

Abcessos retrofaríngeos e parafaríngeos em crianças. Estudo retrospectivo de 5 anos, do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children. Retrospective study of 5 years in Pediatric Hospital of Coimbra.

Diana Cunha Ribeiro • Felisberto Maricato • Carlos Ribeiro • António Diogo Paiva

RESUMO

Introdução: Os abcessos retrofaríngeos e parafaríngeos são infecções raras e potencialmente fatais, particularmente na criança.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de abcesso retrofaríngeo e parafaríngeo, de Junho de 2007 a Junho de 2012, num hospital pediátrico terciário.

Procedeu-se à revisão de processos clínicos, com análise dos seguintes dados: idade, sexo, sintomas iniciais, duração dos sintomas, exame objectivo, avaliação laboratorial e imagiológica, tratamento, duração do internamento e complicações.

Resultados: Foram diagnosticados 5 abcessos parafaríngeos e 3 abcessos retrofaríngeos no período em estudo. A mediana de idade de apresentação foi de 5 anos. Houve uma predominância do sexo feminino (62,5%). Os sintomas mais comuns à apresentação clínica inicial, foram febre (62,8%), torcicolo (37,5%) e odinofagia (37,5%). A tomografia computadorizada com contraste foi realizada em todos os doentes. Todos os doentes receberam tratamento médico.

Três doentes (37,5%) foram submetidos a drenagem cirúrgica e 5 doentes (62,5%) receberam apenas tratamento médico.

Não houve diferença significativa entre a duração do internamento naqueles que foram submetidos a cirurgia ou apenas tratamento conservador.

Não houve complicações médicas ou cirúrgicas, nos dois grupos.

Conclusão: Muitos doentes com abcessos retrofaríngeos e

parafaríngeos podem ser tratados com sucesso, mediante antibioterapia e corticoterapia, sem recorrer à cirurgia, ficando esta reservada para complicações, ou evolução clínica desfavorável. As tomografias computadorizadas são importantes no diagnóstico e avaliação da extensão da infecção, mas nem sempre são 100% válidas no diagnóstico de abcesso.

Palavras-chave: abcesso parafaríngeo, abcesso retrofaríngeo, criança, tratamento

ABSTRACT

Introduction: The retropharyngeal and parapharyngeal abscess are rare and potentially fatal infections, particularly in children.

Material and methods: We conducted a retrospective study of patients diagnosed with retropharyngeal and parapharyngeal abscess, between June 2007 and June 2012, in a tertiary pediatric hospital.

Proceeded to clinical files, with analysis of the following data: age, sex, initial symptoms, duration of symptoms, physical examination, laboratory tests and imaging, treatment, length of stay and complications.

Results: We diagnosed 5 parapharyngeal abscess and three retropharyngeal abscess in the study period. The median age at presentation was 5 years old. There was a predominance of females (62,5%). The most common symptoms at initial clinical presentation were fever (62,8%), stiff neck (37,5%) and odynophagia (37,5%).

Computerized tomography with contrast was performed in all patients.

All patients received medical treatment.

Three patients (37,5%) underwent surgical drainage and 5 patients (62,5%) received only medical treatment.

There was no significant difference between the duration of hospitalization in those who underwent surgery alone or conservative treatment.

Conclusion: Many patients with retropharyngeal and parapharyngeal abscess can be successfully treated with antibiotics and steroids, without resorting to surgery, with the latter being reserved for complications or unfavorable clinical course. The computerized tomography are important in the diagnosis and assessment of the extent of the infection, but are not always 100% valid for diagnosing abscess.

Keywords: parapharyngeal abscess, retropharyngeal abscess, child treatment

Diana Cunha Ribeiro

Interno ORL, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Felisberto Maricato

Assistente hospitalar graduado ORL, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Carlos Ribeiro

Chefe de Serviço ORL, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

António Diogo Paiva

Director de Serviço ORL, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Correspondência:

Diana Cunha Ribeiro

Rua Álvaro Correia, nº 65, 3020-493 Coimbra

Tlm.: 91241049, email: dianacunharibeiro@gmail.com

Apresentado sob a forma de poster no 60º Congresso da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

INTRODUÇÃO

Os abscessos retrofaríngeos (RF) e parafaríngeos (PF) são infecções raras e potencialmente fatais.

