

# Infecções retrofaríngeas e laterofaríngeas em crianças: A experiência de um hospital pediátrico durante a última década

## Retropharyngeal and lateropharyngeal infections in children: The experience of a pediatric hospital during the last decade

Isabel Correia • José Colaço • Cecília Elias • Herédio Sousa • Luísa Monteiro

### RESUMO

**Introdução:** Apresentando-se muitas vezes de forma insidiosa e mascarando-se por tratamentos efectuados previamente, as infecções retro e laterofaríngeas são um desafio diagnóstico. São pouco frequentes na era antibiótica moderna, mas têm capacidade para causarem complicações potencialmente fatais.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos casos e análise de dados relativos à epidemiologia, etiologia, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e complicações, de crianças diagnosticadas com infecções retro e laterofaríngeas, no nosso hospital pediátrico, desde Janeiro 2001 a Janeiro 2012.

**Resultados:** Foram incluídas no estudo 23 crianças, com idades compreendidas entre os 3 meses e os 8 anos, com uma média de idades de 47 meses (4 anos). Treze (57%) apresentavam infecções retrofaríngeas, 2 (9%) infecções laterofaríngeas e 8 (35%) ambas. A incidência de casos foi maior no ano de 2010 (4 casos). Doze (52%) eram do sexo masculino e 11 (48%) do sexo feminino. A odinofagia (57%), a cervicálgia (26%) e a recusa alimentar (22%) foram as queixas mais comuns à apresentação. A febre (87%), o torcicolo e a rigidez cervical (65%), a tumefacção cervical (52%) e a prostração (35%) foram os achados físicos mais frequentes. Todos (100%) os doentes receberam antibioticoterapia endovenosa. O tratamento médico sem drenagem foi inicialmente proposto

para 15 (65%) crianças. A falência no tratamento médico, requerendo cirurgia, ocorreu em 5 (33%) delas. Num dos casos, foi necessário efectuar uma nova drenagem cirúrgica. O tratamento cirúrgico foi inicialmente proposto para 8 (35%) crianças, tendo sido efectuado durante as primeiras 24 horas. Este tratamento não teve falência em nenhum (0%) dos casos, não tendo sido necessária a realização de uma segunda cirurgia. No entanto, numa das crianças, por aparecimento de um novo abscesso noutra localização, houve necessidade de se proceder à sua drenagem. Duas (9%) crianças tiveram complicações: mediastinite, trombose da veia jugular e síndrome de Claude Bernard Horner.

**Conclusões:** Os sintomas na apresentação das infecções retro e laterofaríngeas na população pediátrica são variados, requerendo o seu diagnóstico um elevado índice de suspeição. O tratamento correcto e atempado é fundamental para um prognóstico favorável. O tratamento ideal nos doentes sem obstrução iminente da via aérea é controverso e objecto de debate, particularmente a escolha entre tratamento médico ou cirúrgico como primeira linha. Torna-se portanto, essencial, maior investigação nesta área, de forma a otimizar resultados.

**Palavras-chave:** Infecções retrofaríngeas; infecções laterofaríngeas; infecções cervicais profundas; fleimão; abscesso; drenagem cirúrgica; complicações.

### ABSTRACT

**Introduction:** Retropharyngeal and lateropharyngeal infections frequently have an insidious presentation and are masked by previous treatments, being a diagnostic challenge. They are rare in the modern antibiotic age, but can cause potentially fatal complications.

**Material and methods:** Retrospective study with analysis of data regarding epidemiology, etiology, clinical presentation, diagnosis, treatment and complications of children diagnosed with retro and lateropharyngeal infections in our pediatric hospital, from January 2001 to January 2012.

**Results:** Twenty-three children were included, with ages between 3 months and 8 years, with an average age of 47 months (4 years). Thirteen (57%) had retropharyngeal infections, 2 (9%) had lateropharyngeal infections and 8 (35%)

#### Isabel Correia

Interna do Internato Complementar do Serviço de ORL do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC); Hospital Dona Estefânia (HDE)

#### José Colaço

Interno do Internato Complementar do Serviço de ORL do CHLC; HDE

#### Cecília Elias

Interna do Internato Complementar do Serviço de ORL do CHLC; HDE

#### Herédio Sousa

Assistente Hospitalar do Serviço de ORL do CHLC; HDE

#### Luísa Monteiro

Chefe de Serviço Hospitalar e Directora do Serviço de ORL do CHLC; HDE

#### Correspondência:

Serviço de ORL do Hospital de Dona Estefânia  
Rua Jacinta Marto, 1169 Lisboa  
Tel: 937148763  
Email: isabelmcorreia@gmail.com

