



Abscesso peritonsilar: aspectos clínicos e diagnósticos em crianças

Jéssica Nogueira Pinto¹, Camila Castro Cordeiro Polhuber², Renata de Souza Meireles³, Henrique Piacentini Silvestre⁴.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p4202-4217>

Artigo recebido em 10 de Agosto e publicado em 30 de Setembro

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: O abscesso peritonsilar, uma infecção profunda no pescoço, é uma coleção de pus localizada entre a cápsula da amígdala palatina e os músculos faríngeos. O abscesso peritonsilar (PTA) é a infecção do pescoço profundo mais comum em crianças e adolescentes, respondendo por pelo menos 50% dos casos. Ocorre com mais frequência em adolescentes e jovens adultos, mas também em crianças mais novas. Os abscessos peritonsilares são frequentemente polimicrobianos. As espécies bacterianas predominantes são: *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A [GAS]); *Streptococcus anginosus*; *Staphylococcus aureus* (incluindo *S. aureus* resistente à meticilina [MRSA]) e Anaeróbicos respiratórios (incluindo espécies de *Fusobacteria*, *Prevotella* e *Veillonella*). **Objetivos:** discutir aspectos clínicos de abscessos peritonsilares em crianças. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases científicas de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com os descritores “peritonsilar abscesses” and “children”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 71), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** A avaliação rápida do grau de obstrução das vias aéreas superiores é a etapa inicial na avaliação do paciente com um potencial abscesso peritonsilar (PTA). Pacientes ansiosos e de aparência impaciente (inclinando-se para a frente com a cabeça) e dificuldade respiratória devem ter as vias aéreas desobstruídas antes da avaliação. A apresentação clínica típica do PTA é uma dor de garganta severa (geralmente unilateral), febre e rouquidão. Agrupamento de saliva ou babação podem estar presentes. O trismo, relacionado à irritação e espasmo reflexo do músculo pterigóide interno, ocorre em quase dois terços dos pacientes; ajuda a distinguir o PTA da faringite grave ou amigdalite. Características históricas são importantes na orientação da gestão. Aspectos importantes da história incluem frequência e gravidade de episódios recorrentes de faringite infecciosa, episódios anteriores de PTA e ronco ou outros sintomas de apneia obstrutiva do sono. A presença de trismo pode limitar a capacidade de realizar um exame adequado. Se a babação estiver presente, sugerindo a possibilidade de epiglote, deve-se tomar cuidado para não ser agressivo durante o exame da cavidade oral. Se houver dúvida sobre se o paciente tem um PTA, epiglote ou outra infecção no espaço do pescoço profundo, podem ser necessárias imagens ou exames na sala de cirurgia. O exame na sala de cirurgia permite a colocação controlada de uma via aérea artificial. Os achados do exame consistentes com o PTA incluem uma amígdala aumentada e flutuante com desvio da úvula para o lado oposto. Alternativamente, pode haver plenitude ou protuberância do palato mole posterior perto da amígdala

com flutuação na palpação. Os achados clínicos são suficientes para estabelecer o diagnóstico de PTA em muitos pacientes. No entanto, as características clínicas nem sempre podem distinguir o PTA da celulite peritonsilar. Para pacientes com diagnóstico clínico de PTA, preferimos fortemente a ultrassonografia por um clínico experiente, sempre que disponível, para confirmar a presença de um abscesso e ajudar a orientar as decisões de gerenciamento. **Conclusão:** Todos os pacientes com suspeita de infecção peritonsilar requerem antibioticoterapia empírica. A escolha da medicação e da via de tratamento depende do grau da doença e dos padrões locais de resistência aos antibióticos.

Palavras-chave: “Abscessos Peritonsilares”; “Crianças”; “Clínica”; “Diagnóstico”.

