

ABSCESO DO ESPAÇO PERIGOSO DO PESCOÇO E COMPLICAÇÃO COM MEDIASTINITE EM ESCOLAR.

ABCESS OF DANGEROUS SPACE OF NECK AND COMPLICATIONS WITH MEDIASTINITIS IN STUDENT.

Catarina Bega **FERREIRA**¹, Maurício Marcondes **RIBAS**², Manuel Muinos **VASQUEZ**², Paulo Fernando **SPELLING**², José Leon **ZINDELUK**², Gilberto **PASCOLAT**², Aristides Schier da **CRUZ**², Luiz Cesar **RIBAS**², Carmen Marcondes **RIBAS**², Manoel Alberto **PRESTES**².

Rev. Méd. Paraná/1380

Ferreira CB, Ribas MM, Vasquez MM, Spelling PF, Zindeluk JL, Pascolat G, Cruz AS, Ribas LC, Ribas CM, Prestes MA. Abscesso do Espaço Perigoso do Pescoço e Complicação com Mediastinite em Escolar. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2)56-59.

RESUMO - É relatado um caso de escolar com abscesso de espaço perigoso de pescoço, provavelmente oriundo de uma sinusite inicial, com complicação posterior à mediastinite. Através de drenagem cirúrgica e antibioticoterapia de amplo espectro instituídas precocemente, evitou-se um desfecho fatal, apesar do índice de mortalidade nesses casos chegar até 50% dos casos em alguns serviços.

DESCRITORES - Abscesso, Espaço Perigoso do Pescoço, Infecções Cervicais Profundas, Mediastinite.

INTRODUÇÃO

Abscessos do espaço perigoso do pescoço são infecções cervicais profundas que podem evoluir a emergência ameaçadora de vida, com potencial comprometimento da via aérea e outras complicações catastróficas. Basicamente, este espaço pode ser infectado por duas vias: por contiguidade - infecção de vias áreas adjacente - ou por inoculação direta através de trauma penetrante^{1,2}. Na faixa etária pediátrica, os eventos precursores mais comumente associados são as infecções do trato respiratório superior e o acometimento linfonodal regional, degeneração e supuração, com posterior formação de abscesso¹⁻³. Dentre as complicações mais temidas, a mediastinite vem sendo cada vez mais relacionada às altas taxas de mortalidade por choque séptico⁴. Diante disso, apesar de raros, abscessos cervicais profundos devem ser lembrados nas discussões entre pediatras, já que tendem a se manifestar de maneira sutil e, muitas vezes, culminar em êxito letal.

RELATO DE CASO

Escolar do sexo feminino, cinco anos de idade,

procedente de Curitiba, foi trazida à consulta devido à queixa de tosse produtiva. Segundo relato da mãe, o surgimento da tosse ocorrera há aproximadamente dez dias, no entanto, nos últimos sete, notara piora gradativa da intensidade e do desconforto respiratório, com associação de febre persistente. Há quatro dias, levava a criança em consulta médica, sendo diagnosticado sinusite e receitado amoxicilina – motivo pelo qual fazia uso do antibiótico.

Como história mórbida progressiva, fora submetida à cirurgia de amigdalectomia e adenoidectomia no ano anterior, e fizera uso de ácido valpróico por dois anos devido a convulsões febris, sendo suspensa há quatro meses. Esquema vacinal em dia; sem outros eventos importantes à anamnese.

Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, hipocorada, hidratada, afebril e taquipneica. Sem alterações à ectoscopia da cabeça e da região cervical. À oroscopia, hiperemia orofaríngea, sem petéquias ou exsudato visível. Ausculta torácica sem ruídos adventícios, apesar de um discreto esforço respiratório. Não apresentava outras particularidades nos demais sistemas e mantinha boa perfusão periférica. Após exame físico, procedeu-se internação hospitalar.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

1 - Médico do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

2 - Professor do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

No primeiro dia de internação, foi realizado hemograma, que evidenciou leucocitose importante com desvio à esquerda e raio X de tórax, com alargamento de mediastino (Fig.1). Isto posto, foi requisitado uma tomografia computadorizada de tórax/pescoço, a qual evidenciou estrutura de densidade líquida sugestiva de lesão infecciosa/inflamatória mediastinal no espaço carotídeo direito e espaço perigoso do pescoço (Fig.2). Diante disso, a paciente foi avaliada pelas equipes de otorrinolaringologia e cirurgia torácica, sendo decidido por torcotomia para drenagem do abscesso e traqueostomia a fim de assegurar a via aérea.

Feito o procedimento cirúrgico e drenado grande quantidade de secreção purulenta, a paciente retornou à enfermaria com dreno torácico e foi mantida em ventilação mecânica por 18 horas, com antibioticoterapia empírica de amplo espectro (clindamicina, ceftriaxona e metronidazol).

