

CASO CLÍNICO

HEMATOMA ESPONTÂNEO PARAFARÍNGEO SPONTANEOUS PARAPHARYNGEAL HAEMATOMA

Patrícia Melo*, Alexandra Lopes*, Anibal Eliseu**, José Costa Quinta***

RESUMO:

Os hematomas dos espaços profundos do pescoço são entidades raras e potencialmente fatais pelo risco de compressão de grandes vasos e obstrução da via aérea superior.

Os hematomas cervicais espontâneos são ainda mais raros. O diagnóstico pode ser dificultado dada a sua raridade e inespecificidade do quadro clínico.

Na literatura mundial estão descritas cerca de cinquenta casos de hematomas retrofaríngeos ou parafaríngeos não traumáticos. A maior parte dos casos documentados ocorreu no contexto de terapêutica anti-coagulante, diátese hemorrágica, aneurisma de vasos do pescoço, presença de vasos aberrantes ou esforço físico intenso.

Os autores descrevem um caso clínico de hematoma parafaríngeo espontâneo num jovem previamente saudável, a propósito do qual fazem uma revisão da literatura existente sobre esta entidade rara.

PALAVRAS-CHAVE: Hematoma espontâneo; Faringe.

SUMMARY:

Deep neck space haematomas are rare but can be life-threatening for the risk of great vessel compression and upper airway obstruction. Spontaneous cervical haematomas are even more rare.

The diagnosis is often delayed because of its rarity and absence of objective signs.

Less than fifty cases of non-traumatic retropharyngeal and parapharyngeal haematomas have been reported to date in the world literature. Various causes have been described for this entity including anticoagulation, bleeding diatheses, aneurysms, presence of an aberrant artery and straining.

The authors describe a case of spontaneous parapharyngeal haematoma in a young healthy man. The available literature is reviewed.

KEY-WORDS: Spontaneous haematoma; Pharynx.

Patrícia Melo

Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa
Região Central, Hospital de S. José
Rua José António Serrano 1198 Lisboa
Telf.: 218841883
e-mail: patriciamelosousa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os hematomas cervicais são raros podendo evoluir rapidamente causando obstrução da via aérea superior. A etiologia mais frequente é traumática sendo as causas não traumáticas raras, designadamente a terapêutica anticoagulante, diátese hemorrágica, aneurisma de grandes vasos ou esforço físico.

Os hematomas cervicais espontâneos, sem causa identificável, são ainda mais raros.

Os sintomas podem incluir disfonia, disfagia e dispneia que pode evoluir rapidamente para dificuldade respiratória grave.

Os autores descrevem um caso clínico de hematoma parafaríngeo espontâneo, a propósito do qual fazem uma revisão da literatura.

* Interno Complementar de ORL - Hospital de S. José.

** Assistente Hospitalar Graduado de ORL - Hospital de S. José.

*** Director do Serviço de ORL - Hospital de S. José.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 29 anos, caucasiano, bombeiro, previamente saudável, que recorre ao serviço de urgência do Hospital de S. José por início súbito de sensação de corpo estranho na hipofaringe lateralizada à direita, disfagia e ligeira disфонia com cerca de 2 horas de evolução.

Sem outros sintomas, nomeadamente dispneia.

Sem história de traumatismo craneano ou cervical recente, esforço físico intenso ou ingestão de corpo estranho.

Sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes, nomeadamente diátese hemorrágica ou alergias.

Sem hábitos tabágicos, etanólicos ou toxifílicos.

À entrada o doente encontrava-se vigil, orientado e colaborante, com os seguintes parâmetros vitais:

T.A.=112/76 mmHg;

F.C.=76 p.p.m.;

F.R.=16 c.p.m.;

Temp. ax.=37,2° C,

sem evidência de sinais de dificuldade respiratória.

A observação da orofaringe não mostrou alterações, mas a laringoscopia indirecta evidenciou abaulamento da parede lateral direita da hipofaringe com extensão ao seio piriforme homolateral, violáceo, não pulsátil, obstruindo aproximadamente metade da via aérea, não permitindo a visualização da glote.

