

O Uso da Tomografia Computadorizada no Diagnóstico do Abscesso Peritonsilar

Use of Computerized Tomography in the Diagnosis of Peritonsillar Abscess

*Sergio Ramos**, *Rosângela Faria Ramos***, *Henrique Faria Ramos****, *Bernardo Faria Ramos*****.

* Professor Doutor de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Espírito Santo e Chefe do Serviço de ORL do Hospital Universitário da UFES.

** Doutora em Otorrinolaringologista pela Unifesp.

*** Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo.

**** Estudante de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário "Cassiano Antônio Moraes" – UFES – Vitória / ES e apresentado no XLIII Congresso Médico Estadual da AMES, realizado em Vitória, ES de 16 a 19 de outubro de 2002.

Endereço para correspondência: Sergio Ramos – Avenida Saturnino de Brito, 256 – Enseada do Suá – Vitória / ES – CEP 29050-385 – Telefone: (27) 33451600 – Fax: (27) 33450195 – E-mail: sramos@tropical.com.br.

Artigo recebido em 19 de maio de 2005. Artigo aceito com modificações em 5 de outubro de 2005.

RESUMO

Introdução:

O abscesso peritonsilar é a complicação mais comum das infecções supurativas dos espaços perifaringeos. Os pacientes queixam-se de odinofagia intensa, febre e trismo. O exame físico sugere toxemia e a faringoscopia mostra edema unilateral da área peritonsilar, com desvio contralateral da úvula e abaulamento da região pósterolateral do palato mole, o que não é de difícil diagnóstico na maioria das vezes.

Objetivo:

Apresentar a tomografia computadorizada como um elemento importante de exame complementar dos processos infecciosos agudos da orofaringe, especialmente aqueles de difícil identificação e diagnóstico.

Relato do caso:

Paciente do sexo masculino, 42 anos, com queixas de odinofagia intensa há três dias, sem febre. O exame otorrinolaringológico convencional e a laringoscopia demonstravam apenas uma assimetria discreta das tonsilas palatinas sem sinais aparentes de infecção. O uso de anti-inflamatório não-esteroidal não melhorou o quadro clínico. A TC da faringe e da região cervical evidenciou uma estrutura nodular bem definida com centro hipodenso e impregnação anelar pelo meio de contraste iodado, medindo cerca de 1,8 x 1,5cm no pilar amigdaliano anterior direito, sugerindo um pequeno abscesso nesta região. Estabelecido o diagnóstico, o tratamento clínico com levofloxacina melhorou os sintomas e normalizou a TC após três semanas.

Conclusões:

O tratamento das infecções supurativas dos espaços perifaringeos deve ser o mais precoce possível, evitando assim as suas complicações, principalmente a disseminação do processo infeccioso para as regiões subjacentes. Na revisão de literatura encontra-se indicação de TC para confirmação de diagnóstico e para avaliar os riscos do tratamento cirúrgico.

Unitermos:

abscesso peritonsilar, abscesso retrofaringeo.

SUMMARY

Introduction:

Peritonsillar abscess is the most common deep suppurative infection of the parapharyngeal space. The presenting symptoms include severe odinophagia, fever and trismus. The physical examination shows toxic signs, and the pharyngoscopy demonstrates unilateral edema of the peritonsillar area, with contralateral deviation of the uvula and enlargement of the postero-lateral area of the soft palate, suggesting the diagnosis most times.

Objective:

The authors present the computerized tomography as an important complementary device in the acute oropharynx infections, specially the ones that demand a differential diagnosis.

Report:

A male patient, 42 years old, complained of odynophagy during three days, without fever. The ENT examination and videolaryngoscopy displayed only a slight asymmetry of palatine tonsils without apparent signs of infection. The clinical course didn't improve with the use of non-steroid anti-inflammatory agents. The CT of pharynx and cervical region demonstrated a well-defined nodular structure, with hypodense center and ring-like impregnation with iodine contrast, measuring 1.8 x 1.5 cm on the right anterior pillar, suggesting a little abscess in this area. After the diagnosis, the clinical treatment with levofloxacin caused improvement of the symptoms and normalization of the CT after three weeks.

