



Abcessos faríngeos

Manuela Ferreira, Maria João Brito, Maria do Céu Machado

Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca, Amadora

Resumo

Introdução. Os abcessos faríngeos, raros na criança, podem cursar com complicações graves.

Objectivo. Caracterizar os casos de abscesso faríngeo na população infantil internados num Hospital Geral na Zona Metropolitana de Lisboa.

Métodos. Revisão casuística dos casos internados durante 8,5 anos (Junho de 1996 a Dezembro de 2005). Analisaram-se parâmetros sócio-demográficos, antecedentes, clínica, exames complementares, terapêutica e evolução.

Resultados. Registaram-se 62 casos, com uma mediana de idade de 6 anos. Em 56% havia antecedentes de infecção respiratória alta e 34% tinham realizado antibioticoterapia prévia. O tipo de abscesso mais frequente foi o periamigdalino (65%), seguido do retrofaríngeo (19%) e parafaríngeo (16%). A clínica variou com o tipo de abscesso: periamigdalino – adenopatias cervicais (33%), *trismus* e sialorreia (23%); retrofaríngeos – cervicalgia e limitação à mobilização do pescoço (58%); e parafaríngeos – disfagia (cerca de 50%). Ocorreu tumefacção cervical em 67% dos abcessos retrofaríngeos e 60% dos parafaríngeos. O agente mais frequentemente isolado foi o *Streptococcus* do Grupo A (7), com susceptibilidade diminuída à eritromicina em 38% (3/8) e resistência ao cotrimoxazol em 100%. Foram medicados com penicilina e clindamicina 81% dos casos e em 40% realizou-se drenagem cirúrgica. Houve complicações em sete casos (11%): obstrução da via aérea (3), trombose venosa (1) e choque anafilático (2). Uma criança faleceu de anafilaxia. Entre os 46 casos acompanhados em consulta (74%), ocorreu recorrência num caso e em 18% realizou-se amigdalectomia.

Conclusão. A clínica dos abcessos faríngeos raramente é patognomónica. No diagnóstico, é importante um elevado grau de suspeição.

Palavras-chave: abcessos faríngeos, criança, adolescentes, clínica, antibioterapia, drenagem cirúrgica.

Acta Pediatr Port 2008;39(2):62-5

Recebido: 03.05.2006

Aceite: 26.05.2008

Pharyngeal abscesses

Abstract

Background. Pharyngeal abscess, rare in children, may result in severe complications.

Aim. To study pharyngeal abscess cases in a paediatric population of a general hospital in Lisbon Metropolitan Area.

Methods. Retrospective study of children admitted with pharyngeal abscess, from July 1996 to December 2005 (8 1/2 years). Socio-demographic data, personal antecedents, clinical manifestations, laboratorial and imaging alterations, treatment and evolution were analysed.

Results. We identified 62 cases of pharyngeal abscess, with median of age of 6 years old. Preceding upper respiratory infection was associated in 56% and 34% had been treated with antibiotics. The most common types of abscess were peritonsillar (65%), retropharyngeal (19%), and parapharyngeal (16%). Symptoms differed according to the type of abscess: peritonsillar – lymphadenopathy (33%), and *trismus* and drooling (23%); retropharyngeal - neck pain and limited neck motion (58%), and parapharyngeal – dysphagia (circa 50%). Neck mass was present in 67% of retropharyngeal and 60% of parapharyngeal abscesses. Group A *Streptococcus* (7) was the pathogen most frequently identified, it had limited susceptibility to erythromycin in 38% (3/8) and cotrimethoxazole resistance in 100%. Association of penicillin with clindamycin was used in 81% of the cases, and 40% had surgical drainage. Seven children had complications; airway obstruction (3), venous thrombosis (1), anaphylactic shock (1). One child died due to iodinated contrast anaphylaxis. Among the 46 cases with follow-up (74%) one case relapsed and 18% underwent tonsillectomy after discharge.

