



ISSN: 2230-9926

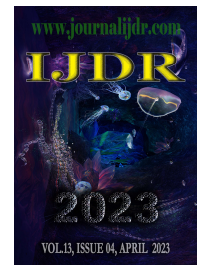
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 13, Issue, 04, pp. 62530-62533, April, 2023

<https://doi.org/10.37118/ijdr.26480.04.2023>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ASPECTOS ESSENCIAIS DO ABSCESSO PERITONSILAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Karolina Louzada Ribeiro*¹, Mariana Grolla Guimarães², Rayanne Caroline Almeida de Resende³, Juliana Pereira Camisão⁴, Analice Silva Henriques Barbosa⁵, Guilherme Novato Santos Frauzino⁶, Thuanne Caroline Silva Lima⁷, Sthella Lídia Gomes⁷, Luiza Cintra Dantas⁸, Rebeca Maida Sabbag Barbosa⁸, Leticia Monteiro da Costa⁸, Júlia Fernanda Piaia⁸, Anderson Ferreira da Silva⁹, Maria Luiza Sintonio Saldanha¹⁰, Breno Oliveira Torezani¹¹, Ciro José Cavalcante Nascimento¹², Rosane Mara dos Santos Ferreira¹³, Laís Sanches Maekawa¹⁴, Juliane Vieira de Mendonça Sousa¹⁵, Daniela Becker Flach¹⁶

¹Autor Correspondente; Discente do curso de medicina da faculdade MULTIVIX. ²Médica pelo centro universitário UNIFACIG. ³Discente do curso de medicina do centro universitário IMEPAC Araguari. ⁴Discente do curso de medicina da faculdade MULTIVIX. ⁵Discente do curso de medicina do centro universitário UNIFACISA. ⁶Médico pela UNIRV. ⁷Discente do Curso de Medicina da UFPE. ⁸Discente do curso de medicina da Universidade Anhembi Morumbi. ⁹Discente do curso de medicina da UNIRV. ¹⁰Discente do curso de medicina do centro universitário de João Pessoa (UNIPÊ). ¹¹Discente do curso de medicina do centro universitário do Espírito Santo – UNESC. ¹²Médico pela FACID. ¹³Médica pela Universidade federal do Piauí. ¹⁴Discente do curso de medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais-UEMG. ¹⁵Discente do curso de medicina da universidade Nilton Lins-UNL. ¹⁶Discente do Curso de Medicina da Universidad Maria Auxiliadora

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th February, 2023
Received in revised form
27th March, 2023
Accepted 03rd March, 2023
Published online 30th April, 2023

KeyWords:

Abscesso Peritonsilar.
Abscesso Periamigdaliano.
Tonsila Faringea.

*Corresponding author:

Karolina Louzada Ribeiro

ABSTRACT

Introdução: O abscesso peritonsilar consiste em uma infecção localizada, caracterizada pelo acúmulo de secreção purulenta entre a cápsula amigdaliana e o músculo constritor da faringe. **Objetivo:** O intuito do estudo é analisar os aspectos principais do abscesso peritonsilar e seus fatores de risco. **Metodologia:** Essa pesquisa trata-se de uma revisão da literatura narrativa, qualitativa, cujos artigos científicos foram buscados nas bases de dados: Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: abscesso peritonsilar; abscesso periamigdaliano; tonsila faríngea. **Resultados e discussão:** A maioria dos estudos demonstrou que os fatores de risco ainda não são bem estabelecidos e a apresentação clínica é imprecisa, dificultando assim o diagnóstico de forma efetiva. Nesse sentido, o diagnóstico deve ser suscitado pelos sinais e sintomas, assim como pelo exame físico, sendo complementado por exames de imagem. Em relação ao tratamento, deve ser feito imediatamente ao identificar o abscesso peritonsilar. **Conclusão:** O abscesso peritonsilar deve ser tratado adequadamente, no intuito de evitar infecções e complicações, sendo importante também analisar as possibilidades de diagnósticos diferenciais, principalmente a celulite peritonsilar.

