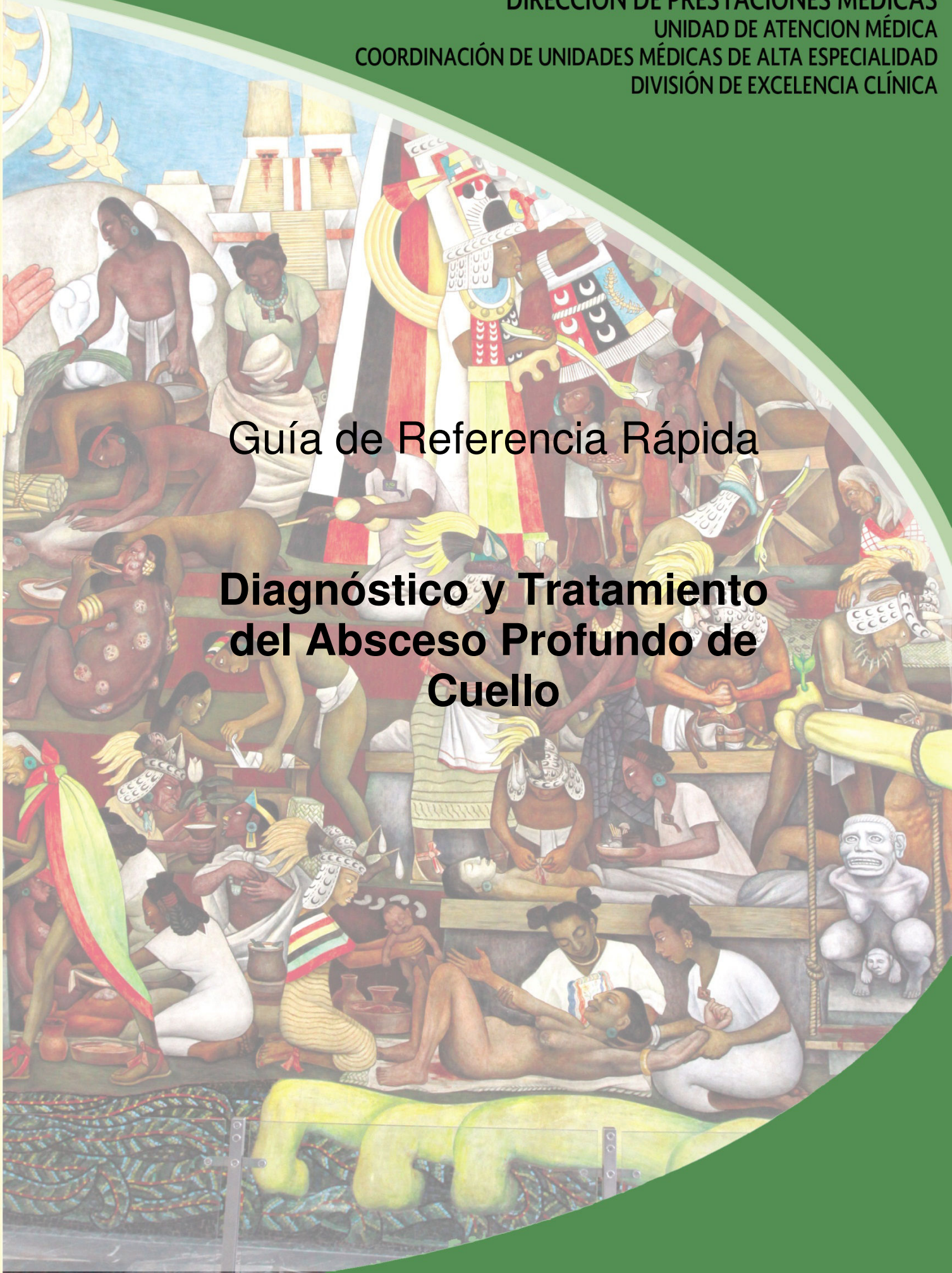


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Profundo de Cuello



Guía de Referencia Rápida

J36. Absceso periamigdalino

J39.0 Absceso Retrofaríngeo y Parafaríngeo

J39.1 Otros Abscesos de la Faringe

K11.3 Absceso (Glándula Salival) de Región Parotidea

K12.2 Angina de Ludwig (Celulitis y Absceso de Boca)

L02.0 Absceso Submentoniano

L02. 1 Absceso Submandibular. (Absceso Cutáneo, Furúnculo y Carbunco del Cuello)

