

# Abscesso retrofaríngeo e estridor em lactentes

Regina Helena Garcia Martins<sup>1</sup>, Emanuel Celice Castilho<sup>2</sup>, Silke Tereza Weber<sup>3</sup>, Graziela de Oliveira Semenzati<sup>4</sup>, Lígia M. P. de Campos<sup>5</sup>

# Retropharyngeal abscess and stridor in infants

Palavras-chave: abscesso retrofaríngeo, dispnéia, estridor, lactentes.

Keywords: retropharyngeal abscess, dyspnea, stridor, infants.

## INTRODUÇÃO

Abscessos retrofaríngeos são geralmente resultantes de processos infecciosos envolvendo as vias aerodigestivas superiores, bem como processos traumáticos, como ingestão acidental de corpo estranho ou intubação orotraqueal traumática. Acometem, na maioria dos casos, crianças de até cinco anos, acarretando sintomas iniciais inespecíficos como irritabilidade, inapetência e febre; com a progressão do quadro observa-se disfagia, odinofagia, sialorréia, voz de "batata quente" ou choro abafado<sup>1,2</sup>. A sintomatologia está diretamente relacionada ao volume do abscesso, podendo haver grave comprometimento respiratório<sup>2</sup>.

O quadro clínico pode ser dramático, uma vez que a formação do abscesso no espaço retrofaríngeo faz com que haja aproximação do mesmo das estruturas do palato mole, base de língua, parede posterior da faringe e laringe estreitando, consideravelmente, o lúmen da via aérea, podendo cursar com insuficiência respiratória, em especial, em lactentes<sup>3</sup>.

Uma vez confirmado o diagnóstico de abscesso retrofaríngeo, a criança deverá ser imediatamente hospitalizada para monitorização permanente dos sinais vitais e início da terapia medicamentosa que deverá incluir antibioticoterapia endovenosa e drenagem

cirúrgica. A ruptura espontânea do abscesso pode levar à aspiração maciça de secreção purulenta e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de empiema pulmonar, além de outras complicações como mediastinite e septicemia. A permeabilidade das vias aéreas deverá ser assegurada por meio de intubação orotraqueal ou traqueotomia<sup>3,6</sup>.

## APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

R.V.N.S., feminina, 10 meses, deu entrada no Pronto Socorro, informando a mãe que a criança estava com febre alta há 20 dias, acompanhada de saída de secreção amarelada pelas fossas nasais e obstrução nasal. Procurou serviço médico em sua cidade, sendo medicada com amoxicilina por 10 dias. Após dois dias do término do uso dessa medicação, apresentou dificuldade para respirar e para deglutir, além de aumento do volume do pescoço. Ao exame físico a criança apresentava-se abatida, febril, taquicárdica, taquipnéica, com estridor e tiragem na fúrcula, alternando o estado de consciência. Havia secreção amarelada nas fossas nasais, modificação do contorno cervical direito e da parede posterior da orofaringe. A criança foi submetida, imediatamente, a intubação por via oral, sendo colhidos hemograma e hemocultura, e administrado antibióticos endovenosos (amoxicilina clavulanato e metronidazol). O exame de tomografia computadorizada da região cervical detectou volumoso abscesso retrofaríngeo (Figura 1). Foi realizada a drenagem cirúrgica do mesmo por via bucal, havendo saída de abundante quantidade de secreção purulenta. A cultura do material drenado foi negativa, assim como da hemocultura. A evolução clínica da criança foi favorável, sendo extubada no dia seguinte à drenagem do abscesso.

## DISCUSSÃO

A principal causa de estridor em crianças menores de um ano de idade é a laringomalácia, entretanto, ganha destaque, pela gravidade do quadro, o abscesso retrofaríngeo, normalmente secundário às infecções das vias aéreas superiores<sup>1,4</sup>. O diagnóstico

é basicamente clínico através da história e exame físico e deve ser complementado por exames de imagem como ultra-sonografia, TC e RNM. Tais métodos permitem avaliar a extensão da doença e suas complicações. O caso clínico apresentado acima chama a atenção pela gravidade do comprometimento respiratório causado pelo grande volume do abscesso e pela precocidade dos sintomas, considerando-se que a criança possuía menos de um ano de idade, faixa etária na qual o diagnóstico preciso nem sempre é feito nas fases iniciais do quadro, como ocorreu neste caso. As culturas das secreções, tanto do material drenado em orofaringe, como da hemocultura, foram negativas, fato explicado pela vigência de antibióticos, porém os microrganismos mais freqüentes nos abscessos retrofaríngeos são o *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp e anaeróbios<sup>5,6</sup>.

## COMENTÁRIOS FINAIS

O abscesso retrofaríngeo é importante causa de estridor no lactente, sendo considerado doença grave, com sério comprometimento respiratório. A demora no diagnóstico pode implicar em alta morbidade e mortalidade, exigindo tratamento medicamentoso e cirúrgico imediatos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soong WJ, Jewng MJ, Hwang B. Respiratory support of children with a retropharyngeal abscess with nasal CPAP. *Clin Pediatr*. 2001;40:55-6.
2. Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retro pharyngeal space infection in children. *Laryngoscope*. 2001;111:1413-22.
3. Smith LM, Osborne RF. Infections of the head and neck. *Emerg Med* 2003;25:106-16.
4. Buder CSL, Ruess L, Rooks VJ. Stridor in children: imaging and etiology. *Contemp Diag Radiol*. 2005;28:1-6.
5. Su FH, Chen PT, Chiu YC, Chen JW. Salmonella retropharyngeal abscess in a child: case report and literature review. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22:833-6.
6. Suryadevara AC, Kellman RM. Incision and drainage of a retropharyngeal abscess located adjacent to C1 with InstaTrak Image Guidance. *Laryngoscope*. 2006;116:499-501.

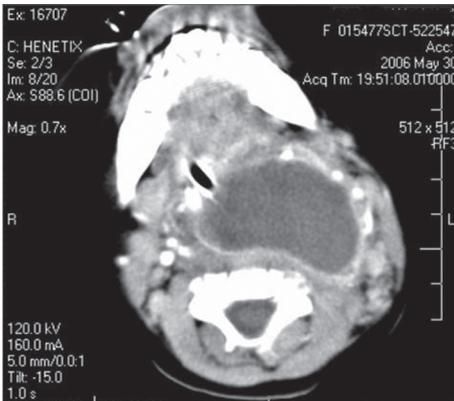


Figura 1. Volumoso abscesso retrofaríngeo identificado pela tomografia computadorizada (TC).

<sup>1</sup> Professora Assistente, Doutora em Cirurgia pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Responsável pelo ambulatório de foniatria e voz. Docente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Estadual Paulista-Unesp, Campus de Botucatu.

<sup>2</sup> Professor Doutor, Médico da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

<sup>3</sup> Professora Doutora, Docente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp.

<sup>4</sup> Médica Residente, médica residente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

<sup>5</sup> Médica Residente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Campus Botucatu.

Endereço para correspondência: Regina Helena Garcia Martins - Disciplina de Otorrinolaringologia, Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu, Distrito de Rubião Junior, Botucatu SP 18618-970.

Fone/Fax: (0xx14) 3811-6256 - Email: rmartins@fmb.unesp.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 27 de março de 2007. cod. 3842.

Artigo aceito em 29 de março de 2007.