had both. The incidence was higher in 2010 (4 cases). Twelve (52%) were male and 11 (48%) were female. Odynophagia (57%), cervicgia (26%) and refusal of oral intake (22%) were the most common symptoms. Fever (87%), torticollis and stiff neck (65%), neck mass (52%) and prostration (35%) were the most frequent physical findings. All (100%) patients had intravenous antibiotherapy. Medical treatment was instigated initially in 15 (65%) children. Medical treatment failure, with surgical drainage need, occurred in 5 (33%) of them. In one case, it was necessary to perform a second surgical drainage. Surgical treatment was initially proposed to 8 (35%) children, during the first 24 hours. This treatment had no failures (0%), and a second surgery was not required. However, in one child, a new abscess appeared in another location, that had to be drained. Two (9%) children had complications: mediastinitis, jugular vein thrombosis and Claude Bernard Horner syndrome. Conclusions: Presentation symptoms of retro and lateropharyngeal infections in pediatric population are varied, and their diagnosis require a high index of suspicion. Correct and timely treatment is essential for a favorable prognosis. The optimal management in patients without imminent airway obstruction is a subject of debate, particularly the choice between first line medical or surgical treatment. It is, therefore, essential more research in this topic, in order to optimize outcomes.

**Keywords:** Retropharyngeal infections; lateropharyngeal infections; deep neck infections; phlegmon; abscess; surgical drainage; complications.

## INTRODUÇÃO

As infecções retro e laterofaríngeas (IRLF) são infecções desses espaços cervicais profundos, que, apesar de raras, ainda ocorrem apesar do uso de antibióticos. As infecções retrofaríngeas em crianças resultam, na maioria das vezes, de uma infecção do tracto respiratório superior que se dissemina para os nódulos linfáticos retrofaríngeos, com subsequente supuração e progressão para fleimão organizado até à formação de abscesso. A fibrose e a atrofia desses nódulos inicia-se aos 4 anos e, por volta dos 6 anos, os nódulos retrofaríngeos tipicamente encontram-se em regressão. Por esse motivo, em crianças mais velhas, a infecção do espaço retrofaríngeo ocorre usualmente por trauma penetrante (por inoculação directa do espaço retrofaríngeo) ou disseminação directa através de um espaço adjacente.<sup>1</sup> As infecções do espaço laterofaríngeo surgem geralmente através da disseminação contígua da infecção desde o espaço retrofaríngeo ou periamigdalino.<sup>2</sup> Apresentando-se muitas vezes de forma insidiosa e mascarando-se por tratamentos efectuados previamente, as IRLF são um desafio diagnóstico. Na criança são ainda mais difíceis de diagnosticar, uma vez que os sinais e os sintomas são mais subtis e a colaboração para o exame objectivo é menor. As IRLF são pouco frequentes nos países desenvolvidos na era antibiótica moderna,<sup>1</sup> mas têm capacidade para causarem complicações potencialmente fatais.<sup>1,2,3</sup> As complicações são secundárias a: 1) efeito de massa; 2) ruptura do abscesso; 3) disseminação da infecção;

incluem a obstrução da via aérea, fascíte necrotizante cervical, mediastinite, sépsis, pneumonia de aspiração, trombose da veia jugular interna, aneurisma da artéria carótida interna ou subluxação da articulação atlanto-axial com subsequente dano à medula espinal.<sup>1,3</sup> O tratamento das IRLF é ainda controverso e tem vindo a ser objecto de debate.

Este estudo tem como objectivo descrever a experiência do nosso hospital pediátrico no tratamento destas crianças durante a última década, na perspectiva de rever procedimentos e práticas médico-cirúrgicas, de forma a otimizar os resultados do tratamento desta patologia.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo observacional analítico dos processos dos doentes internados com o diagnóstico de infecção retrofaríngea e/ou laterofaríngea no nosso hospital pediátrico terciário, desde Janeiro 2001 a Janeiro 2012. Não foram incluídas as infecções periamigdalinas. Foram excluídos os doentes que, após a revisão da história clínica, não apresentaram dados clínicos ou imagiológicos compatíveis com infecções retro e/ou laterofaríngeas. Foi efectuada análise de dados relativos à epidemiologia, história e tratamento prévios, etiologia, apresentação clínica, exames complementares de diagnóstico, tratamento, duração da febre, duração do internamento, complicações e evolução.