A observação do pescoço não revelou alterações, nomeadamente alterações da coloração ou tumefacções, sendo a palpação normal e indolor e estando os movimentos do pescoço mantidos.

Auscultação cervical sem sopros.

A avaliação laboratorial revelou:

hemoglobina=12,9 g/dL;

hematócrito=38,8%;

VGM=88,9 fL;

leucócitos=7.700/L (N=58,4%;

L=34,3%;

M=5%;

E=1,8%;

B=0,5%);

plaquetas=236.000/L;

aPTT=33,4 seg;

TP=95%;

INR=1,04;

fibrinogénio=242 mg/dL;

PCR=0,1 mg/dL;

serologias virais para HIV 1 e 2,

Hep. B e Hep. C negativas;

serologia para EBV: IgG+ e IgM-;

serologia para CMV: IgG+ e IgM+;

ANA negativo;

factor reumatóide negativo.

Realizou Tomografia computadorizada (TC) do pescoço que mostrou abaulamento da parede postero-lateral direita da hipofaringe por componente tissular heterogéneo localizado internamente ao feixe vasculo-nervoso e obliterando o seio piriforme direito com extensão à linha média, compatível com hematoma com densidades hemáticas em vários estádios de evolução (Figura 1).

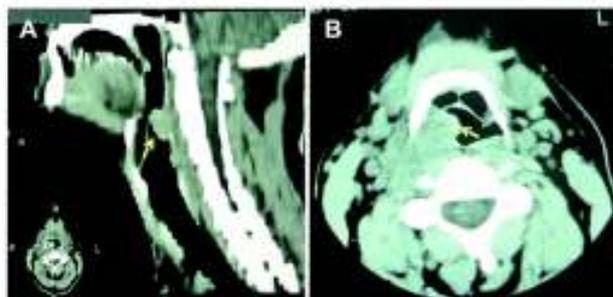


FIGURA 1 - TC DO PESCOÇO:
ABAUAMENTO DA PAREDE POSTERO-LATERAL DIREITA DA HIPOFARINGE POR COMPONENTE TISSULAR HETEROGÉNEO LOCALIZADO INTERNAMENTE AO FEIXE VASCULO-NERVOSO E OBLITERANDO O SEIO PIRIFORME DIREITO COM EXTENSÃO A LINHA MÉDIA (A - CORTE SAGITAL; B - CORTE AXIAL).

Foi internado para vigilância tendo sido iniciada terapêutica e.v. com prednisolona (50 mg de 12/12 h) e cefotaxime (1g de 12/12 h).

Durante as primeiras 24 horas manteve-se sem dificuldade respiratória, verificando-se melhoria da disfagia e disfonia.

No 2º dia de internamento foi realizada laringoscopia directa que mostrou ligeira redução das dimensões do referido hematoma, estando a endolaringe normal (Figura 2).



FIGURA 2 - LARINGOSCOPIA DIRECTA: ABAULAMENTO DA PAREDE LATERAL DIREITA DA HIPOFARINGE COM EXTENSÃO AO SEIO PIRIFORME DIREITO, DE COLORAÇÃO VIOLÁCEA; ENDOLARINGE NORMAL.

Verificou-se melhoria progressiva dos sintomas, tendo tido alta assintomático ao 6º dia de internamento, embora objectivamente o hematoma se encontrasse ainda em reabsorção.

Um mês após o internamento, foi reobservado em consulta tendo realizado laringoscopia directa que mostrou reabsorção completa do hematoma (Figura 3).

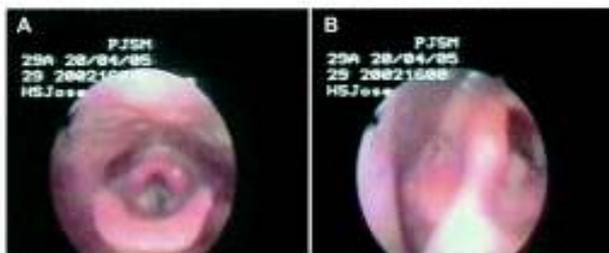


FIGURA 3 - LARINGOSCOPIA DIRECTA DE CONTROLO (APÓS 1 MÊS): A - REABSORÇÃO COMPLETA DO HEMATOMA; HIPOFARINGE E ENDOLARINGE NORMAIS. B - SEIO PIRIFORME DIREITO LIVRE.

