

# Infecção profunda do pescoço – uma apresentação pouco comum

## *Deep neck infections – an unusual presentation*

Marco Diogo\*, Teresa Pimentel\*\*, Sameiro Ferreira\*\*\*

### Resumo

Os autores descrevem o caso de um fleimão retrofaríngeo numa mulher de 47 anos que se apresentou no serviço de urgência com febre e mialgias com 4 dias de evolução e o aparecimento de um exantema máculo-papular e de cervicálgias intensas com menos de 24 horas de evolução. A relevância deste caso reside no facto de se tratar ainda de uma patologia relativamente comum, que geralmente é diagnosticada e tratada por outras especialidades, tendo sido avaliada por internistas pela apresentação sistémica que o caso teve e pelas suas complicações (com elevadas taxas de mortalidade associadas a estas situações). O quadro clínico evoluiu favoravelmente após instituição de antibioterapia dirigida tendo a doente tido alta assintomática. A propósito deste caso clínico os autores apresentam uma revisão bibliográfica realçando a vertente médica na abordagem deste tipo de infecção.

Palavras chave: infecções profundas do pescoço, celulite do pescoço, abscesso retrofaríngeo, toxicodermia, choque séptico, anti-inflamatórios não esteróides.

### Abstract

*The authors describe a clinical case of a deep neck infection in a 47-year-old woman admitted in the emergency department with a 4 day history of fever and myalgia, associated with a maculopapular eruption and intense cervical pain during the 24 hours prior to admission. The relevance of this presentation, a relatively frequent condition usually treated by other medical specialties, resides in the fact that it was observed and treated by internists because of the systemic form of presentation (which is associated with a high mortality rate). The evolution was favourable after treatment with an appropriate antibacterial agent. The patient was discharged free of symptoms. We took the opportunity to present a bibliographic revision, highlighting the medical (as opposed to the surgical) approach and management of this infection.*

*Key words: deep neck infections, cervical cellulitis, retropharyngeal abscess, cutaneous reaction, septic shock, non-steroidal anti-inflammatory drugs.*

### Introdução

As infecções profundas do pescoço ao nível dos espaços virtuais delimitados pelas fáscias profundas do pescoço são situações graves, com taxas de mortalidade que podem atingir os 40-50% quando na presença de complicações.<sup>1,2</sup> No entanto, estas taxas têm vindo a diminuir com o advento da antibioterapia moderna e melhoria da higiene oral, para além dos novos meios de diagnóstico e de intervenções cirúrgicas mais precoces.<sup>1,2,3</sup> Para as situações fatais que ainda hoje se verificam contribuem complicações como a obstrução

das vias aéreas superiores, mediastinite descendente, empiema pleural, pericardite e derrame pleural, trombose das veias jugulares ou dos seios cavernosos, abscessos epidurais, embolização séptica, ruptura da artéria carótida ou pseudoaneurisma, fistula aórtico-pulmonar, dificuldade respiratória, insuficiência renal aguda, choque séptico ou coagulação intravascular disseminada.<sup>1-4</sup> Em termos de agentes etiológicos encontramos bactérias anaeróbias, como *Bacteroides spp.* e *Peptostreptococcus* (nos casos de origem odontogénica), ou aeróbias, como *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus spp.* (geralmente associado aos casos traumáticos ou idiopáticos).<sup>1-6</sup> Situações como *diabetes mellitus*, insuficiência renal, alcoolismo e cirrose hepática, neoplasias, terapêutica imunomoduladora (como corticosteróides ou citostáticos), violência (nos casos de fracturas mandibulares), uso de drogas endovenosas e má higiene dentária continuam a contribuir hoje em dia para o desenvolvimento deste tipo de infecção.<sup>4,7</sup>

\*Interno Complementar de Medicina Interna

\*\*Assistente Hospitalar de Medicina Interna

\*\*\*Chefe de Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina 2 do Hospital de São Marcos, Braga

