bacilo de Vincent y las espiroquetas pueden ser primaria ó secundariamente invasores(2)(6).

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

La primera evidencia de infección es generalmente la participación de los tejidos orales adyacentes al foco inicial de infección. Generalmente es un absceso periapicalde cualquier diente anterior al segundo molar que está en el espacio sublingual, mientras que un absceso del segundo ó tercer molar primero hace participar el espacio submaxilar, por debajo del músculo milohioideo.



Si no se proporciona un tratamiento temprano pueden -- desarrollarse los síntomas de la angina de Ludwig. La - lengua aumenta de tamaño y es presionada hacia arriba - y posterior al paladar, causando obstrucción respirato- ria. Hay abultamiento del espacio submaxilar asociado - con dolor severo, "trismus", imposibilidad en la deglu- ción y marcada dificultad respiratoria. Una vez que la- infección penetra al músculo milohioides, los síntomas- progresan rápidamente. Ocasionalmente cuando el cuadro- de la angina de Ludwig es rápido, se presenta como una- consistencia leñosa en los tejidos del piso de la boca, como resultado de severa celulitis (2)(5).

Una complicación de la infección en ésta área es la- diseminación de la enfermedad a lo largo del músculo es- tilogloso hacia el espacio parafaríngeo y de éste al te- jido areolar del espacio retrofaríngeo cuya vía directa es hacia el mediastino superior. La existencia anatóni- ca de esta vía enfatiza el peligro potencial de la in- fección y la necesidad de un tratamiento temprano y a-- decuado.

## TRATAMIENTO MEDICO

Es necesario administrar antibióticos a niveles sanguíneos adecuados, como ya se mencionó en la sección -- previa.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

Lo básico de la cirugía en la angina de Ludwig es -- disminuir la tensión y un adecuado drenaje. Las causas de la tensión en ésta área es la resistencia de la fascia suprahiodea y el músculo milohiideo; de tal forma éstas dos estructuras pueden separarse para mejores resultados.

Para el drenaje quirúrgico se hace una incisión vertical en la línea media ó más comunmente una incisión -- transversal por debajo del cuerpo de la mandíbula, bajo anestesia local ó general. El músculo platisma y la fascia suprahiodea son incididos paralelamente a la incisión. La rama submentoniana de la arteria submaxilar externa es expuesta y ligada. Se libera la fascia de la glándula submaxilar medialmente al ángulo entre el vientre anterior y posterior del digástrico, se retrae la glándula lateralmente, se expone el triángulo de Lesse y la arteria lingual. El músculo milohiideo es dividi-

do perpendicularmente al curso de sus fibras. La membrana mucosa de la boca puede ó no abrirse, dependiendo del grado de tensión. Durante éste procedimiento, debe evitarse el corte del músculo digástrico y del geniohioideo ó la remoción de la glándula submaxilar. La herida debe dejarse abierta y con drenaje. Cuando hay obstrucción respiratoria es imperativo efectuar una traqueostomía temprana. La anestesia general deberá proporcionarse a través de una traqueostomía.

Para las lesiones menos extensas del espacio submandibular un abordaje más simple y directo, es el suprahioideo en la línea media. Se hace una incisión horizontal a través de la piel en el espacio submental hasta por debajo de la fascia profunda del músculo milohioideo. Posteriormente se efectúa una incisión vertical a través de la fascia, desde la sínfisis mandibular hasta el hueso hioides. Con una pinza cerrada se atraviesa el rafé medio entre los dos milohioideos en dirección a la base de la lengua. Se efectúa una exploración adicional digitalmente. Se coloca un drenaje largo cerrando parcialmente la piel a cada lado.

Si la infección se localiza en el piso de la boca por

arriba del músculo milohioideo, es posible efectuar el drenaje intraoral. La región posterolateral de cada lado del piso de la boca contienen la arteria, vena y nervio lingual por lo que se deberá evitar ésta área. El absceso se abrirá bajo anestesia local con bisturí y posteriormente con pinza roma. Esto es más seguro que hacer incisiones profundas con el bisturí. Si los síntomas -- persisten, está indicado hacer el drenaje externo en la región suprahiodea. En los casos de infección severa - en que está presente el "trismus" se prefiere efectuar el drenaje externo(2).