## RESULTADOS

### Doentes

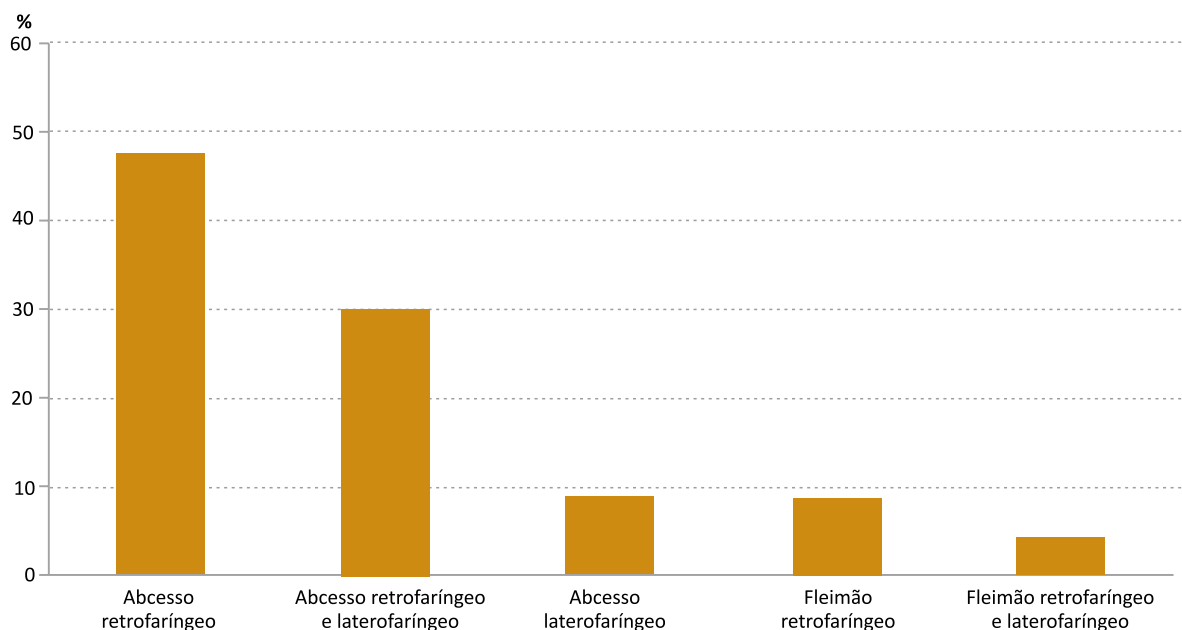
Foram observados processos de 23 crianças, com idades compreendidas entre os 3 meses e os 8 anos, com uma média de idades de 47 meses (4 anos); a maioria (70%) tinha idade inferior a 5 anos. Doze crianças (52%) eram do sexo masculino e 11 (48%) do sexo feminino. Nenhuma (0%) das crianças apresentava antecedentes pessoais relevantes. Treze (57%) apresentavam infecções retrofaríngeas, 2 (9%) infecções laterofaríngeas e 8 (35%), ambas (figura 1). Mais especificamente, 48% tinham abscessos retrofaríngeos, 30% ambos os abscessos, 9% abscessos laterofaríngeos, 9% fleimão retrofaríngeo e 4% fleimão retro e laterofaríngeo. Um dos doentes apresentava 2 colecções abcedadas no espaço retrofaríngeo. Outro doente, com abscesso retrofaríngeo, desenvolveu após o internamento um novo abscesso noutra local mais profundo do espaço retrofaríngeo. Ao longo do período do estudo, verificou-se uma maior incidência de casos no ano de 2010, com 4 casos (figura 2).

### História e tratamento prévios

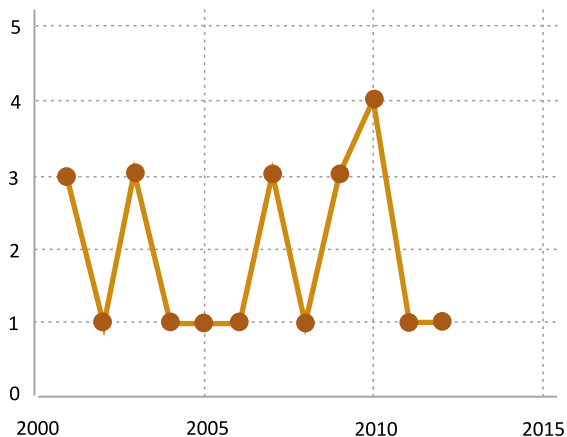
O tempo médio decorrido entre o início de algum sintoma e o internamento foi de 7,43 dias. De assinalar, o facto de 78% dos doentes já ter recebido antibioticoterapia antes da admissão (duração média

**FIGURA 1**

Distribuição das infecções retro e laterofaríngeas (FR,%)

**FIGURA 2**

Incidência das infecções retro e laterofaríngeas ao longo dos anos (FA).