Conclusion:

The treatment of deep suppurative infections of the parapharyngeal space must be early and requires immediate diagnosis to avoid life-threatening complications that may accompany such infections. In the literature revision computed tomography is indicated to elucidate the diagnosis, to investigate the anatomical relationship between the abscess and the parapharyngeal space and also to determine safe surgical access.

Keywords:

peritonsillar abscess, retropharyngeal abscess, quinsy

INTRODUÇÃO

O abscesso peritonsilar é a complicação mais comum das infecções supurativas dos espaços perifaríngeos. Os pacientes se queixam de odinofagia intensa, febre e apresentam trismo. Ocorrem sempre em conseqüência de uma infecção de vizinhança, sobretudo da orofaringe ou dos dentes, podendo raramente advir de processos sinusais ou mesmo otológicos (1,2). O exame físico é de um paciente com aparente toxemia e a faringoscopia mostra edema unilateral da área peritonsilar com desvio contralateral da úvula e abaulamento da região póstero-lateral do palato mole, o que não é de difícil diagnóstico na maioria das vezes. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino com 42 anos de idade com queixas de odinofagia intensa, sem febre. O exame otorrinolaringológico convencional e a televideolaringoscopia eram praticamente normais. O uso de antiinflamatório não-esteroidal não melhorou o quadro, sendo então solicitado uma tomografia computadorizada de pescoço e região faríngea que evidenciou estrutura nodular bem definida, com centro hipodenso e impregnação anelar pelo meio de contraste iodado, localizada no pilar amigdaliano anterior direito, sugerindo um pequeno abscesso nesta região. Estabelecido o diagnóstico, o tratamento clínico com levofloxacina levou à melhora dos sintomas e à normalização da TC após três semanas.

REVISÃO DA LITERATURA

Embora o diagnóstico clínico seja na maioria das vezes de fácil execução, no caso apresentado apenas a tomografia computadorizada esclareceu as queixas do paciente. Na revisão de literatura, encontra-se a indicação da tomografia computadorizada para confirmar o diagnóstico. Também está indicada a ultrassonografia para confirmação do diagnóstico e sua evolução, quando se pode avaliar se o processo ainda é de uma celulite peritonsilar ou se já existe uma coleção purulenta, útil para se decidir sobre o tratamento clínico ou cirúrgico da doença (3,4). A tomografia computadorizada também tem sido usada para avaliar os riscos do tratamento cirúrgico, considerando que o contraste localiza o trajeto da artéria carótida interna que caminha medialmente no espaço perifaríngeo médio (5).

Segundo os dados da literatura os germes causadores desta supuração são aqueles encontrados nas infecções das vias aero-digestivas superiores, tanto aeróbios quanto anaeróbios e a causa principal desta complicação seria a seleção microbiana em razão de uma antibioticoterapia mal prescrita ou mal usada. Os germes aeróbios mais encontrados nas culturas realizadas são o *Streptococcus pyogenes* alfa e beta hemolítico do grupo A e o *Staphylococcus*

aureus e mais raramente o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae*, a *Klebsiella pneumoniae* e a *Escherichia coli*. Dentre os germes anaeróbios os mais freqüentes são os *Bacteroides* sp, *Peptococcus* sp, *Peptostreptococcus* sp e *Actinomyces* sp (6,7).