A sua ocorrência pode estar associada a significativas taxas de morbi-mortalidade, devido às suas múltiplas complicações, que incluem: compromisso da via aérea, abscesso epidural, mediastinite, aneurisma da artéria carótida, tromboflebite da veia jugular interna com embolismo pulmonar séptico, disfunção dos nervos cranianos IX a XII ou compromisso da cadeia simpática, trombose do seio cavernoso e sepsis.¹⁻⁶

A maioria das infecções dos espaços retrofaríngeos em crianças, resultam de aspectos de desenvolvimento do sistema linfático do pescoço, sendo na maioria das vezes consequência de infecções da nasofaringe ou da orofaringe, que se difundem para o espaço retrofaríngeo, através das vias de drenagem capilar linfática.⁷

Estes gânglios linfáticos habitualmente atrofiam, depois dos 5 anos de idade e as infecções nestas áreas tornam-se menos frequentes. No entanto, crianças mais velhas ou recém-nascidos também podem desenvolver esta patologia.⁸⁻¹²

O conhecimento do espaço retrofaríngeo e parafaríngeo é muito importante na compreensão da sua apresentação, tratamento e complicações.

Habitualmente adultos que se apresentam com esta infecção têm história de ingestão de corpo estranho, traumatismo externo ou instrumentalização, nomeadamente entubação ou esofagoscopia.^{8,13}

Esta condição deve também levantar a suspeição de doença subjacente, como diabetes mellitus, imunodeficiência, patologia maligna, alcoolismo crónico ou tuberculose da coluna cervical.^{8,14}

A apresentação clínica é muitas vezes subtil e os sintomas são amplamente variáveis, tornando o diagnóstico destas patologias desafiante na população pediátrica. O diagnóstico de abscesso RF e PF é baseado num elevado nível de suspeição clínica, sustentado pelo estudo imagiológico, sendo a tomografia computadorizada (TC) a técnica preferencial.

O tratamento óptimo desta patologia é motivo de controvérsia e debate ao longo dos anos, variando desde a tradicional drenagem cirúrgica ao tratamento conservador. Este estudo tem como objectivo realizar uma revisão e caracterização dos doentes internados no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), com esta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes admitidos no Hospital Pediátrico de Coimbra, com o diagnóstico de abscessos RF e PF, no período compreendido entre Junho de 2007 e Junho de 2012. Os abscessos peri-amidálidos foram excluídos.

Doentes com sintomas indiciando um processo no espaço RF e PF, que realizaram uma TC positiva, foram incluídos.

Foram analisados factores como sexo, idade, possível etiologia, sintomas e sinais clínicos iniciais e presentes à data do diagnóstico, exame físico, avaliação laboratorial e imagiológica, tratamento, duração do internamento hospitalar e complicações.

RESULTADOS

Foram identificadas 8 crianças, com uma mediana de idades de 5 anos (mínimo de 18 meses e máximo 10 anos) e 62,5% apresentavam idade igual ou inferior a 5 anos. O grupo apresentou uma relação feminino/masculino de 5:3.

Em apenas dois casos foi identificada como etiologia infecção respiratória superior, não sendo identificada etiologia nos restantes casos.

Febre (62,8%) foi o sinal mais comum à apresentação inicial, seguidos de torcicolo (37,5%) e odinofagia (37,5%) (Tabela 1).

TABELA 1

Sinais e sintomas à apresentação inicial

Sinais / Sintomas	Número de doentes	Percentagem (%)
Febre	5	62,5%
Torcicolo	3	37,5%
Odinofagia	3	37,5%
Tumefacção cervical dolorosa	2	25%
Cefaleias vespertinas	1	12,5%
Otalgia	1	12,5%
Estomatite herpética	1	12,5%

O tempo médio decorrido entre o aparecimento dos sintomas/sinais iniciais e a admissão no Serviço de Urgência foi de 3,8 dias, sendo que 62,5% dos doentes já tinham sido consultados por outro médico antes (tendo sido medicados com anti-inflamatórios não esteroides e antibioterapia).