#### COMPLICACIONES.

Las complicaciones de éste espacio lo más frecuentes es la diseminación de la infección al espacio parafaríngeo, obstrucción respiratoria y mediastinal. Se deberá sospechar osteomielitis por la presencia de hipersensibilidad y tumefacción en el maxilar inferior a las 3 semanas del postoperatorio. La confirmación radiológica - se efectúa con la presencia de secuestro óseo(5).

### ABSCEOS PARAFARINGEO

El espacio parafaríngeo, es un espacio clínicamente importante que ha sido llamado también espacio faringo-lateral, perifaríngeo y espacio faringomaxilar. Es un espacio lateral en forma de cono cuya base se localiza en el cráneo y su apex en el hueso hioides(1).

El espacio parafaríngeo es uno de los espacios más comúnmente infectados en el cuello, especialmente en niños. Las vías de entrada de la infección son a menudo la farínge, amígdalas, adenoides, dientes, glándula parótida y los ganglios linfáticos que drenan de la nariz y farínge. Actualmente estas áreas son los sitios más comunes de infección; especialmente en los niños. Además las infecciones del oído medio con participación franca de mastoides; el proceso infeccioso puede diseminarse a través de hueso en la punta de la mastoides continuando hacia el músculo digástrico y terminando en el espacio parafaríngeo, conociéndose a éste proceso infeccioso como: "Absceso de Bezold". Este absceso se localiza primero por debajo y anterior a la punta de la mastoides y posteriormente se extiende por dentro y hacia la

farínge a lo largo del músculo digástrico (5)

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

Los signos y síntomas de esta infección en éste espacio dependen de cual de los dos compartimentos este afectado. Cuando la infección está limitada al compartimento anterior, el músculo pterigoideo interno es irritado y aparece "trismus" intenso, también se presenta induración a lo largo del ángulo maxilar, la pared faríngea lateral y la amígdala es desplazada medialmente como un absceso periamigdalino pero sin reacción inflamatoria de ésta.

Si la infección está limitada al compartimento anterior, no participan los músculos de la masticación y sólo hay mínimo "trismus", con presencia de prolapso amigdalino. En estos casos lo cercano del espacio parotídeo da como consecuencia aumento de volumen a nivel parotídeo y de la pared posterior de la farínge. El paciente presenta una marcada sepsis. La presencia de esputo hemoticoico ó hemorragia franca es un signo alarmante ya -- que traduce participación del paquete carotídeo(3)(5). La trombosis de la vena yugular interna es una complicación severa y que generalmente se asocia con participa-

ción infecciosa del compartimento posterior(3)(4).

Cuando hay una participación de ambos compartimentos estarán presentes todos los síntomas mencionados. Si la infección se disemina en dirección del apex del cono se presenta aumento de volúmen del cuello con obliteración de espacio por debajo del ángulo maxilar. Hay datos de sepsis y puede haber datos de trombosis de la vena yugular interna(4). La presencia de otorragia es un signo de grave pronóstico por la participación vascular. Puede ocurrir hemorragia por erosión de la carótida interna ya que ésta atraviesa el espacio parafaríngeo, requiriendo una intervención quirúrgica inmediata con ligadura de ésta arteria (3).

Cualquier absceso del espacio periamigdalino, potencialmente puede ser un absceso del espacio parafaríngeo como resultado de una invasión local a ésta área. El paciente con absceso parafaríngeo, es mucho más séptico - que el paciente con absceso periamigdalino y no muestra sólo inflamación amigdalina y aumento de volúmen de la pared lateral faríngea, sino también un "trismus" marcado y aumento de volúmen parotídeo (16)(18).

