

Relato de Caso

Abscesso Retrofaríngeo: Relato de Caso

Mahomed Sidiq Abdul Cadar Dadá ^{1,*}, Abdul Habib Mahomed Dadá ^{1,2}, Zulaikhah Mahomed Sidiq Dadá ¹, Jorge Miranda Rodrigues ³

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique.

² Centro de Formação Profissional Dental Care, Maputo, Moçambique.

³ Universidade do Porto, Porto, Portugal.

* Correspondência: motiar786@gmail.com.

Resumo: O abscesso retrofaríngeo é uma condição rara, porém potencialmente fatal, frequentemente confundida com outras doenças respiratórias em crianças devido aos seus sintomas inespecíficos. Este caso destaca a importância da atenção clínica e da avaliação radiológica oportuna para garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, prevenindo complicações graves, como mediastinite, e assegurando um manejo eficaz.

Citação: Dadá MSAC, Dadá AH, Dadá ZMS, Rodrigues JM. Abscesso Retrofaríngeo: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):142.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr142>

Recebido: 27 Outubro 2025

ACEITO: 27 Novembro 2025

Publicado: 2 Janeiro 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Infecções de alguns espaços cervicais, nomeadamente os espaços submandibular, latarofaríngeo, retrofaríngeo e pré-vertebral, são potencialmente fatais, pois podem obstruir as vias aéreas ou disseminar a infecção para áreas vitais, como o mediastino ou a bainha carotídea, enquanto infecções que envolvem outros espaços profundos só se tornam perigosas quando se estendem para esses espaços [1]. O espaço retrofaríngeo corresponde a uma região que contém tecido areolar frúxio e gânglios linfáticos e está localizado anteriormente à fáscia alar e posteriormente à faringe e ao esôfago, estendendo-se desde a base do crânio até o mediastino superior, ao nível da bifurcação traqueal (T4) [1].

Logo atrás desse espaço encontra-se o chamado “espaço perigoso”, um espaço potencial situado entre a fáscia alar, anteriormente, e a fáscia pré-vertebral, posteriormente. Quando esses gânglios linfáticos se infectam e supuram, ocorre o abscesso retrofaríngeo, que pode se disseminar inferiormente até o mediastino anterior [1]. Nas crianças, esse espaço contém gânglios linfáticos distribuídos em dois grupos: um grupo lateral, situado próximo aos tubérculos do atlas, ao sistema simpático e à artéria carótida externa; e um grupo medial, localizado anteriormente à coluna vertebral, cujos gânglios são maiores. Todos se comunicam entre si através dos vasos linfáticos correspondentes. Esses gânglios recebem linfa da faringe, da cavidade nasal e parcialmente da orofaringe [2].

Habitualmente, o processo infeccioso inicia-se como uma adenite, que evolui para adenofleimão e, posteriormente, para abscesso. O comprometimento adenítico banal frequentemente ocorre secundário a episódios de rinossinusite catarral ou bacteriana e, especialmente, a infecções agudas das adenoides (adenoidites agudas ou exacerbações de adenoidites crônicas) [2]. Esses dois últimos mecanismos de infecção resultam da disseminação linfática de germes das adenoides para os gânglios do espaço retrofaríngeo [2]. Os microrganismos envolvidos são geralmente gram-positivos, incluindo estreptococos e pneumococos [2]. A adenite inicialmente banal torna-se mais grave em pacientes que evoluem para adenofleimão e abscesso [2].

Esses abscessos são infecções raras, porém potencialmente fatais. Acometem principalmente crianças menores de 5 anos, embora também possam ocorrer em adultos, e

geralmente são precedidos por infecção viral das vias aéreas superiores, trauma da região orofaríngea, problemas dentários [3] ou presença de corpos estranhos na faringe [4].

Este caso foi relatado de acordo com as diretrizes CARE.

2. Relato de Caso

A história clínica e os achados do exame físico estão resumidos na Tabela 1. O diagnóstico geralmente é simples, baseado em sinais infecciosos locais e no exame clínico. Em crianças mais velhas, a presença de um abscesso pode ser confirmada por punção; no entanto, a tomografia computadorizada com projeções axiais e sagitais é um método mais prático e menos traumático [2]. O diagnóstico diferencial deve incluir adenite tuberculosa de um gânglio linfático retrofaríngeo, septicemia [2], tumores pré-vertebrais malignos e benignos, espondiloartrose deformante da coluna cervical [5], corpos estranhos, supraglotite e croupé viral ou laringotraqueíte [6]. Os abscessos retrofaríngeos, tanto na infância quanto na vida adulta, são tratados clinicamente na fase de adenite ou celulite. Na fase de abscesso, o tratamento requer drenagem cirúrgica [2].