Copyright©2023, Karolina Louzada Ribeiro et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Karolina Louzada Ribeiro, Mariana Grolla Guimarães, Rayanne Caroline Almeida de Resende, Juliana Pereira Camisão, Analice Silva Henriques Barbosa, Guilherme Novato Santos Frauzino, et al, 2023. "Aspectos essenciais do abscesso peritonsilar: Uma revisão de literatura". *International Journal of Development Research*, 13, (04), 62530-62533.

INTRODUCTION

O abscesso peritonsilar é uma infecção localizada definida como acúmulo de pus entre a cápsula amigdaliana e o músculo constritor da faringe. Acredita-se que esta condição seja uma complicação da amigdalite aguda, observada principalmente após a celulite

peritonsilar. Outra teoria é que a inflamação das glândulas de Weber, glândulas salivares menores localizadas próximas às amígdalas, pode ser um agente causal (MAZUR *et al.*, 2015). O abscesso peritonsilar é a infecção do espaço cervical profundo mais comum e está entre as queixas mais comuns nas consultas de emergência da otorrinolaringologia. Apesar da tendência de benignidade, apresenta

potencial para se espalhar para outros tecidos profundos do pescoço, como o espaço parafaríngeo, e podem causar seps e obstrução das vias aéreas (POWELL, 2012). Os abscessos peritonsilares são caracterizados por uma coleção de pus entre a cápsula amigdaliana e o músculo constritor faríngeo (MAZUR *et al.*, 2015). O abscesso peritonsilar é uma das complicações locais mais frequentes da amigdalite aguda; a incidência média de sua ocorrência na população é relatada como 10-45/100.000 pessoas (WIKSTÉN *et al.*, 2014). Nos Estados Unidos manifesta-se em uma taxa de 30 casos a cada 100.000 pessoas, e o tratamento dos abscessos peritonsilares custa aproximadamente 150 milhões de dólares ao ano (GALIOTO, 2017).

Logo, os abscessos peritonsilares são a infecção mais comum no espaço profundo da cabeça e pescoço que afeta adultos entre as idades de 20 e 40 anos (GALIOTO, 2017). É observada principalmente em adolescentes ou adultos jovens, mas todas as faixas etárias podem ser afetadas (MAZUR *et al.*, 2015). Apresenta-se como dor de garganta, febre, disfagia, voz alterada e, ao exame, hipertrofia amigdaliana, inchaço peritonsilar e hiperemia (BALDASSARI *et al.*, 2011).

O quadro clínico pode sugerir o diagnóstico. No entanto, um diagnóstico definitivo só é feito após a infecção ser localizada e avaliado se a infecção causou celulite simples ou abscesso. Além disso, deve-se excluir complicações que geram risco de morte. Nesse contexto, é essencial exames de imagem como a tomografia computadorizada com contraste, ultrassonografia intraoral ou transcervical ou a ressonância magnética (ESPOSITO *et al.*, 2022). A definição da etiologia da doença pode favorecer significativamente a escolha correta da antibioticoterapia. A coleta de secreção purulenta do local da infecção é altamente recomendada. Ademais, exames de sangue que medem a resposta inflamatória do paciente podem contribuir para confirmar um diagnóstico e monitorar a evolução da doença (ESPOSITO *et al.*, 2022). Essa condição se resolve principalmente através da drenagem cirúrgica, aspiração por agulha ou amigdalectomia, associados à antibioticoterapia, mas se o tratamento adequado não for realizado, pode levar a complicações com risco de morte. Obstrução das vias aéreas, mediastinite e hemorragia devido ao envolvimento vascular e septicemia são complicações que podem estar presentes e levar à morte (BALDASSARI *et al.*, 2011).