Recebido para publicação a 17.02.06

Aceite para publicação a 01.08.2006



Eritema rosa salmão com atingimento dorsal (1) e palmar (2) [na admissão]

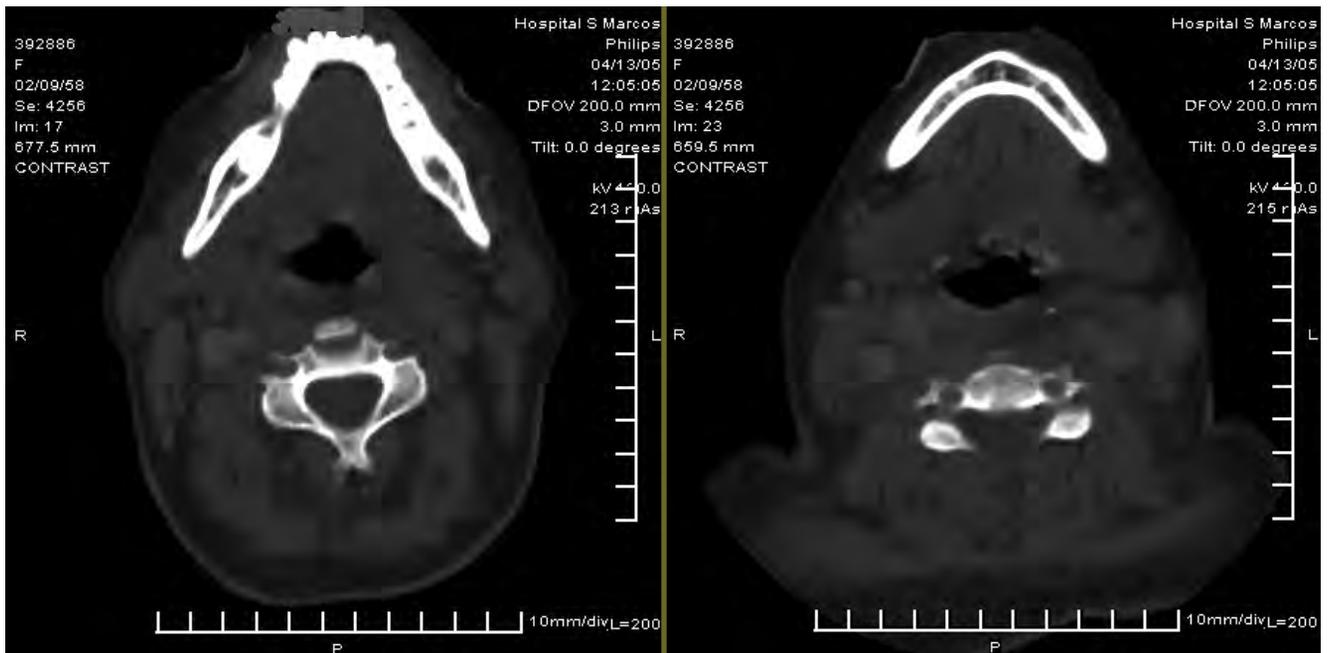
FIG. 1

### Caso clínico

Doente do sexo feminino, de 47 anos de idade, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por apresentar hipertermia (por volta dos 38°C) com 4 dias de evolução associada a mialgias e mal estar generalizados, dores abdominais e urina de aspecto concentrado. Neste período de tempo a doente negou sempre náuseas ou vômitos, disfagia ou odinofagia, trismus, aparecimento de massas ou edema cervical, queixas urinárias ou alterações do trânsito intestinal. Pela sintomatologia alérgica que apresentava ter-se-á auto-medicado com 5-6 saquetas de ibuprofeno 600 mg granulado e 3-4 comprimidos de paracetamol 1 gr efervescente. Referiu o aparecimento de cervicalgias de carácter mecânico e de grande intensidade, com início no dia da vinda ao SU, associado a um exantema máculopapular de aparecimento súbito e cor rosa salmão, não pruriginoso sobretudo ao nível do tronco (com algumas lesões com aspecto em alvo) e de aspecto punctiforme ao nível dos membros (com envolvimento palmar e plantar) – Fig. 1. Antecedentes de febre tifóide aos 26 anos e um quadro de febre de origem indeterminada por volta dos 35 anos. Sem medicação habitual ou alergias conhecidas. História epidemiológica irrelevante, nomeadamente em termos de viagens recentes ou estadias em ambientes rurais, uso de drogas ilícitas ou comportamento sexuais de risco, contactos com pessoas doentes ou com animais. Sem referência a intercorrências infecciosas prévias (nomeadamente do tracto respiratório superior) ou