Conclusion. Clinical presentation of pharyngeal abscess is not always typical. Thus, a high level of suspicion may be necessary for the diagnosis.

Key-words: pharyngeal abscess, children, adolescents, clinical presentation, antibiotics, surgical drainage.

Acta Pediatr Port 2008;39(2):62-5

Correspondência:

Manuela Ferreira
Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca
IC 19 2700 Amadora
mmsferreira@sapo.pt

Introdução

Os abscessos faríngeos são coleções de pús localizadas em espaços virtuais delimitados por *fascia*. De acordo com a sua localização, classificam-se em periamigdalinos (APA), retrofaríngeos (ARF) e parafaríngeos (APF). Os APA resultam da infecção da amígdala palatina e os APF e ARF dos gânglios linfáticos localizados nos espaços parafaríngeo e retrofaríngeo. Uma vez infectadas, estas estruturas passam pelas fases de celulite e fleimão, antes de se constituírem as coleções de pús, que caracterizam os abscessos¹.

O conhecimento das estruturas anatómicas envolvidas é importante para a compreensão da clínica e complicações. O espaço periamigdalino (EPM) encontra-se circunscrito internamente pela cápsula fibrosa da amígdala e externamente pelo músculo constritor superior. O espaço parafaríngeo (EPF) ou pterigomaxilar é delimitado internamente pela faringe, externamente pelos músculos da apófise estiloideia e posteriormente pela carótida e artéria jugular interna, nervos cranianos IX-XII e cadeia simpática cervical. O espaço retrofaríngeo (ERF), localizado entre a faringe e vértebras cervicais, estende-se para o mediastino superior. Estes espaços são contíguos e conferem baixa resistência à infecção, sendo frequente a disseminação e o envolvimento de estruturas vitais do pescoço².

Os abscessos periamigdalinos, os mais frequentes, são habitualmente secundários a faringo-amigdalite e ocorrem sobretudo em adolescentes e adultos jovens. Em 15% dos casos associam-se a mononucleose infecciosa. Os abscessos retrofaríngeos surgem habitualmente abaixo dos 5 anos e relacionam-se com a hipertrofia do tecido linfóide nesses grupos etários. Podem também resultar de traumatismos penetrantes da orofaringe (queda com lápis na boca, chupa-chupa), infecção dentária ou osteomielite vertebral¹⁻².

Apesar da sua menor incidência, os abscessos parafaríngeos continuam a ser uma entidade importante³. Pela sua proximidade com estruturas importantes do pescoço, podem cursar com complicações graves como ruptura da carótida interna, trombose da veia jugular e envolvimento dos pares cranianos IX-XII ou cadeia simpática¹⁻³.

O objectivo do estudo foi descrever os casos de abscesso faríngeo do Departamento de Pediatria de um Hospital Geral, na Zona Metropolitana de Lisboa.

Amostra e Métodos

Realizou-se a revisão casuística das crianças e adolescentes internados com abscesso faríngeo entre 1 de Junho de 1996 e 31 de Dezembro de 2005 (8,5 anos). Analisaram-se dados sócio-demográficos, antecedentes pessoais, manifestações clínicas, exames complementares, terapêutica e evolução. Todas as crianças foram observadas por otorrinolaringologista.

A análise estatística foi realizada através do software SPSS® 10.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA), utilizando os testes t de student e de Mann-Whitney. O nível de significância assumido foi de 5%.

Resultados

Registaram-se 62 doentes, com um número médio de oito casos/ano (mínimo-3; máximo-11), tendo-se verificado uma estabilização do número de casos a partir de 2003 (11 casos/ano) e uma incidência acumulada anual estimada de 0,5/100.000 na população pediátrica da área de residência do Hospital.

Registaram-se 40 (65%) casos de abscesso periamigdalino, doze (19%) retrofaríngeos e dez (16%) parafaríngeos.