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Profundo de Cuello

ISBN 978-607-8270-93-4

DEFINICION

Los abscesos de cuello se definen como procesos de origen infeccioso, que forman colección de material purulento a través de los planos profundos del cuello, formados por fascias, puede involucrar uno o varios de los espacios. Además pueden ser estar localizados o diseminados y generar complicaciones de extrema gravedad locales o a distancia y poner en riesgo la vida

ESTILOS DE VIDA

Se sugiere:

- Adecuada higiene bucal
- Detección y atención oportuna de la patología bucal
- Examen odontológico de control cada 6 meses sobre todo en pacientes con riesgo de infecciones.
- Uso de sustancias han demostrado ser de utilidad en la prevención de infecciones odontogénicas como:
 1. Fluoruro de estaño
 2. Fluoruros de amino/fluoruros de estaño
 3. Clorhexidina
 4. Triclosán / copolímero
 5. Barniz de fluoruro de sodio al 5%. Indicado para prevenir las caries

FACTORES DE RIESGO

- Diabetes mellitus es la principal enfermedad asociada en el APC
- Portadores de VIH
- Lupus eritematoso sistémico
- Insuficiencia renal crónica
- Estado metabólico descompensado

Recomendaciones

1. Tratamiento de procesos infecciosos de las vías aéreas. , a pacientes sobre todo en pacientes diabéticos o con inmunosupresión, (ver anexo)
 2. profilaxis antibiótica para procedimientos odontológicos a pacientes con ASA>2 o con condiciones médicas que resultan en disminución de las defensas del huésped como enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc. Además de uso de antisépticos bucales previos al tratamiento bucal
- Modificación de factores de riesgo, medidas de prevención de procesos infecciosos y envíos a odontología cada 6 meses a todos los pacientes que cursan con inmuno supresión.
 - El odontólogo deberá realizar examen bucal cada 6 meses a todos los pacientes que cursan con factores de riesgo, en especial aquellos sin posibilidad de control e indicar uso de sustancias para la prevención de caries

DIAGNÓSTICO

Durante la exploración deberá buscarse aumento de volumen en cuello, hiperemia, dolor locorregional, disfagia, odinofagia, disfonía, trismus, fiebre, edema facial, entre otros.

Se sugiere que ante esta situación, siempre se deberá valorar la apertura bucal con la finalidad de garantizar el acceso a la vía aérea y de no ser posible considerar la realización de traqueostomía para el drenaje abierto

En pacientes con dolor torácico, hiperemia con o sin datos de dificultad respiratoria, existe sospecha de mediastinitis.

Se sugiere realizar radiografía de tórax y TC que deberá incluir cortes mediastinales hasta la base del tórax.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Cuenta leucocitaria: generalmente leucocitosis, indica un proceso infeccioso. Sin embargo, en pacientes con inmunocompromiso o en pacientes sépticos podemos encontrar leucopenia
- Urea y creatinina son de utilidad para valorar la seguridad al emplear medio de contraste en la tomografía computada
- Tiempos de coagulación.

- Tomografía computarizada es indispensable para el diagnóstico y suficiente para la planeación e intervención quirúrgica
- En caso de no contar con TC, podrá emplearse USG o incluso RMN considerando las limitantes que puedan tener estos estudios
- La radiografía de tórax o TC con cortes hasta la base del tórax con evidencia de derrame pleural o ensanchamiento mediastinal, se considera mediastinitis
- Una vez realizado el diagnóstico de mediastinitis por imagen, el drenaje quirúrgico debe realizarse a la brevedad
- Sugerimos que las placas simples únicamente se realicen en unidades de primer nivel para complementación diagnóstica

TRATAMIENTO OFTALMOLOGICO

En segundo o tercer nivel recomendamos iniciar con tratamiento médico empírico a base de:

1. Cefalosporinas de 3era generación como: cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona, entre otras” a dosis de 1 a 2 gramos IV cada 8 horas (para gram positivos y negativos)
2. Metronidazol 500mg IV cada 8 horas y/o clindamicina 600 mg cada 8 horas (para anaerobios).

Esquema que puede ser modificado de acuerdo al resultado del cultivo, antibiograma o evolución del paciente.

El tratamiento antibiótico sin drenaje se realiza solo en:

- Diagnóstico de celulitis o de absceso limitado a un espacio confirmado con estudio de imagen
- Pacientes sin datos de descompensación metabólica
- Pacientes sin factores de riesgo asociados.

