ABSCESSO RETROFARÍNGEO NA INFÂNCIA: PREDITORES DE FALHA DO TRATAMENTO CLÍNICO

RETROPHARYNGEAL ABSCESS IN CHILDREN: PREDICTORS OF FAILURE OF MEDICAL TREATMENT

ABSCESO RETROFARÍNGEO EN LA INFANCIA: PREDICTORES DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO CLÍNICO

10.56238/IIMedCientifica-150

Natalia Rosa Pelielo
Instituição: Universidade de Marília (UNIMAR)
E-mail: Nati.r.pelielo@gmail.com

Karolline Pena Cerqueira
Instituição: Universidad Nacional Ecologica
E-mail: karollinepenacerqueira@gmail.com

Gabriel Siqueira Grabski
Instituição: Universidade Cesumar de Maringá
E-mail: Gabrielgrabski1@gmail.com

Amanda Menezes Brambila
Instituição: Universidade Cesumar de Maringá
E-mail: Amandabrambila19@gmail.com

Maria Eduarda Menck Vieira
Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)
E-mail: memvieira@uniara.edu.br

João Vinícius Doring Belo
Instituição: São Leopoldo Mandic
E-mail: joaovdbelo@outlook.com

Gabriela Viana Sales
Instituição: Universidade de Cuiabá (UNIC)
E-mail: Gabrielavsalees@gmail.com

RESUMO
INTRODUÇÃO: O abscesso retrofaríngeo é uma infecção cervical profunda predominante em crianças pequenas, potencialmente associada a obstrução de via aérea, mediastinite e sepse. Pacientes clinicamente estáveis podem ser inicialmente tratados com antibioticoterapia intravenosa, porém parte deles necessita de drenagem cirúrgica. OBJETIVO: Identificar fatores clínicos, laboratoriais e

radiológicos associados à falha do tratamento clínico do abscesso retrofaríngeo pediátrico. METODOLOGIA: Realizou-se revisão narrativa estruturada nas bases PubMed e Scopus, priorizando estudos pediátricos que compararam antibioticoterapia isolada e necessidade subsequente de drenagem. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O tamanho da coleção é o fator mais consistentemente relacionado à falha do tratamento exclusivamente clínico. Lesões com diâmetro superior a aproximadamente 2 cm ou área transversal superior a 2 cm² apresentam maior probabilidade de intervenção cirúrgica. Idade mais jovem, duração prolongada dos sintomas, leucocitose acentuada, necessidade de terapia intensiva e achados tomográficos compatíveis com abscesso verdadeiro também foram associados à falha em algumas coortes. Realce periférico na tomografia aumenta a probabilidade de obtenção de conteúdo purulento durante a drenagem, mas nenhum achado isolado apresenta precisão suficiente para determinar cirurgia. CONCLUSÃO: Crianças estáveis podem ser submetidas a tentativa inicial de antibioticoterapia intravenosa com monitorização rigorosa. Coleções maiores, idade reduzida e ausência de melhora clínica nas primeiras 24–48 horas devem reduzir o limiar para drenagem cirúrgica.

Palavras-chave: Abscesso Retrofaríngeo. Infecção Cervical Profunda. Pediatria. Antibioticoterapia. Drenagem Cirúrgica.

ABSTRACT
INTRODUCTION: Retropharyngeal abscess is a deep cervical infection predominantly occurring in young children, potentially associated with airway obstruction, mediastinitis, and sepsis. Clinically stable patients may initially be treated with intravenous antibiotic therapy; however, some require surgical drainage. OBJECTIVE: To identify clinical, laboratory, and radiological factors associated with failure of medical treatment of pediatric retropharyngeal abscess. METHODOLOGY: A structured narrative review was performed in PubMed and Scopus databases, prioritizing pediatric studies that compared antibiotic therapy alone and subsequent need for drainage. RESULTS AND DISCUSSION: Collection size is the factor most consistently related to failure of medical treatment alone. Lesions with diameter greater than approximately 2 cm or cross-sectional area greater than 2 cm² are more likely to require surgical intervention. Younger age, prolonged symptom duration, marked leukocytosis, need for intensive care, and computed tomography findings compatible with true abscess were also associated with treatment failure in some cohorts. Peripheral enhancement on computed tomography increases the probability of obtaining purulent content during drainage, but no single finding has sufficient accuracy to determine surgical intervention. CONCLUSION: Stable children may be submitted to initial attempt at intravenous antibiotic therapy with rigorous monitoring. Larger collections, reduced age, and absence of clinical improvement within the first 24–48 hours should lower the threshold for surgical drainage.