Peritonsillar abscess: clinical and diagnostic aspects in children

ABSTRACT

Introduction: Peritonsillar abscess, a deep infection in the neck, is a collection of pus located between the capsule of the palatine tonsil and the pharyngeal muscles. Peritonsillar abscess (PTA) is the most common deep neck infection in children and adolescents, accounting for at least 50% of cases. It occurs most frequently in teenagers and young adults, but also in younger children. Peritonsillar abscesses are often polymicrobial. The predominant bacterial species are: *Streptococcus pyogenes* (group A streptococcus [GAS]); *Streptococcus anginosus*; *Staphylococcus aureus* (including methicillin-resistant *S. aureus* [MRSA]) and respiratory anaerobes (including *Fusobacteria*, *Prevotella*, and *Veillonella species*). **Objectives:** to discuss clinical aspects of peritonsillar abscesses in children. **Methodology:** Integrative literature review based on scientific databases from Scielo, PubMed and VHL, from January to April 2024, with the descriptors “peritonsillar abscesses” and “children”. Articles from 2019-2024 (total 71) were included, excluding other criteria and choosing 5 full articles. **Results and Discussion:** Rapid assessment of the degree of upper airway obstruction is the initial step in the evaluation of the patient with a potential peritonsillar abscess (PTA). Patients who are anxious and impatient (leaning forward with their head) and have difficulty breathing should have their airways cleared before evaluation. The typical clinical presentation of PTA is a severe (usually unilateral) sore throat, fever, and hoarseness. Clustering of saliva or drooling may be present. Trismus, related to irritation and reflex spasm of the internal pterygoid muscle, occurs in almost two-thirds of patients; helps distinguish PTA from severe pharyngitis or tonsillitis. Historical characteristics are important in guiding management. Important aspects of the history include frequency and severity of recurrent episodes of infectious pharyngitis, previous episodes of PTA, and snoring or other symptoms of obstructive sleep apnea. The presence of trismus may limit the ability to perform an adequate examination. If drooling is present, suggesting the possibility of epiglottitis, care should be taken not to be aggressive during examination of the oral cavity. If there is doubt about whether the patient has a PTA, epiglottitis, or other infection in the deep neck space, imaging or testing may be necessary in the operating room. Examination in the operating room allows for controlled placement of an artificial airway. Examination findings consistent with PTA include an enlarged and fluctuating amygdala with deviation of the uvula to the opposite side. Alternatively, there may be fullness or protuberance of the posterior soft palate near the tonsil with fluctuation on palpation. Clinical findings are sufficient to establish the diagnosis of PTA in many patients. However, clinical features cannot always distinguish PTA from peritonsillar cellulitis. For patients with a clinical diagnosis of PTA, we strongly prefer ultrasound by an experienced clinician, whenever available, to confirm the presence of an



abscess and help guide management decisions. **Conclusion:** All patients with suspected peritonsillar infection require empirical antibiotic therapy. The choice of medication and treatment route depends on the degree of the disease and local patterns of antibiotic resistance.

Keywords: "Peritonsillar Abscesses"; "Children"; "Clinic"; "Diagnostic".

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Instituição afiliada –1 -Médica, Centro educacional da Faculdade Associada de ensino- Unifae; 2 -Médica, UFPA; 3- Médica, FAPAC/ ITPAC Porto Nacional; 4- Médico, Universidade do Sul de Santa Catarina.

Autor correspondente: Jessica Nogueira Pinto - cmaganhinmed@gmail.com

INTRODUÇÃO

Dois termos são usados para descrever a infecção da região peritonsilar: celulite peritonsilar é uma reação inflamatória do tecido entre a cápsula da amígdala palatina e os músculos faríngeos, que é causada por infecção, mas não associada a uma coleção discreta de pus. Um termo alternativo para celulite é flegmão e abscesso peritonsilar, uma infecção profunda do pescoço, é uma coleção de pus localizada entre a cápsula da amígdala palatina e os músculos faríngeos. Em muitos pacientes, o diagnóstico do tipo de infecção peritonsilar presente requer aspiração por agulha ou incisão e drenagem para determinar se há pus presente.

O espaço peritonsilar consiste em tecido areolar frouxo sobre a amígdala e é cercado pelo músculo constritor faríngeo superior e pelos pilares tonsilares anterior e posterior. As amígdalas palatinas estão localizadas entre os arcos palatoglosso e palatofaríngeo [1]. Elas são cercadas por uma cápsula que fornece um caminho para vasos sanguíneos e nervos.

O abscesso peritonsilar (APT) geralmente ocorre no polo superior da amígdala, manifestando-se por uma coleção definida de pus entre a cápsula tonsilar, o constritor superior e o músculo palatofaríngeo. O APT também pode ocorrer no ponto médio ou no polo inferior da amígdala ou pode estar disperso com múltiplas loculações no espaço peritonsilar [2].

A infecção peritonsilar geralmente precede a amigdalite ou faringite e progride da faringite para a celulite (fleuma) e para o abscesso [2]. A APT também pode ocorrer sem infecção prévia; acredita-se que tais casos sejam causados pela obstrução das glândulas de Weber (um grupo de glândulas salivares no palato mole imediatamente superior à amígdala e conectadas à superfície da amígdala por um ducto) [3,4]. Fumar parece ser um fator de risco [5,6].

A infecção peritonsilar pode comprometer as vias aéreas superiores ou se espalhar para as estruturas circundantes, incluindo os músculos masseter e pterigóideo e a bainha carótida [1,2].

O abscesso peritonsilar (APT) é a infecção cervical profunda mais comum em crianças e adolescentes, sendo responsável por pelo menos 50% dos casos [7,8]. Ocorre mais frequentemente em adolescentes e adultos jovens, mas também em crianças mais novas [9].

