

Obstrução de Vias Aéreas Superiores após Drenagem de Abscesso Periamigdaliano. Relato de Caso *

Upper Airway Obstruction after Peritonsillar Abscess Drainage. Case Report

Deoclécio Tonelli, TSA¹, Fernando Wilhelm de Carvalho², Paula de Camargo Neves Sacco, TSA³,
Vanessa Heinke⁴, Raquel Vasconcelos de Souza⁴

RESUMO

Tonelli D, Carvalho FW, Sacco PCN, Heinke V, Souza RV - Obstrução de Vias Aéreas Superiores após Drenagem de Abscesso Periamigdaliano. Relato de Caso

Justificativa e Objetivos - O abscesso periamigdaliano é uma complicação incomum, porém predispõe a comprometimento grave das vias aéreas superiores. O objetivo deste relato é apresentar um caso de obstrução de vias aéreas após drenagem cirúrgica de abscesso periamigdaliano numa paciente jovem sem outras doenças de base.

Relato do Caso - Trata-se de uma paciente de 26 anos com grave abscesso periamigdaliano que submeteu-se à anestesia geral para drenagem e após a extubação apresentou grave insuficiência respiratória, necessitando de reintubação traqueal e ventilação controlada mecânica por 24 horas.

Conclusões - O planejamento anestésico e a adequada indicação cirúrgica são fundamentais para a prevenção de complicações em cirurgia otorrinolaringológica.

UNITERMOS - CIRURGIA, Otorrinolaringológica; COMPLICAÇÕES, Respiratória; obstrução de vias aéreas

SUMMARY

Tonelli D, Carvalho FW, Sacco PCN, Heinke V, Souza RV - Upper Airway Obstruction after Peritonsillar Abscess Drainage. Case Report

Background and Objectives - Peritonsillar abscess is an unusual complication, but predisposes to severe upper airway complications. This report aimed at presenting a case of upper airway obstruction after surgical drainage of a peritonsillar abscess in a healthy young female patient.

Case Report - Young female patient, 26 years old, with severe peritonsillar abscess and submitted to general anesthesia for drainage. After extubation, she presented a severe respiratory failure requiring reintubation and controlled ventilation for 24 hours.

Conclusions - The anesthetic strategy and the adequate surgical indication are fundamental in preventing complications during ENT surgeries.

KEY WORDS - COMPLICATIONS, Respiratory; airway obstruction; SURGERY, Otorhinolaryngologic

INTRODUÇÃO

O abscesso periamigdaliano é uma complicação incomum, porém predispõe a comprometimento grave das vias aéreas superiores¹.

Quando se estende até o palato mole, pode causar trismo, obstrução respiratória e intubação orotraqueal difícil, podendo tornar-se um problema ao anestesiológico, se houver indicação cirúrgica².

A própria manipulação da glândula pode causar complicações hemorrágicas^{3,4} ou obstrutivas^{1,2,5}, sendo seu manejo dependente da gravidade de cada caso^{4,6}.

O objetivo deste relato é apresentar um caso de obstrução de vias aéreas após drenagem cirúrgica de abscesso periamigdaliano numa paciente jovem sem outras doenças de base.

RELATO DO CASO

Paciente com 26 anos, do sexo feminino, branca, procurou o pronto socorro com queixa de febre, dor de garganta e dificuldade para deglutir há 3 dias, tendo feito uso de penicilina cristalina sem melhora do quadro. O exame físico foi impossibilitado pela dificuldade e intensa dor à abertura da boca. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose (20.100) sem desvio à esquerda ou outras alterações.

Foi estabelecido o diagnóstico de abscesso periamigdaliano, sendo a paciente encaminhada ao centro cirúrgico para realização de drenagem. A paciente foi monitorizada com cardioscópio, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, sendo induzida em seqüência rápida, optando-se por anestesia geral balanceada com propofol (200 mg), alfentanil (200 µg), rocurônio (40 mg), sevoflurano e óxido nitroso. A paciente foi intubada sem dificuldade.

Após o procedimento anestésico-cirúrgico, realizado sem intercorrências, a paciente foi extubada, evoluindo imediatamente com obstrução de vias aéreas superiores sendo necessária a reintubação.