Keywords: Retropharyngeal Abscess. Deep Cervical Infection. Pediatrics. Antibiotic Therapy. Surgical Drainage.

RESUMEN
INTRODUCCIÓN: El absceso retrofaríngeo es una infección cervical profunda predominante en niños pequeños, potencialmente asociada a obstrucción de vía aérea, mediastinitis y sepsis. Los pacientes clínicamente estables pueden ser tratados inicialmente con antibioticoterapia intravenosa; sin embargo, algunos requieren drenaje quirúrgico. OBJETIVO: Identificar factores clínicos, de laboratorio y radiológicos asociados con el fracaso del tratamiento médico del absceso retrofaríngeo pediátrico.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión narrativa estructurada en las bases de datos PubMed y Scopus, priorizando estudios pediátricos que compararon antibioticoterapia aislada y la necesidad subsecuente de drenaje. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: El tamaño de la colección es el factor más consistentemente relacionado con el fracaso del tratamiento exclusivamente médico. Las lesiones con diámetro superior a aproximadamente 2 cm o área transversal superior a 2 cm² presentan mayor probabilidad de intervención quirúrgica. La edad más joven, la duración prolongada de los síntomas, la leucocitosis acentuada, la necesidad de terapia intensiva y los hallazgos tomográficos compatibles con absceso verdadero también se asociaron con fracaso del tratamiento en algunas cohortes. El realce periférico en la tomografía aumenta la probabilidad de obtener contenido purulento durante el drenaje, pero ningún hallazgo aislado presenta precisión suficiente para determinar la cirugía. CONCLUSIÓN: Los niños estables pueden someterse a un intento inicial de antibioticoterapia intravenosa con monitorización rigurosa. Las colecciones más grandes, la edad reducida y la ausencia de mejoría clínica en las primeras 24–48 horas deben reducir el umbral para drenaje quirúrgico.

Palabras clave: Absceso Retrofaríngeo. Infección Cervical Profunda. Pediatría. Antibioticoterapia. Drenaje Quirúrgico.

1 INTRODUÇÃO

O abscesso retrofaríngeo integra o grupo das infecções profundas do pescoço e ocorre predominantemente em crianças menores, devido à presença de linfonodos retrofaríngeos que tendem a involuir progressivamente com a idade (PAGE; BAUER; LIEU, 2008). Embora a maioria dos pacientes evolua favoravelmente com diagnóstico e tratamento adequados, a proximidade da infecção com a via aérea, grandes vasos e mediastino explica o potencial para complicações graves (CHENG; ELDEN, 2013).

Historicamente, a presença de coleção retrofaríngea era frequentemente considerada indicação de drenagem imediata, mas séries contemporâneas demonstraram que pacientes selecionados podem responder à antibioticoterapia intravenosa isolada (KOSKO; CASEY, 2017). A dificuldade consiste em identificar precocemente aqueles nos quais a tentativa conservadora provavelmente falhará, evitando simultaneamente cirurgias desnecessárias e atraso na drenagem de abscessos verdadeiros (WAGNER *et al.*, 2009). O objetivo desta revisão foi analisar os principais fatores associados à falha do tratamento clínico do abscesso retrofaríngeo em crianças (LIU *et al.*, 2024).

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa estruturada da literatura realizada em novembro de 2026. Foram pesquisadas as bases PubMed e Scopus utilizando os termos “Retropharyngeal Abscess”, “Children”, “Medical Treatment”, “Antibiotics”, “Treatment Failure”, “Computed Tomography” e “Surgical Drainage”.

Foram incluídos estudos observacionais pediátricos que avaliaram características clínicas, laboratoriais ou radiológicas relacionadas à necessidade de drenagem após tratamento inicial com antibióticos. Foram priorizados trabalhos com análise específica dos fatores associados à falha do manejo não operatório. Cinco publicações indexadas no PubMed foram utilizadas na síntese.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A possibilidade de tratamento exclusivamente clínico está bem estabelecida em crianças sem comprometimento de via aérea, sepse grave ou complicações cervicais e mediastinais (PAGE; BAUER; LIEU, 2008). Entretanto, a taxa de falha varia substancialmente entre séries, em parte porque os critérios utilizados para definir abscesso na tomografia e indicar cirurgia não são uniformes (PAGE; BAUER; LIEU, 2008; LIU *et al.*, 2024).

