

Absceso retrofaríngeo postraumático. Reporte de un caso

Posttraumatic retropharyngeal abscess. Case report

Dr. Raúl Koelig Padrón; Dr. Ramón E. Romero Sánchez; Dr. Adalio Fragela Pacheco; Dr. Carlos E. Arévalo Tan

Hospital Provincial Docente Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El traumatismo esofágico se considera una de las más complejas lesiones y su diagnóstico y manejo es de gran dificultad. En muchas ocasiones se realiza un diagnóstico tardío, cuando ya se han evidenciado signos o síntomas propios de las complicaciones. Resulta de máximo interés conocer cómo proceder en nuestro afán diario de salvar vidas. Se realiza una revisión breve del tema absceso retroesofágico y perforación esofágica traumática y se presenta un caso de un adulto joven atendido en nuestro centro con estas lesiones y con una evolución muy favorable, luego del tratamiento quirúrgico de urgencia y tratamiento conservador de una fístula esofágica cervical.

DeCS: ABSCESO RETROFARÍNGEO/complicaciones; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

The esophagic traumatism is considered one of the most complex lesions, its management and diagnosis is very difficult. In most of the cases a late diagnosis is performed, when signs and symptoms, common of complications have already been evidenced. It is very important the knowledge of what to do in our daily task of saving lives. A brief review of the topic retroesophagic abscess and traumatic esophagic perforation is made; the case of a young adult assisted in our centre with such lesions is presented. After the emergency surgical treatment and conservative treatment of a cervical esophagic fistula, he had a very favourable evolution.

DeCS: RETROPHARYNGEAL ABSCESES/complications; CASE REPORT.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas constituyen un hecho frecuente en la práctica médica diaria, de hecho resulta reconocida su importancia porcentual en las causas de fallecimiento en el mundo, y en particular en los grupos de edades menores de 49 años. Las lesiones en el cuello, de diversos orígenes, solas o asociadas, constituyen muchas veces un desafío para los médicos que las atienden. En el caso de las lesiones que afectan al esófago, puede ser muy difícil su diagnóstico inicial y sobre todo, la decisión de qué hacer, si tomar una conducta quirúrgica, endoscópica o conservadora de observación.¹⁻⁴ Por supuesto esto depende en gran medida de la experiencia de los cirujanos actuantes, de la disponibilidad de recursos y de la historia y examen físico del paciente. En las lesiones penetrantes, generalmente punzantes o perforocortantes, existe la posibilidad de uno o más órganos afectados. El esófago por su profundidad y posición no resulta con frecuencia afectado en series de lesiones esofágicas, generalmente un 20 % aproximadamente se encuentra aquejado y la mayoría de los autores coinciden en que si existe el diagnóstico precoz debe operarse y realizar sutura primaria y drenaje, si no es posible, debe entonces drenarse y/o derivar externamente.²⁻⁵ El uso de antibióticos es obligatorio. Como medios diagnósticos, los Rx siguen al frente y en muchos pacientes el estudio simple que muestra gas libre en el cuello es suficiente para establecer la indicación quirúrgica, en otros enfermos se prescriben estudios con contraste hidrosoluble estéril, los cuales son muy específicos y sensibles y superan con creces a la endoscopia reservada apenas para las lesiones de adentro

hacia fuera. ¹ El absceso retrofaríngeo como complicación, puede atribuirse de forma casi segura a perforaciones esofágicas inadvertidas o de evolución tórpida, ya que las lesiones traqueales o la infección externa resaltan improbables como causa. ⁴⁻⁶

Estas lesiones no ocurren con frecuencia, es por ello que se decidió publicar el presente reporte y hacer un breve comentario crítico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Resumen: Herida por arma blanca en el cuello.

Paciente M.R.D. masculino, blanco, de 17 años de edad, con antecedentes de salud que fue agredido y recibió una herida pequeña en el cuello, específicamente en la región anterosuperior, aparentemente sin complicaciones, por lo que permaneció dos días sin acudir al médico.

Cuando se presentó tenía un cuadro de edema en todo el cuello, crepitación acompañado de dolor y fiebre alta, así como una gran disfagia tanto a los líquidos, como a los sólidos.