Realizou também TC do pescoço de controlo que mostrou igualmente regressão da lesão (Figura 4).

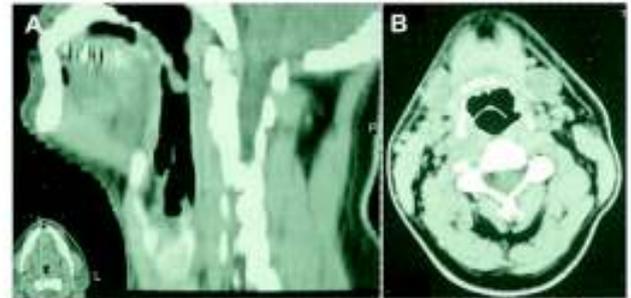


FIGURA 4 - TC DO PESCOÇO DE CONTROLO (APÓS 1 MÊS): REGRESSÃO COMPLETA DA LESÃO PARAFARÍNGEA DIREITA (A - CORTE SAGITAL; B - CORTE AXIAL).

No sentido de investigar a existência de eventual alteração dos vasos do pescoço, foi feito um estudo por Eco-Doppler cujo resultado foi normal.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Tendo como referência a única revisão existente até ao momento sobre hematomas retrofaríngeos e parafaríngeos não traumáticos (Paleri et al., 2002)¹¹, respeitante ao período compreendido entre 1934 e 1999, procedeu-se à pesquisa em MEDLINE dos casos documentados desde 1999 até ao momento actual, com o objectivo de actualizar a casuística internacional relativa a esta patologia rara.

Quando disponíveis, foram pesquisados os dados referentes à idade e sexo do doente, etiologia do hematoma, presença de compromisso da via aérea e procedimento terapêutico.

RESULTADOS

Na Tabela I constam as causas de hematomas dos espaços profundos do pescoço descritas na literatura internacional até 1999 e objecto de um estudo efectuado por Paleri et al. em 2002¹¹.

De acordo com a revisão efectuada por estes autores, estavam documentados apenas quarenta casos de hematomas cervicais, sendo

- **Anticoagulação** - 10
- **Procedimento diagnóstico/terapêutico invasivo** - 6
 - Cateterização cardíaca - 2
 - Canalização de veia jugular interna - 2
 - Arteriografia - 1
 - Massagem do seio carotídeo - 1
- **Esforço físico intenso** - 6
(Tosse, vômito, exercício)
- **Doença hematológica ou coagulopatia** - 5
 - Diátese hemorrágica - 1
 - Hemofilia - 2
 - Policitemia vera - 2
- **Alterações dos vasos do pescoço** - 4
 - Aneurisma - 1
 - Falso aneurisma - 1
 - Aneurisma micótico - 1
 - Artéria aberrante - 1
- **Infecção** - 2
 - Abscesso retrofaríngeo - 1
 - Vírus Epstein-Barr - 1
- **Adenoma das paratiroideias** - 2
- **Ingestão de corpo estranho** - 2
- **Hemodiálise** - 1
- **Espontâneo** - 2

TABELA 1 - CAUSAS DE HEMATOMAS CERVICAIS¹¹

a idade média de aparecimento de 53,1 anos, sem predomínio de sexo.

Cerca de metade dos casos são iatrogênicos (41%), dos quais 23% surgiram como complicação de terapêutica anticoagulante e 18% após um procedimento diagnóstico ou terapêutico invasivo.

A existência de coagulopatia contribuiu para 13% dos casos, enquanto 15% foram causados por esforço físico intenso.

Nesta série, apenas dois casos foram espontâneos sem quaisquer factores de risco identificáveis.