O tamanho da coleção constitui o marcador radiológico mais consistentemente relacionado à necessidade de cirurgia (KOSKO; CASEY, 2017; CHENG; ELDEN, 2013). Em estudo com 46 crianças inicialmente tratadas com antibióticos intravenosos por 24–48 horas, coleções com mais de 2 cm apresentaram maior probabilidade de falha do tratamento exclusivamente clínico (KOSKO; CASEY, 2017). Em série de 178 crianças com infecções retrofaríngeas ou parafaríngeas, abscessos superiores a 2,2 cm também foram associados a maior risco de falha da antibioticoterapia (CHENG; ELDEN, 2013).

A área da coleção em cortes axiais também apresenta valor prognóstico (PAGE; BAUER; LIEU, 2008). Em coorte de 162 crianças, área transversal superior a 2 cm^2, duração dos sintomas superior a dois dias e antibioticoterapia anterior estiveram associadas à presença de material purulento durante a drenagem cirúrgica (PAGE; BAUER; LIEU, 2008). Mais recentemente, pacientes com área superior a 2 cm^2 apresentaram maior frequência de tratamento cirúrgico, embora o único fator independente associado à obtenção efetiva de pus tenha sido o realce periférico da coleção na tomografia (LIU *et al.*, 2024).

A idade também pode contribuir para a estratificação de risco, embora não seja uniformemente significativa entre os estudos (WAGNER *et al.*, 2009; CHENG; ELDEN, 2013). Wagner *et al.* identificaram idade inferior a três anos, sintomas presentes por mais de três dias antes do início dos antibióticos, leucócitos superiores a 22.000/mm^3 e coleção hipodensa maior que 20 mm como fatores associados à falha do tratamento clínico (WAGNER *et al.*, 2009). Em outra coorte, idade inferior a 51 meses e necessidade de internação em unidade de terapia intensiva também estiveram associadas a maior probabilidade de falha do tratamento médico (CHENG; ELDEN, 2013).

A interpretação da tomografia requer cautela porque a aparência de abscesso não corresponde invariavelmente à presença de pus (PAGE; BAUER; LIEU, 2008). Coleções com realce periférico e maior dimensão apresentam maior probabilidade de drenagem positiva, mas mesmo lesões radiologicamente sugestivas podem corresponder a adenite supurativa ou flegmão (LIU *et al.*, 2024). Dessa forma, o tamanho da coleção deve ser interpretado em conjunto com evolução clínica, estado geral e resposta inicial aos antimicrobianos (PAGE; BAUER; LIEU, 2008).

Em crianças estáveis, uma estratégia razoável consiste em iniciar antibióticos intravenosos e observar cuidadosamente a resposta durante as primeiras 24–48 horas (KOSKO; CASEY, 2017). Persistência da febre, piora da dor e da limitação cervical, progressão da tumefação ou ausência de melhora sistêmica aumentam a justificativa para drenagem, particularmente quando existe coleção

superior a aproximadamente 2 cm (KOSKO; CASEY, 2017; CHENG; ELDEN, 2013). Comprometimento respiratório, sepse, extensão mediastinal ou outras complicações constituem situações distintas, nas quais não se deve prolongar uma tentativa conservadora apenas com base em critérios de tamanho (WAGNER *et al.*, 2009).

4 CONCLUSÃO

O tratamento clínico inicial com antibióticos intravenosos pode evitar cirurgia em parcela significativa das crianças com abscesso retrofaríngeo clinicamente estável. O tamanho da coleção é o fator mais consistentemente associado à falha, especialmente quando o maior diâmetro ultrapassa aproximadamente 2 cm.

Idade jovem, evolução prolongada, leucocitose acentuada, necessidade de terapia intensiva e características tomográficas de abscesso verdadeiro podem complementar a avaliação. A decisão cirúrgica deve integrar imagem e evolução clínica, sendo a ausência de melhora nas primeiras 24–48 horas um elemento importante para o escalonamento terapêutico.

REFERÊNCIAS

CHENG, J.; ELDEN, L. Children with deep space neck infections: our experience with 178 children. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, v. 148, n. 6, p. 1037-1042, 2013.

KOSKO, J.; CASEY, J. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses: factors in medical management failure. Ear, Nose & Throat Journal, v. 96, n. 1, p. E12-E15, 2017.

LIU, Y. *et al.* Prognostic factors for retropharyngeal abscess in children receiving surgery or antibiotic therapy. Laryngoscope, v. 134, n. 4, p. 1955-1960, 2024.

PAGE, N. C.; BAUER, E. M.; LIEU, J. E. C. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, v. 138, n. 3, p. 300-306, 2008.

WAGNER, R. *et al.* Retro- and parapharyngeal abscess in children: predictive factors of medical treatment failure. Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale, v. 126, n. 3, p. 112-119, 2009.