Ao longo dos dias subsequentes, a paciente evoluiu bem, com padrão respiratório bom em ar ambiente com cânula traqueal metálica, hemocultura e cultura de secreção negativas, e retirada dos drenos de mediastino e tórax nos terceiro e oitavo dias pós-operatório, respectivamente. Após completados quinze dias de antibioticoterapia, recebeu alta hospitalar com acompanhamento agendado no ambulatório da cirurgia torácica, a fim de observar evolução clínica e fazer a retirada gradual da cânula traqueal.

FIG. 1: RAI X DE TÓRAX: OPACIDADE APICAL EM HEMITÓRAX DIREITO SUGESTIVA DE ALARGAMENTO DO MEDIASTINO.

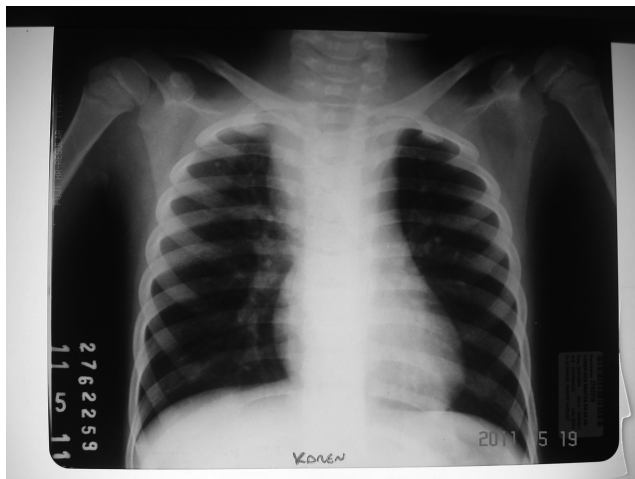
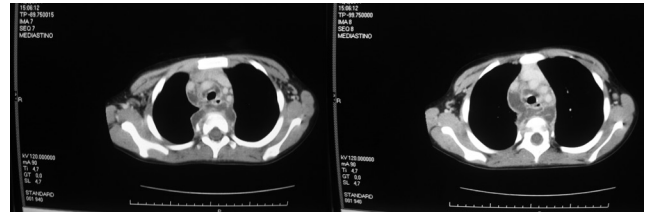


FIG. 2: TOMOGRAFIA DE TÓRAX/PESCOÇO: ESTRUTURA COM DENSIDADE LÍQUIDA E REALCE PERIFÉRICO LOCALIZADA NO ESPAÇO CAROTÍDEO INFRA-HIÓIDEO À DIREITA E NO ESPAÇO PERIGOSO DO PESCOÇO, COM EXTENSÃO PARA MEDIASTINO ANTERIOR E MÉDIO, NOTADAMENTE REGIÃO PARA-TRAQUEAL DIREITA E MEDIASTINO MÉDIO INFRACARINAL.



DISCUSSÃO

Em termos simples, abscesso profundo do pescoço é uma coleção de pus num potencial espaço cercado por fásia. Dentre os espaços cervicais, tem-se os pan-cervicais, que envolvem todo o comprimento cervical, os supra-hióideos, que se localizam acima do osso hióide, e os infra-hióideos, abaixo desse mesmo osso. O espaço perigoso do pescoço (*danger space*) é um dos pan-cervicais, assim como o retrofaríngeo (ou visceral posterior), o pré-vertebral e o vascular.

Anatomicamente, o espaço perigoso do pescoço está entre as lâminas alar e pré-vertebral da camada profunda da fásia profunda, da base do crânio até mediastino posterior (T5/T6). Diferentemente do espaço anterior, que é fechado inferiormente como um saco, este se comunica livremente abaixo com o mediastino e permite que a infecção tenha um rumo caudal para locais mais perigosos. É limitado lateralmente pela fusão entre as lâminas alar e pré-vertebral nos processos transversos das vértebras^{5,6}.

FIG. 3: ESQUEMA DE CORTE SAGITAL MEDIANO DO PESCOÇO EVIDENCIANDO OS PRINCIPAIS ESPAÇOS CERVICAIS E ESTRUTURAS RELACIONADAS.

