

Flemón parafaríngeo por cuerpo extraño metálico. A propósito de un caso

F. Ferrer Baixauli*, S. Moya Albiol*, L. de la Fuente Arjona*, D. Vento Torres*, M. Orts Alborch*,
M. Marqués Mateo**, J. Marco Algarra***

* Servicio de ORL.

Médico Residente Servicio O.R.L

** Servicio de Cirugía Máxilo-Facial

Médico adjunto Servicio Cirugía
Máxilo-Facial

*** Jefe de Servicio de ORL. Catedrático
Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Los flemones y abscesos parafaríngeos, comunes en la era preantibiótica, son actualmente una entidad poco frecuente. Es necesario un diagnóstico y actitud terapéutica precoz para impedir acrecentar la morbimortalidad asociada¹.

La mayoría de casos descritos se deben a perforaciones de faringe y esófago o por complicación de infecciones del tracto aerodigestivo superior². En un 15% de los casos nos encontraremos con una fase previa al absceso, denominada celulitis, sin que se haya formado colección purulenta, que puede ser solucionado con tratamiento antibiótico, sin precisar drenaje quirúrgico^{3,4,5}.

La paciente que presentamos empezó a referir sintomatología después de veinte años de permanencia de un cuerpo extraño en la mandíbula, correspondiendo al resto de una fresa quirúrgica utilizada en la extracción de un cordal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años acude al servicio de urgencias de ORL, por presentar disfagia progresiva, odinofagia, leve dificultad a la apertura mandibular y fiebre de tres días de evolución. En las últimas doce horas asocia leve disfonía y cierta sensación disneica. Entre sus antecedentes sólo destacar que es hipertensa en tratamiento con IECA. No tiene hábito etílico, ni tabáquico, ni refiere sensación de implantación de cuerpo extraño por ingesta.

A la exploración observamos discreto abombamiento del pilar anterior izquierdo del velo y de pared lateral faríngea izquierda. La zona de confluencia de los pliegues aritenopiglótico, faringopiglótico y glosopiglótico izquierdos aparece hiperémica y congestiva. El trayecto del pliegue aritenopiglótico aparece desplazado hacia la línea media, llegando hasta aritenoides izquierdo, y afectando la banda y cuerda ipsilateral. Además, apreciamos una tumoración cervical submandibular izquierda, a nivel de celda submaxilar, de 4 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, móvil, no endurecida y levemente fluctuante.

Nuestra primera actitud fue intentar valorar la extensión de esa masa, de origen supuestamente infeccioso. Solicitamos TAC urgente que nos informa de borramiento de planos grasos desde espacio orofaríngeo hasta laringe y espacio preepiglótico, que alcanza glándula submaxilar izquierda, con pequeñas adenopatías adyacentes, sin apreciar contenido líquido. Además, se observa a nivel posterior de rama horizontal mandibular izquierda un

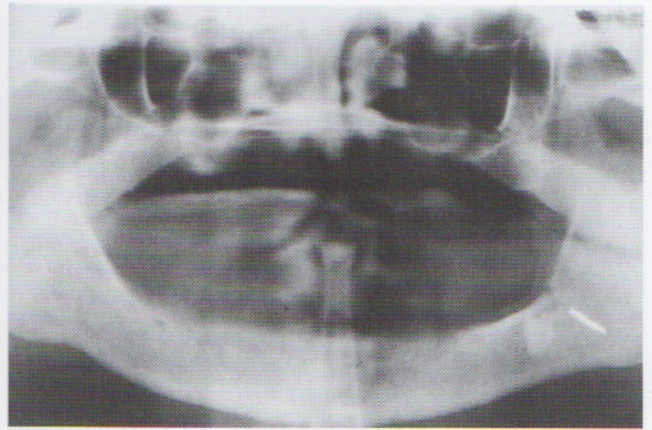
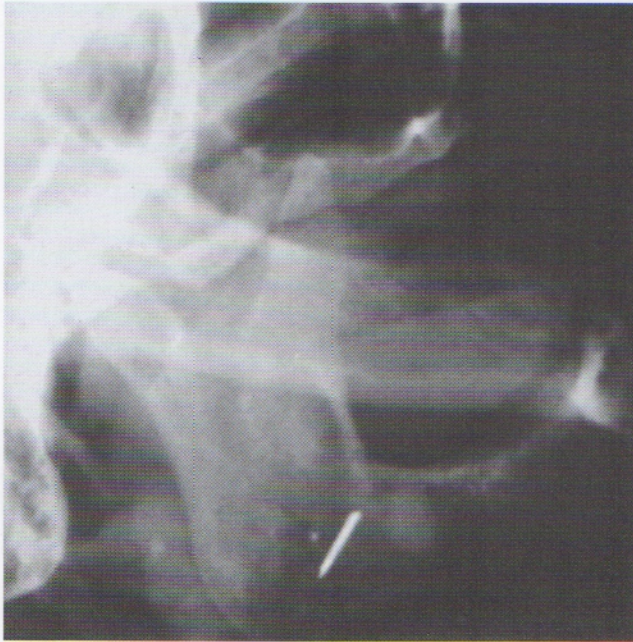