* Recebido do (Received from) Hospital Beneficente São Caetano, CET Integrado de Medicina ABC

1. Coordenador do Serviço de Anestesiologia do CET Integrado da Faculdade de Medicina ABC
2. Assistente do Serviço de Anestesiologia do CET Integrado da Faculdade de Medicina ABC
3. Instrutora do CET Integrado da Faculdade de Medicina ABC
4. Ex-ME de CET Integrado da Faculdade de Medicina ABC

Apresentado (Submitted) em 23 de julho de 2001

Aceito (Accepted) para publicação em 05 de março de 2002

Correspondência para (Mail to):

Dr. Deoclécio Tonelli
Rua Marina Jacomini, 60/63
09541-360 São Caetano do Sul, SP

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2002

Encaminhada à unidade de terapia intensiva, a paciente foi mantida sedada com midazolam e fentanil em infusão contínua e sob ventilação mecânica, sendo avaliada pela infectologia que estabeleceu como hipótese diagnóstica: síndrome monolike, com infecção bacteriana secundária, sendo tratada com ampicilina por via venosa. Foram colhidas sorologias para HIV, toxoplasmose, mononucleose e citomegalovírus, tendo sido todas negativas.

Após instituído o tratamento, a paciente evoluiu com melhora do quadro, sendo extubada e tendo alta da UTI após 24 horas do procedimento cirúrgico e alta hospitalar após 72 horas, sem sinais de obstrução ou sangramento.

A paciente aguarda remissão completa do quadro infeccioso para programar sua amigdalectomia.

DISCUSSÃO

O abscesso periamigdaliano é uma complicação infecciosa que exige interação entre o otorrinolaringologista e o anestesiológico para o melhor planejamento da conduta².

Há estudos que recomendam a amigdalectomia primária^{6,7}, enquanto outros recomendam tratamento conservador, deixando a amigdalectomia para casos recorrentes⁸⁻¹⁰. A maioria, no entanto, concorda com a punção amigdaliana para esvaziar o abscesso antes da conduta cirúrgica propriamente dita², evitando dessa forma a aspiração de pus, hemorragia ou obstrução das vias aéreas por manipulação cirúrgica excessiva.

A indicação anestésica é outro ponto de controvérsia, que depende da conduta cirúrgica. A punção com esvaziamento pode ser feita sob anestesia local². Entretanto, a drenagem cirúrgica sob anestesia geral é a melhor forma de assegurar a patência das vias aéreas, fato bem discutido na literatura⁴⁻⁶.

Deste caso podemos concluir que o planejamento anestésico bem como uma adequada indicação cirúrgica são fundamentais para prevenção de complicações após drenagem de abscesso periamigdaliano.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Mário Casemiro Júnior, anestesiológico assistente do CET Integrado da Faculdade de Medicina ABC.

Upper Airway Obstruction after Peritonsillar Abscess Drainage. Case Report

Deoclécio Tonelli, TSA, M.D., Fernando Wilhelm de Carvalho, M.D., Paula de Camargo Neves Sacco, TSA, M.D., Vanessa Heinke, M.D., Raquel Vasconcelos de Souza, M.D.

INTRODUCTION

Peritonsillar abscess is an unusual complication, but predisposes to severe upper airway complications¹.

When reaching the soft palate, it may cause trismus, respiratory obstruction and difficult tracheal intubation, eventually becoming a problem for the anesthesiologist if there is surgical indication².

The tonsil manipulation itself may cause hemorrhagic^{3,4} or obstructive^{1,2,5} complications and the manipulation depends on the severity of the case^{4,6}.

This report aimed at presenting a case of airways obstruction after surgical peritonsillar abscess drainage in a young healthy female patient.

CASE REPORT

Young female patient, Caucasian, 26 years old, was referred to the first aid unit complaining of fever, sore throat and difficult swallowing for 3 days, having used crystalline penicillin without improvement. Physical evaluation was impossible due to difficulty in opening the mouth and severe pain. Lab tests revealed leucocytosis (20,100) without shift to the left or other changes.

Patient was diagnosed as peritonsillar abscess and was referred to the operating center for drainage. Patient was monitored with cardioscope, pulse oximetry and non-invasive blood pressure, and was induced with general balanced anesthesia with propofol (200 mg), alfentanil (200 µg), rocuronium (40 mg), sevoflurane and nitrous oxide, by the rapid sequence method. Patient was easily intubated.

After surgery, performed without intercurrents, patient was extubated and immediately evolved to upper airways obstruction, being then reintubated.