Tabela 1. Progressão clínica de um paciente pediátrico com abscesso retrofaríngeo, desde os sintomas iniciais até o tratamento definitivo.

Data e local	Sinais/Sintomas e Diagnóstico	Tratamento
15/10: Criança do sexo masculino, 2 anos, com febre intermitente, aftas, dificuldade de alimentação e convulsões tônico-clônicas generalizadas. A mãe tinha 21 anos e era HIV negativa. A criança foi levada para tratamento tradicional pela família, sem melhora.		
19.10: Serviço de urgência do Hospital Rural	SS: sialorreia, disfagia para sólidos, dispneia, estridor e febre. Diagnóstico: broncopneumonia e aspiração de corpo estranho.	
Hospital Provincial	SS: consciente, porém com tendência à sonolência; dispneia; mucosas hipocrómicas; diminuição do murmúrio vesicular em ambos os campos pulmonares; FR: 44 ciclos/minuto; FC: 112 batimentos/minuto; respiração bucal, com língua projetada para fora. Diagnóstico: epiglotite e aspiração de corpo estranho.	Ampicilina, gentamicina e prednisolona IV, paracetamol e multivitamínicos.
20.10: Departamento de Pediatria do Hospital Central	SS: ECG: 14/15, agitado, convulsões, pupilas isocóricas e fotorreativas, fisionomia simétrica, mucosas húmidas e hipocrómicas, respiração com boca aberta e língua projetada, tosse produtiva, estridor, tosse metálica ocasional, dispneia grave, retracção supraesternal e esternal, FR: 69 ciclos/minuto. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e roncos.	Oxigenoterapia com SpO ₂ de 100%, hidrocortisona e ceftriaxona IV, aerossol de adrenalina e dieta zero.

Hemograma: WBC: $43,4 \times 10^3/\mu\text{L}$; Hgb: 8,7 g/dL. Diagnóstico: aspiração de corpo estranho.

Avaliação pelo otorrinolaringologista

SS: Voz disfônica, hiperextensão cervical, estridor laríngeo e retracção subesternal.

Nenhum tumor cervical observado. Exame da orofaringe sem abaulamento da parede posterior.

Radiografia lateral de pescoço mostrou que, ao nível de C2, o espaço retrofaríngeo tinha o dobro do diâmetro do corpo vertebral e, ao nível de C6, aumento superior a 14 mm (Figura 1). Radiografia de tórax mostrou redução do diâmetro da via aérea, desvio da via aérea à direita, aumento do espaço mediastinal e massa no lado direito do pescoço (Figura 2).

Diagnóstico: abscesso retrofaríngeo.

Faringoscopia sob anestesia: leve abaulamento da parede posterior da faringe, estendendo-se até a hipofaringe. Realizou-se punção, com saída de pus amarelo espesso, seguida de incisão e drenagem, com extravasamento de pus em direção caudal. A cada massagem no pescoço, mais pus era eliminado, totalizando mais de 100 mL (Figura 3).

O procedimento durou mais de uma hora. Lavou-se a área com soro fisiológico. Não foi colocado dreno. Foi introduzida sonda nasogástrica para alimentação. Houve melhoria imediata dos sintomas e o pós-operatório decorreu sem intercorrências.

22.10: 48 horas depois, voltou ao bloco operatório para revisão da ferida. A ferida cirúrgica estava aberta, sem supuração.

27.10: Alta hospitalar do paciente.

Legenda. SS: sinais e sintomas. HR: frequência cardíaca. RR: frequência respiratória. R: respiração. WBC: contagem de glóbulos brancos. Hgb: hemoglobina. GCS: Escala de Coma de Glasgow.

Figura 1. Radiografia lateral do pescoço mostrando aumento do espaço retrofaríngeo.



Figura 2. Radiografia do tórax mostrando desvio da via aérea e alargamento do mediastino.