A incidência anual estimada de PTA é de 30 por 100.000 pessoas de 5 a 59 anos de idade [10]. Em uma revisão baseada na população, a incidência geral de suspeita de PTA, com base na suspeita clínica em crianças <18 anos, foi de 14 por 100.000; a incidência em adolescentes foi de 40 por 100.000 [11]. A incidência de PTA confirmada pela presença de pus com procedimentos de drenagem foi de 3 por 100.000 para todas as idades.

Os abscessos peritonsilares são frequentemente polimicrobianos. As espécies bacterianas predominantes são [12-16]:

- *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A [GAS])
- *Streptococcus anginosus*
- *Staphylococcus aureus* (incluindo *S. aureus* resistente à metilina [MRSA]) e
- Anaeróbios respiratórios (incluindo espécies *Fusobacteria* , *Prevotella* e *Veillonella*)

Espécies de *Haemophilus* são encontradas ocasionalmente. Aeróbios e anaeróbios são comumente recuperados simultaneamente se técnicas microbiológicas apropriadas forem usadas.

Ressalta-se o objetivo em discutir aspectos clínicos de abscessos peritonsilares em crianças.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre visão geral do abscesso peritonsilar: aspectos clínicos e diagnósticos em crianças: “Peritonsilar Abscesses” AND “Children” com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a microbiologia, com referências teóricas na cirurgia com caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a março de 2024, com descritores em inglês “Peritonsilar Abscesses” AND “Children” e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 71 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Abscesso peritonsilar (PTA) é uma coleção de pus localizada entre a cápsula da tonsila palatina e os músculos faríngeos. Celulite peritonsilar é uma reação inflamatória do tecido entre a cápsula da tonsila palatina e os músculos faríngeos causada por infecção, mas não associada a uma coleção discreta de pus. Um termo alternativo para celulite é flegmão.

- Manifestações clínicas

A apresentação clínica típica da APT é uma dor de garganta grave (geralmente unilateral), febre e uma voz "batata quente" ou abafada. Acúmulo de saliva ou baba pode estar presente. O trismo, relacionado à irritação e espasmo reflexo do músculo pterigoideo interno, ocorre em quase dois terços dos pacientes; ajuda a distinguir a APT de faringite ou amigdalite grave [7,17]. Os pacientes geralmente apresentam inchaço e dor no pescoço e podem ter dor de ouvido ipsilateral [1]. Fadiga, irritabilidade e diminuição da ingestão oral podem ocorrer como resultado do desconforto. Pacientes com PTA apresentam dor de garganta intensa, febre, voz abafada ou "batata quente", baba e/ou trismo. Características históricas são importantes para orientar o tratamento.

Aspectos importantes da história incluem frequência e gravidade de episódios recorrentes de faringite infecciosa, episódios anteriores de PTA e ronco ou outros sintomas de apneia obstrutiva do sono.

- Exame físico

A presença de trismo pode limitar a capacidade de realizar um exame adequado. Se houver salivação, sugerindo a possibilidade de epiglote, deve-se tomar cuidado para não ser agressivo durante o exame da cavidade oral. Se houver dúvida sobre se o paciente tem PTA, epiglote ou outra infecção do espaço profundo do pescoço, pode ser necessário fazer exames de imagem ou na sala de cirurgia. O exame na sala de cirurgia permite a colocação controlada de uma via aérea artificial [2]. Os achados de exame consistentes com PTA incluem uma amígdala extremamente inchada e/ou flutuante com desvio da úvula para o lado oposto [2,18]. Alternativamente, pode haver plenitude ou abaulamento do palato mole posterior próximo à amígdala com flutuação palpável.

Celulite peritonsilar – Os achados em crianças com celulite peritonsilar podem incluir faringe eritematosa e amígdalas aumentadas com exsudato; desvio uvular e trismo geralmente estão ausentes [17].

Linfadenopatia cervical e submandibular pode estar presente em crianças com PTA ou celulite.

Em comparação, crianças com mais de três anos de idade com faringite estreptocócica simples geralmente apresentam amígdalas aumentadas com exsudato e petéquias tonsilares e/ou palatinas associadas. A avaliação laboratorial não é necessária para diagnosticar PTA, mas pode ajudar a avaliar o nível da doença e direcionar a terapia.

A avaliação laboratorial de uma criança com infecção peritonsilar, portanto, pode incluir [18]:

- Hemograma completo com diferencial – Hemograma completo com diferencial: a contagem de leucócitos (leucócitos) geralmente está elevada com predominância de leucócitos polimorfonucleares (PMN), embora este seja um achado inespecífico.
- Eletrólitos séricos – Para pacientes com ingestão oral diminuída e sinais de desidratação.

- Teste para estreptococos do grupo A – O teste rápido de detecção de antígeno é o preferido, cultura de garganta padrão ou ensaios moleculares são alternativas aceitáveis. estreptocócica do grupo A em crianças e adolescentes: características clínicas e diagnóstico".

