

Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa



Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica  
de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
ISSN 2171-9381

e-mail: [envios@revistaorl.com](mailto:envios@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Caso clínico

## ABSCESO RETROFARINGEO COMO COMPLICACIÓN DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

### RETROPHARYNGEAL ABSCESS DESCRIBED AS A COMPLICATION OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

*Amaya Roldán Fidalgo, David Laguna Ortega, Mayte Pinilla Urraca, Antonio Rodríguez Valiente, María Eugenia Velasco Martínez, Antonio Martínez Ruíz-Coello, Antonio Ramos Martínez\**

Departamento de Otorrinolaringología, Departamento de Medicina Interna\*  
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

Contacto: [amayarf@gmail.com](mailto:amayarf@gmail.com)

Recibido: 05/08/2011

Aceptado: 17/08/2011

Publicado: 04/09/2011

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
[revistaorl@revistaorl.com](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander)  
Darío Morais Pérez (Valladolid)  
Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)  
Manuel Tapia Risueño (Ponferrada)  
Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)  
Jaime Santos Pérez (Valladolid)  
Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)  
Javier Martínez Subías (Soria)  
Pablo Casas Roderer (León)  
Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

## RESUMEN

Se describe un caso de absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa.

Paciente adolescente que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital con una masa de crecimiento progresivo retrofaríngeo y cervical que comprometió la vía aérea y requirió intervención quirúrgica bajo anestesia general para su correcto drenaje y control.

El diagnóstico de mononucleosis infecciosa fue clínico y serológico. La tomografía computerizada (TC) cervical permitió objetivar el compromiso de la vía aérea así como la extensión del proceso.

**Palabras clave:** Mononucleosis infecciosa; Absceso retrofaríngeo; Obstrucción de vía aérea

## RETROPHARYNGEAL ABSCESS DESCRIBED AS A COMPLICATION OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

### SUMMARY

We describe a case of retropharyngeal abscess as a complication of infectious mononucleosis.

Adolescent patient attended at the emergency department with a progressively growing retropharyngeal and cervical mass that airway obstruction and required surgery under general anesthesia for drainage and control.

The diagnosis of infectious mononucleosis was clinical and serological. Computed tomography (CT) allowed us to evaluate the airway and the extent of the process.

**Keywords:** Infectious mononucleosis; Retropharyngeal abscess; Airway obstruction

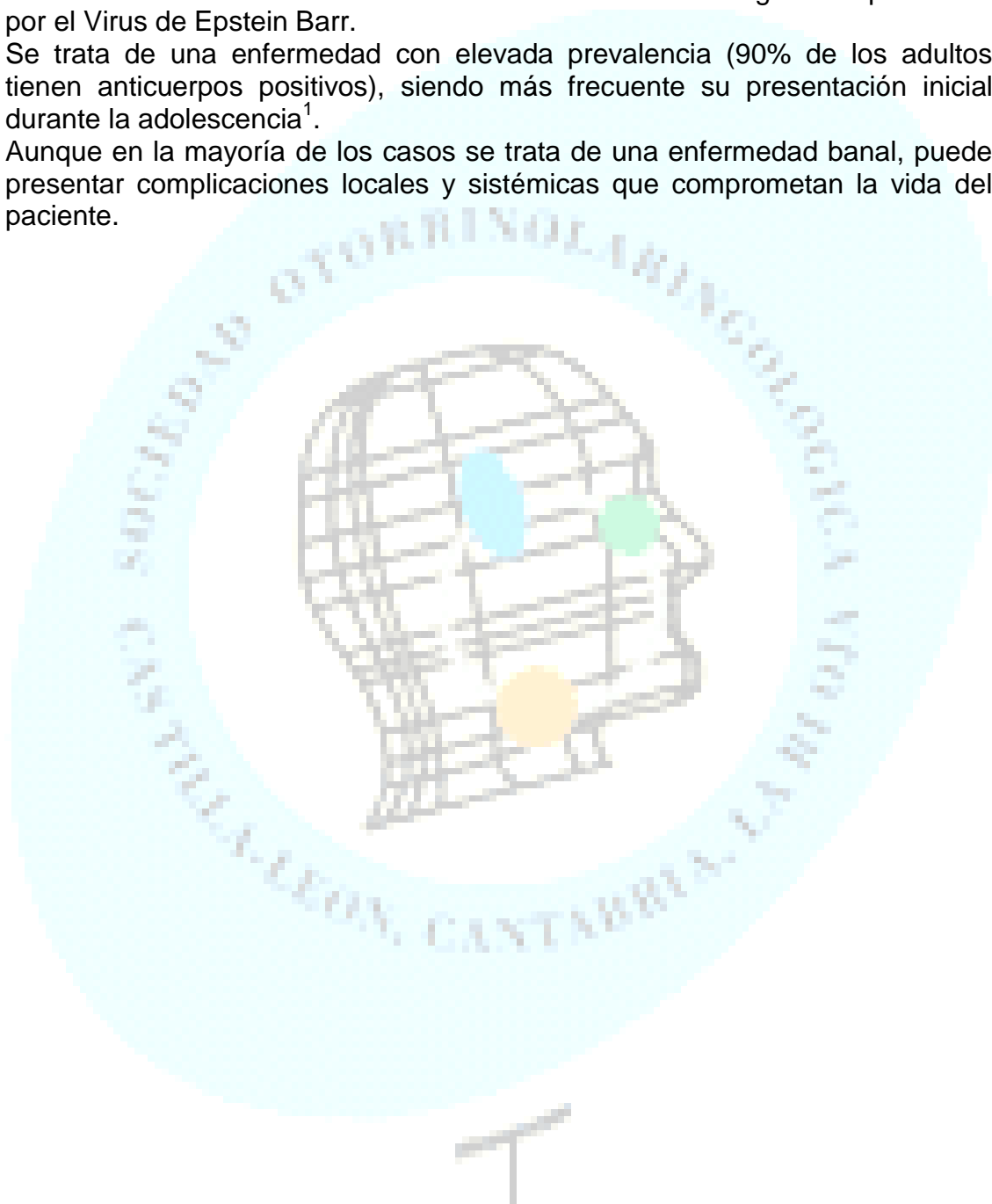
Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