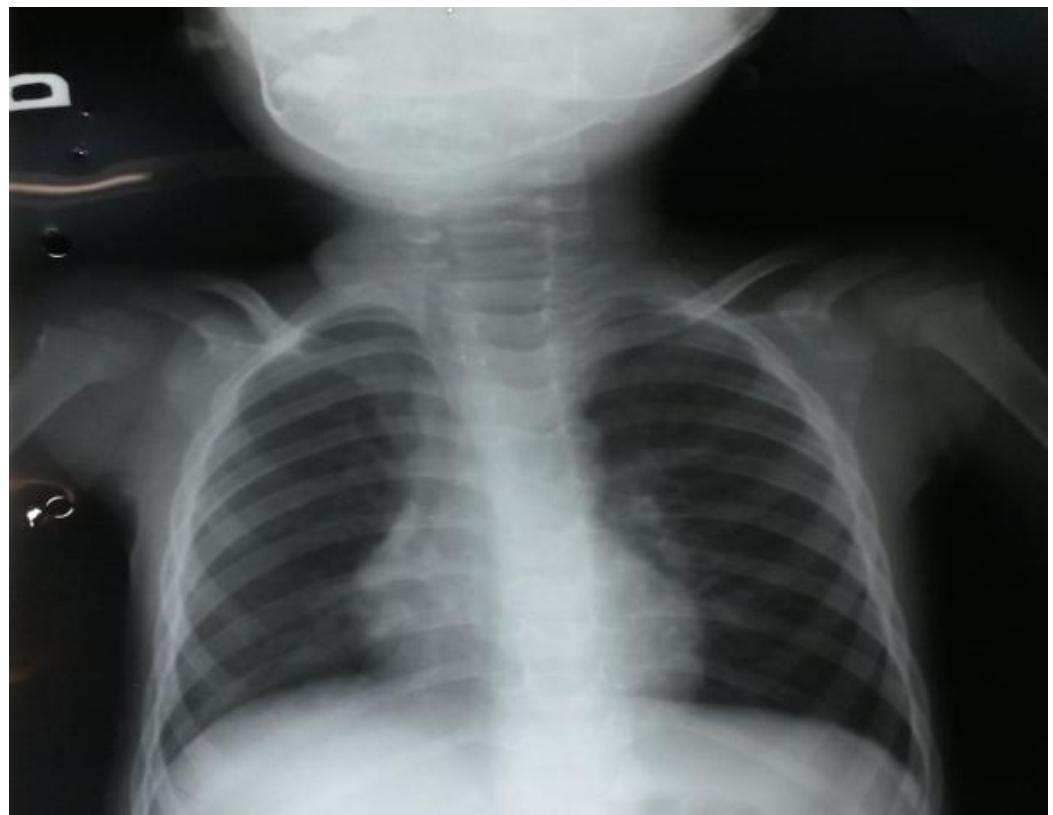
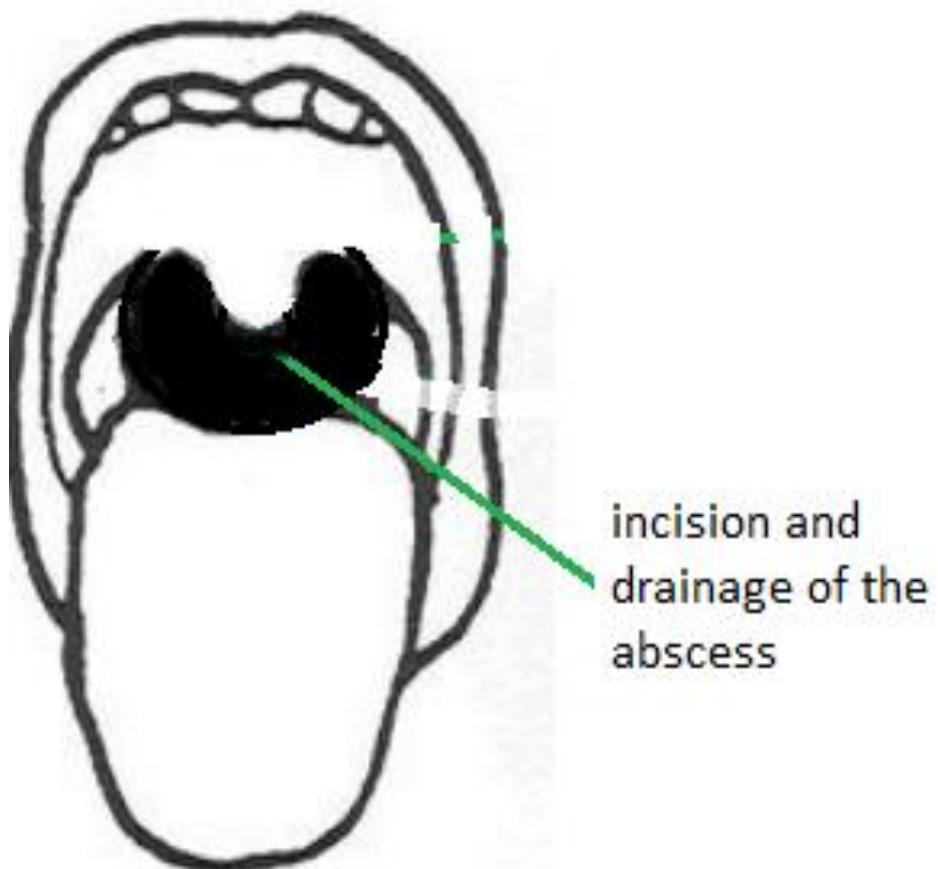


Figura 3. Desenho mostrando a incisão na parede posterior da faringe e o trajeto do pus.