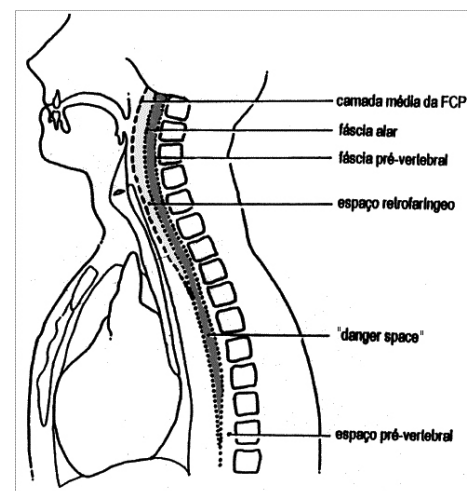
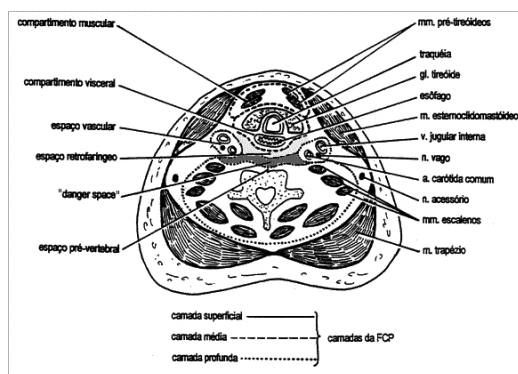


FIG. 4: ESQUEMA DE CORTE AXIAL DO PESCOÇO AO NÍVEL DO ISTO DA TIREÓIDE EVIDENCIANDO ESPAÇOS CERVICAIS E ESTRUTURAS RELACIONADAS.



Os abscessos do pescoço são, geralmente, precedidos por infecções bacterianas do trato respiratório superior. A causa mais comum nas crianças é a tonsilite, seguida por infecções de outros vários sítios, incluindo cavidades nasais, seios paranasais, faringe, glândulas salivares, ouvidos e dentes^{2,3}. Trauma penetrante na orofaringe é outra importante causa de infecção e incluem ingestão de corpo estranho e causas iatrogênicas, como endoscopia e injeções dentais. Do sítio primário, a infecção se espalha por contiguidade entre os planos fasciais, onde podem evoluir de celulite a abscesso. Como o intervalo entre o início da infecção e sua subsequente complicação pode chegar a semanas, muitas vezes é difícil discernir a fonte primária causadora. No caso relatado, uma das hipóteses suspeitadas foi a de que a sinusite recente teria iniciado o processo infeccioso que, em quatro dias, culminaria em mediastinite.

O volume das coleções, associado ao processo inflamatório adjacente, pode levar ao comprometimento das vias aéreas superiores, requerendo algumas vezes procedimentos de emergência para suporte respiratório – como a traqueostomia realizada no caso estudado. O quadro infeccioso é de difícil controle, especialmente quando existe progressão da coleção para outros espaços cervicais ou torácicos. A presença de mediastinite e suas complicações (empiemas, pericardite, ruptura de vasos) determinam grande mortalidade.

Sintomatologicamente, uma gama de queixas pode ser referida durante o atendimento médico a depender da localização, extensão e presença de complicações. Odinofagia, disfagia, tosse, disfonia, dor à mobilização do pescoço, febre, hiporexia, trismo e irritabilidade são algumas delas^{1,2,4}. Dificuldade respiratória pode estar presente nos casos em que haja algum grau de obstrução das vias aéreas^{2,4}. No caso em discussão, tosse e febre eram as queixas iniciais e, posteriormente, disfagia e dificuldade respiratória – o que nos indicaram evolução desfavorável à mediastinite.

Entre as opções de exames de imagem, a radiografia é de ajuda limitada, uma vez que dificilmente expõe

estruturas dos espaços cervicais profundos; entretanto, a radiografia de tórax pode mostrar o alastramento do abscesso quando este alcança o mediastino. Já a ultrassonografia, por ser não-invasiva e livre de radiação, tem importante papel no diagnóstico dos abscessos em crianças, podendo identificar a localização, tamanho e estruturas envolvidas, além de características internas da lesão. A tomografia computadorizada é o melhor e mais usado exame radiológico, sendo superior à ultrassonografia quanto à determinação da extensão de massas no pescoço. Além disso, pode diferenciar massas sólidas e celulites dos abscessos, bem como complicações vasculares, como a trombose, quando usado contraste endovenoso. Diferentemente da tomografia, a ressonância magnética não envolve radiação e tem qualidade superior em mostrar tecidos moles, embora necessite de sedação prolongada do paciente – o que não seria interessante naqueles com comprometimento de vias aéreas superiores. Sendo assim, fica reservado aos casos em que a tomografia não obteve sucesso.

Quanto aos diagnósticos diferenciais, lesões congênicas, tumores, abscessos cervicais superficiais e massas de origem desconhecidas podem confundir o pediatra no primeiro instante. Lesões císticas congênicas de cabeça e pescoço, como higroma cístico e cisto de ducto tireoglossal, podem mimetizar abscessos, apesar de não manifestarem sintomas agudos de infecção. Da mesma forma, tumores benignos, como a neurofibromatose, e malignos, como o linfoma e o rhabdomyosarcoma, também não o fazem tipicamente. Outras infecções que envolvem adenopatia no pescoço são: doença da aranha de gato, tuberculose, SIDA, mononucleose e, mais raramente, doença de Kawasaki³.