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, narrativa, qualitativa, cujas bases de dados utilizadas para a realização da presente pesquisa e seleção dos artigos científicos foram: Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados de forma isolada sem combinações entre eles, sendo listados a seguir: abscesso peritonsilar; abscesso periamigdaliano; tonsila faríngea. A busca manual foi realizada nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2023, considerando como critérios de inclusão: artigos publicados nas plataformas Lilacs, Scielo e PubMed; artigos nos idiomas português, espanhol e inglês; artigos disponíveis na íntegra; artigos que se adequaram ao tema proposto por essa pesquisa, artigos gratuitos, artigos publicados entre 2017 a 2022, trabalhos cuja leitura dos resumos e títulos correspondiam aos objetivos dessa pesquisa, estudos com desfechos expressos de maneira adequada. Entre os critérios de exclusão utilizados na pesquisa temos: publicações que não se encontravam nas bases de dados citadas anteriormente; estudos cujos resultados não se aplicavam aos objetivos desse estudo; artigos cujas leituras dos títulos e resumos não possuíam relação ao tema do presente estudo; trabalhos científicos em idiomas diferentes do português, inglês e espanhol; artigos pagos, artigos publicados antes de 2017, artigos cuja metodologia não foi descrita de forma correta. Em relação aos aspectos éticos, pela disponibilidade dos dados estarem ao domínio público, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, os devidos meios de citação e referências necessários foram empregados, assim como as técnicas e instrumentos de coletas de dados foram feitas a partir da análise detalhada dos artigos encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de risco: Embora vários fatores de risco, incluindo uma história de amigdalite estreptocócica e doença periodontal, tenham sido postulados como aumentando o risco de um paciente desenvolver um abscesso peritonsilar, dados recentes sugerem uma correlação positiva entre aqueles com histórico de tabagismo e o desenvolvimento dessa condição (KLUG *et al.*, 2013). A maioria dos abscessos peritonsilares pediátricos se desenvolvem a partir de uma infecção do trato respiratório superior com linfadenite supurativa e, conseqüentemente, por um ou mais microrganismos que geralmente colonizam o trato respiratório superior e causam essas doenças. Os casos de adolescentes e adultos, ao contrário, estão associados principalmente à faringite estreptocócica e a uma patologia dentária que geralmente é causada por diferentes organismos (RIGOTTI *et al.*, 2022). Pacientes com idade avançada ou diabetes mellitus são considerados imunocomprometidos e possuem maior chance de contrair infecção, apresentam mais complicações e maior taxa de mortalidade (HUANG *et al.*, 2005). O tabagismo aumenta o risco de desenvolver abscesso peritonsilar e ocorre por múltiplos processos: alteração da microbiota bacteriana tonsilar, alterações imunológicas locais/sistêmicas e lesão direta da mucosa orofaríngea (KLUG *et al.*, 2013). O hábito de fumar tem sido comumente observado em pacientes com abscesso peritonsilar em diversos estudos (POWELL *et al.*, 2013; KLUG *et al.*, 2013; MAZUR *et al.*, 2015).

Etiologia: A formação de abscesso peritonsilar pode ou não se originar nas amígdalas. Algumas teorias sugerem que as glândulas de Weber contribuem para a formação dessa lesão. Esse grupo de glândulas salivares mucosas menores fica situado no espaço superior à amígdala no palato mole, estando conectado por um ducto à superfície da amígdala. Essas glândulas limpam a área amigdaliana de detritos e ajudam a digerir partículas de alimentos presas nas criptas amigdalianas. Se as glândulas de Weber ficarem inflamadas, pode ocorrer celulite local (POWELL, 2013). À medida que a infecção avança, o ducto para a superfície da amígdala fica obstruído pela inflamação circundante. A necrose tecidual resultante e a formação de secreção purulenta produzem os sinais e sintomas do abscesso peritonsilar. Esses abscessos geralmente são formados dentro do palato mole, acima do polo superior da amígdala, o que coincide com a localização típica de um abscesso peritonsilar (POWELL, 2013). A falta desses abscessos em pacientes submetidos à amigdalectomia apoia a teoria de que as glândulas de Weber podem influenciar na patogênese. Outras variáveis clínicas associadas à formação de abscessos peritonsilares incluem doença periodontal significativa e tabagismo (POWELL, 2013).