manipulações dentárias. Na admissão apresentava-se consciente e colaborante, muito queixosa do ponto de vista alérgico, tensionalmente estável e com 37,3°C (temperatura axilar). Sem alterações auscultatórias, peças dentárias em bom estado sem cáries evidentes. Otoscopia, exame da orofaringe e restante exame objectivo sem alterações. Internada com o diagnóstico presuntivo de febre escaro-nodular, foi medicada com antipiréticos (paracetamol e ácido acetilsalicílico) e doxiciclina 100 mg de 12/12h.

A doente sofreu um agravamento clínico significativo no 1º dia de internamento, com um quadro de choque séptico com hipotensão a necessitar de fluidoterapia “agressiva”, dejeções diarreicas abundantes, dificuldade respiratória e oligúria; agravamento das mialgias e cervicalgias. Hipertermia durante a 1ª semana de internamento de difícil controlo por ter sido colocada a hipótese do exantema cutâneo como provável toxicodermia aos analgésicos efectuados em ambulatório. Por apresentar edema cervical e dor à mobilização do pescoço bilateralmente e sem alterações ao nível da orofaringe, foi observada pela ORL, que não detectou qualquer alteração. Do estudo analítico e imagiológico efectuado realça-se uma discreta insuficiência renal aguda (Ur 40 g/dl e creatinina 1,3 mg/dl) e uma PCR de 420,94 mg/l sem leucocitose, estudo da coagulação sem alterações, gasimetria arterial (em ar ambiente) com pH 7,428 CO<sub>2</sub> 27,1 O<sub>2</sub> 180,5 HCO<sub>3</sub> 17,5 e lactatos normais, radiografia do tórax com derrame pleural bilateral de pequeno-médio vo-



TC da região cervical onde é visível uma colecção líquida ao nível do espaço retrofaríngeo (ao 2º dia de internamento).

