

FIEBRE Y TORTICOLIS

Dra. María Fuensanta Ramos Castillo¹ / Dr. Cesar Naudín Royo¹ / Dr. Bleila Mohamedfadel²

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El absceso retrofaríngeo, aunque en aumento, es poco frecuente y más prevalente en niños menores de cinco años, en los que se produce una infección de los ganglios linfáticos situados entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral. Precisa tratamiento antibiótico endovenoso y quirúrgico. Se presenta un caso de un niño con fiebre elevada de doce días de evolución con aparición brusca de torticollis.

PALABRAS CLAVE

Fiebre. Torticollis. Absceso retrofaríngeo

ABSTRACT

Retropharyngeal abscess, although increasing, is rare and more prevalent in children under five, in which the infection appears in the lymph nodes located between the posterior wall of the pharynx and the prevertebral fascia. Precise intravenous and surgical antibiotic treatment. We describe the case of a patient with a high fever of twelve days of evolution with the appearance of torticollis.

KEY WORDS

Fever. Torticollis. Retropharyngeal abscess

CASO CLINICO

Niño de 7 años de edad que acude a Urgencias por presentar fiebre de hasta 39.5°C de larga evolución, asociada a proceso respiratorio leve con rinitis, en tratamiento previo con Acetilcisteína, Ibuprofeno y Paracetamol. A los doce días presenta torticollis hacia la izquierda con odinofagia e imposibilidad para la ingesta. A la exploración física. T 38°C. Buen estado general. Triángulo pediátrico estable. Otoscopia normal. Faringe con amígdalas hipertróficas. Congestión amigdalor y de pilar anterior con lesiones aftosas en pilar anterior de lado derecho. Torticollis izquierda con dolor a palpación en musculatura paravertebral y trapecio izquierdo. Analítica: Leucocitos 16890 (N 77%, L 13.8%), PCR 44.7. Test rápido de detección Estreptococo: Positivo. Resto de parámetros analíticos sin interés. Radiografía de tórax sin hallazgos y radiografía laterocervical con aumento de partes blandas prevertebrales.

Ingresó en Pediatría instaurándose tratamiento endovenoso con Amoxicilina-Clavulánico; ante

la persistencia de torticollis se realiza TAC de cuello con evidencia de hipertrofia adenoidea y amigdalor con colección poco fluida de 15 mm en su vertiente izquierda, que se extiende inferiormente de forma mal definida y poco precisa con aumento de partes blandas e hipodensidad por el espacio retrofaríngeo izquierdo (Fig. 2) y mejor delimitada por el espacio prevertebral en forma de banda líquida más fluida de 25 x 8 mm hasta el nivel C7 (Fig. 1), gran cantidad de contenido ganglionar adenopático bilateral de predominio izquierdo en los niveles II y III, lo que sugiere absceso retrofaríngeo y extensión prevertebral. Tras resultados se deriva al paciente al Servicio de ORL para drenaje de absceso.

DISCUSION

Los abscesos retrofaríngeos se pueden deber a un traumatismo penetrante en la orofaringe, infección dental u osteomielitis vertebral. Una vez infectados, los ganglios linfáticos retrofaríngeos y faríngeos laterales evolucionan en tres fases: celulitis, flemón y absceso; pudiendo causar una afecta-

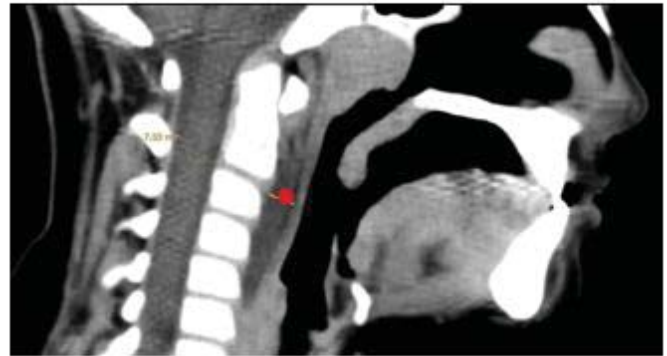


Fig. 1: Imagen 1A: Radiografía lateral de cuello partes blandas: aumento de partes blandas prevertebrales. Imagen 1B: TC Sagital con contraste intravenoso. Absceso prevertebral hipodenso de 7mm.