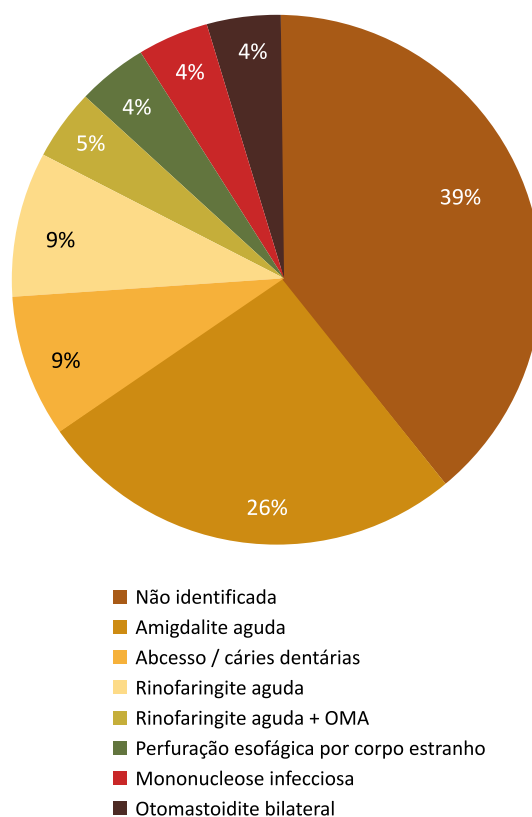
4,83 dias). Os antibióticos mais frequentemente prescritos antes do internamento foram a amoxicilina-ácido clavulânico (n=9), seguido dos macrólidos (n=4), cefalosporinas de 2ª geração (n=3), cefalosporinas de 3ª geração (n=2), amoxicilina (n=2), penicilina G cristalina (n=1), penicilina benzatínica (n=1), gentamicina (n=1), claritromicina (n=1) e metronidazol (n=1); alguns deles em associação. Treze por cento dos doentes tinham recebido apenas anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) antes da admissão e 9% não recebeu qualquer tipo de tratamento.

Relativamente à causa da infecção, esta não foi identificada em 39%. Nos doentes em que se conseguiu identificar, foi a amigdalite aguda que precedeu a infecção na maioria dos casos (26%), seguida de abscessos e cáries dentárias (9%), rino-faringite aguda

(9%), otite média aguda (OMA) associada à rino-faringite (4%), perfuração esofágica por corpo estranho (4%), mononucleose infecciosa (4%) e otomastoidite bilateral (4%) (figura 3).

**FIGURA 3**

Causas das IRLF (FR,%).



## Apresentação clínica

As queixas mais comuns à apresentação foram a odinofagia (57%), a cervicalgia (26%) e a recusa alimentar (22%) (tabela 1). Os achados físicos mais frequentes foram a febre (87%), o torcicolo e a rigidez cervical (65%), a tumefacção cervical (52%) e a prostração (35%) (tabela 2).

**TABELA 1**

Sintomas à admissão

Sintomas	Número pacientes	%
Odinofagia	13	57%
Cervicalgia	6	26%
Recusa alimentar	5	22%
Disfagia	2	9%
Otalgia	2	9%
Cefaleias	2	9%
Dor abdominal	1	4%
Náuseas	1	4%
Odontalgia	1	4%
Tosse	1	4%

**TABELA 2**

Achados físicos à admissão

Exame objectivo	Número pacientes	%
Febre	20	87%
Torcicolo e rigidez cervical	15	65%
Tumefacção cervical	12	52%
Prostração	8	35%
Adenomegalias cervicais	6	26%
Hipertrofia amigdalina	5	22%
Abaulamento orofaringe	5	22%
Hiperémia orofaringe	4	17%
Rinorreia	4	17%
Trismus	3	13%
Sialorreia	2	9%
Gemido	1	4%
Otite média aguda	1	4%
Otomastoidite	1	4%
Cáries dentárias extensas	1	4%
Respiração ruidosa	1	4%
Disartria	1	4%

## Exames complementares de diagnóstico

Todos os doentes realizaram pelo menos um exame imagiológico. Como primeiro exame imagiológico, a ecografia cervical foi efectuada a 16 doentes (70%) e a tomografia computadorizada (TC) cervical a 7 doentes (30%). Dos 16 doentes submetidos a ecografia, em

apenas 2 (12%) destes os resultados foram conclusivos. Os restantes 14 (88%) tiveram resultados inconclusivos, tendo efectuado em seguida TC. Em todos os doentes em que foi realizada a TC, evidenciavam-se áreas de hipodensidade, em alguns casos rodeadas por um anel periférico aumentado (no caso dos abscessos). Num dos doentes (4%) realizou-se uma angio-ressonância magnética (angio-RMN) ao 8º dia de internamento, por suspeita de trombose da veia jugular interna direita. Relativamente às análises sanguíneas, estas foram realizadas em todos os doentes, excepto num em que não há registo (96%). Verificaram-se aumento dos parâmetros infecciosos bacterianos na maioria dos doentes. A leucocitose com neutrofilia foi encontrada em 21 (95%), o aumento da proteína C reactiva (PCR) em 20 (91%) e da velocidade de sedimentação (VS) em 5 (23%); outros achados também registados foram a anemia em 3 (14%), a trombocitose em 2 (9%) e a trombocitopenia num doente (5%).

As hemoculturas foram todas negativas em 9 amostras colhidas.