## FIG. 2

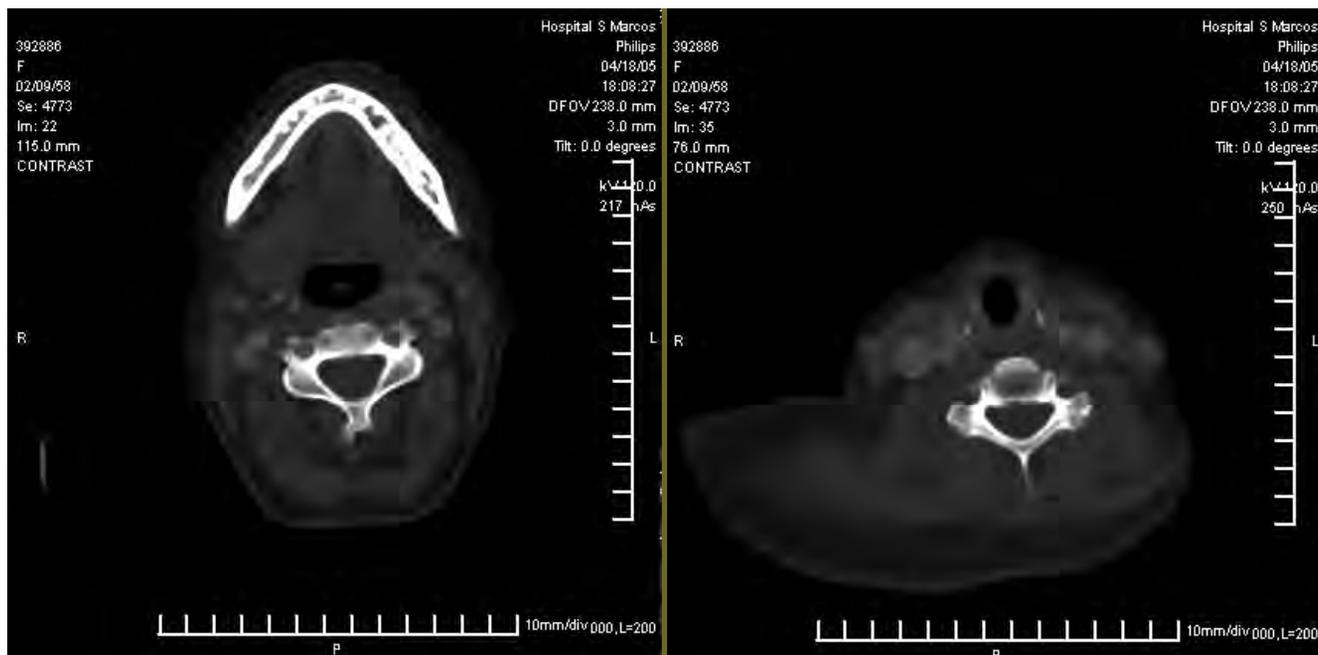
lume sem outras alterações. Ao 2º dia de internamento realizou TC das estruturas do pescoço, que revelou uma "...colecção hipodensa retrofaríngea desde o plano da úvula até à cartilagem cricóide, sendo difícil de estabelecer a origem infecciosa desta colecção... com a porção inferior da amígdala palatina esquerda ligeiramente mais volumosa e hipodensa e celulite da gordura cervical do espaço cervical posterior, sobretudo no espaço infra-hioideu" – Fig. 2. Rastreo séptico efectuado negativo, nomeadamente as hemoculturas para aeróbios, microbiológico e parasitológico de fezes, serologias infecciosas (nomeadamente HIV, vírus das hepatites B e C, EBV e CMV, para *Leptospira*, *Rickettsias* e *Borrelia*, reacções Weil-Félix e Widal, VDRL), estudo imunológico sem alterações (ANAs e ANCA's negativos), biopsia cutânea que revelou um infiltrado linfocitário inespecífico (sem características sugestivas de toxicodermia). Não se tratando de uma colecção líquida de fácil acesso nem de limites bem definidos, optou-se por uma abordagem conservadora com suspensão da doxiciclina ao 5º dia e instituição de amoxicilina/ácido clavulânico 2,2 gr e clindamicina 600 mg EV 8/8h durante 10 dias, tendo a doente ficado apirética após 48 horas com melhoria franca e progressiva da sintomatologia - redução significativa das mialgias e das cervicalgias, melhoria do perfil

tensional com resolução da dificuldade respiratória, lesões cutâneas em regressão. Alta ao 17º dia, perfeitamente assintomática, sem alterações analíticas de relevo e com resolução ad integrum do ponto de vista imagiológico – Fig. 3.

## Comentários

As infecções profundas do pescoço deixaram de ser situações comuns após o advento da antibioterapia, apresentando, no entanto, um elevado potencial de complicações graves e até mesmo mortes, sobretudo se abordadas de uma forma incorrecta<sup>8,9</sup> ou na presença de complicações. Os sintomas e sinais mais comuns na prática clínica são a disfagia e odinofagia, febre, trismus, dor, massa ou edema cervical.<sup>1,2,3,7,10</sup> Muitas vezes os doentes referem uma infecção respiratória superior prévia, infecções ou manipulações dentárias ou otológicas recentes, embora isto nem sempre se verifique<sup>7</sup> ou aconteça semanas antes o que dificulta muitas vezes a identificação da fonte primária da infecção.<sup>1,3</sup> Neste caso a anamnese não permitiu relacionar qualquer um destes eventos com o início da sintomatologia da doente.