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

El mejor abordaje al espacio parafaríngeo es através de la fosa submaxilar, como lo describió Mosher en 1929. El creo que la estructura clave en la cirugía de cuello es el paquete carotídeo, llamandolo a óste "La vía Lincoln del cuello" (2)(4). Su abordaje básico es el drenaje del absceso profundo de cuello, fué encontrar primero el paquete carotídeo y posteriormente todas las áreas - con secreción purulenta en el cuello, ya que como él lo notó, las tres capas de la fascia profundas forman la envoltura del paquete (7). La incisión en la piel que - Mosher recomendó en forma de "T", con la rama horizontal paralela al maxilar a 2.5 cms por debajo y la rama vertical justamente anterior al músculo esternocleidomastoideo.

En los casos más severos, una incisión transversa es más cosmética y por lo cuál es preferida. Las venas lingual y facial si se encuentran pueden ligarse. En este abordaje, sólo se eleva la glándula submaxilar junto con la arteria maxilar externa; éste paso es la llave del abordaje de Mosher (2)(5). El dedo del cirujano es intro



ducido bajo la glándula y en dirección a la apófisis - estiloides, el vientre posterior del digástrico y la - punta de la mastoides. Desde la apófisis estiloides, - que se localiza en la fosa parafaríngea, el dedo puede - pasar fácilmente a la base del cráneo, éste es un paso - de menor resistencia para el dedo. El absceso del polo - inferior de la amígdala es alcanzado en esta exposición por seguir una dirección inferior al paquete carotídeo - desde la base del cráneo. Se coloca un drenaje superior - e inferior y se cierra parcialmente la herida quirúrgi - ca. La punta del hueso haya mayor del hioides es una referen - cia fija e importante para la cirugía de ésta área.

## ABSCESO DEL ESPACIO DE LOS MASTICADORES

El espacio de los masticadores es llamado por Collier e Iglesias, se encuentra lateral y anterioral espacio - parafaríngeo. Este espacio contiene a los músculos maceteros, pterigoideo interno y externo, la rama y la porción posterior del cuerpo del maxilar inferior, el tendón de inserción del músculo temporal, los vasos y los nervios alveolares inferiores. Está limitado por la capa superficial de la fascia profunda que se divide alrededor del maxilar inferior. La capa superficial forma la envoltura del músculo macetero y se inserta al zigoma. La capa profunda forma la envoltura de los músculos pterigoideos. Estas dos capas se unen en el borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior. El espacio de los masticadores está cerrado excepto en su porción superior que se comunica profundamente con el zigoma y el espacio temporal, se localiza además superficial y profundo al músculo temporal. El espacio temporal está limitado superficialmente por la inserción de la fascia externa del temporal y el zigoma. Los espacios superficial y profundo comunican libremente con el espá

cio de los masticadores, por lo que se considera como uno solo. La arteria maxilar interna y las ramas del nervio maxilar atraviesan éste espacio (1).

Las infecciones de éste espacio, a menudo son de procesos dentarios molares, comunmente del tercer molar extendiéndose de la cara medial ó externa del maxilar inferior. Las infecciones también pueden diseminarse a éste espacio por medio del zigoma que está adyacente al compartimento externo ó desde el hueso temporal que está contiguo al compartimento profundo(5)(6)(7).

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

Ya que éste espacio esta inmediatamente lateral al parafaríngeo, los signos y síntomas en ésta área simulan a los presentados en el parafaríngeo. La infección en éste compartimento presenta "trismus" en forma severa así como induración de los tejidos sublinguales posteriores en la pared faríngea lateral. La región de mayor tensión es cerca de la porción posterior de la rama ascendente del maxilar inferior, por lo que el tejido cerca del absceso se encuentra tenso y brillante, que al -

presionarlo causa dolor importante. Los abscesos en ésta región pueden presentarse como una prominencia externa en las mejillas ó bién intermitente en la boca, - dependiendo de qué lado se localice. Cuando el absceso se disemina en el piso de la boca es imposible deprimir la lengua. Un absceso en éste espacio también puede localizarse en la parótida en la porción posterior - y presentarse clínicamente como un absceso profundo de ésta glándula (2)(5).