FIG. 1 — (Izquierda). Se trata de una proyección radiológica simple, apreciando un cuerpo metálico alargado a nivel de ángulo mandibular izquierdo, correspondiente a un resto de fresa quirúrgica utilizada en patología odontológica.

FIG. 2 — (Derecha) Ortopantomografía. Se aprecia la presencia del resto de fresa quirúrgica y una porción residual de un cordal.

pequeño cuerpo extraño de aspecto metálico. Ante esta imagen solicitamos una radiografía simple y posterior ortopantomografía, confirmando la presencia de un resto de fresa quirúrgica próximo al ángulo mandibular izquierdo, una porción de raíz cordal y una reacción infecto-inflamatoria periférica.

La analítica sanguínea mostró una evidente leucocitosis (23000 leucocitos), con desviación izquierda, y una elevación de la VSG. Se efectuaron varias punciones a nivel de celda submaxilar izquierda, sin extraer material purulento. El estudio microbiológico presentó flora mixta, con presencia de estreptococos y anaerobios. Se pautó antibioterapia intravenosa (clindamicina y amoxicilina-clavulámico), remitiendo la fase aguda del cuadro. Un mes después fue intervenida quirúrgicamente, bajo anestesia general, por el Servicio de Cirugía Máxilo-Facial para extraer la raíz cordal y el resto de fresa quirúrgica, ahí acantonada durante veinte años. La evolución fue muy satisfactoria, remitiendo completamente la tumefacción y la sintomatología.

DISCUSIÓN

Los abscesos latero y retrofaríngeos pueden ser de causa odontógena, secundario a traumatismos

locales o por cuerpos extraños, como la implantación de espinas de pescado en boca de Killian o en esófago cervical⁶. La clínica más habitual en el adulto suele ser fiebre alta, odinofagia, dolor cervical, trismus y disfonía^{7,8}. En el niño suele provocar irritabilidad, rechazo alimentario, estridor inspiratorio, hiperextensión cervical, taquicardia e hipersalivación⁹.

Una adecuada anamnesis, con estudio de posibles antecedentes de manipulación bucal, odontógena o de vías aerodigestivas superiores es fundamental en el diagnóstico^{10,11}. Además de la orofaringoscopia, endoscopia laríngea y exploración cervical, ante la sospecha de cuerpo extraño que haya inducido la formación del absceso o flemón, hay que efectuar estudio radiológico simple lateral del cuello, en primera instancia. En el caso que presentamos, ante el desconocimiento en un principio de antecedentes que podrían justificar reacción a cuerpo extraño, nos interesó valorar mediante TAC la extensión del proceso y precisar si había afectación retroestílea, con la consiguiente implicación de los grandes vasos. La TAC nos informó en este caso de celulitis o flemón preestíleo de gran extensión, con la presencia de un pequeño cuerpo metálico en mandíbula, correspondiente al resto de una fresa quirúrgica.



FIG. 3 — Imagen axial de TAC con contraste intravenoso. Se aprecia borramiento de planos grasos, desde espacio laterofaríngeo hasta la glándula submaxilar izquierda, provocando un aumento de tamaño a ese nivel. No se aprecia contenido líquido.



FIG. 4 — Imagen axial de TAC con contraste intravenoso. La colección cervical con densidad de partes blandas ocupa espacio preepiglótico y provoca abombamiento de pared laríngea.

El tratamiento consiste en pauta antibiótica intravenosa de amplio espectro, que cubra anaerobios (clindamicina, penicilina, metronidazol), con estudio microbiológico, cuando se trata de un cuadro de celulitis parafaríngea. Si se hubiese formado un absceso habría sido necesario drenaje quirúrgico, junto con antibioterapia.

En el caso que nos ocupa, con la terapia antibiótica remitió el cuadro agudo, y la cirugía posterior erradicó el agente etiológico, que se trataba de un resto de fresa quirúrgica utilizada en patología odontológica.