A antibioticoterapia deve ser agressiva e considerando-se a flora mais comumente encontrada as escolhas são: penicilina G, as cefalosporinas de terceira geração, os imidazólicos e as quinolonas. Na rotina clínica o estudo bacteriológico é dispensável, mas deve ser recomendado naqueles pacientes com grande probabilidade de apresentarem microorganismos resistentes como nos diabéticos, nos imunocomprometidos e naqueles que apresentam abscessos periamigdalianos recorrentes (7). O tratamento clínico é usado na fase de celulite e o tratamento cirúrgico quando a coleção purulenta se instala. Nos adultos deve ser realizada a drenagem com anestesia local injetando-se lidocaína na mucosa do pilar anterior da fôssula tonsilar, bloqueando assim o ramo tonsilar do nervo glossofaríngeo. Faz-se uma punção com agulha de grosso calibre para localizar a coleção purulenta, procedendo imediatamente uma incisão no pilar anterior. Divulsiona-se e amplia-se a abertura e aspira-se o exsudato presente. Nesta fase, a antibioticoterapia pode se tornar oral até que todo o processo infeccioso seja debelado. Deve ser indicado tonsilectomia após a resolução total do processo embora alguns autores realizem a tonsilectomia neste mesmo ato cirúrgico da drenagem do abscesso. Nas crianças a drenagem do abscesso deve ser realizada sob anestesia geral (8-11).

As complicações graves são raras e a indicação de tonsilectomia se impõe, ou durante a drenagem do abscesso ou mesmo após a cura da fase aguda porque as recidivas são freqüentes e cada vez piores predispondo às complicações. Há relatos de fascíte necrotizante dos tecidos conjuntivos e musculares adjacentes com alta mortalidade sobretudo nos pacientes debilitados ou imunocomprometidos (12,13).

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino com 42 anos de idade com queixas de odinofagia intensa, sem febre e o exame otorrinolaringológico convencional e a televideolaringoscopia eram praticamente normais. O uso de antiinflamatório não-esteroidal não melhorou o quadro sendo então solicitado uma tomografia computadorizada de pescoço e região faríngea que evidenciou estrutura nodular bem definida, com centro hipodenso e impregnação anelar pelo meio de contraste iodado, medindo cerca de 1,8 x 1,5 cm nos seus maiores diâmetros transversos, localizada no pilar amigdaliano an-

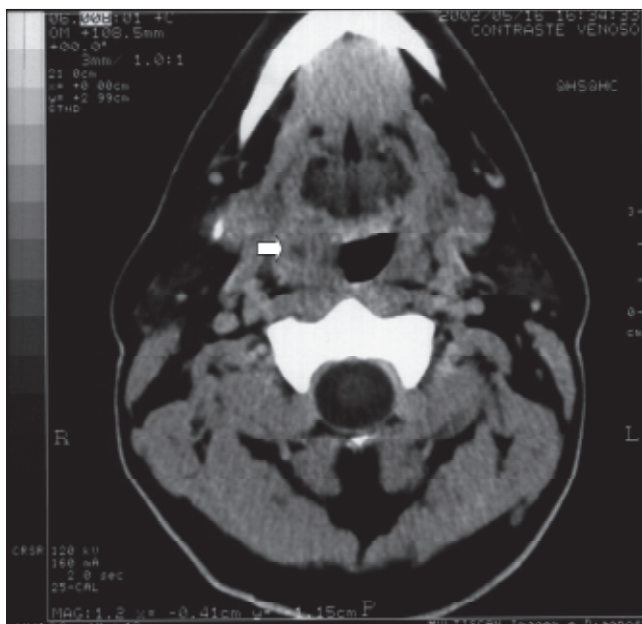


Figura 1. TC de faringe e região cervical evidenciando estrutura nodular bem definida, com centro hipodenso e impregnação anelar pelo meio de contraste iodado, medindo cerca de 1,8 x 1,5 cm nos seus maiores diâmetros transversos, localizada no pilar amigdaliano anterior direito.

terior direito devendo corresponder a um pequeno abscesso nesta região (Figura 1). Estabelecido o diagnóstico, o tratamento clínico com levofloxacina, tornou o paciente assintomático e duas semanas depois a tomografia computadorizada estava normal (Figura 2). Embora o diagnóstico clínico seja na maioria das vezes de fácil execução, apenas a tomografia computadorizada esclareceu as queixas do paciente.