Os sinais mais frequentes à data do diagnóstico (Tabela 2) foram linfadenopatias volumosas (100%), associadas a torcicolo (87,5%), febre (62,5%) e abaulamento da parede posterior da orofaringe (62,5%), sendo o sintoma mais frequente (Tabela 3) a odinofagia (62,5%). Todos os doentes realizaram colheita analítica, sendo os resultados mais frequentes, leucocitose (>12,000 x 10³/μL) com uma média de 21549 x 10³/μL e neutrofilia, em média de 58,3%. A média do valor de hemoglobina foi de 11,2 mg/dl, com um mínimo de 8,5 mg/dl e máximo de 12,8 mg/dl. O nível de proteína C-reativa estava aumentado em 7 dos doentes (87,5%), com uma média de 22,7 mg/dL. A pro-calcitonina foi pedida em apenas dois dos doentes, encontrando-se aumentada

TABELA 2

Sinais à data do diagnóstico

Sinais à data do diagnóstico	Número de doentes	Percentagem (%)
Linfadenopatias volumosas	8	100%
Torcicolo	7	87,5%
Febre	5	62,5%
Abaulamento da parede posterior da orofaringe	5	62,5%
Rinorreia	2	25%

TABELA 3

Sinais à data do diagnóstico

Sintomas à data do diagnóstico	Número de doentes	Percentagem (%)
Odinofagia	5	62,5%
Trismus	1	12,5%
Sialorreia	1	12,5%
Cefaleia	1	12,5%
Letargia	2	25%

em um deles, com um valor de 2,56 ng/mL.

Foram realizadas hemoculturas em 6 doentes (75%), sendo negativas em todos os casos.

Todos os doentes realizaram TC Cervical com contraste à admissão, que confirmou o diagnóstico, observando-se áreas hipodensas com captação periférica de contraste em 5 casos de abscesso parafaríngeo e em 3 casos de abscesso retrofaríngeo. O tamanho dos abscessos variou entre 9 mm e 50 mm de maior eixo, com um valor médio de 41,9 mm.

Todos os doentes receberam tratamento endovenoso, incluindo associação de amoxicilina/ácido clavulâmico (37,5%) ou uma cefalosporina de segunda geração (62,5%) e cobertura anaeróbia com clindamicina (87,5%) ou metronidazol (12,5%), associadamente a corticoterapia (metilprednisolona, 1 mg/kg/dia).

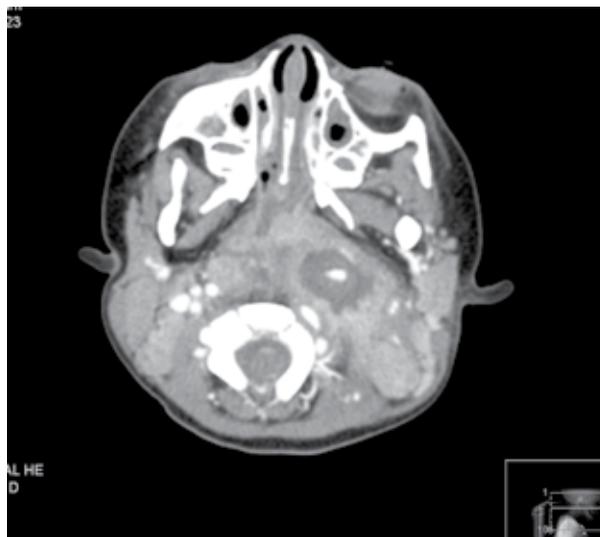
A média de dias de antibioterapia endovenosa foi de 15 dias (mínimo de 10 dias e máximo de 21 dias), sendo equivalente ao número de dias de internamento.

Três doentes (37,5%) foram submetidos a drenagem cirúrgica (2 casos de abscessos parafaríngeos e 1 caso de abscesso retrofaríngeo) e 5 doentes (62,5%) receberam apenas tratamento médico.