Manifestações clínicas: Os sintomas comuns incluem odinofagia intensa associada a febre alta, mal-estar, disfagia, e otalgia ipsilateral devido à dor referida, trismo e voz abafada (GALIOTO, 2017). Pacientes com abscesso peritonsilar relatam mal-estar, febre, piora progressiva da odinofagia e disfagia. A dor de garganta é marcadamente mais grave no lado afetado e frequentemente referida para a orelha no lado ipsilateral. O exame físico geralmente revela trismo, com dificuldade de abertura da boca secundária à inflamação e espasmo dos músculos mastigadores. Engolir pode ser difícil e doloroso. A combinação de odinofagia e disfagia muitas vezes leva ao acúmulo de saliva. Os pacientes muitas vezes referem voz abafada (TAGLIARENI, 2012). Crianças com abscesso peritonsilar frequentemente apresentam sintomas no trato respiratório superior com ou sem febre. A progressão para um quadro clínico que evidencia o envolvimento das estruturas cervicais é geralmente rápida. As manifestações clínicas podem diferir pela idade e localização da infecção. Ademais, odinofagia e alterações vocais, podem ser difíceis ou impossíveis de identificar em crianças (RIGOTTI *et al.*, 2022; MAHARAJ, 2020).

Diagnóstico: O diagnóstico é sugerido pelo quadro clínico associado aos exames de imagem, como a tomografia computadorizada com contraste, ultrassonografia intraoral ou transcervical, ou ressonância nuclear magnética. Atualmente, a tomografia computadorizada com

contraste é considerada o método de escolha para avaliação dos abscessos peritonsilares, pois é significativamente mais precisa na diferenciação da celulite do abscesso em relação a esse exame não contrastado (HAN *et al.*, 2019). A tomografia computadorizada com contraste permite avaliar com precisão o local do abscesso e as estruturas adjacentes, como os principais vasos do pescoço, essencial para realizar drenagem de um abscesso, com significativa redução do risco cirúrgico (HAN *et al.*, 2019). A ultrassonografia intraoral ou transcervical pode ser a melhor solução para a avaliação de lesões superficiais como adenite cervical e abscesso peritonsilar e para aspiração percutânea guiada por imagem ou drenagem da secreção purulenta. Na diferenciação entre abscessos e celulite, esse exame é igualmente sensível e mais específico que o tomografia computadorizada com contraste (COLLINS, 2014). No entanto, espaços cervicais mais profundos raramente são discerníveis pela ultrassonografia, limitando assim sua eficácia diagnóstica em muitos abscessos peritonsilares (FORDHAM *et al.*, 2015). A ressonância magnética fornece caracterização superior dos tecidos moles do que a ultrassonografia e a tomografia computadorizada com contraste, levando a uma diferenciação mais precisa do abscesso da celulite ou linfadenomegalia em crianças e adultos (GONZALEZ-BEICOS, 2012).

Um estudo mostrou que, apesar das diferenças nos focos de infecção, a ressonância magnética de emergência em crianças teve precisão diagnóstica igual a de adultos (NURMINEN *et al.*, 2022). Além disso, a ressonância magnética pode ser um método útil e não invasivo para diagnosticar complicações com risco de morte (NURMINEN *et al.*, 2021). Ademais, os achados da ressonância magnética podem ter alta significância prognóstica. Finalmente, está associada à baixa exposição à radiação (NURMINEN *et al.*, 2022). No entanto, a ressonância magnética é atualmente menos frequentemente usada em ambientes de emergência como primeira ou única modalidade de exame de imagem, provavelmente pela sua baixa disponibilidade, maior tempo de varredura, dificuldade de relato e maior custo. Além disso, em crianças, problemas de sedação podem limitar ainda mais seu uso (HEIKKINEN *et al.*, 2022; CONTE *et al.*, 2022). Se suspeita de que a infecção se espalhou para além do espaço peritonsilar ou se tiver complicações envolvendo o espaço lateral do pescoço, é necessária tomografia computadorizada com contraste ou ressonância magnética. Deve-se suspeitar de infecções laterais do pescoço se houver inchaço ou induração abaixo do ângulo da mandíbula ou abaulamento medial da parede faríngea (POWELL, 2012). Além de diagnosticar com precisão o abscesso peritonsilar, a tomografia computadorizada com contraste pode detectar potencial comprometimento das vias aéreas e demonstrar a disseminação da infecção para os espaços cervicais profundos contíguos (POWELL, 2012). A ressonância nuclear magnética é superior à tomografia computadorizada com contraste para definição de tecidos moles e, portanto, é melhor na detecção de complicações de infecções profundas do pescoço, como trombose da veia jugular interna ou erosão do abscesso na bainha carotídea. As vantagens da ressonância magnética incluem tempo de varredura mais longo, maior custo e potencial de claustrofobia (POWELL, 2012).