As amostras de pús drenado durante a cirurgia foram positivas em 3 de 4 casos em que foram colhidas, revelando: 1 com *Streptococcus pyogenes*, 1 com amostra polimicrobiana com *Granulicatella adiacens*, *Neisseria species* e *Rosea denthocaridae* e 1 com *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível.

## Tratamento

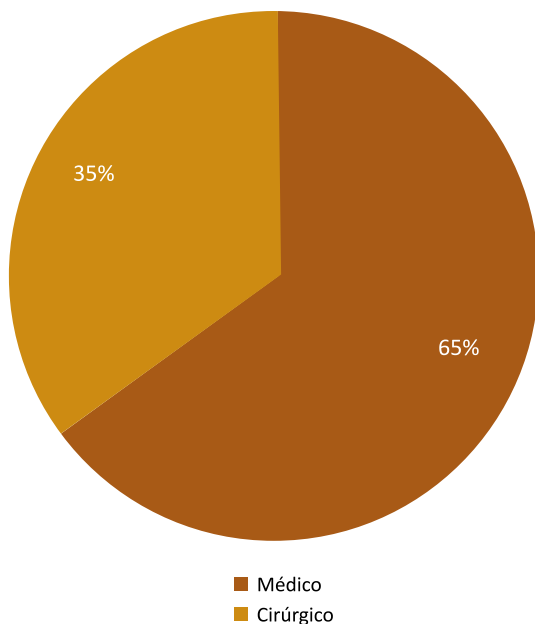
A escolha do(s) antibiótico(s) utilizado(s) e a escolha do tratamento de 1ª linha (tratamento médico isolado ou associado ao tratamento cirúrgico) foi feita pelo médico responsável pelo doente, de acordo com o seu próprio critério, sem nenhum protocolo específico. Por motivos inerentes ao funcionamento do serviço de urgência do nosso hospital, muitos dos doentes foram inicialmente avaliados e tratados por pediatras e internados em serviços de pediatria (geralmente no serviço de infecciologia pediátrica), sendo posteriormente solicitada a avaliação por otorrinolaringologia.

Todos (100%) os doentes receberam antibioticoterapia endovenosa. As associações empíricas mais frequentemente utilizadas foram a penicilina G cristalina + clindamicina (30%) e a ceftriaxona + clindamicina (9%). Outras escolhas comuns foram a cefotaxima, a gentamicina, o metronidazol e a flucloxacilina, em várias combinações diferentes. Sempre que foi possível isolar um agente, foi alterada a terapia no sentido de fazer a melhor cobertura dessa espécie.

O tratamento médico sem drenagem cirúrgica foi inicialmente proposto para 15 (65%) crianças (figura 4). A falência no tratamento médico, definida como ausência de melhoria sintomática ou agravamento após 48-72h, requerendo cirurgia, ocorreu em 5 (33%) delas. Num dos casos, foi necessário efectuar uma nova drenagem cirúrgica do mesmo abscesso.

O tratamento cirúrgico foi inicialmente proposto

**FIGURA 4**  
Tratamento inicial (FR,%)



para 8 (35%) crianças, associado à antibioticoterapia endovenosa, tendo sido efectuado durante as primeiras 24 horas. Este tratamento não teve falência em nenhum (0%) dos casos, não tendo sido necessária a realização de uma segunda cirurgia. No entanto, numa das crianças, por aparecimento de um novo abscesso noutra localização mais profunda, mas também no espaço retrofaríngeo, houve necessidade de se proceder igualmente à sua drenagem. Das 13 crianças que foram submetidas a cirurgia em alguma fase do seu tratamento, apenas se encontraram registos da técnica cirúrgica utilizada em 7 processos, verificando-se uma predominância da via endoral com incisão e drenagem (n=3), seguindo-se a punção aspirativa com agulha por via endoral (n=2) e a cervicotomia (n=2), todas sob anestesia geral no bloco operatório. Obteve-se pús para análise em apenas 4 casos. Em 9 doentes (39%) encontrou-se registo de prescrição de antibioticoterapia oral para fazer após a alta, em complementaridade ao tratamento endovenoso; o esquema mais frequentemente proposto (78%) foi amoxicilina-ácido clavulânico per os, em média durante 7 dias.

#### Complicações

Duas (9%) crianças tiveram complicações: 1 (4%) teve mediastinite, internada na unidade de cuidados intensivos; a outra (4%) teve dois tipos de complicações: trombose da veia jugular interna direita e Síndrome de Claude Bernard Horner (SCBH), com compromisso do sistema nervoso simpático cervical, surgidos ao 8º dia de internamento. Esta criança ficou com SCBH sequelar, com assimetria pupilar (miose do olho direito). Não se verificou obstrução grave da via aérea superior nem

houve necessidade de traqueotomia em nenhum dos casos. Não se verificaram complicações fatais.