Os doentes submetidos a drenagem cirúrgica foram respectivamente ao sexto, décimo-quinto e décimo-sexto dia. O primeiro doente deu entrada no SU, encaminhado de outro hospital, entubado por episódio de epistáxis incontrolável, tendo sido realizado o diagnóstico de abscesso parafaríngeo, envolvendo a artéria carótida externa (Figura 1) no Hospital de

FIGURA 1

Imagem compatível com abscesso parafaríngeo esquerdo, envolvendo a artéria carótida externa esquerda (Tomografia Computorizada, incidência axial).



origem e sido encaminhado para a Unidade de Cuidados Intensivos do HPC. Realizou tratamento médico e drenagem cirúrgica em D6, tendo sido extubado nesse dia, sem complicações.

Os outros dois casos (25%) trataram-se de doentes em que apesar da melhoria clínica e analítica, em TC de controlo realizada não se verificou redução significativa das dimensões do abscesso, tendo-se optado por drenagem cirúrgica, que nos 3 casos referidos foi negativa, isto é, não se verificou saída de conteúdo purulento.

A abordagem cirúrgica foi realizada por via transoral, procurando incidir na área de maior proclividade do abscesso, para efetuar a sua drenagem cirúrgica.

A melhoria clínica representada pela redução gradual do intervalo dos picos febris, melhoria da rigidez cervical, com diminuição da tumefacção cervical, e aumento da consistência da alimentação foi verificado em 7 doentes (87,5%), durante as primeiras 24 a 48 horas. Não houve complicações médicas ou cirúrgicas.

Todos os doentes tiveram alta sob antibioterapia oral (cefalosporina de 2ª geração), durante 7 dias e consultas de follow-up durante 1 ano, sem evidência de recidiva das condições patológicas, com programação de cirurgia de adenoamigdalectomia.

DISCUSSÃO

A incidência dos abscessos RF e PF diminuiu significativamente desde a ampla introdução da antibioterapia. No entanto mantém-se como uma infecção potencialmente fatal, devido à possibilidade de complicações graves.

Na amostra apresentada, as infecções do espaço retrofaríngeo e parafaríngeo são mais frequentes em crianças jovens, com idade igual ou inferior a 5 anos.

Esta faixa etária é semelhante a outras séries.^{6,10, 12, 15-18}

É consensual que as crianças mais jovens são mais predispostas ao desenvolvimento de infecções nesta área devido à presença de gânglios linfáticos que se encontram no espaço paramediano e retrofaríngeo, regredindo espontaneamente depois dos 5 anos.¹⁵

Pode ser também consequência da imaturidade do sistema imunitário das crianças.¹

Detectamos uma predominância do sexo feminino (5:3), o que vai contra os achados na literatura.^{8,16}

Os sintomas e sinais mais frequentes à data do diagnóstico foram torcicolo (87,5%), febre (62,5%) e odinofagia (62,5%). Este factor alerta-nos para a importância que estes possuem na suspeição desta patologia potencialmente grave.

O aparecimento do torcicolo foi o factor que mais motivou a ida ao Serviço de Urgência, sendo o tempo médio decorrido entre o sintoma inicial e admissão no Serviço de Urgência de 3,8 dias.

Uma observação orofaríngea adequada de uma criança pode ser difícil, sendo muitas vezes as observações normais. Na prática clínica não pedimos raio-X, nem ecografia do pescoço, pelas dificuldades técnicas inerentes à sua adequada realização em crianças jovens e porque as infecções do espaço retrofaríngeo e parafaríngeo não são observáveis através destes meios complementares.

Contrastando com esse facto, a TC cervical demonstrou ser muito eficaz na avaliação das estruturas profundas, permitindo identificar extensão da infecção aos espaços retrofaríngeos e parafaríngeos, sendo considerada a técnica goldstandart no diagnóstico desta patologia. Na nossa amostra houve uma predominância de abscesso PF (5:3), em comparação com estudos de outros autores que demonstraram uma predominância de abscessos RF.^{1,15}

A Ressonância Magnética (RM) também pode ser usada no diagnóstico e acompanhamento dessas infecções, com a vantagem de não expor a criança a radiação. No entanto devido aos elevados custo e maior indisponibilidade desta técnica, opta-se pela TC.