Diagnóstico diferencial: O diagnóstico de abscesso peritonsilar é geralmente baseado na apresentação clínica e exame físico. Outras condições a serem consideradas no diagnóstico diferencial incluem celulite peritonsilar, abscesso retrofaríngeo, abscesso retromolar, mononucleose infecciosa, epiglote (principalmente em crianças) e neoplasia (linfoma ou carcinoma). Em muitos estudos retrospectivos, a mononucleose infecciosa foi relatada como uma coinfeção em 1,5% a 6% dos casos de abscesso peritonsilar, tornando-se uma possível alternativa de diagnóstico e comorbidade (TAGLIARENI, 2012). Pacientes com celulite peritonsilar frequentemente apresentam sintomas semelhantes ao abscesso peritonsilar, dificultando essa diferenciação. Na celulite peritonsilar, a área entre a amígdala e sua cápsula é eritematosa e edematosa, sem uma área óbvia de flutuação ou formação de secreção purulenta. Muitas vezes, se distinguem pela ausência de pus na aspiração por agulha, o que indica celulite. Se a presença de um abscesso permanecer incerta após a aspiração por agulha, o teste radiológico pode ser útil. A tomografia

computadorizada com contraste pode ser feita para identificar presença e extensão de abscesso. Alternativamente, se a ultrassonografia intraoral tiver disponível, pode identificar e distinguir com precisão o abscesso da celulite (POWELL, 2012).

Tratamento: Diante de um abscesso peritonsilar, três opções terapêuticas são possíveis: aspiração por agulha, incisão com drenagem e amigdalectomia. A escolha do tratamento depende das habilidades e experiência do profissional, cooperação do paciente, custo e se há indicações para amigdalectomia. A aspiração por agulha pode ser significativamente mais segura e melhor tolerada. Incisão com drenagem são procedimentos dolorosos que podem gerar sangramento importante. A amigdalectomia é controversa e deve ser considerada em pacientes com amigdalite recorrente, apneia obstrutiva do sono ou se falha de outras técnicas (CHANG *et al.*, 2016). A base do tratamento consiste na drenagem cirúrgica, antibioticoterapia, controle da dor e hidratação adequada. Se houver infecção concomitante, o tratamento geralmente tem como alvo uma infecção polimicrobiana e, portanto, inclui antibióticos que abrangem anaeróbios orais e estreptococos do grupo A (GALIOTO, 2017). A drenagem cirúrgica deve ser feita para a maioria dos pacientes que apresentam abscesso peritonsilar. As exceções incluem pequenos abscessos (menos de 1 cm) sem voz abafada, baba ou trismo. Os principais procedimentos incluem aspiração por agulha, incisão e drenagem, ou amigdalectomia imediata. A aspiração peritonsilar é outra técnica bem adequada. A drenagem ou aspiração deve ser realizada em ambiente onde possíveis complicações das vias aéreas possam ser tratadas e o paciente possa ser observado por algumas horas (POWELL, 2012).