## INTRODUCCIÓN

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad de etiología viral producida por el Virus de Epstein Barr.

Se trata de una enfermedad con elevada prevalencia (90% de los adultos tienen anticuerpos positivos), siendo más frecuente su presentación inicial durante la adolescencia<sup>1</sup>.

Aunque en la mayoría de los casos se trata de una enfermedad banal, puede presentar complicaciones locales y sistémicas que comprometan la vida del paciente.



Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

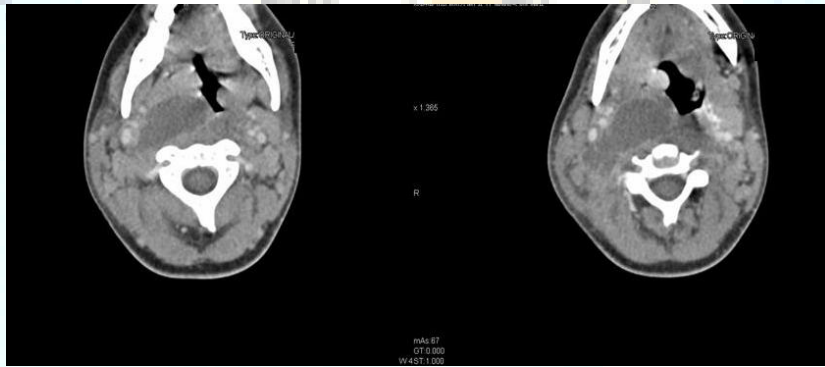
## DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de una paciente mujer de 15 años con clínica de fiebre, adenopatías, dolor faríngeo y tos, que fue atendida en el servicio de urgencias y diagnosticada de mononucleosis infecciosa mediante pruebas serológicas (EBV VCA IgM IFI: Positivo).

Cuatro días después, acudió de nuevo a nuestro hospital por empeoramiento subjetivo. Refería odinofagia intensa y disnea de esfuerzos moderados. A la exploración la paciente estaba febril, con estridor inspiratorio y presentaba una tumoración retrofaríngea y laterocervical derecha muy dolorosa.

La analítica de urgencias mostró anemia normocítica-normocrómica (Hb 9.30 g/dL, V.C.M 85.20 fL), elevación de enzimas hepáticas (GGT 115.00 U/L, AST (GOT) 57.00 U/L, ALT (GPT) 77.00 U/L), hiperglucemia (Glucosa 140.00 mg/dl), leucocitos de  $4.7 \times 10^3/\text{microL}$  con un 44% de linfocitos.

Se realizó una TC cervical de urgencia (fig. 1) que evidenció colección hipodensa, homogénea, localizada en el espacio retrofaríngeo derecho, con extensión al espacio parafaríngeo derecho y adenopatías laterocervicales bilaterales de tamaño radiológicamente significativo. A la inspección orofaríngea se apreciaba un abombamiento de la amígdala ipsilateral con protusión de la pared retrofaríngea, que comprometía la vía aérea.



**Figura 1.** TC cervical con contraste. Absceso retrofaríngeo derecho que obstruye parcialmente la vía aérea

Se administró antibioterapia (amoxicilina-ácido clavulánico) y por vía transoral se puncionó y aspiró parcialmente el absceso en la consulta de urgencias, extrayéndose 5cc de material purulento, lo que permitió seguidamente en quirófano la intubación orotraqueal.