#### COMPLICACIONES

Es frecuente la diseminación a los espacios de la cara y a menudo observado en el espacio del buccinador. En ocasiones está tomado el espacio parotídeo por ruptura superficial del absceso y es rara la propagación - al espacio parafaríngeo.

Se deberá sospechar osteomielitis si persiste el dolor y la hipersensibilidad, confirmandose con estudios radiográficos(4)(5).

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se efectúa una incisión por debajo de la rama horizontal del maxilar, posterior a la arteria maxilar externa. La incisión se hace hasta el perióstio del maxilar inferior. Evacuandose el pus de la porción inferior de este espacio, haciendo disección roma de ambas caras del maxilar en caso necesario. Si hay participación del compartimento temporal, se efectúa una incisión a 3 cm posterior al canto lateral y por arriba del arco zigomático, drenando ambos lados del músculo temporal.

Posteriormente se colocan drenes através de las incisiones.

En el caso de que se sospechara osteomielitis, se deberá extraer el diente en el área afectada. Si está presente la osteomielitis en el hueso malar ó el zigoma con infección secundaria del compartimento temporal, la resección de uno de éstos huesos cercano al origen será adecuado para el drenaje del espacio (2).

Ocasionalmente la participación del paquete carotídeo y la trombosis de la yugular interna puede ser secundaria al absceso como lo puntualiza Mosher (16). Otras complicaciones son obstrucción de la vía aérea, septicemia y fasciitis necrosante, ésta última se define como la infección de tejidos blandos cuya diseminación al tejido subcutáneo entre el músculo platisma y la piel da como resultado final la necrosis, ailandose frecuentemente, estreptococo hemolítico, estafilococo y bacilos gram negativos, otros anaerobios como bacteroides y clostridium así como el cultivo a pseudomonas. (16)(18)(19).

Recientemente la tomografía computada ha sido empleada en el diagnóstico de los abscesos profundos de cuello (14)(15).

glándula no es completa en la base del cráneo por lo que se comunica medialmente en forma directa con el espacio parafaríngeo y de este con el espacio de peligro y hacia el mediastino posterior, esto hace que algunos casos de parotiditis sean particularmente peligrosos. La infección de la porción superficial de la glándula parótida pueda diseminarse anteriormente a lo largo del conducto parotídeo alcance la cara y viseversa. La infección puede diseminarse por vía hematógica y linfática- ó bién puede suceder la ruptura dentro del espacio de los masticadores(1)(4)(5).

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

Los síntomas de infección en este espacio incluyen : edema importante en el ángulo del maxilar inferior sin asociarse a "trismus" ó aumento de volúmen faríngeo. Por las relaciones estrechas con el espacio parafaríngeo en su porción anterior hace que semeje la sintomatología - en éste sitio (3).

## TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Por los límites del absceso en esta área, se efectúa una incisión a través de la piel en el sitio de mayor -- prominencia del aumento de volumen, paralelo a las ramas del nervio facial. Si el aumento de volumen es extenso se hace el abordaje de Furstenberg. El cual consiste en una incisión vertical a través de la piel justamente anterior y cercano al pabellón auricular, que va desde el zigoma hasta el lobulo de la oreja, por debajo de éste y hasta la punta de la mastoidea, exponiendo así ampliamente la fascia de la glándula. La fascia que cubre la glándula se incide en forma de multiples paralelas a las ramas del nervio facial. Se inserta una pinza roma a través de las incisiones para efectuar el drenaje. En caso de existir diseminación al espacio parafaríngeo, está indicado el abordaje de la fosa submaxilar. Es necesario dejar un drenaje en el sitio del absceso (2).



## ABSCESO PERIAMIGDALINO.

El espacio periamigdalino ó paraamigdalino, consiste en un area de tejido conectivo laxo que se localiza entre la cápsula amigdalina medialmente y en el músculo - constrictor superior lateralmente, su relación anterior y posterior así como superoinferior con los pilares - amigdalinos.