Se considerará tratamiento exitoso la disminución o desaparición de signos y síntomas.

En los pacientes con tratamiento médico se sugiere realizar valoración periódica estricta cada 8 horas es indispensable. Buscando datos que oriente a la presencia de complicaciones como taquicardia, disfagia, dificultad respiratoria, diaforesis o tos y requiere de manejo quirúrgico inmediato y deben ser tratados por un equipo multidisciplinario.

Sugerimos llevar a cabo manejo multidisciplinario por parte de cirugía de cabeza y cuello, cardio-torácica, reconstructiva, máxilofacial y unidad de cuidados intensivos, para aquellos pacientes que lo requieran.

Se sugiere utilizar terapia analgésica y antitérmica de acuerdo a las condiciones de cada paciente y preferentemente previo a la realización de curaciones

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Se sugiere que en el drenaje por punción se coloque sonda o catéter para irrigación y se realice guiado por TC o USG y por personal altamente capacitado, con el apoyo quirúrgico para drenaje abierto en caso de ser necesario. La valoración clínica y radiológica posterior al drenaje es indispensable.

Se sugiere que esta técnica sea empleada solo para abscesos periamigdalinos, submentonianos, retrofaríngeo o submandibulares únicos sin involucro de tejidos adyacentes. Y en estos casos no es necesaria la punción guiada. Cuando el espacio parafaríngeo se el afectado es mejor realizar drenado quirúrgico urgente ya que se puede generar una trombosis séptica de la vena yugular interna y, a partir de ahí, embolismos a distintos sitios

Se recomienda exista una comunicación adecuada entre anestesiólogo y cirujano ante la posibilidad de iniciar el procedimiento quirúrgico con una traqueostomía con anestesia local y evitar así compromiso de la vía aérea. Cuando la observación directa no es posible debido al trismus o la distorsión anatómica.

El drenaje quirúrgico es urgente para evitar complicaciones como: mediastinitis, neumonía, derrame pleural, tromboembolia pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda, lesión vascular, empiema, síndrome de disfunción orgánica múltiple, hemorragia aguda, parálisis de nervios craneales y choque séptico.

Se sugiere realizar:

- Incisiones amplias para facilitar las curaciones
- Curación 2 a 3 veces diaria de los tejidos blandos de los espacios involucrados a través de las incisiones que cerrarán por segunda intención

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

De primer a segundo nivel de atención:

- Todos los pacientes con diagnóstico de absceso profundo de cuello

De segundo a tercer nivel de atención:

- A pacientes con complicaciones graves como mediastinitis, choque séptico, etc. que ameritarán manejo multidisciplinario
- Aquellas unidades que no cuenten con recursos materiales o humanos capacitados para realizar el drenaje quirúrgico deberá considerar envío al siguiente nivel de atención médica

De tercero a segundo nivel de atención:

- Todo paciente cuya evolución haya sido favorable y que únicamente requieran terminar el esquema antimicrobiano y curaciones. Es importante proporcionar la información de su atención en tercer nivel, evolución, y motivo de contrarreferencia

De segundo a primer nivel de atención: Se podrá enviar a primer nivel a:

- Pacientes con resolución completa del APC.
- Pacientes con factores de riesgo y/o focos sépticos dentales para su tratamiento
- El médico de primer contacto debe considerar importante el antecedente de APC para así prevenir la posibilidad de un nuevo cuadro

INCAPACIDAD

Los días de incapacidad estarán determinados por la gravedad el APC y sus complicaciones potenciales y todos los pacientes requieren de incapacidad hasta la resolución completa del padecimiento

SEGUIMIENTO

Durante la estancia hospitalaria:

- vigilancia estrecha la evolución clínica del paciente con apoyo de laboratorio y radiográfico determinando reintervenciones, lavados quirúrgicos y continuación o cambio de tratamiento médico establecido

En el domicilio:

- Curaciones ambulatorias
- Cita en consulta externa en 2 semanas para determinar su alta definitiva
- Erradicación del foco de infección a través de extracción del órgano dentario o la endodoncia correspondiente.

El médico de primer nivel debe detectar al paciente con factores de riesgo y modificarlos siempre que sea posible además de insistir en las medidas de prevención de procesos infecciosos y realizar envíos a odontología cada 6 meses a todos los pacientes que cursan con inmuo supresión.