Estudos prévios sugerem que o estudo imagiológico mediante TC possuem elevada sensibilidade (81%) no diagnóstico de abscesso, mas não são muito específicas (67%), no diagnóstico diferencial ou progressão da infecção entre abscesso e celulite/linfadenite retrofaríngea.^{1,19}

Analicamente, todos os doentes apresentaram aumentos nas contagens dos leucócitos e de PCR.

Segundo Pulliam *et al*¹⁹ valores de PCR superiores a 9mg/dL são indicativos de uma probabilidade de 67% de infecção bacteriana potencialmente séria. Na amostra em estudo, o valor médio de PCR foi de 22,7 mg/dL. De salientar a presença de anemia discreta em mais de metade dos doentes, o que demonstra a agressividade deste tipo de infecção.²¹

A pro-calcitonina, a pro-hormona da calcitonina,

encontra-se aumentada em processos inflamatórios. Fioretto *et al*²¹ sugerem que níveis de calcitonina entre 0,5 e 2 ng/mL sugerem uma elevada possibilidade de sepsis. Na amostra, apenas foi pedida em dois casos, encontrando-se aumentada num deles (2,56 ng/mL).

Na literatura, o estreptococos beta-hemolítico grupo A é o microrganismo isolado com mais frequência nas culturas das infecções RF e PF pediátricas.^{8,13}

As hemoculturas realizadas foram negativas, assim como as culturas realizadas intra-operatoriamente. Possivelmente a causa deriva do facto de na altura em que as crianças foram observadas em SU, já terem passado em média 3,8 dias e todas elas já se encontrarem a realizar antibioterapia oral.

Na literatura consultada, apenas numa série¹ referiam o uso sistemático de metilprednisolona (1 mg/Kg/dia, 12-24h) durante 48 a 72 horas, o que tal como na amostra apresentada conduziu a uma melhoria considerável dos sintomas (particularmente torcicolo e odinofagia) num curto espaço de tempo (24-72 horas). Seguidamente foi usado ibuprofeno oral. Relativamente à antibioterapia, foi usada de amplo espectro, com cobertura para aeróbios e anaeróbios.

A TC deve ser repetida, se necessário, para monitorizar a evolução do abscesso, particularmente quando não existe resposta ao tratamento conservador.

A incidência de complicações após infecções do espaço retrofaríngeo e parafaríngeo, segundo a literatura tem sido documentada na ordem dos 43% tanto em crianças, como em adultos.¹

Na amostra do estudo, houve um caso que apresentou como complicação, hemorragia da via aérea superior previamente ao diagnóstico de abscesso PF, tendo sido entubado no hospital de origem para garantir a via aérea.

Existe uma enorme controvérsia relativamente ao seu tratamento, havendo autores que são a favor da intervenção cirúrgica precoce em todos os doentes enquanto outros defendem o seu tratamento conservador.

Kirse e Roberson¹⁷ sugerem uma intervenção cirúrgica precoce. Outros autores como Plaza Mayor *et al*²² e Sichel *et al*²³ são a favor do uso de antibioterapia precoce, com taxas de sucesso de 90% e 100% respectivamente, ficando a cirurgia reservada para doentes com complicações ou para complicações que não tenham resolvido após vários dias de tratamento médico.

Na nossa amostra seguimos o modo de atuação dos últimos autores, sendo que 5 doentes (62,5%) receberam apenas tratamento médico e três doentes (37,5%) foram submetidos a drenagem cirúrgica, por complicações já anteriormente descritas.

Apenas um dos doentes tinha sido submetido a adenoamigdalectomia previamente, e este pode ser um factor importante na medida em que uma amigdalite ou adenoidite podem ser as patologias prévias ao

desenvolvimento de um abscesso PF ou RF, podendo considerar-se que a adenoamigdalectomia pode ser protetor face a esta patologia, pelo que os restantes 7 doentes foram submetidos a adenoamigdalectomia nos 6 meses que se seguiram à alta hospitalar.