Trinta e três (53%) crianças eram do sexo feminino, 39 (63%) caucasianas e treze (21%) pertenciam a famílias com condições socio-económicas desfavorecidas. A mediana das idades foi de 6 anos (mínimo 9 meses; máximo 15 anos), com um predomínio (61%) acima dos 5 anos. Os abscessos periamigdalinos foram mais frequentes acima dos 10 anos (30/40) e os outros tipos de abscesso em idades inferiores aos cinco anos (ARF 8/12 e APF 6/10). Ocorreram dois casos de abscesso retrofaríngeo em crianças com menos de um ano. No grupo etário com mais de 10 anos registou-se apenas um caso de abscesso retrofaríngeo e nenhum de parafaríngeo.

A maioria das crianças (82%) frequentava o infantário ou escola e 56% tinham antecedentes de infecção respiratória alta: amigdalite (27) e adenoidite (9). Vinte e uma (34%) tinham realizado antibioticoterapia prévia com amoxicilina e ácido clavulânico (8), cefalosporinas de 2ª geração (4), penicilina (3) ou macrólidos (6), com uma duração média de três dias.

A febre (85%) e a odinofagia (61%) foram os sintomas mais frequentes e estiveram presentes em todos os tipos de abscesso. Nos periamigdalinos, 33% dos casos apresentavam adenopatias cervicais e 23% *trismus* e sialorreia. Nos abscessos retrofaríngeos, 58% apresentavam cervicalgia e limitação à mobilização do pescoço; nos parafaríngeos metade dos casos, disfagia. Um sinal importante foi a tumefacção cervical, que ocorreu em 67% dos abscessos retrofaríngeos e 60% dos parafaríngeos. A apresentação clínica dos abscessos faríngeos está ilustrada no Figura 1.

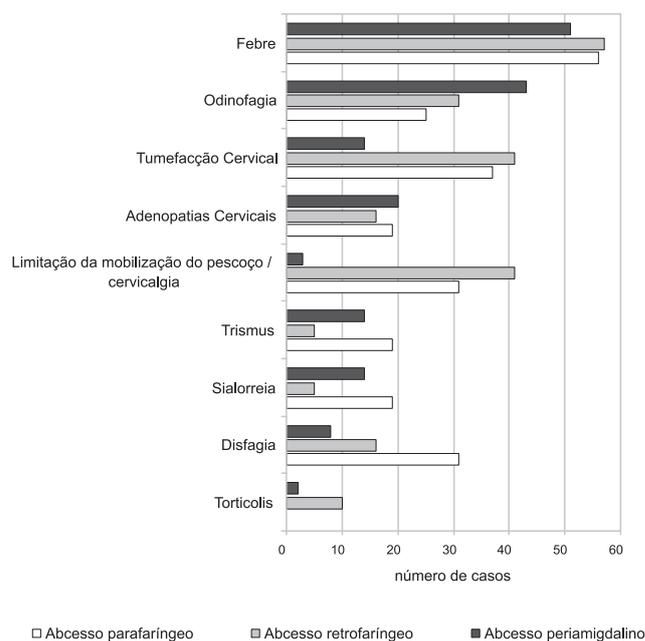


Figura 1 – Quadro clínico por tipo de abscesso faríngeo.

A duração média dos sintomas antes do internamento foi de 4,2 dias (mínimo 12h; máximo 15 dias).

A maioria das crianças (55%) apresentava leucocitose (leucócitos > 15000/mm³) e PCR > 5 mg/dl (61%). Em 13% (6/45) o Phadirect® Strep A Test (Bactus AB, Huddinge, Suécia) era positivo. Realizou-se exame cultural do exsudado da orofaringe ou de pús de drenagem do abscesso 50/62 dos casos (80%) com isolamento em 11 (22%): *Streptococcus* do Grupo A (7), *Streptococcus* não tipável (1), *Staphylococcus aureus* (2) e *Neisseria sicca* (1).

Todos os *Streptococcus* eram susceptíveis à penicilina. O *Streptococcus* do Grupo A apresentava susceptibilidade diminuída para a eritromicina em 38% (3/8) e era resistente ao cotrimoxazol em 100% dos casos. A associação de penicilina e clindamicina foi a opção terapêutica mais utilizada (81%).