La infección en este espacio clásicamente es causada por el paso de los germenés através de la cápsula hacia el espacio mencionado. El plano de menor resistencia en este espacio es hacia el paladar blando ya que en el 70 % de los abscesos se localizan en el polo superior. El 22% de los pacientes tienen colección de material purulento en la porción medial del espacio (1) (2)(5).

### MANIFESTACIONES CLINICAS.

El absceso periamigdalino es uno de los más frecuentes y que involucra los espacios yuxtafaríngeos del cuello. Es raro en pacientes muy jóvenes, pero es común - despues de la pubertad y se ve con frecuencia en centros de adiestramiento militar. De acuerdo a Wood (2) , cuando el proceso supurativo está en la fosa amigdalina se extiende arriba en el paladar y generalmente no invade el pilar posterior ó la pared faríngea posterior. Una vez que la pared faríngea posterior está participando, - la infección puede diseminarse al espacio parafaríngeo - produciendo un cuadro clínico más severo, incluyendo - una marcada toxicidad, edema faríngeo superior y "trismus" importante. La infección puede diseminarse hacia - arriba al paladar duro y al orificio faríngeo de la -- trompa de Eustaquio ó hacia abajo al seno piriforme. Este proceso puede aparecer por extensión directa, trombosis de la vena periamigdalina ó por extensión linfática. Por lo común la faringitis o amigdalitis precede a la formación de absceso (16)(13).

ABSCESO PAROTÍDEO.

El espacio parotídeo esta formado por la capa superficial de la fascia cervical profunda que rodea a la glándula, además de ganglios linfáticos, el nervio facial, la arteria carótida externa y la vena facial. Todos estos elementos atraviesan la glándula. Esta fascia es fuerte, reforzada inferiormente y presentadndo una banda muy resistente conocida como ligamento estilomaxilar, clinicamente separa el espacio parotídeo del submaxilar. Hay gran cantidad de tejido conectivo formando tabiques radiados desde la superficie de la glándula al tejido subcutáneo. La glándula por sí misma está fuertemente insertada a la fascia sin un espacio anatómico entre los dos, por lo que las infecciones en ésta regiónson infecciones de la glándula ó sus ganglios, no habiendo celulitis en el tejido conectivo laxo. Grodinsky y Holyoke reportaron que la cápsula parotídea es completa, además Collier e Yglesias puntualizan que la infección rapidamente se profundiza al espacio parafaríngeo, el cual se encuentra medialmente a la glándula parótida Mosher y Xervin refieren que la fascia profunda de esta

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO.

El absceso periamigdalino puede ser drenado por vía intraoral através de la mitad superior del pilar anterior. Puede obtenerse una buena anestesia local por infiltración de anestésico en la plica de la fosa amigdalina de tal modo anestesiando las ramas amigdalinas del glosofaríngeo que atraviesa el músculo constructor superior siendo el nervio sensorial de la amígdala . Se efectúa una incisión en la mucosa del pilar anterior en su mitad superior y se introduce una pinza roma para abrir el absceso y drenarlo (2)(16).

Recientemente este absceso se ha tratado con amigdalectomía inicialmente, como tratamiento de drenaje.

X. ABSCESO LIMITADO AL  
AREA POR DEBAJO DEL HUESO HIROIDES.

ABSCESO VISCERAL ANTERIOR.

Esta porción pretraqueal del compartimento visceral es rodeado por la fascia visceral y se extiende desde las bandas musculares anteriormente a la porción retrofaríngea del compartimento visceral posterior, rodea completamente la traquea y contactando la pared anterior del esófago. Se extiende superiormente desde el cartilago tiroides a la porción anterior del mediastino superior y anteriormente al borde superior del arco de la aorta (cuarta vertebra toracica) Grodinsky y Holyoke enfatizan la continuidad del espacio visceral anterior con el espacio visceral posterior (compartimento visceral) alrededor de la porción superior de la traquea, esófago y glándula tiroides, por debajo del nivel de la arteria tiroidea inferior (1)(2).