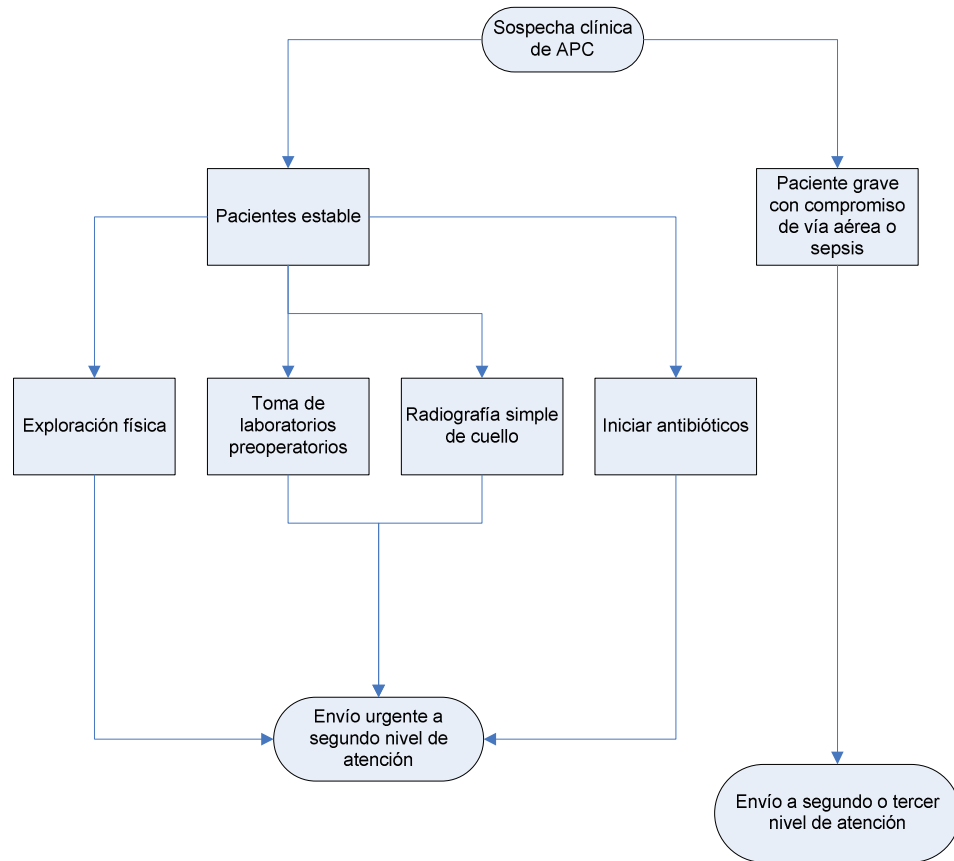
El odontólogo deberá realizar examen bucal cada 6 meses a todos los pacientes que cursan con factores de riesgo, en especial aquellos sin posibilidad de control e indicar uso de sustancias para la prevención de caries