Necessitaram de drenagem cirúrgica 25 doentes (40%), tendo sido realizada nas primeiras 48 horas de internamento em 84% dos casos.

A evolução clínica foi favorável em 55 casos (89%) e registaram-se complicações em 7 (11%), mais frequentes nos abscessos retrofaríngeos: trombose da veia jugular (1) e obstrução da via aérea (3), sendo um destes casos por extensão do abscesso para o espaço parafaríngeo. Duas crianças necessitaram de ventilação mecânica. Registou-se ainda um caso de abscesso periamigdalino associado a laringotraqueobronquite por vírus sincial respiratório, também com obstrução da via aérea e necessidade de ventilação mecânica. As restantes complicações (2), corresponderam a choque anafilático, por alergia ao contraste iodado utilizado na realização de tomografia computadorizada (TC), vindo uma das crianças a falecer.

A duração média do internamento foi de nove dias (mínimo 3; máximo 34), mais prolongado nas crianças com abscesso retrofaríngeo (mediana 17 dias). Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre crianças submetidas a drenagem cirúrgica e as tratadas apenas com antibioticoterapia (Quadro II).

Quadro I – Comparação da duração média de internamento nos casos com e sem drenagem. (Duração média de internamento ± desvio padrão [dias]; Mann-Whitney, não significativo).

	Abcesso periamigdalino n=40	Abcesso retrofaríngeo n=12	Abcesso parafaríngeo n=10	total n=62
Com drenagem	7,9 ± 3,6	13,5 ± 8,0	12,5 ± 1,5	9,2 ± 5,0
Sem drenagem	6,4 ± 2,2	15,9 ± 8,2	8,8 ± 3,0	9,0 ± 5,8
Total	7,1 ± 3,1	15,1 ± 8,2	9,5 ± 3,1	9,0 ± 5,5

Após a alta, 74% foram acompanhados em consulta de otorrinolaringologia (ORL). Em um caso, registou-se recorrência do abscesso periamigdalino 6 meses após a alta. Onze doentes (18%) foram submetidos a amigdalectomia electiva.

Discussão

A diminuição da incidência, morbidade e mortalidade dos abscessos faríngeos verificada nas últimas cinco décadas deve-

-se à utilização da antibioticoterapia endovenosa e de exames complementares que permitem a detecção e o tratamento mais precoces destas infecções¹⁴. O reaparecimento desta patologia é, de acordo com alguns autores, justificada pelo aumento da virulência e resistência aos antibióticos pelos microrganismos envolvidos³. O facto de se realizarem menos amigdalectomias relativamente ao passado, pode também contribuir para o aumento dos casos de abscesso periamigdalino².

A incidência dos tipos de abscesso e sua relação com o grupo etário, observada neste estudo, foi semelhante a outras séries em que classicamente existe um predomínio dos APA, sobretudo em crianças com mais de 10 anos, sendo menos frequentes os ARF e raros os APF, que surgem mais habitualmente em crianças com menos de 5 anos^{1,5-6}.

Em 20 a 67% dos casos, como aconteceu também nesta série, os abscessos faríngeos surgem após uma infecção respiratória alta como amigdalite, faringite ou sinusite. O facto de não se identificar uma infecção prévia não deve no entanto excluir o diagnóstico^{3,5-6}.

Neste estudo, o diagnóstico foi realizado cerca de quatro dias após o início dos sintomas, aspecto também referido na literatura, já que a apresentação nem sempre é típica e a antibioticoterapia prévia pode também contribuir para modificar a clínica e dificultar o diagnóstico^{3,5}.

A apresentação clínica variou de acordo com o tipo de abscesso. Mais frequentemente os APA manifestam-se por febre, odinofagia, *trismus*, disfagia, voz abafada e sialorreia, com assimetria e abaulamento da amígdala, desvio da úvula e adenopatias cervicais. Nos ARF, a sintomatologia pode ser inespecífica e o abaulamento da parede posterior da faringe pode existir só em menos de 50% dos casos. Neste tipo de abscesso o que deve chamar à atenção é a rigidez da nuca com *torticolis*, cervicalgia e dificuldade na mobilização do pescoço, associado a voz abafada ou estridor e dificuldade respiratória. Os APF cursam com febre e mau estado geral, podendo associar-se disfagia, disфонia com abaulamento da parede lateral da faringe e desvio interno do pólo inferior da amígdala¹. A presença de massa cervical dolorosa numa criança com febre, associada por vezes a *torticolis*, deve levantar a suspeita de abscesso faríngeo, particularmente ARF ou APF, e levar obrigatoriamente a uma observação cuidadosa da orofaringe.

A tomografia computadorizada do pescoço é o exame de eleição para o diagnóstico, avaliação da evolução e complicações como trombose da veia jugular e aneurisma da artéria carótida comum^{1,2}. A radiografia lateral do pescoço, por se realizar com o pescoço em extensão e em inspiração, tem valor limitado, não se adaptando à criança pequena e não permitindo a visualização do espaço parafaríngeo⁵.

Os agentes etiológicos habitualmente envolvidos nestas infecções incluem uma flora polimicrobiana de microrganismos aeróbios e anaeróbios da orofaringe e nasofaringe. A bactéria mais frequentemente isolada é o *Streptococcus* β-hemolítico do Grupo A⁶⁻⁸, tal como aconteceu nesta série. O pequeno número de estafilococos e anaeróbios isolados no nosso estudo, assim como na literatura^{5,6}, pode relacionar-se com os numerosos exames culturais negativos encontrados. Este facto pode ser explicado pela elevada frequência de antibióti-

cos previamente administrados aos doentes, por não terem sido realizados exames culturais em todos os casos e também por não se utilizarem meios de cultura para anaeróbios por rotina no nosso serviço. Esta revisão vem demonstrar que no futuro todos estes aspectos deverão ser otimizados.

A terapêutica continua a ser alvo de controvérsia. Classicamente, os doentes eram submetidos a incisão com drenagem e a um esquema empírico de antibióticos. Recentemente, vários estudos vieram demonstrar a eficácia do tratamento conservador sem necessidade de recorrer à cirurgia^{9,10}. Segundo alguns autores, mais de 50% dos ARF e APF curam apenas com antibioticoterapia adequada^{1,10}. A antibioticoterapia deve ser dirigida ao *Streptococcus* β-hemolítico do Grupo A e aos anaeróbios, os agentes mais frequentes. Nesta revisão, a associação de penicilina e clindamicina foi efectiva em todos os casos, com evolução para a cura em 90% dos casos, evitando a cirurgia em 72%.

Actualmente, o tratamento cirúrgico está indicado quando existe obstrução da via aérea ou na ausência de melhoria às 24-48 horas de antibioticoterapia^{1,10,11}. Estudos comparativos corroboraram os resultados da nossa série, em que o tratamento conservador não está associado a maior tempo de hospitalização¹¹.

Relativamente aos APA, alguns estudos mostram que 95% dos casos resolvem com aspiração oral com agulha, no entanto, em 4% pode ser necessária mais do que uma aspiração¹²⁻¹⁴. O tipo de abordagem cirúrgica depende da localização do abscesso e da experiência do especialista de otorrinolaringologia e pode ser fundamental no prognóstico⁶. Nos APA e nos pequenos abscessos ARF a via de abordagem é intraoral; nos ARF, se existe extensão lateral para os grandes vasos e nos APF, a incisão deve ser externa³.