Na era pré-antibiótica a maioria das infecções tinha origem faríngea ou amigdalina (70% dos casos), ao passo que as séries mais recentes apontam



Desaparecimento da colecção líquida na TC da região cervical de controlo (ao 8º dia de internamento).

### FIG. 3

as infecções odontogénicas e a sialoadenite como as principais fontes de infecção na actualidade<sup>2-6</sup> nos adultos (a par de situações como a ingestão de corpos estranhos ou devido a procedimentos invasivos, traumatismos locais, uso de drogas ou estados de imunossupressão, entre outras). Pelo contrário, nas crianças deve-se sobretudo ao desenvolvimento dos gânglios linfáticos, o que faz com que este tipo de infecção seja mais prevalente<sup>1,2</sup>. Os agentes bacterianos mais frequentemente isolados são geralmente do tipo aeróbio (em particular os *Streptococcus viridans* e do grupo  $\beta$ -hemolítico, *Staphylococcus aureus* e *Klebsiella pneumoniae*) ou agentes anaeróbios (*Bacteroides* e *Peptostreptococcus*), embora cada vez mais se reconheça o padrão polimicrobiano (até 2/3 dos casos segundo algumas séries) deste tipo de infecção.<sup>2,3,4,6</sup> Entende-se o papel decrescente dos *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico grupo A se tivermos presente que as infecções com ponto de partida faríngeo ou amigdalino são cada vez menos<sup>1,2</sup> e por serem precocemente abordadas e tratadas. Chaplain et al. sugerem que, para além dos agentes microbianos, os corticosteróides e os anti-inflamatórios não esteróides possam desempenhar um papel na etiologia deste tipo de infecção,<sup>10</sup> situação que de facto se verificou no presente caso. Os novos meios de diagnóstico imagiológico têm permitido um

diagnóstico mais precoce das complicações e uma localização mais precisa do local da infecção,<sup>2,8,9,11</sup> com claros benefícios em termos de prognóstico. Destacamos neste campo a tomografia computadorizada, um meio essencial na distinção entre processos de celulite/fleimão e de abscessos com interesse nuclear na abordagem destes doentes (embora esta distinção nem sempre seja fácil de fazer), uma vez que a presença de abscessos deve fazer pensar sobretudo numa exploração cirúrgica com desbridamento do material infeccioso.<sup>2,3</sup> A presença destes abscessos associa-se mais frequentemente a várias comorbilidades (como a diabetes, uremia, cirrose hepática ou doenças do colagénico, entre outras) e a complicações.<sup>3</sup> Na presença de um fleimão ou celulite é admissível optar-se pela abordagem conservadora.<sup>3</sup> As séries recentes demonstram que a abordagem médica não aumenta as taxas de complicações ou de mortalidade,<sup>2</sup> a menos que ocorra a formação de um abscesso que venha a necessitar de drenagem cirúrgica.<sup>5</sup> Ao não recorrer à abordagem cirúrgica (e à colheita directa do líquido infectado) encontramos um dos motivos para em muitos dos casos não se isolar o agente etiológico responsável; outro motivo é a baixa percentagem de hemoculturas positivas (que ronda os 15%) devido ao uso liberal e em altas doses de antibióticos antes