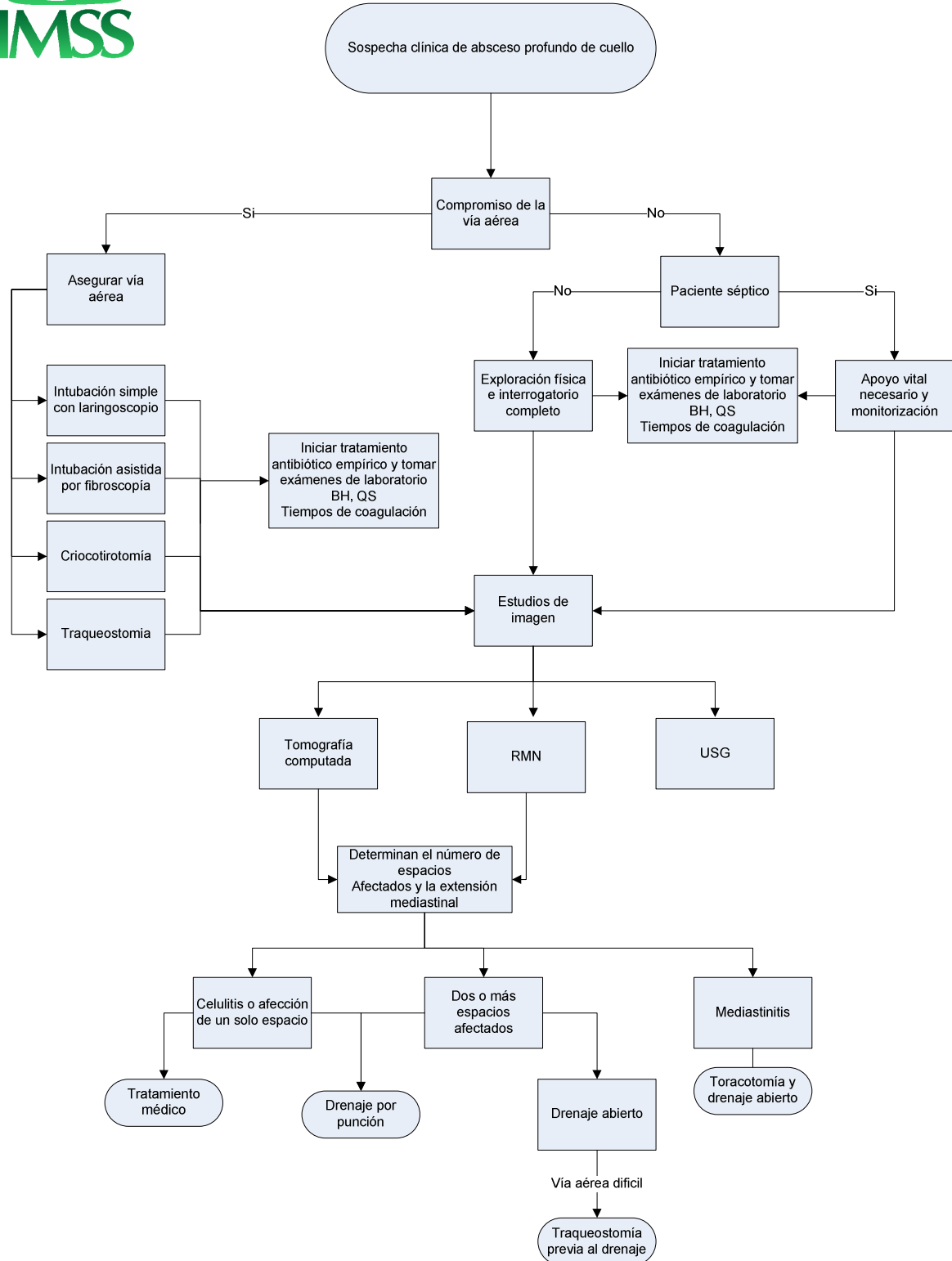
ALGORITMOS



Absceso profundo de cuello

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Noviembre 2009 Reunión de trabajo en Oaxtepec, Morelos





Clasificación de los abscesos profundos de cuello

Superficiales	afectan el tejido celular subcutáneo, son autolimitados, no ofrecen problemas para el diagnóstico o tratamiento, no pasan la aponeurosis superficial	
Profundos	Suprahioideos	Submentoniano
		Submaxilar
		Parotideo
		Peri amigdalino
		Retrofaríngeo
	Infrahioideo	Tiroideo (del conducto tirogloso)
	Circunscrito	Laringotraqueal
		De la vaina del músculo Estenocleidomastoideo
		Sub-aponeuroticos y de la vaina carotideo
	Infrahioideo	Latero faríngeo (faringomaxilar)
	Difuso	Absceso profundo difuso
Celulitis cervical difusa		

Alina M^º García de Hombre Revisión sobre los abscesos profundos del cuello. ORL-DIPS 2004;31(2):62-65

Profilaxis antimicrobiana de endocarditis infecciosa en procedimientos dentales, respiratorios y esofágicos

Situación	Droga	Dosis Adultos
Profilaxis estándar general	Amoxicilina	2,0 gr. oral, 1 hora antes del procedimiento
Imposibilidad de tratamiento oral	Ampicilina	2,0 gr. intramuscular o intravenoso
Alérgico a Penicilina	Clindamicina	600 mg. 1 hora antes del procedimiento
	Azitromicina o claritromicina	500 mg. oral, 1 hora antes del procedimiento
Alérgico a Penicilina e imposibilidad de tratamiento oral.	Clindamicina	600 mg. intravenoso 30 min. antes del procedimiento

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal, 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/quiasqes/saludoral60.pdf>