Referred to the intensive care unit, patient was kept sedated with midazolam and fentanyl in continuous infusion and under mechanical ventilation, being evaluated by the infectologist who established as diagnostic hypothesis: monolike syndrome with secondary bacterial infection, being treated with intravenous ampicillin. Samples were collected for HIV toxoplasmosis, mononucleosis and cytomegalovirus, and were all negative.

After treatment, patient improved, was extubated and discharged from the ICU 24 hours after the procedure and from the hospital 72 hours after surgery without signs of obstruction or bleeding.

Patient is awaiting for total infection remission to schedule her tonsillectomy.

DISCUSSION

Peritonsillar abscess is an infectious complication requiring interaction between ENT specialist and anesthesiologist for a better management scheduling².

Some studies recommend primary tonsillectomy^{6,7}, while others recommend conservative treatment, leaving tonsillectomy for recurrent cases⁸⁻¹⁰. Most studies, however, agree with tonsil puncture to debulk the abscess before the surgery itself², thus preventing pus aspiration, hemorrhage or airways obstruction by excessive surgical manipulation. Anesthesia is another controversy and depends on surgical approach. Puncture with debulking may be performed under local anesthesia². However, surgical drainage under general anesthesia is the best way to assure airways patency, and this is widely discussed in the literature⁴⁻⁶.

From this case one may conclude that anesthetic planning, as well as an adequate surgical indication are critical for the prevention of post peritonsillar abscess drainage complications.

ACKNOWLEDGEMENT

We acknowledge Dr. Mario Casemiro Jr., assistant-anesthesiologist, CET Integrado, Faculdade de Medicina ABC.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

01. Burstin PP, Marshall CL - Infectious mononucleosis and bilateral peritonsillar abscesses resulting in airway obstruction. *J Laryngol Otol*, 1998;112:1186-1188.
02. Donlon JV - Anestesia para Cirurgia Oftálmica e Otorrinolaringológica, em: Millher RD - Anestesia. 3ª Ed, Artes Médicas, 1993;2001-2023
03. Kristensen S, Tveterás K - Post-tonsillectomy haemorrhage. A retrospective study of 1150 operations. *Clin Otolaryngol*, 1984;9:347-350.
04. Blum DJ, Neel HB - Current thinking on tonsillectomy and adenoidectomy. *Compr Ther*, 1983; 9:48-56.
05. King CJ, Davey AJ, Chandradeva K - Emergency use of the laryngeal mask airway in severe upper airway obstruction caused by supraglottic edema. *Br J Anaesth*, 1995;75:785-786.
06. Scuderi PE, Mcleskey CH, Comer PB - Emergency percutaneous transtracheal ventilation during anesthesia using readily available equipment. *Anesth Analg*, 1982;61:867-870.
07. Christensen PH, Madsen U - Unilateral immediate tonsillectomy as the treatment of peritonsillar abscess: results, with special attention to pharyngitis. *J Laryngol Otol*, 1983;97:1105-1109.
08. Oddera I - Infectious mononucleosis: when is tonsillectomy indicate? *Schweiz Med Wochenschr*, 2000;(Suppl116):80s-82s.
09. Raut VV, Yung MW - Peritonsillar abscess: the rationale for interval tonsillectomy. *Ear Nose Throat J*, 2000;79:206-209.
10. Gray W C - Throat culture in impending peritonsillar abscess. *South Med J*, 1984;77:1545-1547.

RESUMEN

Tonelli D, Carvalho FW, Sacco PCN, Heinke V, Souza RV - Obstrucción de Vías Aéreas Superiores después de Drenaje de Absceso Periamigdaliano. Relato de Caso.

Justificativa y Objetivos - El absceso periamigdaliano es una complicación incomún, sin embargo predisponen al comprometimiento grave de las vías aéreas superiores. El objetivo de este relato es presentar un caso de obstrucción de las vías aéreas después de drenaje quirúrgico de absceso periamigdaliano en una paciente joven sin otras enfermedades de base.

Relato de Caso - Se trata de una paciente de 26 años con grave absceso periamigdaliano que se sometió a anestesia general para drenaje y después de la extubación presentó grave insuficiencia respiratoria, necesitando de reintubación traqueal y ventilación controlada mecánica por 24 horas.

Conclusiones - El planeamiento anestésico y la adecuada indicación quirúrgica son fundamentales para la prevención de complicaciones en cirugía otorrinolaringológica.