- Coloração de Gram, cultura (aeróbica e anaeróbica) e teste de suscetibilidade do fluido do abscesso – É útil enviar o fluido obtido de um procedimento de drenagem para teste microbiológico. Embora esses resultados não afetem necessariamente o tratamento de pacientes sem complicações [10], eles podem ajudar a orientar a terapia antimicrobiana em pacientes imunocomprometidos ou aqueles com complicações ou extensão da infecção.

Os exames de imagem não são necessários para fazer o diagnóstico clínico de PTA, mas podem ser úteis para diferenciar PTA de celulite peritonsilar. Para pacientes com características clínicas de infecções profundas do espaço cervical (por exemplo, abscesso retrofaríngeo ou parafaríngeo) ou epiglote, os exames de imagem podem ajudar a diferenciar essas condições graves de PTA.

- Ultrassonografia – Para pacientes com diagnóstico clínico de PTA, obtemos ultrassonografia (US) por um clínico experiente, sempre que disponível, para confirmar a presença de um abscesso antes da drenagem [24-27].

O desempenho do US intraoral pode ser prejudicado por trismo, dor, engasgo ou falta de cooperação. O US submandibular ou transcervical evita essas limitações e é especialmente adequado para pacientes com exame orofaríngeo inadequado [28]. O US da região por qualquer abordagem parece ser mais sensível e específico do que o exame clínico [29,30]. O PTA aparece como uma cavidade sem eco com uma borda irregular, e a celulite peritonsilar aparece como uma área homogênea ou estriada sem coleção distinta de fluidos [24,26,31].

O uso do US para o diagnóstico de PTA é apoiado por uma meta-análise de 17 estudos (812 pacientes, a maioria adultos), nos quais o US foi capaz de distinguir abscesso peritonsilar de celulite peritonsilar com uma sensibilidade combinada de 86 por cento (IC 95% 78-91 por cento), especificidade de 76 por cento (IC 95% 67-82 por cento), uma razão de verossimilhança positiva de 3,5 e uma razão de verossimilhança

negativa de 0,19 [27]. A análise de subgrupo sugeriu características diagnósticas aprimoradas para o US intraoral e para o US realizado por radiologistas. No entanto, a maioria dos pacientes foi submetida ao US submandibular, e os seis estudos individuais que avaliaram o US no local de atendimento não identificaram consistentemente o nível de experiência e treinamento dos operadores.

- Tomografia computadorizada – Devido à exposição à radiação, a tomografia computadorizada (TC) não tem papel exclusivo em distinguir PTA de celulite. No entanto, a TC com contraste pode demonstrar PTA em alguns pacientes submetidos à avaliação de infecções profundas no pescoço. Na TC com contraste, a PTA aparece como uma massa hipodensa com realce em anel [32]. Os achados consistentes com celulite peritonsilar incluem inchaço do tecido mole, perda dos planos de gordura e ausência de realce em anel.

- Diagnóstico

Os achados clínicos são suficientes para estabelecer o diagnóstico de PTA em muitos pacientes. No entanto, as características clínicas nem sempre conseguem distinguir PTA de celulite peritonsilar. Para pacientes com diagnóstico clínico de PTA, preferimos fortemente a ultrassonografia (US) por um clínico experiente, sempre que disponível, para confirmar a presença de um abscesso e ajudar a orientar as decisões de tratamento [1,33-35].

- Gerenciamento

Para todos os pacientes com infecção peritonsilar, os cuidados de suporte incluem [2]:

- Tratamento da desidratação, conforme necessário, e manutenção de hidratação adequada;
- Analgesia;
- Monitoramento de complicações

Todos os pacientes com suspeita de infecção peritonsilar requerem terapia antibiótica empírica. A escolha da medicação e da via de tratamento depende do grau da doença e dos padrões locais de resistência aos antibióticos.

-Abscesso peritonsilar – Para pacientes com abscesso peritonsilar, sugerimos pelo menos uma dose de ampicilina-sulbactam intravenosa (linezolida mais metronidazol para pacientes com alergia à penicilina) em vez de outros antibióticos. Se houver preocupação com MRSA, vancomicina é adicionada.

-Celulite peritonsilar – Para pacientes sem abscesso no US ou achados de exame consistentes com celulite, sugerimos terapia inicial com amoxicilina-ácido clavulânico oral em vez de outros agentes. Se houver preocupação com MRSA, linezolida é usada em vez disso.

A duração total da antibioticoterapia é de 14 dias. Para pacientes que recebem terapia parenteral, ela é continuada até que o paciente tenha defervescido e melhorado clinicamente. A terapia antibiótica oral deve então ser continuada para completar um curso de 14 dias. Cursos menores que 10 dias foram associados à recorrência [47].