3. Discussão e Conclusão

Os abscessos retrofaríngeos representam um desafio diagnóstico, pois sua apresentação inespecífica frequentemente imita condições pediátricas mais comuns das vias aéreas ou pulmonares, o que leva com frequência ao atraso no reconhecimento e no tratamento. A família inicialmente procurou tratamento tradicional. Diante da ausência de melhora e do aparecimento de convulsões febris, a criança foi avaliada no Hospital Rural e, posteriormente, transferida para o Hospital Provincial, aproximadamente 70 km distante, onde recebeu diagnóstico de broncopneumonia e suspeita de aspiração de corpo estranho. Foi então encaminhada ao Hospital Central, a mais de 200 km, onde um pediatra confirmou a suspeita de aspiração de corpo estranho e epiglote.

Esse erro diagnóstico não é surpreendente, pois um dos diagnósticos diferenciais do abscesso retrofaríngeo é justamente a presença de corpo estranho na laringe, devido à exuberância da dispneia. Além disso, como há muitos casos locais de dispneia de origem pulmonar, o diagnóstico inicial foi broncopneumonia e, diante da falta de resposta, passou-se a considerar aspiração de corpo estranho. O abscesso retrofaríngeo é raro e, portanto, pouco lembrado nas hipóteses diagnósticas, sendo que seu diagnóstico requer visualização da orofaringe, um exame nem sempre realizado adequadamente durante a avaliação inicial.

Neste caso, a obtenção da história clínica foi dificultada pelo fato de a criança estar acompanhada por uma parente (tia) que não conhecia bem o curso detalhado da doença. Em nossa prática clínica, observamos que abscessos cervicais estão muitas vezes associados à infecção pelo HIV, mas aqui não havia tal infecção, nem na criança nem na mãe (conforme documentação médica trazida do Hospital Rural). A testagem para HIV é rotineira para todos os pacientes com abscessos cervicais no Hospital Central. No momento da avaliação desta criança, os recursos humanos especializados eram limitados, e especialistas em Otorrinolaringologia estavam disponíveis apenas em hospitais centrais. Essa escassez de profissionais capacitados em centros periféricos e provinciais pode atrasar o diagnóstico preciso e o manejo oportuno de condições complexas, como o abscesso retrofaríngeo, resultando em múltiplas transferências e avaliações prolongadas.

O abscesso retrofaríngeo causa sintomatologia local e geral, além dos sintomas da doença de base (rinossinusite ou adenoidite). Em geral, os sintomas estão relacionados à patologia causadora e à localização topográfica do abscesso na junção aerodigestiva [2]. A literatura confirma que o quadro clínico inicial de um abscesso retrofaríngeo é semelhante ao de uma rinite ou adenoidite viral ou bacteriana, mas que piora rapidamente [2]. O fato de a criança apresentar sintomas respiratórios com foco laríngeo, associado aos diagnósticos feitos nos centros de saúde, sugeria patologia laríngea (epiglote ou corpo estranho laríngeo), razão pela qual o abscesso retrofaríngeo não foi inicialmente considerado, especialmente porque o abscesso tinha localização incomum, estendendo-se ao longo da hipofaringe.

O exame instrumental da orofaringe deve ser realizado com grande cuidado, pois a faringoscopia pode provocar reação defensiva intensa da língua e da musculatura faríngea [2]. Com base nos sinais infecciosos locais e na avaliação clínica, geralmente não há grande dificuldade no diagnóstico. Em crianças "maiores", a confirmação da presença de um abscesso pode ser feita por punção; no entanto, a tomografia computadorizada com projeções axiais e sagitais é mais factível e menos traumática [2]. Embora a criança apresentasse sintomas graves, o diagnóstico foi realizado com base em exames de imagem e confirmado por hipofaringoscopia, pois a lesão estava na hipofaringe, área de acesso difícil.