DISCUSSÃO

O diagnóstico do abscesso peritonsilar na maioria das vezes é de fácil execução, e assim que se tenha certeza dele o tratamento deve ser imediato para se evitar as complicações locais e sistêmicas, bem como aliviar o sofrimento do paciente. O tratamento cirúrgico de drenagem do abscesso muitas das vezes é realizado precocemente ou adiado pela dúvida da existência ou não de uma coleção purulenta na infecção peritonsilar, tratando-se apenas de uma celulite, já que as queixas das duas condições são idênticas bem como o exame físico. O diagnóstico de certeza é complementado pela aspiração com agulha de grosso calibre e drenagem do abscesso, depois de localizado e se existente, seguido de antibioticoterapia. O caso que apresentamos só foi diagnosticado através da tomografia computadorizada e embora o tratamento tenha sido exclusivamente clínico a certeza do diagnóstico foi em razão da resposta a

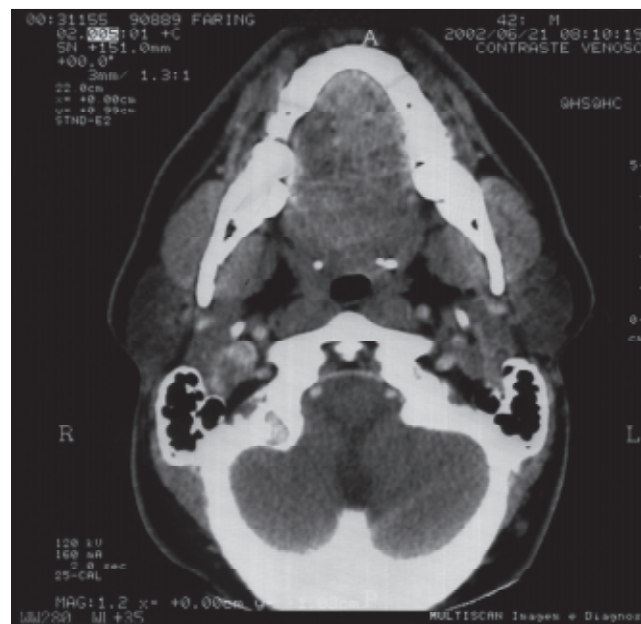


Figura 2. TC de faringe e região cervical normal, três semanas após o tratamento com levofloxacina.

antibioticoterapia. Scott et al. (1999) em um estudo prospectivo de 14 pacientes com infecção peritonsilar concluiu que a impressão clínica teve a sensibilidade de 78% e especificidade de 50% para o abscesso peritonsilar (4). A TC apresentou uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 75% e o ultrassom uma especificidade de 89% e sensibilidade de 100%, recomendando ainda o último como exame importante no diagnóstico diferencial entre o abscesso peritonsilar e a celulite peritonsilar. Miziara et al. (2001) recomendam o ultra-som como um bom método para o diagnóstico diferencial entre as duas entidades clínicas, tendo encontrado uma sensibilidade de 92.3 % e uma especificidade de 62.3% (3). Ishii et al. (2002) preconizam o uso da TC com contraste para investigar as relações anatômicas entre o abscesso e o espaço parafaríngeo, para determinar os locais cirúrgicos mais apropriados para a drenagem, considerando as situações anatômicas do abscesso com a artéria carótida, a veia jugular interna e os nervos que se situam no espaço parafaríngeo (5). O diagnóstico diferencial deve ser feito também com os tumores das tonsilas palatinas e com a mononucleose infecciosa.

Recomenda-se a tonsilectomia nos casos de abscesso peritonsilar, entretanto o paciente recusou-se ser submetido à cirurgia proposta. Até a presente data, 5 anos após a instalação e tratamento do quadro, o paciente está assintomático não tendo tido recidiva da infecção peritonsilar e nem outras tonsilites agudas.