De acordo com o mesmo estudo, verificou-se compromisso da via aérea em 80% dos casos descritos, tendo a terapêutica conservadora sido suficiente em 57%.

Nos doentes que necessitaram de permeabilização da via aérea, 50% foram submetidos a entubação endotraqueal e 50% necessitaram de traqueotomia.

Foi necessária drenagem cirúrgica do hematoma em 37% dos doentes, sendo a abordagem externa por cervicotomia a via mais utilizada.

A taxa de mortalidade foi de 22%.

Na Tabela II apresentamos os resultados da revisão da literatura internacional indexada em MEDLINE respeitante a hematomas cervicais não traumáticos documentados desde 1999 até 2005.

Desde 1999 foram descritos apenas oito casos de hematomas cervicais não traumáticos, dos quais apenas um foi espontâneo.

Três casos ocorreram em doentes medicados com terapêutica anticoagulante, um caso como consequência de hemorragia de quisto tiroideu, um caso em doente com policitemia vera, um caso em doente com schistosomíase e outro caso no contexto de esforço físico (tosse).

Nenhuma destas situações evoluiu para dificuldade respiratória grave, não tendo sido necessário proceder à permeabilização da via aérea.

Em todos os casos foi suficiente a terapêutica conservadora do hematoma, com tratamento simultâneo da patologia causal.

DISCUSSÃO

A hemorragia dos espaços profundos do pescoço é rara, sendo as causas mais frequentes: traumatismo, cirurgia, aneurisma de vasos do pescoço, terapêutica anticoagulante ou diátese hemorrágica. Na literatura internacional estão descritos apenas quarenta e oito

Autor	Data	Idade	Sexo	Causa	Local	Abordagem da via aérea	Terapêutica do hematoma
Difrancesco et al. ²	1999	81	M	Policitemia vera	Cervical	Vigilância	Conservadora
Difrancesco et al. ²	1999	30	F	Schistosomíase	Cervical	Vigilância	Conservadora
Sala et al. ¹²	2000	-	-	Tosse	Retrofaríngeo	Vigilância	Conservadora
Munoz et al. ¹⁰	2001	53	M	Espontâneo	Retrofaríngeo	Vigilância	Conservadora
Gotte et al. ⁴	2001	-	-	Anticoagulação	Parafaríngeo	Vigilância	Conservadora
Hamasni et al. ⁶	2001	-	-	Anticoagulação	Retrofaríngeo	Vigilância	Conservadora
Paleri et al. ¹¹	2002	56	F	Hemorragia de quisto tiroideu	Retrofaríngeo e parafaríngeo	Vigilância	Conservadora
Bloom et al. ¹	2003	57	M	Anticoagulação	Retrofaríngeo e parafaríngeo	Vigilância	Conservadora

TABELA II - HEMATOMAS CERVICAIS NÃO TRAUMÁTICOS (1999-2005).

casos não traumáticos, três dos quais espontâneos e sem factores de risco subjacentes identificáveis.

Anatomicamente, a faringe está rodeada pelas regiões perifaríngeas representadas pelo espaço retrofaríngeo e espaços parafaríngeos direito e esquerdo⁹.

O espaço parafaríngeo ou laterofaríngeo estende-se desde a base do crânio até ao nível do osso hióide, sendo limitado posteriormente pelo plano dos músculos pré-vertebrais, ventre posterior do digástrico e esternocleidomastoideu.

Este espaço contém os músculos que constituem o diafragma estiloideu (estilo-hióideu, estilo-glosso e estilo-faríngeo) e elementos vasculo-nervosos, designadamente: artéria carótida interna, veia jugular interna, últimos pares craneanos (IX, X, XI, XII)⁹.

O espaço parafaríngeo comunica postero-medialmente com o espaço retrofaríngeo.

Este é limitado posteriormente pela fascia pré-vertebral, anteriormente pela fascia bucofaríngea e músculos constritores da faringe e externamente pela fascia alar que o separa do compartimento carotídeo.