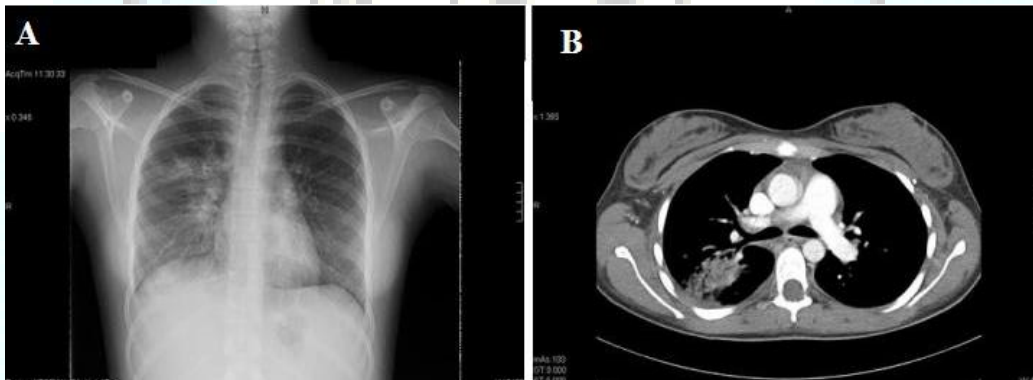
Bajo anestesia general y por vía transoral se realizó incisión con bisturí frío y aspiración del absceso.

Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

Se envió una muestra al servicio de Microbiología, que evidenció cultivo positivo para *Clostridium* sp y *Prevotella*.

Durante su ingreso la paciente presentó tos productiva, fiebre prolongada, distensión abdominal y afectación del estado general. Se le realizó una radiografía de tórax (fig. 2A) observándose derrame pleural con condensación pulmonar derecha.

Se solicitó una TC toraco-abdominal, donde se evidenciaron numerosas adenopatías en espacio prevascular, paratraqueal y subcarinal, hepatomegalia, esplenomegalia, ocupaciones alveolares en parénquima pulmonar (fig. 2B) asociadas a derrame pleural derecho y un aumento difuso de la densidad de grasa mediastínica sugestivo de mediastinitis (sin evidencia de colecciones drenables).



**Figura 2.** (A) Radiografía de tórax. Derrame pleural derecho con imagen de condensación pulmonar derecha.  
(B) TC torácico. Parénquima pulmonar con opacificaciones alveolares parcheadas de atenuación en vidrio deslustrado con áreas de consolidación alveolar en segmento posterior de LSD y de ambos lóbulos inferiores, hallazgos sugestivos de proceso neumónico. Adenopatías hiliares bilaterales de aspecto reactivo inflamatorio.

Tanto el episodio de mediastinitis como el de neumonía con derrame paraneumónico se resolvieron mediante tratamiento antibiótico (Imipenem asociado a Vancomicina).

Tras 25 días de ingreso hospitalario la paciente fue dada de alta con tratamiento médico (Levofloxacino y Metronidazol).

Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

## DISCUSIÓN

La mononucleosis infecciosa (enfermedad de Pfeiffer, fiebre glandular, o “enfermedad del beso”) es una enfermedad de etiología viral producida por el Virus de Epstein Barr (VEB), familia del herpes virus, cuya principal vía de transmisión es la saliva.

Se trata de una enfermedad con alta prevalencia (90% de los adultos tienen anticuerpos positivos), siendo más frecuente su presentación inicial durante la adolescencia.

Inicialmente el VEB coloniza los tejidos linfoides y las células del epitelio orofaríngeo, manteniéndose latente hasta 18 meses tras la primoinfección y, de manera intermitente, durante toda la vida. Con posterioridad, se produce la difusión al resto del organismo apareciendo un síndrome constitucional<sup>2</sup> (astenia, anorexia y pérdida de peso significativa (más del 5% del peso en 6-12 meses).

En la exploración orofaríngea podemos apreciar eritema e hipertrofia amigdalар, enrojecimiento faríngeo, hiperplasia linfoide difusa del anillo de Waldeyer, lesiones petequiales, o úlceras en la mucosa faríngea o epiglótica<sup>3</sup>.

La clínica engloba un cuadro febril de 1-2 semanas de duración (90%), adenopatías cervicales (90%) (siendo características las posteriores), faringitis y síndrome constitucional, pudiendo acompañarse de otros síntomas como hepatomegalia (15%), esplenomegalia (50%), exantema (5%), ictericia<sup>4</sup>, elevación asintomática de enzimas hepáticas (80-90%)<sup>5</sup>.