Não tratamos pacientes com PTA com dexametasona, embora outros especialistas os utilizem rotineiramente [38]. As evidências sobre os benefícios dos glicocorticoides no tratamento da PTA são inconsistentes.

- Drenagem do abscesso

A drenagem de um abscesso peritonsilar é indicada para pacientes com:

- Comprometimento das vias aéreas (após a via aérea ser protegida)
- Abscesso moderado a grande com base em achados ultrassonográficos ou clínicos
- Pacientes com abscesso peritonsilar ou celulite que não respondem ou pioram ao receber antibióticos e cuidados de suporte sozinho

Antes da drenagem, o clínico deve determinar se o paciente tem indicações para amigdalectomia e deve consultar um otorrinolaringologista antes da drenagem do abscesso ou alta para casa. A necessidade de drenagem do abscesso varia de acordo com os achados clínicos [50].

A ATP frequentemente requer drenagem cirúrgica realizada por aspiração por agulha, incisão e drenagem, ou amigdalectomia, todos procedimentos tipicamente realizados por um otorrinolaringologista [3]. A drenagem com qualquer um desses procedimentos, em combinação com terapia antimicrobiana e hidratação, resulta em resolução em mais de 90 por cento dos casos [3,39]. Dado que os procedimentos são

comparáveis em eficácia, a escolha do procedimento depende de outros fatores, como a habilidade e experiência do profissional de saúde, idade e capacidade do paciente de cooperar, custo e se o paciente tem indicações para amigdalectomia (por exemplo, infecção aguda recorrente da garganta). Cada procedimento tem vantagens em certas situações [2,8].

Uma criança mais velha e cooperativa, adolescente ou adulto sem trismo ou histórico prévio de faringite pode ser submetido a uma aspiração por agulha ou procedimento simples de incisão e drenagem como paciente ambulatorial com anestesia tópica ou sedação procedural [3,50-53]. No entanto, para uma criança jovem e não cooperativa, o procedimento deve ser realizado na sala de cirurgia. Cuidado especial deve ser tomado com a administração de sedação procedural durante a drenagem do abscesso devido ao risco aumentado de complicações das vias aéreas e aspiração.

Na ausência de um histórico anterior de faringite recorrente, a aspiração por agulha ou incisão e drenagem podem ser suficientes. Em contraste, se houve episódios anteriores de faringite ou PTA (qualquer um dos quais prevê a possível recorrência do PTA), então uma amigdalectomia pode ser realizada.

Pacientes com comprometimento iminente das vias aéreas requerem manejo das vias aéreas e intervenção cirúrgica de emergência (drenagem ou amigdalectomia) [51-53].

-Abscesso moderado a grande – Abscessos moderados a grandes (1 a 2 cm ou mais de diâmetro confirmados por US, se disponível, ou com base em exame [ou seja, aparência tóxica e/ou trismo]) requerem drenagem. Na maioria dos pacientes, sugerimos aspiração por agulha em vez de incisão e drenagem. A drenagem por agulha é menos dolorosa e menos invasiva. O procedimento deve ser realizado por um médico devidamente treinado e experiente, normalmente um otorrinolaringologista. Quando disponível, a localização por ultrassom antes do procedimento pode melhorar o sucesso do procedimento [54-56].

-Pequeno abscesso, achados duvidosos ou nenhum abscesso – Pacientes com um pequeno abscesso (<1 cm no US ou aparência não tóxica com trismo mínimo ou

nenhum), achados duvidosos ou nenhum abscesso no US ou exame não necessitam de um procedimento de drenagem. A terapia médica sozinha (antibióticos orais, analgesia e reidratação intravenosa conforme necessário) é tipicamente suficiente para esses pacientes [57-59].

- **Amigdalectomia** – Para pacientes com PTA que apresentam qualquer um dos seguintes, sugerimos amigdalectomia (realizada durante a doença aguda [amigdalectomia por quinsy ou "amigdalectomia a chaud"] ou após a resolução da infecção aguda [amigdalectomia de intervalo]):

-Obstrução aguda das vias aéreas superiores

-Falha na melhora apesar de outros procedimentos de drenagem e antibioticoterapia

-Episódio(s) anterior(es) de PTA ou outra indicação para amigdalectomia (ronco com distúrbios do sono ou faringite recorrente grave)

Se a amigdalectomia for necessária, ela pode ser realizada imediatamente (amigdalectomia de Quinsy ou "amigdalectomia a chaud") ou após a resolução da infecção aguda (amigdalectomia de intervalo) [8,54,61-63]. A amigdalectomia de Quinsy evita a necessidade de hospitalização e anestesia repetidas e minimiza a perda de acompanhamento, mas pode estar associada a um risco aumentado de sangramento intraoperatório. A amigdalectomia de intervalo pode ser mais difícil tecnicamente se houver fibrose após a infecção aguda.