#### Evolução

A duração média da febre foi de 2,5 dias. A melhoria dos sintomas foi no entanto um pouco mais longa. O tempo de internamento variou entre 7 e 38 dias, com uma média de 15 dias. As crianças que receberam tratamento médico como 1ª linha apresentaram um tempo médio de internamento de 12,7 dias; as que foram submetidas a cirurgia associada à antibioticoterapia como tratamento inicial tiveram tempo médio de internamento de 18,5 dias. Dentro do grupo das que receberam inicialmente tratamento médico, aquelas com boa resposta estiveram em média internadas 11,7 dias; as que tiveram falência do tratamento médico e posterior necessidade de cirurgia estiveram internadas mais tempo, em média 14,8 dias. Os fleimões tiveram um tempo de internamento menor, de 8,6 dias em média.

Todos os doentes foram seguidos durante pelo menos 6 meses e nenhum doente demonstrou evidência de recorrência da condição patológica durante esse período.

#### DISCUSSÃO

Na nossa série, as IRLF ocorreram mais frequentemente em crianças mais pequenas, tendo 70% delas idade inferior a 5 anos. Estes dados coincidem com o publicado por outros autores.<sup>1,2,3,4,5</sup> Tem sido descrito que as crianças menores de 5 anos têm maior predisposição a apresentar infecções nesta região, dada a presença das cadeias de nódulos linfáticos no espaço retrofaríngeo, que regridem espontaneamente a partir dessa idade;<sup>1,4,5</sup> por outro lado, a imaturidade do sistema imunitário característico desta faixa etária também pode contribuir para o maior risco.<sup>6</sup> Também em concordância com alguns autores<sup>1,3</sup>, encontramos uma preponderância de crianças do sexo masculino.

Relativamente à apresentação clínica, de acordo com a literatura, que refere que os sintomas mais frequentes são a febre e a dor<sup>2,3,4,6,7</sup>, nos nossos doentes os achados mais consistentemente encontrados foram a febre (87%), torcicolo e rigidez cervical (65%) e odinofagia (57%), seguidos da tumefacção cervical (52%) e prostração (35%). Uma vez que estes sinais e sintomas não estão todos presentes simultaneamente e são mais subtis, fica também aqui clara a potencialidade de confundir estes achados com infecções virais não complicadas do tracto respiratório superior, sendo necessário um elevado grau de suspeição para o correcto diagnóstico. A rigidez cervical pode por vezes ser confundida com a rigidez da meningite, se os outros sinais, como o abaulamento das paredes posteriores e laterais da orofaringe e da hipofaringe, passarem despercebidos durante o exame físico.<sup>3</sup>

Destacamos ainda o elevado número de doentes (78%) que recebeu antibioticoterapia antes da admissão, especialmente betalactâmicos, o que pode indicar que os factores de virulência dos organismos, mais do que o fracasso do tratamento antibacteriano, poderão estar implicados na patogénese deste processo, de forma similar ao encontrado noutras séries.<sup>7</sup>

A maioria das IRLF ocorre por drenagem de infecções de vários locais do tracto respiratório superior para os nódulos retrofaringeos. Essas possíveis infecções predisponentes são a rinofaringite, amigdalite, otite, adenite, adenoidite, rinosinusite e as infecções dentárias e das glândulas salivares.<sup>1</sup> No nosso caso, esta também foi a causa predominante, com amigdalite em 26%, abscessos e cáries dentárias em 9%, rinofaringite aguda em 9%, OMA associada à rinofaringite em 4%, mononucleose infecciosa em 4% e otomastoidite bilateral em 4%. O espaço retrofaringeo pode ser directamente inoculado na sequência de trauma penetrante. Os corpos estranhos podem alojar-se na faringe posterior.<sup>1</sup> No nosso caso, uma criança (4%) desenvolveu um abscesso retrofaringeo após retenção de corpo estranho no esófago. Teve posteriormente mediastinite; a causa desta entidade pode ser discutível, pois poderia ter sido uma complicação do abscesso retrofaringeo, embora, neste caso, provavelmente tenha sido uma complicação directa da perfuração esofágica, em íntima relação com o mediastino.