O manejo do abscesso peritonsilar pediátrico deve iniciar pela avaliação e tratamento dos problemas respiratórios, sendo consenso. Em relação a necessidade de abordagem cirúrgica é algo debatido. A drenagem cirúrgica imediata tem sido a base tradicional do tratamento há vários anos, mas recentemente, diversos estudos demonstraram que o manejo não operatório pode ser eficaz em casos selecionados (KLUG, 2020). Nesse sentido, fatores como idade, tamanho do abscesso e presença de complicações, podem influenciar no manejo. Comorbidades, dificuldades na realização de procedimentos diagnósticos e falta de antibióticos potencialmente eficazes em ambientes de baixo nível socioeconômico podem favorecer a cirurgia. Isso explica por que, em uma revisão baseada em evidências de abscesso peritonsilar em crianças, foi sugerido que a abordagem terapêutica deveria ser direcionada para o paciente de forma individual (LAWRENCE, 2017). Independentemente do tratamento cirúrgico, os antibióticos são fundamentais para o bom prognóstico no abscesso peritonsilar. Considerando as características microbiológicas dessa condição clínica, a administração parenteral de antibioticoterapia de amplo espectro abrangendo patógenos aeróbios e anaeróbios é fortemente recomendada. Ajustes podem ser necessários quando a etiologia da doença é definida com precisão através de métodos de cultura ou biologia molecular (ELDEN, 2013). Além disso, quando um paciente melhora, a terapia parenteral pode ser modificada para terapia oral com os mesmos medicamentos, se disponíveis, ou com medicamentos com uma cobertura patogênica semelhante. Geralmente, recomenda-se penicilina reforçada com inibidor da beta-lactamase (amoxicilina-clavulanato, ampicilina-sulbactam) ou antibiótico resistente à beta-lactamase (cefoxitina, imipenem, meropenem), eventualmente combinado com uma droga anti-anaeróbia (clindamicina ou metronidazol) (KLUG, 2020). Pacientes com reações anafiláticas prévias à penicilina podem ser tratados com clindamicina (CASTAGNINI, 2021).

CONCLUSÃO

O abscesso peritonsilar deve ser tratado corretamente, com o objetivo de evitar infecções e complicações, sendo fundamental também analisar as possibilidades de diagnósticos diferenciais, principalmente a celulite peritonsilar, mas também abscesso retrofaríngeo, abscesso retromolar, mononucleose infecciosa, epiglote e neoplasias. Isso é feito principalmente com uma anamnese e exame físicos bem

estruturados, associados aos exames de imagem, como a tomografia computadorizada com contraste, ultrassonografia intraoral ou transcervical ou a ressonância magnética. Ademais, o tratamento com antibioticoterapia é essencial, associado às demais técnicas, como incisão com drenagem cirúrgica, aspiração por agulha ou amigdalectomia.