A amigdalectomia é o procedimento de drenagem mais caro, requer anestesia geral e hospitalização e pode atrasar a drenagem [3,33]. Em cinco séries envolvendo 1027 pacientes, a incidência geral de sangramento após amigdalectomia por quinsy em crianças e adultos foi de 1 por cento (variação de 0 a 7 por cento) [2]. Na única série restrita a crianças, nenhum dos 55 pacientes apresentou sangramento pós-operatório ou tardio [64].

Além disso, a amigdalectomia pode ser justificada se a criança tiver outra indicação para amigdalectomia, como apneia obstrutiva do sono ou faringite recorrente grave.

Para todos os tipos de infecção peritonsilar, os pacientes que podem tolerar ingestão oral, incluindo antibióticos orais, analgésicos e fluidos, podem receber alta para casa com acompanhamento garantido dentro de 24 a 36 horas. Caso contrário, eles devem ser internados para antibióticos parenterais e cuidados de suporte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abscesso é uma coleção de secreção purulenta confinada em um tecido, órgão ou espaço. Os sítios mais comuns de abscesso são a derme, pulmão, cérebro, fígado, rim - ou em cisto. Os abscessos geralmente são causados por processos irritativos, que permanecem localizados, para depois se espalharem difusamente.

Com o foco infeccioso estabelecido, ocorre um aporte de neutrófilos (leucócitos), que fagocitam e digerem o tecido necrosado e lesado, convertendo-o em secreção mucopurulenta. Um abscesso consiste, então, de uma coleção mucopurulenta, circundada por tecido inflamatório com intenso aporte de neutrófilos. Enquanto o fator irritante permanece, mais aporte de leucócitos ocorre, mais tecido liquefeito e mais secreção purulenta são formados.

A proteólise resulta em formação de grandes moléculas, aumentando a osmolaridade do líquido, extraindo mais líquido dos tecidos vizinhos. Eventualmente, a coleção purulenta alcança a superfície, ocorrendo a drenagem. A formação do pus envolve destruição definitiva do tecido, que pode ser restaurado pela cicatrização normal. As causas mais comuns de abscessos cutâneos são infecções bacterianas, geralmente causadas por bactérias estafilococos ou estreptococos. Elas podem entrar na pele por meio de cortes, arranhões, feridas ou folículos pilosos inflamados, levando à formação de pus e ao desenvolvimento do abscesso. Todos os pacientes com suspeita de infecção peritonsilar requerem antibioticoterapia empírica. A escolha da medicação e da via de tratamento depende do grau da doença e dos padrões locais de resistência aos antibióticos.

REFERÊNCIAS

1. Galioto NJ. Abscesso peritonsilar. *Am Fam Physician* 2008; 77:199.
2. Goldstein NA, Hammerschlag MR. Abscessos peritonsilares, retrofaríngeos e parafaríngeos. Em: *Textbook of Pediatric Infection Diseases*, 8ª ed., Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (Eds), Elsevier, Filadélfia, PA 2019. p.119.
3. Herzon FS, Martin AD. Tratamento médico e cirúrgico de abscessos peritonsilares, retrofaríngeos e parafaríngeos. *Curr Infect Dis Rep* 2006; 8:196.