Relativamente aos exames de imagem, a ecografia cervical foi o 1º exame realizado em 70% dos doentes. Podemos pressupor que a escolha deste exame se deveu ao facto de evitar radiação excessiva neste grupo etário, ser um exame barato e não requerer o uso de sedação. No entanto, foi inconclusivo na maioria (88%) destes, obrigando à posterior realização de TC, atrasando mais o diagnóstico e aumentando o consumo de recursos; isto deve-se provavelmente à localização profunda dos abscessos, diminuída colaboração da criança<sup>6</sup> e incapacidade de detectar lesões acima do ângulo da mandíbula.<sup>3</sup> Na nossa série, a ecografia revelou muitas vezes adenomegalias, espessamento do músculo esternocleidomastoideu compatível com torcicolo e abscessos periamigdalinos em doentes com IRLF não detectadas pela ecografia; estes resultados poderão ter feito protelar o diagnóstico correcto. Desta forma, consideramos, tal como descrito na literatura,<sup>1,3,6</sup> que a ecografia cervical não está recomendada na avaliação inicial desta patologia, sendo a TC o exame de escolha.<sup>1-9</sup> A TC provou ser muito eficaz na avaliação das estruturas profundas cervicais, bem como traçar a progressão de fleimão a abscesso, optimizando a decisão terapêutica.<sup>6</sup> Dependendo do estudo, a TC pode ter uma sensibilidade para detectar abscessos (e prever a obtenção de material purulento durante a cirurgia) superior a 90%. O valor preditivo positivo é de 82% e o valor preditivo negativo tem sido estimado de 100%.<sup>1</sup> Estes valores devem,

contudo, ser interpretados com ponderação, uma vez que o teste gold standard (obtenção de fluido purulento durante a cirurgia) é raramente efectuado no mesmo dia da realização da TC e o curso clínico pode evoluir entre os dois.<sup>2</sup> A TC deve ser realizada com contraste endovenoso para ajudar a demarcar a lesão e determinar se há envolvimento vascular. O radiologista deve ser sempre esclarecido acerca do objectivo do exame, uma vez que a TC cervical standard pode não usar cortes suficientemente finos (3-5 mm) e pode não abranger a total extensão do espaço retrofaringeo (da base do crânio a T2).<sup>1</sup> No nosso caso, não podemos ter a certeza de que todas as TC foram realizadas com contraste, uma vez que nem todos os processos continham essa informação; para além disto, não encontramos em todos a medida da lesão. Pensamos que a dimensão do abscesso é um dado fundamental a ser transmitido pelo radiologista ao otorrinolaringologista, uma vez que a decisão terapêutica (tratamento médico versus cirúrgico) assenta muitas vezes no tamanho deste (<20mm versus >20mm, respectivamente).<sup>2,3,5</sup>

Tal como o esperado num evento infeccioso, uma elevação na contagem de leucócitos e neutrófilos e da PCR ocorreu na maioria dos doentes (95% e 91%, respectivamente). As hemoculturas foram todas negativas, em conformidade com a literatura que refere que as hemoculturas são raramente positivas e têm pouca influência nas decisões terapêuticas.<sup>3</sup>

Os dados microbiológicos da nossa série são limitados, por apenas dispormos de 4 amostras de material purulento. No entanto, obtivemos uma amostra de *S.pyogenes*, que é a bactéria predominante nas IRLF.<sup>1,2,7,10,11</sup> Também sabemos que estas infecções são frequentemente polimicrobianas<sup>1,2</sup>; numa das crianças isolamos *Granulicatella adiacens*, *Neisseria species* e *Rosea denthocaricae*. De notar que o único *Staphylococcus aureus* encontrado foi num lactente de 3 meses, o mais novo da nossa série, em sintonia com o que está descrito, que é mais frequente em crianças com idade < 1ano.<sup>3,8,12,13</sup>

O tratamento óptimo das IRLF em crianças sem obstrução da via aérea iminente é matéria de debate. Estão a faltar ensaios clínicos randomizados; as recomendações para tratamento são baseadas na etiopatogénese e na resposta à terapêutica descrita em estudos observacionais.<sup>2</sup> A escolha do antibiótico deve considerar as bactérias mais frequentemente envolvidas, como estreptococos e estafilococos nas crianças mais pequenas. As associações mais utilizadas no nosso estudo fazem uma adequada cobertura dessas espécies bacterianas e são sobreponíveis ao que recomenda a literatura. Alguns autores recomendam a clindamicina isoladamente, mas os estreptococos podem ser resistentes.<sup>3</sup> Na literatura, as indicações para tratamento médico como 1ª linha são altamente variáveis entre várias séries, levando a várias taxas de falência (0-59%).<sup>3</sup> Alguns estudos indicam não haver diferença na