Tratamiento de urgencia odontológica. En adultos con casos especiales

Patología de Base ó condición	Diagnóstico	Indicaciones y Prescripción	Nivel de atención
Patología cardíaca	Portadores de válvulas (con o sin TAC) ASA II	Profilaxis antibiótica, (según Tabla)	Primario o secundario
	Portadores de válvulas (con o sin TAC) ASA III	Profilaxis antibiótica, (según Tabla)	Sólo en nivel terciario
	Endocarditis bacteriana infecciosa	Profilaxis antibiótica, (según Tabla)	Según el tipo de diagnóstico (ver tabla N° 1) corresponderá: 2rio y 3rio.*
	En tratamiento con aspirina	No es necesario suspender la aspirina, Interconsulta cardiólogo según complejidad. Hemostasia adecuada (sutura, gelita, cemento quirúrgico, etc.)	1°,2°,3° según complejidad del cuadro y diagnóstico máxilo-facial.
	Hipertenso ASA II	Sedación con benzodiazepinas Anestesia al 3%, sin vasoconstrictor. (Si bien, en este paciente, no se contraindican los vasoconstrictores, se brindará una anestesia más adecuada cuando se trabaja sin vasoconstrictor).	1°,2°,3° según complejidad del diagnóstico máxilofacial
	Hipertenso ASA III	Descompensado El dolor puede ser causa de descompensación. Sedación con Benzodiazepinas anestesia al 3%.	Secundario y terciario*

<p>Enfermos renales La alteración de la función renal altera la vida media de los fármacos</p>	<p>En tratamiento médico. Los analgésicos, son eliminados por vía hepática, por lo que pueden usarse sin problemas de ajuste de dosis.</p>	<p>Interconsulta especialista. Eliminar los focos de infección. Siempre solicitar hemograma. Monitorizar la presión arterial. Profilaxis antibiótica, según tabla.</p>	<p>1°,2°,3° según complejidad del diagnóstico máxilofacial</p>
<p>Dializados</p>	<p>Se deben atender posterior a 24 hrs, de realizada la diálisis, idealmente por la mañana Los analgésicos, son eliminados por vía hepática, por lo que pueden usarse sin problemas de ajuste de dosis. Las penicilinas se pueden usar sin problemas, pero se deben alargar los intervalos posológicos. Se eliminan por vía renal (diálisis).</p>	<p>Profilaxis Evitar salicilatos y AINES; así como fármacos de excreción renal, los que deben ser ajustados en sus dosis. Uso de ácido tranexámico Colágeno local (gelita) Control de presión. Evitar el stress. Recordar que durante la diálisis se eliminan los fármacos circulantes y se debe reiniciar terapia medicamentosa posterior a la diálisis.</p>	<p>1°,2°,3° según derivación del diagnóstico máxilofacial</p>
<p>Diabéticos*</p>	<p>Compensado (ASA II)</p>	<p>No requiere cuidados especiales, si usa insulina realizar la atención post prandial idealmente.</p>	<p>Según el tipo de diagnóstico corresponderá el nivel 1º 2º 3º;</p>
<p>Diabéticos</p>	<p>Descompensado (ASA III)</p>	<p>Si la condición de base esta descompensada, realizar el procedimiento bajo profilaxis y si es posible, compensar previamente por el médico.</p>	<p>1º, 2º, 3º</p>

Paciente VIH, SIDA, Hepatitis, TBC y otras enfermedades infectocontagiosas Portador sano	Según diagnóstico Preferir técnicas con instrumental manual. Manejo del instrumental según Normas Minsal 1995 y 2001. Consideraciones similares al paciente ASA II.	Interconsulta médico tratante. Utilización de fármacos, de acuerdo a la patología del paciente y estado de la enfermedad y tratamiento médico utilizado. Realizar primera atención, citar a control programado.	Según diagnóstico: 1º, 2º y 3º**
Paciente VIH, SIDA, Hepatitis, TBC y otras enfermedades infectocontagiosas Portador enfermo	Según diagnóstico Preferir técnicas con instrumental manual. Manejo del Instrumental según Normas Minsal. 1995 y 2001. Consideraciones similares al paciente ASA III.	Interconsulta médico tratante. Utilización de fármacos, de acuerdo a la patología del paciente y estado de la enfermedad y tratamiento médico utilizado. Realizar primera atención, citar a control programado.	Según diagnóstico: 2º y 3º**
Alcohólicos	Según diagnóstico	Ajustar dosis de medicamentos Indicados (anestésicos locales, benzodiazepinas, paracetamol, etc.) debido al daño hepático. Hemostasia adecuada, debido a la alteración de los factores de la coagulación.	1º, 2º, 3º.

* Si no existe forma de verificar que el paciente está compensado (< 130mg/dL); considerar como Diabético descompensado.

** Podrá ser tratado en aquellos establecimientos de atención primaria (Hospitales tipo IV) que cuente con condiciones para la atención.

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años.
Santiago: Minsal, 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf>