



## 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 abcesso 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 abcesso mais frequente foi o periamigdalino (65%), seguido do retrofaríngeo (19%) e parafaríngeo (16%). A clínica variou com o tipo de abcesso: 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

### 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

**Recebido:** 03.05.2006

**Aceite:** 26.05.2008

#### 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 abscessos<sup>1</sup>.

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 pescoço<sup>2</sup>.

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 vertebral<sup>1-2</sup>.

Apesar da sua menor incidência, os abscessos parafaríngeos continuam a ser uma entidade importante<sup>3</sup>. 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 simpática<sup>1-3</sup>.

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.

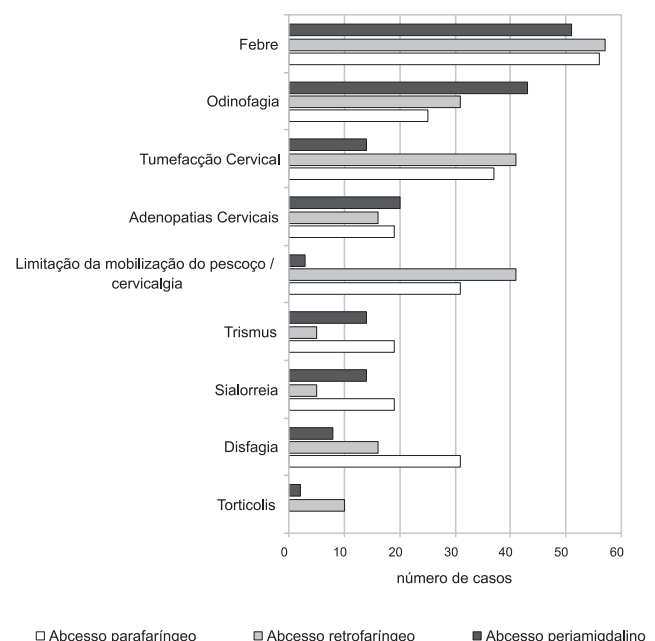


Figura 1 – Quadro clínico por tipo de abscesso faríngeo.

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/mm<sup>3</sup>) 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).

	Abscesso periamigdalino n=40	Abscesso retrofaríngeo n=12	Abscesso 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 infecções<sup>14</sup>. O reaparecimento desta patologia é, de acordo com alguns autores, justificada pelo aumento da virulência e resistência aos antibióticos pelos microrganismos envolvidos<sup>3</sup>. O facto de se realizarem menos amigdalectomias relativamente ao passado, pode também contribuir para o aumento dos casos de abscesso periamigdalino<sup>2</sup>.

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<sup>1,5-6</sup>.

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<sup>3,5-6</sup>.

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<sup>3,5</sup>.

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 amígdala<sup>1</sup>. 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<sup>1,2</sup>. 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 parafaríngeo<sup>5</sup>.

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 A<sup>6-8</sup>, tal como aconteceu nesta série. O pequeno número de estafilococos e anaeróbios isolados no nosso estudo, assim como na literatura<sup>5,6</sup>, 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<sup>9,10</sup>. Segundo alguns autores, mais de 50% dos ARF e APF curam apenas com antibioticoterapia adequada<sup>1,10</sup>. 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<sup>1,10,11</sup>. Estudos comparativos corroboraram os resultados da nossa série, em que o tratamento conservador não está associado a maior tempo de hospitalização<sup>11</sup>.

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 aspiração<sup>12-14</sup>. O tipo de abordagem cirúrgica depende da localização do abscesso e da experiência do especialista de otorrinolaringologia e pode ser fundamental no prognóstico<sup>6</sup>. 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 externa<sup>3</sup>.

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 traqueostomia<sup>6</sup>. 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<sup>3,4</sup>. 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<sup>4,6,15</sup>.

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 literatura<sup>15</sup> 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-amigdalite<sup>1</sup> e a recorrência para o espaço periamigdalino contralateral varia entre 2-24%, em todas as idades<sup>3</sup>. 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*. 17<sup>th</sup> 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.