duração do internamento entre pacientes submetidos a tratamento médico ou cirúrgico.<sup>3,4</sup> No nosso caso, a maioria dos doentes foi submetido a tratamento médico (65%); por um lado, houve maior número de falências (33%) deste tratamento comparativamente ao cirúrgico (0%); por outro, estas crianças tiveram menor tempo de internamento (12,7 dias *versus* 18,5 dias), provavelmente porque a sua condição era em geral menos grave, motivo pelo qual também se optou inicialmente pelo tratamento conservador. Uma das complicações (mediastinite) surgiu numa criança submetida inicialmente a tratamento médico, com necessidade de posterior drenagem do abscesso retrofaríngeo por aumento das dimensões do abscesso na TC. Por ausência de melhoria dos sintomas ao fim de 72h, foi sujeita a uma 2ª drenagem do mesmo abscesso. Como já discutido anteriormente, a mediastinite poderá não ter sido complicação mas antes uma consequência da perfuração esofágica. As outras complicações (trombose da veia jugular interna e Síndrome de Claude Bernard Horner (SCBH), por compromisso do sistema nervoso simpático cervical) surgiram numa criança que foi submetida inicialmente a tratamento cirúrgico de um abscesso retrofaríngeo detectado pela ecografia, mas que desenvolveu (ou permaneceu indetectado) 3 dias depois um outro abscesso retrofaríngeo mais profundo, detectado posteriormente pela TC, necessitando também de drenagem cirúrgica. Este doente tinha história prévia de mononucleose há 3 semanas. Foi o internamento mais longo (38 dias). As complicações surgiram ao 8º dia de internamento. A trombose da veia jugular interna foi tratada com enoxaparina. Durante o *follow-up*, 2 anos após este episódio, a criança ainda mantinha SCBH sequelar, com melhoria sobretudo da enoftalmia e da ptose palpebral, diminuição da sudação da hemiface direita, mas ainda com assimetria pupilar (miose do olho direito).

O tempo médio de internamento (15 dias) foi superior ao encontrado na literatura.<sup>2,3,7</sup> Pensamos que tal pode justificar-se por muitas destas crianças terem estado internadas em serviços de pediatria. A atitude mais conservadora dos pediatras, mesmo após a indicação de alta por parte dos otorrinolaringologistas, pode ter feito prolongar o internamento mais do que seria desejável. Este estudo tem algumas limitações inerentes ao facto de ser retrospectivo, mas também devido à pequena amostra de doentes que engloba. Quando nos propusemos a fazer este estudo, esperávamos encontrar um número de casos superior durante esta última década. A incidência desta patologia em apenas 23 crianças ao longo desse tempo faz-nos pressupor que provavelmente um diagnóstico mais apurado e um tratamento mais eficaz da principal causa das IRLF, as infecções do tracto respiratório superior, tem vindo a diminuir muito a probabilidade de infecções dos espaços cervicais profundos.

## CONCLUSÕES

Os sintomas na apresentação das infecções retro e laterofaríngeas na população pediátrica são variados, requerendo o seu diagnóstico um elevado índice de suspeição. O exame recomendado na avaliação desta patologia é a TC cervical. O tratamento correcto e atempado é fundamental para um prognóstico favorável, constituindo um desafio interdisciplinar, incluindo otorrinolaringologistas, pediatras, radiologistas e microbiologistas. Por esse motivo, concluímos que a melhor forma de aumentar a interacção e a sintonia entre as várias especialidades na abordagem do doente com IRLF é delinear um protocolo de actuação, que já se encontra em desenvolvimento por uma equipa multidisciplinar no nosso hospital. O tratamento ideal nos doentes sem obstrução iminente da via aérea é ainda controverso e objecto de debate, particularmente a escolha entre tratamento médico ou cirúrgico como primeira linha. Torna-se portanto, essencial, maior investigação nesta área, de forma a otimizar resultados.

## Referências bibliográficas

- [1] Acevedo J, Shah R. Pediatric retropharyngeal abscess. 2011. [www.emedicine.medscape.com](http://www.emedicine.medscape.com). Acedido em Março 25, 2012.
- [2] Wald E. Retropharyngeal infections in children. 2011. [www.update.com](http://www.update.com). Acedido em Outubro 27, 2011.
- [3] Hoffmann C, Pierrot S, Contencin P et al. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75: 1099-103.
- [4] Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children - epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010; 74: 1016-20.
- [5] Page C, Bauer M, Lieu E. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138:300-6.
- [6] Marques P, Spratley J, Leal L et al. Parapharyngeal abscess in children - five year retrospective study. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75.
- [7] Santander B, Prado A, Castillo M et al. Abscesos retrofaríngeo y parafaríngeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75: 266-72.
- [8] Schuler P, Cohnen M, Greve J et al. Surgical management of retropharyngeal abscesses. *Acta Otolaryngol*. 2009; 129(11):1274-79.
- [9] Wang L, Tai C, Kuo W et al. Predisposing factors of complicated deep neck infections: 12-year experience at a single institution. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 39(4):335-41.
- [10] Vural C, Gungor A, Comerci S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. *Am J Otolaryngol*. 2003; 24:143-8.
- [11] Abdel-Haq N, Harahsheh A, Asmar B. Retropharyngeal abscess in children: the emerging role of group A beta hemolytic streptococcus. *South Med J*. 2006; 99:927-31.
- [12] Coticchia J, Getnick G, Yun R et al. Age-, site-, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130(2):201-7.
- [13] Cabrera C, Deutsch E, Eppes S et al. Increased incidence of head and neck abscesses in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136:176-81.