Este espaço contém tecido conjuntivo laxo e duas cadeias linfáticas, estendendo-se desde a base do crânio até ao nível onde a fascia pré-vertebral se funde com a camada visceral do esófago, geralmente entre C7 e T43.

Acima deste nível, os espaços retrofaríngeo, parafaríngeo e pré-traqueal comunicam entre si e com o espaço sub-mandibular e, conseqüentemente, com os espaços sub-cutâneos do pescoço³.

Estas comunicações favorecem a disseminação dos hematomas, podendo causar compressão de estruturas vitais.

A relação de proximidade entre os vários espaços profundos do pescoço explica a tríade de sinais clínicos que caracterizam os hematomas cervico-mediastínicos (Tríade de Capps)³:

- 1 Compressão do mediastino superior
- 2 Deslocamento anterior da traqueia na radiografia de perfil do pescoço (dimensões normais do espaço retrofaríngeo no adulto: 3,5 mm em C2 e 14 mm em C6)¹¹
- 3 Equimose subcutânea do pescoço com extensão à parede anterior do tórax

A suspeita clínica de um hematoma espontâneo dos espaços profundos do pescoço pode ser difícil na ausência de uma história de traumatismo, coagulopatia ou outro antecedente suspeito, tendo em conta a raridade desta patologia e a frequente inespecificidade dos sintomas.

Inicialmente pode manifestar-se apenas por sensação de corpo estranho faríngeo ou odinofagia.

Os sintomas podem evoluir rapidamente para disfagia, disfonia, dispneia e estridor com dificuldade respiratória alta.

A laringoscopia é diagnóstica na maioria dos casos, ao demonstrar um abaulamento da hipofaringe.

O estudo imagiológico da lesão por TC ou Ressonância Magnética (RM) permite caracterizar a lesão e a sua extensão, ajudando na decisão terapêutica.

A principal questão na terapêutica destes hematomas é a manutenção da permeabilidade da via aérea.

De acordo com a revisão de Paleri et al.¹¹, cerca de 80% dos doentes desenvolveram compromisso da via aérea, embora mais de metade (57%) tenha respondido bem à terapêutica conservadora.

Esta consiste habitualmente em internamento para vigilância e terapêutica e.v. com corticosteróides e antibioterapia profilática¹.

A necessidade de permeabilização da via aérea deve ser decidida individualmente, de acordo com os sinais e sintomas do doente.

Não existe consenso relativamente ao momento em que se deve intervir para permeabilização da via aérea, tendo em conta a rapidez com que se pode instalar a obstrução da mesma.

bilização da via aérea, tendo em conta a rapidez com que se pode instalar a obstrução da mesma.

É importante salientar que a entubação profilática do doente sem sintomas de dificuldade respiratória tem os seus riscos, nomeadamente a ruptura do hematoma³.

Alguns autores sugerem a realização de uma traqueotomia nos casos em que exista obstrução da via aérea pelo hematoma, argumentando que a entubação endotraqueal pode causar a ruptura do mesmo e consequente aspiração pulmonar².

A maioria dos hematomas não requer drenagem cirúrgica, ocorrendo reabsorção espontânea geralmente após 2 a 3 semanas¹¹.

Por vezes pode ser necessária drenagem, sobretudo quando o hematoma progride para outros espaços do pescoço ou oclui a via aérea superior².

Este procedimento tem risco de hemorragia e contaminação bacteriana pelo que só é preconizado em situações muito particulares.

Quando necessário, a abordagem preferencial é a drenagem externa por cervicotomia, já que a via transoral tem maior risco de contaminação bacteriana¹¹.

No caso clínico descrito não foi possível identificar nenhum factor de risco para o aparecimento do hematoma.

Apenas o contexto profissional do doente, susceptível de ter realizado esforço intenso não valorizado pelo mesmo, poderá apontar uma possível causa.

Por outro lado, a TC do pescoço revelou um hematoma com diferentes densidades, sugerindo um episódio sub-agudo.