## MANIFESTACIONES CLINICAS

Comunmente las infecciones de este espacio es consecuencia de perforaciones en la pared esofágica anterior por traumas de la hipofarínge y esófago, por alimentos no masticados, cuerpos extraños e instrumentacion endoscópica (2)(11).

Las infecciones en ésta área son graves por la posibilidad de extensión mediastínica . En los niños el complejo sintomatico es caracterizado por fiebre, dolor retroesternal, nausea, vómito, anorexia, así como disnea progresivamente severa hasta aproximarse a la asfixia - presencia de leucocitosis que se desarrollan en las primeras 24 horas llevandolo a la muerte por una mediastinitis. En el adulto el aumento de volúmen , hiperemia de hipofarínge así como la disfonia, siendo este último el primer síntoma que indique laparticipación de éste espacio. De continuar la infección presenta edema supraglótico con manifestaciones de disnea severa. En la laringoscopia indirecta se aprecia edema improtante de la hipofarínge y larínge. Hay odinofagia y puede existir regurgitacion de los líquidos através de la nariz (2)(4)(5).

## TRATAMIENTO QUIRURGICO.

El tratamiento de elección en los casos de que el proceso infeccioso esté bien localizado es una incisión de drenaje, en caso contrario se efectuará el abordaje de Dean que consiste en una incisión transversa a lo largo del borde del músculo esternocleidomastoideo cercano al área del absceso. Se identifica la envoltura carotídea retrayendola lateralmente con el músculo esternocleidomastoideo. La laringe y la traquea así como el esófago se identifican y se retraen medialmente, se abre el absceso con pinza vascular y se coloca un drenaje a lo largo de las estructuras del esófago y traquea(2).

## XI. CONCLUSIONES

I. Los abscesos profundos de cuellos son una entidad con morbilidad elevada ya que engloban estructuras vitales, que al inicio son locales pero en corto tiempo se convierten en sistémicas, alterando así la homeostásis del paciente ó bién descompensandolo aún más si existiera una patología inmunosupresora de fondo, siendo estos pacientes más susceptibles de adquirir secundariamente este proceso infeccioso. No se debe subevaluar los cuadros aparentemente banales del sistema rinosinusal, oral, bucal ó faríngeo ya que como se observa, son estos focos infecciosos letales por su diseminación de bacterias altamente agresivas tanto aeróbicas como anaeróbicas ó bién mixtas y polimicrobianas.

Tener en cuenta que un mínimo de casos el comportamiento de los abscesos son crónicos y secundarios a infecciones sistémicas como son; la sífilis, tuberculosis ósea ó micosis y que las manifestaciones clínicas pueden estar enmascaradas.

La sintomatología en su inicio puede ser poco -



florida pero la evolución en unas horas puede llevarlo a la muerte.

Debemos estar alertas del más mínimo detalle en la aparición de un signo nuevo ya que éste nos puede dar la pauta para el diagnóstico de las complicaciones. Es un llamado de atención para el cirujano en que debe aplicar todo su coraje y agresividad para el tratamiento temprano medico-quirúrgico

- II. Es de una importancia incalculable el conocer ampliamente la anatomía del cuello, la disposición anatómica de las fascias y el comportamiento de los diferentes espacios virtuales ya que en el proceso infeccioso son reales.
- III. En la medida en que sea posible obtener cultivos con técnica para gérmenes anaeróbicos. Aprovechar los abundantes datos que nos proporciona la radiografía lateral de cuello para diagnosticar el compartimento afectado o los compartimentos secundariamente involucrados. El uso de la tomografía axial computarizada es un estudio no invasivo que nos proporciona valiosa aportación en la confirmación del diagnóstico por su mejor resolución para dife -

renciar un absceso de una masa sólida o de celulitis, ayudando al cirujano a planear el abordaje quirúrgico del ó los espacios que va a drenar, identificando los límites anatómicos del absceso e identificando las estructuras contiguas, ayuda en el pronóstico y en algunos casos la introducción de cateter para su drenaje .