A infecção dos abscessos cervicais profundos geralmente é polimicrobiana, com organismos gram-positivos e anaeróbios predominantemente^{3,4,7}. A fonte é, geralmente, proveniente da flora orofaríngea, sendo a causa mais comum os estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Da mesma forma, *Staphylococcus aureus* também é bastante comum. Dos anaeróbios, *Bacteroides* são os mais envolvidos. Outros germes incluem *Haemophilus parainfluenzae* e *Veillonella*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* e *Eikenella*. Uma consideração que deve ser lembrada é a possibilidade da síndrome de Lemierre (tromboflebite séptica da veia jugular interna a partir de uma infecção de cabeça e pescoço)³. Neste caso, a bactéria protagonista é o anaeróbio *Fusobacterium necrophorum*.

A drenagem cirúrgica impõe-se de forma a remover o exsudato contido no espaço acometido e, associado a isso, a antibioticoterapia deve ser instituída imediatamente após a coleta de culturas, mesmo que de forma empírica^{8,9}. Como descrito no relato de caso, o antibiótico já estava sendo administrado via oral devido à suspeita de sinusite inicial. O resultado disso foram as culturas, tanto do sangue quanto da secreção, que vieram negativas em ambas. Outra suposição para a ausência de crescimento bacteriano foi a da partici-

pação de germes anaeróbios, os quais não são rotineiramente pesquisados. Dessa forma, como previsto na literatura, a escolha dos antimicrobianos baseou-se na flora local, sendo instituído o uso de ceftriaxona, clindamicina e metronidazol.

A importância desse relato de caso é mostrar que os abscessos do espaço perigoso do pescoço podem, muitas vezes, evoluir desfavoravelmente. Atenção aos

sinais clínicos no pronto-atendimento e antibioticoterapia de amplo espectro associada à drenagem cirúrgica precoce foram essenciais para o desfecho bem sucedido do caso em questão, contrariando as estatísticas mundiais de mortalidade – que chegam a perfazer mais de 50% dos casos de mediastinite.

Ferreira CB, Ribas MM, Vasquez MM, Spelling PF, Zindeluk JL, Pascolat G, Cruz AS, Ribas LC, Ribas CM, Prestes MA. Abscess of Dangerous Space of Neck and Complications with Mediastinitis in Student. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2):51-55.

ABSTRACT - It is reported a case with school abscess neck dangerous space, probably originating from an initial sinusitis with subsequent complication to mediastinitis. By surgical drainage and antibiotics broad spectrum started early, avoided a fatal outcome, although the mortality rate in these cases reach 50% of cases in some services.

KEYWORDS - Abscess, Dangerous Space Neck, Deep Neck Infections. Mediastinitis.

REFERÊNCIAS

1. ACEVEDO, J. L. et al. Pediatric Retropharyngeal Abscess Clinical Presentation. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/995851-clinical#showall>> Acesso em: 09/09/2011.
 2. SENNES, L. U. et al. Mediastinite como Complicação dos Abscessos Cervicais Profundos: as Vias de Propagação. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 62, n. 2. mar/abril, 1996.
 3. NICKLAUS, P. J.; KELLEY, P. E. Management of Deep Neck Infection. Pediatric Clinics of North America. v. 43. dez, 1996.
 4. SUEHARA, A. B. et al. Infecções Cervicais Profundas: Análise de 80 Casos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 74, n. 2. mar/abril, 2008.
 5. CANIELLO, M. Anatomia Cervical Cirúrgica. Disponível em: <http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_18.pdf> Acesso em: 09/09/2011.
 6. DURAZZO, M. et al. Os espaços cervicais profundos e seu interesse nas infecções da região. Revista Associação Médica Brasileira. v. 43, p. 119-126, 1997.
 7. CHANG, L. CHI, H. CHIU, N.-C. HUANG, F.-Y.; LEE, K.-S. Deep neck infections in different age groups of children. Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi, v. 43, n. 1, p. 47-52, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434123>>. Acesso em: 9/9/2011.
 8. GRISARU-SOEN, G. KOMISAR, O. AIZENSTEIN, O. et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children--epidemiology, clinical features and treatment. International journal of pediatric otorhinolaryngology, v. 74, n. 9, p. 1016-20, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598378>>. Acesso em: 09/09/2011.
 9. MARQUES, P. M. DOS S. SPRATLEY, J. E. F. LEAL, L. M. M. CARDOSO, E.; SANTOS, M. Parapharyngeal abscess in children: five year retrospective study. Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 75, n. 6, p. 826-30, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20209282>>. Acesso em: 09/09/2011.
-