No entanto há a referir um estudo que demonstra o contrário, realizando uma associação entre história prévia de adenoamigdalectomia e o desenvolvimento de abscessos PF e RF ou fleimões.²⁴

CONCLUSÃO

Os abscessos RF e PF representam uma patologia grave, representando um desafio diagnóstico que exige um elevado grau de suspeição clínica, sendo a realização de uma TC um método diagnóstico fundamental. O tratamento com antibioterapia e corticoterapia representa uma alternativa segura à drenagem cirúrgica, em casos de abscessos localizados, reservando-se o tratamento cirúrgico para complicações ou situações que não resolvam mediante tratamento médico. No entanto, maiores estudos nesta área ainda são necessários.

Referências bibliográficas:

1. Pelaz A, Allende A, Llorente Pendás J, Nieto C. Conservative treatment of retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children. *J CranioFac Surg.* 2009;20(4):1178-81.
2. Bach M, Roediger J, Rinder H. Septic anaerobic jugular phlebitis with pulmonary embolism: problems in management. *Rev Infect Dis.* 1988;10(2):424-7.
3. Fernández C, Tagarro S, Lozano-Arnilla C, Preciado J et al. Internal carotid pseudoaneurysm within a parapharyngeal infection: an infrequent complication of difficult diagnosis. *Otolaryng Head Neck.* 2005;132:671-3.
4. Feldman D, Picerno N, Porubsky E. Cavernous sinus thrombosis complicating odontogenic parapharyngeal space neck abscess: a case report and discussion. *Otolaryng Head Neck.* 2000;123(6):744-5.
5. Craig F, Schunk J. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics.* 2003;111:1394-8.
6. Lalakea M, Messner A. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. *Otolaryng Head Neck.* 1999;121(4):398-405.
7. Al-Sabah B, Bin Sallan H, Hagr A, Choi-Rosen J, et al. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol.* 2004;33(6):352-5.
8. Gaglani M, Moise A, Demmler G. Retropharyngeal abscess in the neonate. *J perinatol.* 1996;16:231-3.
9. Coulthard M, Isaacs D. Neonatal retropharyngeal abscess. *Pediatr Infect Dis J.* 1991;10(7):547-9.
10. Machida B, Hawkins D. Idiopathic retropharyngeal abscess in a neonate. *Otolaryng Head Neck.* 1987;94(4):396-8.
11. Morrison J, Pashley N. Retropharyngeal abscesses in children: a 10-year review. *Pediatr Emerg Care.* 1988;4(1):9-11.
12. Goldenberg D, Golz A, Joachims Z. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol.* 1997;111(6):546-50.
13. Tannebaum R. Adult retropharyngeal abscess: a case report and review of the literature. *J Emerg Med.* 1996;14(2):147-58.
14. Grisar-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children – Epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhi.* 2010;74(9):1016-20.
15. Courtney M, Mahadevan M, Miteff A. Management of paediatric retropharyngeal infections: non-surgical versus surgical. *ANZ J Surg.* 2007;77(11):985-7.
16. Daya H, Lo S, Papsin B, Zachariasova A, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *Int J Pediatr Otorhi.* 2005;69(1):81-6.
17. Kirse D, Roberson D. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope.* 2001;111(8):1413-22.
18. Lazor J, Cunningham M, Eavey R, Weber A. Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck infections. *Otolaryng Head Neck.* 1994;111(6):746-50.
19. Pulliam P, Attia M, Cronan K. C-reactive protein in febrile children 1 to 36 months of age with clinically undetectable serious bacterial infection. *Pediatrics.* 2001;108(6):1275-9.
20. Marques P, Spratley J, Leal L, Cardoso E, et al. Abscessos parafaríngeos na criança: estudo retrospectivo de 5 anos, *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(6):826-30.
21. Fioretto J, Borin F, Bonatto R, Ricchetti S, et al. Procalcitonin in children with sepsis and septic shock. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(4):323-8.
22. Plaza Mayor G, Martínez-San Millán J, Martínez-Vidal A. Is conservative treatment of deep neck space infections appropriate? *Head Neck.* 2001; 23(2):126-33.
23. Sichel J, Attal P, Hocwald E, Eliashar R. Redefining parapharyngeal space infections. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2006;115(2):117-23.
24. Duval M, Daniel SJ. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses or phlegmons in children. Is there an association with adenotonsillectomy? *Int J Pediatr Otorhi.* 2008;72(12):1765-9.