

ABORDAGEM CIRÚRGICA DE ABSCESSO PARAFARÍNGEO E SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

SURGICAL APPROACH FOR PARARPHARINE AND SUBMANDIBULAR ABSCESS: CASE REPORT

Lais G. Pizzatto¹, Hellen L. Barcella¹, Lucas Z. Salomão², Peterson Fasolo Bilhar³

¹ Acadêmica de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. ² Médico graduado pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. ³ Médico especializado em Cirurgia Geral e Cancerologia Cirúrgica, graduado pela Universidade Federal do Paraná, professor do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil.

RESUMO

Introdução: Abscessos cervicais profundos representam uma urgência cirúrgica. Apesar dos avanços diagnósticos e da antibioticoterapia, essas infecções são potencialmente fatais quando um tratamento precoce não é estabelecido. Os sinais e sintomas dependem da área cervical acometida e comumente cursam com alterações sistêmicas como náuseas, febre, calafrios e linfadenopatia. O manejo requer reconhecimento precoce, drenagem cirúrgica cautelosa, antibióticos endovenosos e controle das vias aéreas, a fim de evitar complicações graves que incluem: obstrução de vias aéreas, empiema, pericardite, mediastinite, trombose de veia jugular e sepse. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 25 anos, com quadro de odinofagia iniciado há 8 dias e piora clínica progressiva, com calafrios, febre referida e linfonodomegalia em região cervical direita. Procurou atendimento médico nesse período e foi medicada com sintomáticos e antibiótico, sem melhora. Evoluiu com edema em região cervical direita, disfonia, dificuldade para deglutir sólidos, trismo, vômitos e dispneia. Retornou ao pronto atendimento, onde permaneceu internada até encaminhamento para o serviço hospitalar de referência. No momento da consulta, paciente desidratada, hipocorada, com edema e dor à palpação em região cervical direita. Por suspeita de abscesso cervical, a paciente foi abordada cirurgicamente. Houve tentativa de intubação orotraqueal sem sucesso, com necessidade de traqueostomia de emergência. Realizou-se cervicotomia lateral extensa com drenagem de secreção purulenta de abscessos parafaríngeo e submandibular. Fez uso de ceftriaxona e clindamicina intra hospitalar endovenosas. Após 30 dias de cirurgia, a paciente retorna em bom estado geral, sem complicações tardias. **Conclusão:** A importância da abordagem cirúrgica imediata nos abscessos cervicais profundos é evidenciada no trabalho. A drenagem do abscesso parafaríngeo e submandibular com proteção de vias aéreas e manutenção de antibioticoterapia endovenosa foram fundamentais para redução da morbimortalidade da paciente e obtenção de um desfecho favorável. A alta suspeição clínica e os cuidados pela proximidade com a via aérea geram significância científica na descrição do relato.

Palavras-chave: Abscesso; Infecções cervicais; relato de caso

Recebido: 25/08/2019
Revisado: 10/09/2019
Aceito: 07/10/2019

ABSTRACT

Introduction: Deep cervical abscesses represent a surgical urgency. Despite diagnostic advances and antibiotic therapy, these infections are potentially fatal when early treatment is not established. Signs and symptoms depend on the affected cervical area and commonly present with systemic changes such as nausea, fever, chills and lymphadenopathy. Management requires early recognition, cautious surgical drainage, intravenous antibiotics, and airway control to avoid serious complications including: obstruction of the airways, empyema, pericarditis, mediastinitis, jugular vein thrombosis, and sepsis. **Case description:** A 25-year-old female patient with odynophagia started 8 days ago and progressive clinical worsening, with chills, referred fever and lymph node enlargement in the right cervical region. She sought medical attention during this period and was treated with symptomatic and antibiotic, without improvement. The patient developed right cervical edema, dysphonia, difficulty swallowing solids, trismus, vomiting and dyspnea. She returned to the emergency room, where she remained hospitalized until referral to the referral hospital service. At the time of consultation, patient was dehydrated, hypocolored, with edema and pain on palpation in the right cervical region. Due to suspected cervical abscess, the patient was surgically approached. An unsuccessful orotracheal intubation was attempted, requiring emergency tracheostomy. Extensive lateral cervicotomy was performed with drainage of purulent secretion of parapharyngeal and submandibular abscesses. She used intravenous ceftriaxone and clindamycin. After 30 days of surgery, the patient returns in good general condition without late complications. **Conclusion:** The importance of immediate surgical approach in deep cervical abscesses is evidenced at work. Drainage of parapharyngeal and submandibular abscess with airway protection and maintenance of intravenous antibiotic therapy were fundamental for reducing patient morbidity and mortality and obtaining a favorable outcome. High clinical suspicion and care due to proximity to the airway generate scientific significance in the description of the report. **Keywords:** Abscess; Cervical infections; case report