Há controvérsias sobre quando realizar as tonsilectomias nos casos de abscesso peritonsilar. Alguns autores realizam a cirurgia no próprio ato da drenagem do abscesso e outros realizam a drenagem em um primeiro tempo orientando a tonsilectomia após cura do quadro agudo. Raut e Yung (2000) conduziram um estudo de seus próprios pacientes e de uma enquete com vários otorrinolaringologistas da Inglaterra e concluíram que a tonsilectomia no abscesso peritonsilar deve ser realizada como o tratamento definitivo naqueles pacientes que tem história passada de tonsilite aguda e só a história clínica seria o indicativo do tratamento radical, tanto nas crianças como nos adultos (10). A maioria destes pacientes que foram hospitalizados e não foram submetidos à tonsilectomia estavam assintomáticos 2 a 8 anos após o tratamento clínico ou drenagem. A tonsilectomia deve ser indicada nos poucos casos em que o tratamento conservador não surte efeito.

COMENTÁRIOS FINAIS

Os autores apresentam a tomografia computadorizada como um elemento importante como exame complementar dos processos infecciosos agudos de orofaringe, especialmente aqueles de difícil identificação e diagnóstico. O tratamento das infecções supurativas dos espaços perifaríngeos deve ser o mais precoce possível evitando as complicações de disseminação do processo para toda a topografia regional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*, 2002, 65(1): 93-6.
2. Abu el-Naaj I, Krausz A, Ardekian L, Peled M. Parapharyngeal and peritonsillar infection following mandibular third molar extraction. *Refuat Hapeh Vehashinayim*, 2001, 18(3-4): 35-9, 109-10.
3. Miziara ID, Koishi HU, Zonato AI, Valentini M, Miniti A, Menezes MR. The use of ultrasound evaluation in the diagnosis of peritonsillar abscess. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*, 2001, 122(3): 201-3.
4. Scott PM, Loftus WK, Kew J, Ahuja A, Yue V, van Hasselt CA. Diagnosis of peritonsillar infections: a prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. *J Laryngol Otol*, 1999, 113(3): 229-32.
5. Ishii K, Aramaki, Arai Y, Uchimura K, Okabe K, Nishida M, Yoda K. Evaluation of safe surgical treatment of peritonsillar abscess using computed tomography. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*, 2002, 105(3): 249-56.
6. Fujiyoshi T, Inaba T, Udaka T, Tanabe T, Yoshida M, Kakishima K. Clinical significance of the *Streptococcus milleri* group in peritonsillar abscesses. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*, 2001, 104(9): 866-71.
7. Cherukuri S, Benninger MS. Use of bacteriologic studies in the outpatient management of peritonsillar abscess. *Laryngoscope*, 2002, 112(1): 18-20.
8. Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS, Salman SD. Selection of antibiotics after incision and drainage of peritonsillar abscesses. *Otolaryngol Head and Neck Surg*, 1999, 120(1): 57-6.
9. Windfuhr JP, Chen YS. Immediate abscess tonsillectomy – a safe procedure? *Auris Nasus Larynx*, 2001, 28(4): 323-7.
10. Raut VV, Yung MW. Peritonsillar abscess: the rationale for interval tonsillectomy. *Ear Nose Throat J.*, 2000, 79(3): 206-9.
11. Luhmann JD, Kennedy RM, McAllister JD, Jaffe DM. Sedation for peritonsillar abscess drainage in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 2002, 18(1): 1-3.
12. Goldenberg D, Golz A, Netzer A, Flax-Goldenberg R, Joachims HZ. Synergistic necrotizing cellulitis as a complication of peritonsillar abscesses. *Am J Otolaryngol*, 2001, 22(6): 415-9.
13. Safak MA, Haberal I, Kiliç D, Göçmen H. Necrotizing fasciitis secondary to peritonsillar abscess: a new case and review of eight earlier cases. *Ear Nose Throat J*, 2001, 80(11): 824-30, 833.