REFERÊNCIAS

- BALDASSARI, Cristina M. *et al.* Complications in pediatric deep neck space abscesses. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, v. 144, n. 4, p. 592-595, 2011.
- CASTAGNINI L.A., Goyal M., Ongkasuwan J. Amigdalite e Abscesso Peritonsilar. In: Valdez T., Vallejo J., editores. *Doenças Infeciosas em Otorrinolaringologia Pediátrica*. Springer; Cham, Suíça: 2021.
- CHANG, Brent A. *et al.* Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12, 2016.
- COLLINS, Benjamin; STONER, Julie A.; DIGOY, G. Paul. Benefits of ultrasound vs. computed tomography in the diagnosis of pediatric lateral neck abscesses. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, v. 78, n. 3, p. 423-426, 2014.
- CONTE, Mariasole *et al.* Magnetic resonance imaging accuracy before surgery in children with retropharyngeal abscesses. *Journal of Paediatrics and Child Health*, v. 58, n. 3, p. 504-507, 2022.
- ELDEN, Lisa M.; CHENG, Jeffrey. Children with Deep Space Neck Infections: Our Experience with 178 Children and Proposed Management Strategy. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, v. 149, p. P114-P115, 2013.
- ESPOSITO S, De Guido C, Pappalardo M, Laudisio S, Meccariello G, Capoferri G, Rahman S, Vicini C, Principi N. Abscessos retrofaringeos, parafaringeos e peritonsilares. *Crianças (Basileia)*. 2022 Abr 26;9(5):618. DOI: 10.3390/crianças9050618. PMID: 35626793; PMCID: PMC9139861.
- FORDHAM, M. Taylor *et al.* Transcervical ultrasonography in the diagnosis of pediatric peritonsillar abscess. *The Laryngoscope*, v. 125, n. 12, p. 2799-2804, 2015.
- GALIOTO, Nicholas J. Peritonsillar abscess. *American family physician*, v. 95, n. 8, p. 501-506, 2017.
- GONZALEZ-BEICOS, Aldo; NUNEZ, Diego. Imaging of acute head and neck infections. *Radiologic Clinics*, v. 50, n. 1, p. 73-83, 2012.
- HAN, Sung Min *et al.* Computed tomography-guided navigation assisted drainage for inaccessible deep neck abscess: A case report. *Medicine*, v. 98, n. 10, 2019.
- HEIKKINEN, Jaakko *et al.* Clinical and prognostic significance of emergency MRI findings in neck infections. *European Radiology*, p. 1-9, 2022.
- HUANG, Tung-Tsun *et al.* Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, v. 132, n. 6, p. 943-947, 2005.
- KLUG, Tejs Ehlers *et al.* Smoking promotes peritonsillar abscess. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 270, p. 3163-3167, 2013.
- KLUG, Tejs Ehlers; GREVE, Thomas; HENTZE, Malene. Complications of peritonsillar abscess. *Annals of clinical microbiology and antimicrobials*, v. 19, p. 1-17, 2020.
- LAWRENCE, R.; BATEMAN, N. Controversies in the management of deep neck space infection in children: an evidence-based review. *Clinical Otolaryngology*, v. 42, n. 1, p. 156-163, 2017.
- MAHARAJ, Shivesh; MUNGUL, Sheetal; AHMED, Sumaya. Deep neck space infections: changing trends in pediatric versus adult patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 78, n. 3, p. 394-399, 2020.
- MAZUR, E. *et al.* Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, v. 34, p. 549-554, 2015.
- NURMINEN J., Heikkinen J., Happonen T., Velhonoja J., Irjala H., Soukka T., Ivaska L., Mattila K., Hirvonen J. Achados de ressonância magnética em infecções cervicais pediátricas — Uma comparação com pacientes adultos. *Pediatra. Radiol.* 2022. no prelo.
- NURMINEN, Janne *et al.* Emergency neck MRI: feasibility and diagnostic accuracy in cases of neck infection. *Acta Radiologica*, v. 62, n. 6, p. 735-742, 2021.
- POWELL, Emily L. *et al.* A review of the pathogenesis of adult peritonsillar abscess: time for a re-evaluation. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, v. 68, n. 9, p. 1941-1950, 2013.
- POWELL, J. W. J. A.; WILSON, J. A. An evidence-based review of peritonsillar abscess. *Clinical otolaryngology*, v. 37, n. 2, p. 136-145, 2012.
- RIGOTTI, Erika *et al.* Antimicrobial Prophylaxis in Neonates and Children Undergoing Dental, Maxillo-Facial or Ear-Nose-Throat (ENT) Surgery: A RAND/UCLA Appropriateness Method Consensus Study. *Antibiotics*, v. 11, n. 3, p. 382, 2022.
- TAGLIARENI JM, Clarkson EI. Amigdalite, abscessos peritonsilares e faríngeos laterais. *Oral Maxillofac Surg Clin Norte Am*. 2012;24(2):197-204.
- WIKSTÉN, Johanna *et al.* Variations in treatment of peritonsillar abscess in four Nordic countries. *Acta Oto-Laryngologica*, v. 134, n. 8, p. 813-817, 2014.