Estão descritos vários casos de hematomas cervicais espontâneos possivelmente desencadeados pela manobra de Valsalva (vómito, tosse, esforço físico), em que o mecanismo proposto seria o aumento da pressão intratorácica conduzindo a um aumento da pressão jugular que, por sua vez, se transmitiria às veias tributárias com ruptura dos colaterais venosos².

Por outro lado, fica por esclarecer se existe relação com a infecção recente por Citomegalovirus evidenciada pela serologia, embora clinicamente assintomática e sem repercussão nos restantes parâmetros laboratoriais.

Na literatura está descrito um caso de hematoma espontâneo retrofaríngeo associado a infecção pelo vírus Epstein-Barr⁷, mas neste caso existiam alterações laboratoriais condicionadas pela infecção viral, nomeadamente trombocitopénia e coagulopatia por insuficiência hepática, que favoreciam o aparecimento do hematoma.

No que respeita à terapêutica, o facto deste doente não apresentar sinais de dificuldade respiratória nem evidência de progressão dos seus sintomas influenciou a decisão de tratar conservadoramente, com internamento para vigilância.

Apesar do seu tamanho, o hematoma não condicionou obstrução da via aérea nem compressão de estruturas vasculo-nervosas.

Verificou-se uma rápida melhoria dos sintomas após corticoterapia e antibioterapia, assistindo-se a melhoria progressiva e reabsorção completa do hematoma após um mês.

CONCLUSÕES

Os hematomas dos espaços profundos do pescoço são entidades raras. Na maioria dos casos é possível identificar uma causa responsável pela hemorragia, sendo os hematomas espontâneos sem causa subjacente extremamente raros. Perante o diagnóstico de hematoma dos espaços profundos do pescoço é necessário vigiar o aparecimento de sintomas de compromisso da via aérea, procedendo a atempada permeabilização da mesma.

A maioria dos hematomas não necessita de drenagem cirúrgica, reabsorvendo espontaneamente em duas a três semanas.

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Dr. Ezequiel Barros, pela disponibilidade e colaboração na realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bloom D, Haegen T, Keefe M. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal hematoma. *J Emerg Med.* 2003; 24: 389-394.
- 2 DiFrancesco R, Escamilla J, Sennes L, Voegles R, Tsuji D. Spontaneous cervical haematoma: a report of two cases. *Ear Nose Throat J.* 1999; 78: 168-175.
- 3 Fallouji H, Snow D, Kuo M, Johnson P. Spontaneous retropharyngeal haematoma: two cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol.* 1993; 107: 649-650.
- 4 Gotte K, Hormann K. Dyspnea caused by spontaneous hematoma of the oropharynx and larynx during marcumar therapy. *HNO.* 2001; 49: 220-223.
- 5 Gurr D, Walls R. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal hematoma. *J Emerg Med.* 2003; 24: 469-470.

- 6 Hamasni C. Retropharyngeal hematoma: a complication of anticoagulant therapy. *J Med Liban.* 2001; 49: 351-4.
- 7 Jones T, Owen G, Morar P. Spontaneous retropharyngeal haematoma attributable to Epstein-Barr virus infection. *J Laryngol Otol.* 1996; 110: 1075-1077.
- 8 Kette F, Mergoni P, Girardis M et al. Delayed upper airway obstruction following a retropharyngeal haematoma after minor head trauma. *Eur J Emerg Med.* 2000; 7: 301-303.
- 9 Maillot C, Kahn JL. *Tête et cou - anatomie topographique.* Paris: Springer-Verlag; 2004: 196-199.
- 10 Munoz A, Fischbein N, Vergas J, Crespo J, Vincent J. Spontaneous retropharyngeal hematoma: diagnosis by MR imaging. *Am J Neuroradiol.* 2001; 22: 1209-1211.
- 11 Paleri V, Maroju R, Ali M, Ruckley R. Spontaneous retro-and parapharyngeal haematoma caused by intrathyroid bleed. *J Laryngol Otol.* 2002; 116: 854-858.
- 12 Sala C, Fuster M, Navarro J, Melchor R. Retropharyngeal hematoma: a rare complication of coughing attacks. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2000; 51: 272-274.