IV. El tratamiento médico será encaminado a cubrir la gama de germenés que se encuentran habitualmente en las cavidades reales así como también a los germenés oportunistas. Iniciando con penicilina cristalina que cubre a germenés anaeróbicos. Teniendo en mente la posibilidad de germenés penicilinasa-productores, siendo una buena alternativa para ésto las cefalosporinas

Se asocian generalmente antibióticos bacteriostáticos y bactericidas, como pueden ser la sociación de penicilina-kanamicina, ampicilina-gentamicina, penicilina-moxalactam, penicilina-cloramfenicol, penicilina-clindamicina, cloramfenicol-gentamicina-ó bien el uso de anfotericina B - Ketoconazole en los procesos micóticos. Así como la terapia antitu-

berculosa. Es de interés el uso de metronidazol IV en los casos de septicemia por germen anaeróbico. Esto es modificado por la respuesta de la evolución del paciente y observado por los resultados del cultivo y sensibilidad a los antibióticos. El tratamiento debe durar 10 días posterior a la fase aguda del padecimiento, con dosis por Kg de peso habituales. Es imprescindible corregir ó compensar la patología de fondo, como también el estado hidroelectrolítico y nutricional del paciente.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Paonessa, D. Anatomy and physiology of head and neck infections. *Otolaryng Clin Nort Am* (3); 561-563, 1976
2. Levitt, G.. Cervical fascia and deep neck infections *Otolaryng Clin Nort Am.* 9(3); 703-716, 1976
3. Jonas, T. Recognizing and treating deep neck infections. *Postgra Med.* 59(6); 95-100, 1976
4. Wills, P. Complications of space infections of the head and neck. *Laryng.* 91: 1129-1136. 1981.
5. Everts, E. Enfermedades de la laringe e infecciones profundas de cuello Vol 3: 2235-2304, 1982, Ed Panamericana.
6. Chow, A. Orofacial odontogenic infections. *Ann Intern Med.* 83: 392-402. 1973.
7. Bartlett, J. Anaerobic infections of the head and neck. *Otolaryng Clin Nort Am.* 9 :666, 1976
8. Barrat, G. Retropharyngeal abscess a ten years experience. *Laryng* 94:495-463, 1984.
9. Heath, L. Retropharyngeal abscess following endotracheal intubation. *Chest* 72:776-777. 1977.

10. Wong, A. Retropharyngeal space. J. Otolaryngol 7: - 528-536,1973.
11. Holler, A. Retropharyngeal abscess after endoscopic South Med. J. 71:219-222,1973
12. Levitt, G. Cervical fascia and deep neck infections Laryng 90: 409-435,1970
13. Wholey, M. The lateral roentgenogram of neck. Radiol.71: 350-356, 1953
14. Richard, H. Computed tomography en the diagnosis of neck infections. Arch Otolaryn. 103:693-696,1932.
15. Endicott, J. Diagnosis and managemet decision's in infections of the deep fascial spaces of the head - and neck utilizing computerized tomography. Laring. 92: 630-633,1932.
16. Stephen, G. Peritonsilar, peripharyngeal and deep neck abscess. Postgra. Med. 57(6):147-149,1975.
17. Grodinsky, M. Ludwig angina: an anatomical and clinical study with review of the literature. Surg 5: 673 -696, 1939
18. Barry, L. Necrotizing fasciitis as a lethal complication of peritonsilar abscess. Laring. 94: 1576-1579,1934.

19. Martin, E. Severe soft infection of the face and neck: a clasification. Laryng. 92: 1135-1139, 1932
20. Mc Curdy, J. Peritonsilar abscess; a comparison of tratment by immediate tonsilectomy and interval ton\_silectomy. Arch Otolaryng. 103: 414-415, 1977.