1. INTRODUÇÃO

Abscessos cervicais profundos são coleções purulentas localizadas nas fáscias e espaços virtuais da cabeça e pescoço. Podem ser classificados como retrofaríngeos, peritonsilares, massetéricos, maxilares pteropalatinos, parafaríngeos, submandibular, parotídeos e do assoalho da boca (BRITO *et al.*, 2017).

Embora a introdução da antibioticoterapia e os avanços diagnósticos tenham reduzido sua incidência, o quadro representa elevada taxa de morbimortalidade quando não diagnosticado e tratado de maneira adequada (MOTAHARI *et al.*, 2015).

A condição acomete ambos os sexos e faixas etárias distintas. A apresentação clínica varia conforme a localização do abscesso e gravidade do quadro, sendo febre, odinofagia, trismo, edema cervical, náuseas e linfadenopatia sintomas comuns (LI; KIEMENEY, 2015).

O manejo das infecções cervicais profundas é desafiador e requer diagnóstico precoce. A abordagem cirúrgica com drenagem e proteção de vias aéreas, associado a antibioticoterapia empírica de amplo espectro constituem o tratamento de escolha na maioria dos casos (BUCKLEY; HARRIS; ADDAMS-WILLIAMS, 2019). Neste sentido o presente estudo teve por objetivo descrever os achados clínicos, abordagem terapêutica e evolução de uma paciente feminina diagnosticada com abscesso parafaríngeo e submandibular para que, dessa forma, ao discutir os aspectos clínicos e prognóstico da doença, contribuir com diagnósticos e tratamentos precoces mais eficazes.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

O trabalho é baseado em uma pesquisa descritiva, do tipo relato de caso, com uma abordagem qualitativa e longitudinal retrógrada. O estudo será realizado por meio de análise da evolução do quadro clínico da paciente com diagnóstico de abscesso parafaríngeo e submandibular, através da análise de prontuários médicos. A base científica da pesquisa está fundamentada em artigos referentes ao tema encontrados em banco de dados do SCIELO e PUBMED.

Paciente feminina, 25 anos, referiu quadro de odinofagia iniciado há 8 dias. Houve piora progressiva do quadro, que era acompanhado de calafrios, febre referida e surgimento de linfonomegalia em região cervical direita. Nesse período, procurou atendimento médico e foi medicada com benzetacil, paracetamol e dipirona, sem melhora. Evoluiu com edema em região cervical direita, disfonia, dificuldade para deglutir sólidos e trismo. Buscou novamente atendimento, sendo tratada com sintomáticos, dose única de ceftriaxona endovenosa e amoxicilina via oral para uso domiciliar. No dia seguinte, evoluiu com vômitos e dispneia, sem febre. Voltou ao UPA onde permaneceu internada até ser encaminhada ao serviço hospitalar de referência. Ao exame físico, paciente desidratada (+/4) e hipocorada (+/4), com edema em região cervical direita até região mandibular, próximo ao meato acústico externo, com dor à palpação, sem outros sinais flogísticos. Não foi possível a visualização da orofaringe e amígdalas à oroscopia devido trismo. Por suspeita de abscesso cervical, a paciente foi mantida em jejum para abordagem cirúrgica.