da admissão ou pelas dificuldades técnicas de cultura de organismos, em particular os anaeróbios que são tecnicamente mais difíceis de cultivar, para além de serem agentes muitas vezes subestimados.<sup>3,5</sup> No nosso caso poderemos atribuir o não isolamento do agente etiológico ao facto de não termos obtido líquido infectado sob colheita directa, não se terem feito colheitas *ad initium* a pensar em agentes como os anaeróbios, por exemplo, não podendo excluir o eventual papel etiopatogénico dos anti-inflamatórios (sem grande informação na literatura a este respeito). Em relação à antibioterapia empírica não parece haver grande consenso entre os autores, pelo que devemos ter sempre em conta os agentes microbianos mais prováveis, para procedermos à escolha do(s) antibiótico(s) mais correcto(s). Assim e genericamente, a escolha de um  $\beta$ -lactâmico (do grupo das penicilinas, ou uma cefalosporina) para cobertura dos cocos Gram positivos, uso da clindamicina ou do metronidazol para os agentes anaeróbios e a gentamicina para cobertura dos bacilos Gram negativos (em particular para a *Klebsiella pneumoniae*, que é o agente mais comum entre a população diabética).<sup>1,2,4,5,10</sup> Decidimos optar pela amoxicilina com ácido clavulânico com associação da clindamicina 24 horas depois. Alguns autores preconizam, ainda, a utilização da vancomicina para os toxicodependentes que utilizam a via endovenosa ou no caso das infecções próximas das estruturas do sistema nervoso central.<sup>2</sup> A maior parte dos autores e dos trabalhos consultados recomendam uma duração de 10 dias de tratamento.

As infecções profundas do pescoço são situações clínicas cada vez menos frequentes devido à melhoria das condições de higiene da população, do arsenal terapêutico e dos métodos de imagem de que dispomos. No entanto, e atendendo às situações fatais que podem ocorrer, sobretudo se na presença de complicações ou de uma abordagem incorrecta, devemos ter sempre presente este diagnóstico na nossa prática clínica. ■

## Bibliografia

1. Ling-Feng Wang, Wen-Rei Kuo, Shih-Meng Tsai et al. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: A review of 196 cases. *American Journal of Otolaryngology* 2003 ;24 (2):111-117.
2. R Bottin G, Marioni R Rinaldi et al. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003; 260: 576-579.
3. Tung-Tsun Huang, Tien-Chen Liu, Pier-Rong Chen et al. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head & Neck* 2004: 854-860.
4. António Murinello, Francisco Murinello, M<sup>a</sup> Conceição Loureiro et al. Celu-

- lite e abcesso profundo do pescoço. *Medicina Interna* 2004; 11 (4):203-206.
5. Joacim Staffors, Anna Adielsson, Anders Ebenfelt et al. Deep neck space infections remain a surgical challenge. A study of 72 patients. *Acta Otolaryngol* 2004; 124: 1191-1196.
6. Michael A Rubin, Ralph Gonzales, Merle A Sande. Infection of the upper respiratory tract. In *Harrison's principles of internal medicine* 16<sup>th</sup> edition 2005; 27: 193.
7. Paul W. Gidley, Bechara Y. Ghorayeb, Charles M. Stiernberg. Contemporary management of deep neck space infections. *Otolaryngology – Head and neck surgery online*. 1997; 116:1
8. Jean-Yves Sichel, Itshac Dano, Eitan Hocwald et al. Nonsurgical management of parapharyngeal space infections: a prospective study. *Laryngoscope* May 2002 ;(112): 906-910.
9. Agricio Nubiato Crespo, Carlos Takahiro Chone, Adriano Santana Fonseca et al. Clinical versus computed tomography evaluation in the diagnosis and management of deep neck infection. *São Paulo Medical Journal* 2004 ;122 (6): 259-263.
10. Chaplain A, Gouello JP, Dubin J. Cellulites cervicales nécrosantes aigues à porte d'entrée pharyngée: rôle possible des anti-inflammatoires et non stéroïdiens. A propos de 5 observations. *Rev. Laryngol Otol Rhinol* 1996 ;117:377-380.
11. Ranjanie Gamage. Retropharyngeal abscess. *Arch Neurol* 2000 ;57: 1521.