As complicações dos abscessos faríngeos resultam sobretudo do atraso do diagnóstico e da extensão da infecção para as estruturas adjacentes. A obstrução da via aérea é a causa mais importante de morbidade associada, necessitando de medidas emergentes e eventualmente de traqueostomia⁶. Também pode ocorrer sépsis e ruptura do abscesso com aspiração, asfixia ou pneumonia e ainda disseminação contígua da infecção para outros espaços faríngeos ou mediastinite^{3,4}. Nesta série, ocorreram complicações em sete, no entanto só em cinco resultaram directamente do processo infeccioso. Mais frequentemente decorreram de ARF, como é descrito em outras séries^{4,6,15}.

A alergia ao contraste utilizado na TC em duas crianças sem história prévia de atopia, com choque anafilático, levanta algumas questões. A morte de uma delas neste contexto, apesar de ser uma situação muito rara está também descrita na literatura¹⁵ mas não deve excluir o pedido de exames complementares em situações em que o diagnóstico clínico não é claro, devendo no entanto ser utilizado o contraste mais adequado.

A recorrência de APA está descrita em cerca de 10-15%, sendo quatro vezes mais frequente em crianças com antecedentes de faringo-amigdalite¹ e a recorrência para o espaço periamigdalino contralateral varia entre 2-24%, em todas as idades³. Após a alta, todas as crianças devem ser reavaliadas por otorrinolaringologista com programação do acompanhamento caso a caso.

Conclusão

A apresentação clínica dos abscessos faríngeos nem sempre é característica e varia de acordo com o tipo de abscesso. É pois necessário um elevado grau de suspeição, sendo fundamental a anamnese, procurar uma infecção respiratória alta prévia, a observação da orofaringe e região cervical, pesquisando uma massa ou dor à mobilização do pescoço.

Agradecimento

À Dra. Beatriz Lacombe do ISEG (Instituto Superior de Economia e Gestão) da Universidade Nova de Lisboa pela preciosa ajuda no tratamento estatístico.

Referências

1. Pappas DE., Hendley JO. Retropharyngeal abscess, lateral pharyngeal abscess and peritonsillar cellulitis/abscess. In: Behrman RE, Kliegman RM, Alvin AM, eds. *Nelson – Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia, EUA: W.B. Saunders Company, 2004:1394-5.
2. Goldstein NA., Hammerschlag MR. Peritonsillar, retropharyngeal and parapharyngeal abscess. In: Feigin RD, Cherry JD: *Textbook of Pediatric Infectious Disease*. Vol 2. 5th ed. Philadelphia, EUA: WB Saunders; 2002: 178-84.
3. Coticchia JM, Getnick GS, Yun RD, Arnold JE. Age-, site-, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:201-7.
4. Tan PT, Chang LY, Huang YC, Chiu CH, Wang CR, Lin TY. Deep neck infections in children. *J Microbiol Immunol Infect* 2001;34:287-92.
5. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, Casselbrant ML, Gonzalez-Valdepena H, Bluestone CD. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112:375-82.
6. Daya H, Lo S, Papsin BC, Zachariasova A, Murray H, Pirie J, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69:81-6.
7. Cmejrek RC, Coticchia JM, Arnold JE. Presentation, diagnosis, and management of deep-neck abscesses in infants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:1361-4.
8. Gidley PW, Ghorayeb BY, Stiernberg CM. Contemporary management of deep neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;116:16-22.
9. Sichel JY, Dano I, Hocwald E, Biron A, Eliashar R. Nonsurgical management of parapharyngeal space infections: a prospective study. *Laryngoscope* 2002;112:906-10.
10. McClay JE, Murray AD, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:1207-12.
11. Plaza Mayor G, Martinez-San Millan J, Martinez-Vidal A. Is conservative treatment of deep neck space infections appropriate? *Head Neck* 2001;23:126-33.
12. Sichel JY, Gomori JM, Saah D, Elidan J. Parapharyngeal abscess in children: the role of CT for diagnosis and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;35:213-22.
13. Lee SS, Schwartz RH, Bahadori RS. Retropharyngeal abscess: epiglottitis of the new millennium. *J Pediatr* 2001;138:435-7.
14. Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope* 2001;111:1413-22.
15. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003;111:1394-8.