4. Passy V. Patogênese do abscesso peritonsilar. *Laryngoscope* 1994; 104:185.
5. Lehnerdt G, Senska K, Fischer M, Jahnke K. [Fumar promove a formação de abscessos peritonsilares]. *Laryngorhinootologie* 2005; 84:676.
6. Dilkes MG, Dilkes JE, Ghufloor K. Fumar e quinsy. *Lanceta* 1992; 339:1552.
7. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, et al. Infecções do espaço da cabeça e pescoço em bebês e crianças. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112:375.
8. Schraff S, McGinn JD, Derkay CS. Abscesso peritonsilar em crianças: uma revisão de 10 anos sobre diagnóstico e tratamento. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 57:213.
9. Friedman NR, Mitchell RB, Pereira KD, et al. Abscesso peritonsilar na primeira infância. Apresentação e tratamento. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123:630.
10. Herzon FS. Tese do Prêmio Harris P. Mosher. Abscesso peritonsilar: incidência, práticas de tratamento atuais e uma proposta para diretrizes de tratamento. *Laryngoscope* 1995; 105:1.
11. Millar KR, Johnson DW, Drummond D, Kellner JD. Suspeita de abscesso peritonsilar em crianças. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23:431.
12. Yellon RF, Falcone T, Roberson DW. Infecções do espaço da cabeça e pescoço. Em: *Blue stone and Stool's Pediatric Otolaryngology*, 5ª ed., Bluestone CD, Simons JP, Healy GB (Eds), People's Medical Publishing House, Shelton, CT 2014. p.1769.
13. Klug TE. Abscesso peritonsilar: aspectos clínicos da microbiologia, fatores de risco e associação com abscesso parafaríngeo. *Dan Med J* 2017; 64.
14. Inman JC, Rowe M, Ghostine M, Fleck T. Abscessos cervicais pediátricos: organismos em mudança e terapias empíricas. *Laryngoscope* 2008; 118:2111.
15. Ehlers Klug T, Rusan M, Fursted K, Ovesen T. *Fusobacterium necrophorum*: patógeno mais prevalente em abscesso peritonsilar na Dinamarca. *Clin Infect Dis* 2009; 49:1467.
16. Plum AW, Mortelliti AJ, Walsh RE. Flora microbiana e resistência a antibióticos em abscessos peritonsilares no norte do estado de Nova York. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2015; 124:875.
17. Szuhay G, Tewfik TL. Abscesso peritonsilar ou celulite? Um estudo clínico comparativo pediátrico. *J Otolaryngol* 1998; 27:206.
18. Tebruegge M, Curtis N. Infecções das vias aéreas superiores e médias. Em: *Princípios e Prática de Doenças Infecciosas Pediátricas*, 5ª ed., Long SS, Prober CG, Fischer M (Eds), Elsevier, Nova York, NY 2018. p.208.
19. Simons JP, Branstetter BF 4th, Mandell DL. Abscessos peritonsilares bilaterais: relato de caso e revisão de literatura. *Am J Otolaryngol* 2006; 27:443.
20. Safdar A, Hughes JP, Walsh RM, Walsh M. Abscesso peritonsilar bilateral revisitado. *Ear Nose Throat J* 2005; 84:791.
21. Mobley SR. Abscesso peritonsilar bilateral: relato de caso e apresentação de sua aparência clínica. *Ear Nose Throat J* 2001; 80:381.
22. Fasano CJ, Chudnofsky C, Vanderbeek P. Abscessos peritonsilares bilaterais: não é a sua dor de garganta habitual. *J Emerg Med* 2005; 29:45.
23. Fiechtl JF, Stack LB. Imagens em medicina clínica. Abscessos peritonsilares bilaterais. *N Engl J Med* 2008; 358:e27.
24. Froehlich MH, Huang Z, Reilly BK. Utilização de ultrassom para avaliação diagnóstica e tratamento de abscessos peritonsilares. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2017; 25:163.
25. Blaivas M, Theodoro D, Duggal S. Drenagem guiada por ultrassom de abscesso peritonsilar pelo médico de emergência. *Am J Emerg Med* 2003; 21:155.

26. Bandarkar AN, Adeyiga AO, Fordham MT, et al. Ultrassonografia de amígdalas: abordagem técnica e espectro de infecções peritonsilares pediátricas. *Pediatr Radiol* 2016; 46:1059.
27. Kim DJ, Burton JE, Hammad A, et al. Características do teste de ultrassom para o diagnóstico de abscesso peritonsilar: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Acad Emerg Med* 2023; 30:859.
28. Zhao X, Delaney M, Breslin K, et al. Impacto do ultrassom transcervical para o diagnóstico de abscessos peritonsilares pediátricos em medidas de desempenho do departamento de emergência. *J Ultrasound Med* 2020; 39:715.
29. Scott PM, Loftus WK, Kew J, et al. Diagnóstico de infecções peritonsilares: um estudo prospectivo de ultrassom, tomografia computadorizada e diagnóstico clínico. *J Laryngol Otol* 1999; 113:229.
30. Costantino TG, Satz WA, Dehnkamp W, Goett H. Ensaio randomizado comparando ultrassom intraoral com aspiração por agulha baseada em pontos de referência em pacientes com suspeita de abscesso peritonsilar. *Acad Emerg Med* 2012; 19:626.
31. Lyon M, Blaivas M. Ultrassonografia intraoral no diagnóstico e tratamento de suspeita de abscesso peritonsilar no departamento de emergência. *Acad Emerg Med* 2005; 12:85.
32. Patel KS, Ahmad S, O'Leary G, Michel M. O papel da tomografia computadorizada no tratamento do abscesso peritonsilar. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 107:727.
33. Herzon FS, Nicklaus P. Abscesso peritonsilar pediátrico: diretrizes de tratamento. *Curr Probl Pediatr* 1996; 26:270.
34. Brodsky L, Sobie SR, Korwin D, Stanievich JF. Um estudo clínico prospectivo de abscesso peritonsilar em crianças. *Laryngoscope* 1988; 98:780.
35. Blotter JW, Yin L, Glynn M, Wiet GJ. Consulta de otorrinolaringologia para abscesso peritonsilar na população pediátrica. *Laryngoscope* 2000; 110:1698.
36. Battaglia A, Burchette R, Hussman J, et al. Comparação de Terapia Médica Isolada com Terapia Médica com Tratamento Cirúrgico de Abscesso Peritonsilar. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018; 158:280.
37. Kim DK, Lee JW, Na YS, et al. Fator clínico para tratamento não cirúrgico bem-sucedido de abscesso peritonsilar pediátrico. *Laryngoscope* 2015; 125:2608.
38. Long B, Gottlieb M. Gerenciando abscesso peritonsilar. *Ann Emerg Med* 2023; 82:101.
39. Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. Uma revisão baseada em evidências do tratamento do abscesso peritonsilar. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128:332.
40. Ophir D, Bawnik J, Poria Y, et al. Abscesso peritonsilar. Uma avaliação prospectiva do tratamento ambulatorial por aspiração por agulha. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114:661.
41. Savolainen S, Jousimies-Somer HR, Mäkitie AA, Ylikoski JS. Abscesso peritonsilar. Aspectos clínicos e microbiológicos e regimes de tratamento. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119:521.
42. Stringer SP, Schaefer SD, Close LG. Um ensaio randomizado para tratamento ambulatorial de abscesso peritonsilar. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114:296.
43. Weinberg E, Brodsky L, Stanievich J, Volk M. Aspiração por agulha de abscesso peritonsilar em crianças. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119:169.
44. Johnson RF, Stewart MG. A abordagem contemporânea para diagnóstico e tratamento de abscesso peritonsilar. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 13:157.
45. Hall SF. Abscesso peritonsilar: as opções de tratamento. *J Otolaryngol* 1990; 19:226.