Es importante establecer el diagnóstico diferencial en el caso de un absceso o flemón parafaríngeo. Además de valorar la posible presencia de un cuerpo extraño, abarcaremos el higroma quístico, linfangioma, hemangioma, pseudoaneurisma, hematoma cervical, fístula arterio-venosa, procesos inflamatorios de vecindad (adenoamigdalitis, absceso periamigdalino, parotiditis, absceso cervical, sinusitis, etc.), leucemia, linfoma, rhabdomyosarcoma, bocio tiroideo, neoplasias neurogénicas primarias, neurofibroma, neuroblastoma del nervio vago o simpático⁴.

RESUMEN

Presentamos un caso de flemón parafaríngeo por cuerpo extraño metálico. El resto de una fresa quirúrgica utilizada veinte años antes en la extracción de un cordal indujo la formación de una colección flemonosa laterofaríngea, provocando abombamiento sobre paredes faríngea y laríngea, y una considerable tumefacción a nivel de celda submaxilar. Se pautó tratamiento antibiótico intravenoso, ya que se trataba de una fase previa al absceso, denominada celulitis. Después del cuadro agudo, el cuerpo extraño metálico fue eliminado mediante tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Cuerpo extraño metálico. Flemón. Cordal.

SUMMARY

We present a case of a parapharyngeal phlegmon secondary to metallic foreign body. The remainder of a surgical drill utilized twenty years before in the extraction of a wisdom-tooth, induced a parapharyngeal collection, promoting an enlargement over pharynx and larynx, and a considerable tumefaction in submaxillary space. The patient was treated with antibiotic intravenous, because it was a previous phase to abscess, denominated cellulitis. After the acute episode, the metallic foreign body was removed by surgical procedure.

Key words: Metallic foreign body. Phlegmon. Wisdom-tooth.

BIBLIOGRAFÍA

1. OWENS, O.; BERGSTROM, C.: Recurrent retropharyngeal abscesses. Arch. Otolaryngol., 1984; 110: 337-338.
2. PICKLES, J. M.: Retropharyngeal abscess complicating a neck wound. J. Laryngol. Otol., 1988; 102(6): 552-553.
3. SCHLOSSBERG, D.; FUGATE, J. S.: Retropharyngeal cellulitis. Laryngoscope, 1981; 91: 1738-1742.
4. GRIJALBA UCHE, M.; MEDINA SOLA, J.; SAIZ CALLEJA, M. A.: Absceso retrofaríngeo por cuerpo extraño con complicación mediastínica y pericárdica. Anales ORL Iber-Amer, 1996; 23: 577-587.
5. BARRATT, G. E.; KOOPMANN, C. F.; COULTHARD, S. W.: Retropharyngeal abscess: a ten year experience. Laryngoscope, 1984; 94: 455-463.
6. MAS BONET, A.; TOLOSA, F.; PUEYO, J.: Absceso retrofaríngeo con extensión mediastínica y retroperitoneal. A propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol. Esp., 1988; 39(3): 197-200.
7. ENDICOTT, J. N.; NELSON, R. J.; SARACENO, C. A.: Diagnosis and management decisions in affections of the deep fascial spaces of the head and neck utilizing computerized tomography. Laryngoscope. 1982; 92: 630-633.
8. LAHOZ, M. T.; VALERO, J.; ROYO, J.; CÁMARA, F.: Abscesos retrofaríngeos. A propósito de dos casos. Acta Otorrinolaringol. Esp., 1989; 40(5): 395-398.
9. PONTELL, J.; HAR, G.; LUCENTE, F. E.: Retropharyngeal abscess: clinical review. Ear Nose Throat. J., 1995; 74(10): 701-704.
10. RACHEL BERTNER, M. D.; ESTHER BAR'EL, M. D.; MILO FRADIS, M. D.; LUDWIG PODOSHIN, M. D.: Unusual complication of an ingested foreign body. J. Laryngol. Otol., 1991; 105: 146-147.
11. BLANCO PÉREZ, P.; SANTA CRUZ RUÍZ, S.; GÓMEZ GONZÁLEZ, J. L.; BRAVO CASTILLO, C.; SUÁREZ ORTEGA, S.; SANCIPRIANO HERNÁNDEZ, J. A.: Absceso retrofaríngeo: A propósito de un caso. ORL-DIPS, 5: 197-200.

Correspondencia:

F Ferrer Baixauli
Avda. Madrid, 52 2º
46910 Sedavi (Valencia)