Apesar de se tratar de uma intubação difícil devido ao trismo a equipe de anestesiologia optou pela tentativa de sedação e intubação oro-traqueal. Sem sucesso, foi necessário traqueostomia de emergência para realização do procedimento. No achado intraoperatório, havia presença de abscesso parafaríngeo e submandibular. Optou-se por abordagem com cervicotomia lateral extensa com drenagem de secreção purulenta em várias lojas. Foi realizada lavagem exaustiva com soro fisiológico com cuidado devido as estruturas vasculonervosas adjacentes e revisão de hemostasia. Colocou-se dreno de Penrose 2.0 e síntese com pontos separados e curativo local.

No segundo dia pós-operatório, a paciente seguiu traqueostomizada, com suporte de O₂. Houve episódios de oclusão da traqueostomia, revertida com

aspiração. Negou novos episódios de náuseas e vômitos. Fez uso de ceftriaxona e clindamicina intra hospitalar endovenosas. Houve troca da traqueostomia portex para cânula metálica no quinto dia pós-operatório e oclusão no sexto dia. No 17º pós-operatório, a paciente retornou sem queixas álgicas em região submandibular ou alterações respiratórias. Apresentava discreta secreção sanguinolenta não purulenta no dreno de Penrose. Ferida operatória sem sinais flogísticos, sem deiscência de sutura com os bordos bem coaptados. No retorno após 30 dias da cirurgia, a paciente apresentava-se em bom estado geral, sem complicações tardias, satisfeita pelo tratamento proposto.

3.DISSCUSSÃO

Abscessos cervicais profundos (ACP) compreendem infecções dos planos fasciais e espaços virtuais da cabeça e pescoço (KAUFFMANN *et al.*, 2017). Embora a antibioticoterapia tenha reduzido sua incidência, a complexidade da anatomia cervical, estruturas vitais vizinhas e risco de disseminação da infecção para espaços adjacentes como vias aéreas, mediastino e espaço pré-vertebral torna o quadro potencialmente fatal na ausência de um tratamento precoce (MOTAHARI *et al.*, 2015). Os espaços parafaríngeos e submandibulares são frequentemente afetados, como no caso da paciente descrita. Outros espaços podem ser acometidos, como: retrofaríngeo, sublingual, vestibular, carotídeo e visceral (TAPIOVAARA; BACK; ARO, 2017).

As infecções acometem ambos os sexos e qualquer idade. Brito e colegas (2017), em análise de 101 casos de ACP, evidenciam uma maior facilidade de disseminação para múltiplos espaços em adultos, com tendência a complicações e tempo de internação hospitalar prolongado, o que pode estar associado ao maior número de comorbidades visto nessa faixa etária.

Muitas condições estão relacionadas com os ACP. Conforme a literatura, as causas odontogênicas representam o principal foco infeccioso primário em adultos, enquanto as infecções otológicas ou de vias aéreas superiores predominam na população pediátrica (OZONO *et al.*, 2019). Menos comumente, os abscessos podem se associar a infecções de glândulas salivares, traumatismos ou fatores iatrogênicos (TAPIOVAARA; BACK; ARO, 2017).

A microbiologia do ACP é geralmente polimicrobiana, com presença de bactérias aeróbicas e anaeróbicas e predomínio de gram-positivas. Os *Streptococcus* são os patógenos mais comumente cultivados nessas infecções e compõem a microbiota normal da orofaringe (SHIMIZU *et al.*, 2017).

A apresentação clínica depende da área cervical acometida e geralmente cursa com alterações sistêmicas e locais, como odinofagia, trismo, febre, edema cervical e linfadenopatia (LI; KIEMENEY, 2015). O desconforto respiratório é sinal de complicação da infecção cervical profunda (MOTAHARI *et al.*, 2015). Em pacientes com trismo a traqueostomia é muitas vezes necessária devido a impossibilidade de

intubação, mesmo sem insuficiência respiratória - caso semelhante ocorrido com a paciente relatada (BRITO *et al.*, 2017).

Complicações do ACP representam alta mortalidade e são descritas na literatura, como mediastinite descendente, trombose da veia jugular, pericardite, empiema pleural, erosão arterial, obstrução das vias respiratórias superiores e sepse (BRITO *et al.*, 2017).