Posteriormente, previo a un estudio radiológico, se decidió llevarlo al salón y se le practicó una traqueotomía inferior, se drenó un absceso retrofaríngeo por una cervicotomía izquierda (Figura 1).

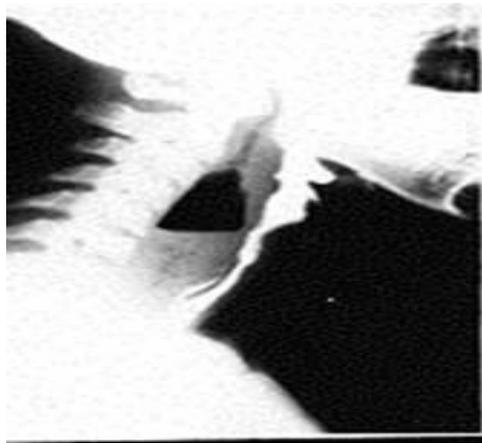


Fig. 1. Vista lateral cervical donde se aprecia absceso retrofaríngeo

Luego de pasar su estado de gravedad, el paciente presentó una fístula esofágica que se trató durante dos meses con antibióticos y cura local de forma conservadora y cerró definitivamente sin secuela física.

DISCUSIÓN

Resulta poco frecuente en la práctica médica, y aún más en condiciones de plena accesibilidad a la asistencia sanitaria como en Cuba, recibir a un paciente con una herida penetrante cervical de más de 48 h de evolución que llegó con signos evidentes de una fascitis profunda bacteriana del cuello, con un absceso retrofaríngeo, evidente en las figuras presentadas, donde en la radiografía simple se aprecia un nivel hidroaéreo en relación con el absceso y además signos como rectificación de la lordosis cervical, y desplazamiento anterior de la tráquea, con dificultad clínica respiratoria que motivó la indicación de la traqueostomía como vía ventilatoria inmediata, y la decisión de drenar el absceso por una cervicotomía clásica izquierda. El hecho de que drenando sólo el absceso, sin otra exploración, motivó la evolución a la fístula esofágica confirma el origen esofágico de la lesión. Resulta controversial en ocasiones el tratamiento de estas lesiones, hay quien prefiere disecar la lesión y si es tardía como en este paciente, sólo drenar o a veces colocar un tubo en T.⁵⁻⁷ Existe el consenso en todos los autores consultados que en lesiones de 24 h o más, no debe realizarse nunca sutura primaria. No se encontraron reportes de abscesos retroesofágicos en la literatura médica cubana, y no se conoce de casos similares reportados. La descripción y evolución de este paciente joven y sano constituye una experiencia médica valiosa, por lo que su divulgación resulta de utilidad a la comunidad médica y en especial a la quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Looij MA, Feenstra L. Two patients with a perforation of the esophagus and hypopharynx, respectively, caused by a bone in their food. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147(15):714-7.
2. Triggiani E, Belsey R. Oesophageal trauma: incidence, diagnosis, and management. *Thorax.* 1977;32(3):241-9.

3. Ilkjaer LB, Thomsen S, Klaaborg KE, Bille S. Esophageal perforations. Ugeskr Laeger. 1996;158(44):6239-42.
4. Ribet M, Quandalle P, Pruvot FR. Perforations of the esophagus. Presse Med. 1986;15(13):607-10.
5. Sakamoto Y, Tanaka N, Furuya T, Ueno T, Okamoto H, Nagai M, et al. Surgical management of late esophageal perforation. Thorac Cardiovasc Surg. 1997;45(6):269-72.
6. White RK, Morris DM. Diagnosis and management of esophageal perforations. Am Surg. 1992;58(2):112-9.
7. Bogliolo G, Ierfone N, Brini C, Di Fulvio A, Stragapede RA, Martino G, et al. Esophageal perforations and fistulas: clinical management. G Chir. 2002;23(10):394-400.

Recibido: 11 de julio de 2003

Aceptado: 23 de abril de 2004

Dr. Raúl Koelig Padrón. Especialista I Grado en Cirugía General. Verticalizado en Terapia Intensiva. Profesor instructor del ISCM-C. Hospital Provincial Docente Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.