Si bien en la mayoría de los casos se trata de una enfermedad banal, puede presentar complicaciones como rash inducido por amino-penicilinas (95% de los pacientes tratados)<sup>3</sup>, eritema multiforme, obstrucción de vías respiratorias altas (5%), neutropenia (50-80%), trombocitopenia (25-50%), rotura esplénica, neumonía, derrame pleural, pericarditis o meningitis (1-5%)<sup>4</sup>.

El diagnóstico de mononucleosis infecciosa se basa en técnicas de laboratorio, con detección de anticuerpos y antígenos del VEB, siendo menos específica la prueba de Paul-Brunnel o la presencia de linfocitosis con más de 10% de linfocitos atípicos.

El tratamiento es sintomático, remitiendo la clínica en 1-2 semanas, aunque la astenia puede perdurar durante meses.

Es importante realizar reposo durante 6-8 semanas para prevenir la rotura esplénica<sup>2</sup>.

Reservándose el uso de corticoides para complicaciones cardíacas, neurológicas, obstrucción de vía aérea superior o anemia hemolítica<sup>1</sup>.

En algunos casos, tras la infección aguda, pueden desarrollarse enfermedades linfoproliferativas.

#### Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

Las complicaciones otorrinolaringológicas más graves provienen de la hipertrofia y abscesificación del tejido linfático del anillo de Waldeyer (que suele producirse por la superinfección del tejido linfático por bacterias probablemente situadas saprofiticamente en la cavidad oral y faringe). La abscesificación suele afectar al espacio periamigdalino, por lo que el drenaje es relativamente sencillo bajo anestesia local en la consulta de urgencias. Cuando se afecta el espacio retrofaríngeo es necesario la realización de drenaje quirúrgico bajo anestesia general, con un adecuado manejo de la vía aérea, dado que la intubación orotraqueal no suele ser posible.

Está descrita en la literatura<sup>4</sup> la realización de traqueotomía y posteriormente intubación y drenaje transoral en posición de Rose bajo anestesia general.

En el caso clínico referido para evitar la traqueotomía se aspiró parcialmente el absceso por vía transoral en la consulta de urgencias, lo que permitió al anestesista la intubación. Posteriormente se realizó el drenaje quirúrgico clásico del absceso mediante apertura hasta la fascia pretraqueal y la aspiración del contenido del mismo.

La mediastinitis y neumonía se han asociado frecuentemente a los abscesos retrofaríngeos ya sea por extensión a través del espacio parafaríngeo al mediastino, por vía hematógica o por aspiración del contenido del absceso.

La obstrucción de vía aérea superior como complicación de mononucleosis infecciosa es poco frecuente, describiéndose en la bibliografía como consecuencia de hipertrofia amigdalar<sup>6</sup>, abscesos periamigdalinos<sup>7,8</sup>, y en menos ocasiones por abscesos retrofaríngeos<sup>9</sup>, siendo probablemente, la complicación más peligrosa por su asociación no sólo con un compromiso agudo de la vía aérea superior sino también por su diseminación al espacio parafaríngeo, pulmón y mediastino.

Absceso retrofaríngeo como complicación de mononucleosis infecciosa

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen JI. Epstein-Barr virus infection. *N Eng J Med*. 2000; 343: 481-492.
2. Harrison TR, Fauci A, Braunwald E, Kasper DL. Infecciones por virus de Epstein Barr. En: Harrison principios de Medicina Interna. 16 ed. Mc Graw Hill; 2005. p. 1162-1166.
3. Peyton W, Woolley AL, Wiatrak BJ. Pharyngitis and Adenotonsillar Disease. En: Cummings CW et al. Cummings Otolaryngology head and neck surgery. 5 ed. Mosby; 2005. p. 2785-2786
4. Admason PA, Adelson RT, Advani R et al. Infections of the Deep Spaces of the neck. En: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, editors. Head & Neck Surgery-Otolaryngology. 4 ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 607-608.
5. Crum NF. Epstein Barr Virus hepatitis. Case series and review 99 *South Med J*. 2006; 544-547.
6. Kakani S. Airway compromise in infectious mononucleosis. A case report. *Cases J*. 2009; 2: 6736.
7. Koch KU, Lindhardt C, Andersen OO, Kristensen S. Bilateral peritonsillar abscess in mononucleosis. *Ugeskr Laeger*. 2005; 167(17):1862-3.
8. Burstin PP, Marshall CL. Infectious mononucleosis and bilateral peritonsillar abscesses resulting in airway obstruction. *J Laryngol Otol*. Dec 1998; 112 (12):1186-8.
9. Lobo S, Williams H, Singh V. Massive retropharyngeal lymphadenopathy in an infant: an unusual presentation of infectious mononucleosis. *J Laryngol Otol*. 2004; 118: 983-984.