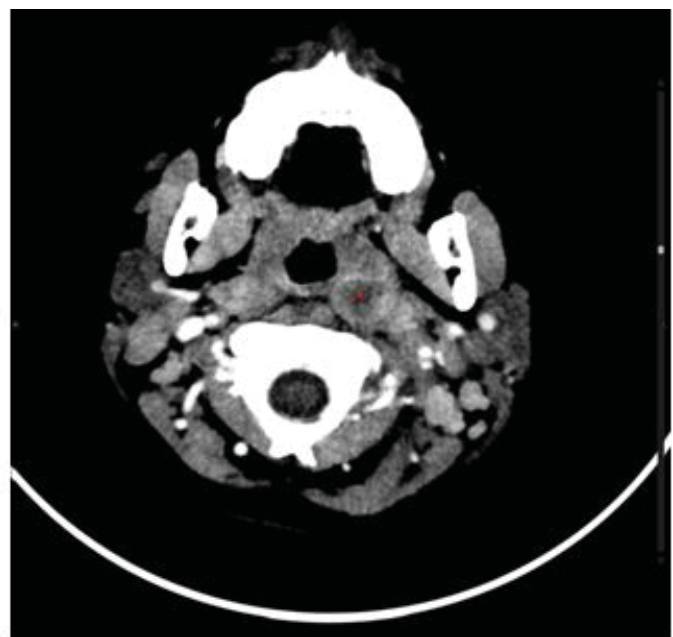
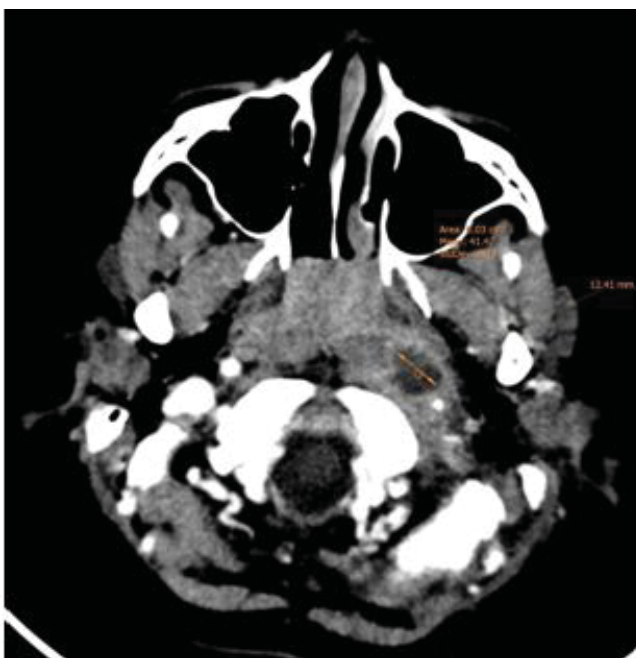


Fig. 2. Imagen 2A: TC Axial con contraste intravenoso. Absceso hipodenso en región paramigdalina izquierda (como probable origen del absceso retrofaríngeo). Imagen 2B: TC Axial extensión inferior por el espacio retrofaríngeo izquierdo.

ción de la vía respiratoria o mediastinitis posterior lo que hace esencial el diagnóstico precoz. Son más frecuentes en menores de 3-4 años, los niños con más frecuencia que las niñas y dos tercios de los pacientes tienen antecedentes de infección ótica, nasal o faríngea recientes¹. Los principales síntomas son fiebre, dolor cervical y odinofagia, mientras que los signos más prevalentes son las linfadenopatías cervicales, inflamación amigdalar y la tortícolis². Los patógenos más frecuentes son Estreptococo Beta Hemolítico Grupo A, *S. aureus* y anaerobios³. En niños menores de 2 años se ha visto un aumento de la incidencia de por *S. aureus* resistente a meticilina. Otros patógenos son *H. influenzae*, *Klebsiella* y *M. avium intracellulare*. El diagnóstico diferencial lo integran la epiglottitis aguda, la aspiración de cuerpos extraños, meningitis, linfoma y hematomas¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Pappas D.E, Hendley J.O. Absceso retrofaríngeo, absceso faríngeo lateral (parafaríngeo) y celulitis/ absceso periamigdalino. En: Kliegman, Stanton, St. Geme, et al., editores. Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen 2. 20a Ed. Barcelona: Elsevier España, 2016. p. 2117-2118.
2. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children-epidemiology, clinical features and treatment Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 74 (2010), pp. 1016-1020
3. Botija Arcos, G., Martínez Ruiz, M. y del Castillo Martín, F. Infecciones del tracto respiratorio superior. En: Guerrero Fernández, J., Ruiz Domínguez, J.A., Menéndez Suso, J.J, et al., editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5ª Ed. Madrid: Publimed España, 2011. p. 725.