46. Pesola AK, Sihvonen R, Lindholm L, Pätäri-Sampo A. Emm33 resistente à clindamicina *Streptococcus pyogenes* emergiu entre infecções invasivas na área metropolitana de Helsinque, Finlândia, 2012 a 2013. *Euro Surveill* 2015; 20.
47. Apostolopoulos NJ, Nikolopoulos TP, Bairamis TN. Abscesso peritonsilar em crianças. A incisão e a drenagem são um tratamento eficaz? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1995; 31:129.
48. Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU, et al. Uso de esteroides no tratamento de abscesso peritonsilar. *J Laryngol Otol* 2004; 118:439.
49. Chau JK, Seikaly HR, Harris JR, et al. Corticosteroides no tratamento de abscesso peritonsilar: um ensaio clínico cego controlado por placebo. *Laryngoscope* 2014; 124:97.
50. Bauer PW, Lieu JE, Suskind DL, Lusk RP. A segurança da sedação consciente na drenagem de abscesso peritonsilar. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127:1477.
51. Suskind DL, Park J, Piccirillo JF, et al. Sedação consciente: uma nova abordagem para drenagem de abscesso peritonsilar na população pediátrica. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125:1197.
52. Luhmann JD, Kennedy RM, McAllister JD, Jaffe DM. Sedação para drenagem de abscesso peritonsilar no departamento de emergência pediátrica. *Pediatr Emerg Care* 2002; 18:1.
53. Lamkin RH, Portt J. Um protocolo de tratamento médico ambulatorial para abscesso peritonsilar. *Ear Nose Throat J* 2006; 85:658, 660.
54. Powell J, Wilson JA. Uma revisão baseada em evidências de abscesso peritonsilar. *Clin Otolaryngol* 2012; 37:136.
55. Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Tratamento do abscesso peritonsilar. *J Laryngol Otol* 1991; 105:743.
56. Spires JR, Owens JJ, Woodson GE, Miller RH. Tratamento de abscesso peritonsilar. Um estudo prospectivo de aspiração vs incisão e drenagem. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 113:984.
57. Chang BA, Thamboo A, Burton MJ, et al. Aspiração por agulha versus incisão e drenagem para o tratamento de abscesso peritonsilar. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 12:CD006287.
58. Steyer TE. Abscesso peritonsilar: diagnóstico e tratamento. *Am Fam Physician* 2002; 65:93.
59. Thomas JA, Ware TM, Counselman FL. Pseudoaneurisma da artéria carótida interna disfarçado de abscesso peritonsilar. *J Emerg Med* 2002; 22:257.
60. Blum DJ, McCaffrey TV. Necrose séptica da artéria carótida interna: uma complicação de abscesso peritonsilar. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1983; 91:114.
61. Lockhart R, Parker GS, Tami TA. Papel da amigdalectomia por quinsy no tratamento do abscesso peritonsilar. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100:569.
62. Chowdhury CR, Bricknell MC. O tratamento da quinsy--um estudo prospectivo. *J Laryngol Otol* 1992; 106:986.
63. Fagan JJ, Wormald PJ. Amigdalectomia de Quinsy ou amigdalectomia de intervalo--um estudo prospectivo randomizado. *S Afr Med J* 1994; 84:689.
64. Richardson KA, Birck H. Abscesso peritonsilar na população pediátrica. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89:907.