Várias ferramentas diagnósticas podem ser utilizadas para confirmação do ACP. A tomografia computadorizada de cabeça e pescoço e parte superior do tórax é o método mais comum de diagnóstico (MOTAHARI *et al.*, 2015). A ressonância nuclear magnética, ultrassonografia e exames laboratoriais, incluindo hemograma completo, proteína C reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS) cultura para crescimento bacteriano podem auxiliar no diagnóstico e na seleção de uma estratégia terapêutica adequada (BAN *et al.*, 2018)

A intervenção cirúrgica imediata com drenagem das coleções purulentas e manutenção de ventilação adequada é a base do tratamento dos ACP. O manejo conservador pode ser eficaz em pequenas infecções sem evidências de complicações iminentes (BRITO *et al.*, 2017). Independente da abordagem, a antibioticoterapia de amplo espectro deve ser associada de forma a abranger a flora mista responsável pelos ACP. Outras intervenções, como a traqueostomia, podem ser necessárias quando a via aérea está comprometida (PRABHU; NIRMALKUMAR, 2019).

4. CONCLUSÃO

As infecções profundas de cabeça e pescoço constituem uma urgência médica e cirúrgica. A abordagem terapêutica depende do conhecimento das relações anatômicas das fáscias e espaços cervicais, visto que as fáscias - barreiras físicas para a propagação de doenças - direcionam os processos infecciosos quando sua resistência natural é ultrapassada (BRITO *et al.*, 2017).

O desfecho clínico favorável da paciente descrita dependeu da alta suspeição diagnóstica, associado a abordagem cirúrgica com drenagem das coleções purulentas, manutenção de vias aéreas pérvias e antibioticoterapia endovenosa.

5. REFERÊNCIAS

BAN, M.J.; *et al.* **A clinical prediction score to determine surgical drainage of deep neck infection: A retrospective case-control study.** International Journal of Surgery, vol 52, 131-135, abr 2018. doi: 10.1016/j.ijssu.2018.02.024

BRITO, T.P; *et al.* **Abscessos cervicais profundos: estudo de 101 casos.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol 8, n3, 341-348, jun 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.04.004>

BUCKLEY, J.; HARRIS, A.; ADDAMS-WILLIAMS, J. **Ten years of deep neck space abscesses.** The Journal of Laryngology e Otology, vol 133, n4, 324-328, abr. 2019. doi: 10.1017/S0022215119000458

KAUFFMANN, P.; *et al.* **Deep neck infections: a single-center analysis of 63 cases.** *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*, vol 22, n5, 536-541, set 2017. doi: 10.4317/medoral.21799

LI, R.M; KIEMENEY M. **Infections of the Neck.** *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol 37, n1, 95-107, fev. 2019. doi: 10.1016/j.emc.2018.09.003

MOTAHARI, S.J.; *et al.* **Treatment and Prognosis of Deep Neck Infections.** *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India.* vol 67, 134-137, mar. 2015. doi:10.1007/s12070-014-0802-7

OZONO, Y.; *et al.* **Rupture of Internal carotid artery pseudoaneurysm in the sphenoid sinus as a complication of deep neck space infection.** *The Journal of Medical Investigation*, vol 66, n1, 188-189, fev. 2019. doi:10.2152/jmi.66.188

PRABHU, S.R.; NIRMALKUMAR, E.S. **Acute fascial space infections of the neck: 1034 cases in the 17 years follow up.** *Annals of Maxillofacial Surgery*, vol9, n1, 118-123, jun, 2019. doi: 10.4103/ams.ams_251_18

SHIMIZU, Y.; *et al.* **Clinical and bacteriological differences of deep neck infection in pediatric and adult patients:** Review of 123 cases. *International Journal of Pediatric*, vol 99, 95-99, ago 2017. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.05.028

TAPIOVAARA, L.; BACK, L.; ARO, K. **Comparison of intubation and tracheotomy in patients with deep neck infection.** *European Archives of Otorhinolaryngology*, vol 274, n10, 3767-3772, out 2017. doi: 10.1007/s00405-017-4694-5