Não foi possível realizar tomografia computadorizada para confirmação diagnóstica devido à gravidade do quadro clínico, à necessidade de drenagem urgente e à indisponibilidade do exame no momento da admissão. Assim, o diagnóstico baseou-se no agravamento clínico. Radiografias de tórax e pescoço foram essenciais para que a equipe de Otorrinolaringologia suspeitasse do diagnóstico. Foi colhido pus para estudo microbiológico,

porém o resultado foi estéril, provavelmente devido ao uso prévio de antibióticos e/ou corticosteroides em diferentes unidades de saúde, ou por técnica inadequada de coleta ou transporte, além de limitações laboratoriais. Antibióticos empíricos de amplo espectro foram iniciados com base na epidemiologia regional e posteriormente ajustados conforme a resposta clínica.

Com base nas imagens disponíveis e nos achados intraoperatórios, o acúmulo purulento localizava-se predominantemente no espaço retrofaríngeo superior, com drenagem caudal espontânea observada durante o procedimento. Os abscessos retrofaríngeos devem ser drenados transoralmemente, realizando-se uma incisão com bisturi no ponto de maior flutuação, seguida de debridamento com pinça hemostática, de cima para baixo na cavidade do abscesso [2]. A criança apresentou melhora rápida após a drenagem e antibioticoterapia, e não houve evidência clínica de septicemia mediastinal.

Devido à sua localização anatômica, o abscesso retrofaríngeo permanece uma condição potencialmente fatal, que exige diagnóstico e tratamento rápido. Abscessos retrofaríngeos podem evoluir para obstrução de vias aéreas, erosão brônquica, mediastinite, sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, paralisia de nervos cranianos, perfuração esofágica, erosão de grandes vasos cervicais (artéria carótida e veia jugular interna) e meningoencefalite [3]. A presença de numerosos gânglios linfáticos no espaço retrofaríngeo de crianças menores de 4 anos explica a maior incidência de abscessos nessa faixa etária, ao contrário dos adultos, nos quais a infecção é rara e geralmente secundária a trauma [1].

É importante lembrar aos médicos os sintomas dos abscessos retrofaríngeos em crianças e como diagnosticá-los clínica e radiologicamente, uma entidade nosológica tratável, porém potencialmente fatal, sobretudo em casos de diagnóstico tardio. O principal objetivo deste trabalho é chamar atenção para uma condição grave e potencialmente fatal, um abscesso retrofaríngeo em uma criança, com suspeita de progressão para mediastinite, que em nosso contexto passou despercebida em múltiplas avaliações iniciais. Este caso ilustra claramente como sinais clínicos sutis, combinados com a variabilidade da apresentação pediátrica, podem levar a diagnósticos tardios ou incorretos, aumentando significativamente o risco de complicações fatais.

Reconhecemos plenamente que não dispomos das ferramentas diagnósticas complementares consideradas padrão-ouro, particularmente a tomografia computadorizada contrastada, essencial para confirmação definitiva e classificação da mediastinite. Entretanto, a mensagem central que pretendemos transmitir é que, mesmo na ausência de tecnologia avançada, a suspeita clínica oportunamente apoiada pelo exame físico, radiologia básica e evolução clínica, é crucial para salvar vidas. Em muitos sistemas de saúde de países de baixa e média renda, essa é uma realidade cotidiana, e ignorar essa limitação seria desconectar o relato da prática clínica real.

Assim, optamos deliberadamente por destacar que qualquer indicação de extensão infecciosa para o mediastino, ainda que baseada em métodos menos sensíveis, deve ser levada muito a sério, conduzindo a intervenção imediata e agressiva, como realizado neste caso. Nossa proposta central não é substituir o padrão-ouro, mas enfatizar que, quando este não está disponível, a abordagem deve priorizar a proteção da vida com os recursos existentes. O caso demonstra que a conduta adotada, embora limitada tecnologicamente, foi eficaz, segura e salvadora, reforçando a importância da acuidade clínica, do reconhecimento precoce dos sinais de gravidade e da intervenção cirúrgica pronta, mesmo sem confirmação por imagem avançada.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: A tia do paciente forneceu o consentimento informado por escrito para participar do estudo, que foi conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Lee KJ. Essential otolaryngology: head and neck surgery. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
2. Alegria JB. Tratado de otorrinolaringología y patología cervicofacial. Barcelona: Elsevier Masson; [sem ano indicado].
3. Jain H. Retropharyngeal abscess. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441873/>.
4. Kumar SS, R. Upper airway obstruction. In: Encyclopedia of Respiratory Medicine. 2006. p. V4-375–V4-85.
5. Becker W, Nauman H, Pfaltz C. Otorrinolaringología: manual ilustrado. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1986.
6. Flint PW, Cummings CW. Cummings otolaryngology: head & neck surgery. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2010.