

CAPÍTULO 1

ABSCESO PERITONSILAR E INFECÇÕES PROFUNDAS DO PESCOÇO

Diego Soruco Gonzales¹; Lucas Mathias Costa de Jesus²; André Luis Cavasini Filho³; Yannina Zanella⁴

¹Graduado em Medicina, Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Sucre, Bolívia. E-mail: diegosorucogonzales@gmail.com ²Acadêmico de Medicina (11º período), Faculdade de Medicina de Itumbiara – Faculdade Zarns, Itumbiara, Goiás, Brasil. E-mail: lucasmathias100@hotmail.com ³Médico, FACERES, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: andrelocavasini@hotmail.com ⁴Médica, UNILAGO, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: yannina.zanella@hotmail.com

1. Introdução

As infecções supurativas da orofaringe e do pescoço representam uma das apresentações mais desafiadoras na urgência otorrinolaringológica. Embora a maioria dos quadros infecciosos da via aerodigestiva superior seja autolimitada, uma fração relevante evolui para coleções purulentas que comprometem espaços anatômicos profundos, colocando em risco a permeabilidade da via aérea e a integridade de estruturas vasculares e mediastinais adjacentes. O reconhecimento precoce, a estratificação de gravidade e a decisão entre conduta clínica e intervenção cirúrgica são, por isso, competências centrais para qualquer profissional que atenda urgências dessa especialidade.

Este capítulo aborda três entidades que, apesar de compartilharem via fisiopatológica comum — a disseminação de um processo infeccioso a partir da orofaringe ou do assoalho bucal para espaços fasciais contíguos —, apresentam particularidades próprias de apresentação clínica, investigação e tratamento: o abscesso peritonsilar, as infecções profundas do pescoço propriamente ditas (abscessos parafaríngeo e retrofaríngeo) e a angina de Ludwig. Também serão discutidas duas complicações sistêmicas potencialmente fatais que podem emergir de qualquer uma dessas condições quando não reconhecidas a tempo: a síndrome de Lemierre e a mediastinite necrosante descendente.

2. Anatomia Aplicada dos Espaços Cervicais Profundos

A compreensão da disposição das fáscias cervicais é indispensável para prever o comportamento de uma infecção profunda do pescoço. A fáscia cervical profunda organiza-se

em camadas que delimitam compartimentos potenciais — os chamados espaços cervicais profundos —, os quais permanecem virtuais em condições normais, mas podem ser distendidos por coleções líquidas ou purulentas. O espaço peritonsilar situa-se entre a cápsula do tonsila palatina e a musculatura constritora superior da faringe; o espaço parafaríngeo estende-se lateralmente à faringe, da base do crânio ao osso hioide, e contém estruturas nobres como a artéria carótida interna, a veia jugular interna e os nervos cranianos IX a XII; já o espaço retrofaríngeo situa-se posteriormente à faringe e se comunica diretamente com o mediastino posterior através do chamado *espaço perigoso* (danger space), o que explica por que infecções ali originadas podem progredir rapidamente para mediastinite (Sheikh *et al.*, 2023).

O espaço submandibular — subdividido nos compartimentos sublingual e submilo-hióideo — é o sítio de origem da angina de Ludwig e comunica-se, por sua vez, com o espaço parafaríngeo, criando uma via contínua de disseminação da região dentária e do assoalho bucal até o mediastino. Essa continuidade anatômica é o motivo pelo qual uma infecção aparentemente localizada exige, sempre, avaliação cuidadosa quanto à extensão em profundidade antes de ser considerada de baixo risco.

3. Abscesso Peritonsilar

3.1 Epidemiologia e Etiopatogenia

O abscesso peritonsilar (APT) é a infecção profunda mais comum da região da cabeça e do pescoço atendida em serviços de urgência, com incidência estimada em torno de 30 a 40 casos por 100.000 habitantes ao ano, concentrando-se preferencialmente na faixa etária entre 15 e 35 anos, sem predileção marcante de sexo (Long; Gottlieb, 2023; Klug, 2014). Classicamente, o quadro é descrito como uma complicação da tonsilite aguda, na qual a infecção ultrapassa a cápsula tonsilar e atinge o espaço potencial entre essa cápsula e a musculatura constritora superior da faringe; uma hipótese alternativa, não excludente, atribui a origem a uma obstrução supurativa das glândulas salivares menores de Weber, localizadas no polo superior da tonsila. Do ponto de vista microbiológico, o APT é tipicamente polimicrobiano, com predomínio de *Streptococcus pyogenes*, anaeróbios orais — em especial *Fusobacterium necrophorum* — e, com menor frequência, *Staphylococcus aureus*, inclusive cepas resistentes à meticilina em determinadas populações (Klug, 2014).

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

3.2 Quadro Clínico

O quadro clássico combina odinofagia intensa e assimétrica, sialorreia, voz abafada (descrita como "voz de batata quente"), trismo por irritação do músculo pterigóideo medial e halitose. Ao exame, observam-se abaulamento e eritema do pilar amigdaliano anterior e do palato mole ipsilaterais, com desvio contralateral da úvula. É importante reconhecer que nenhum desses achados isoladamente possui acurácia suficiente para confirmar o diagnóstico: um estudo prospectivo que comparou o exame clínico realizado por otorrinolaringologista com a tomografia computadorizada (TC) em 133 pacientes consecutivos demonstrou que a combinação de trismo, edema, imobilidade faríngea, desvio de úvula e impressão clínica global elevou consideravelmente a acurácia diagnóstica, mas a avaliação clínica isolada ainda gerou proporção relevante de resultados falso-positivos e falso-negativos frente ao padrão de referência cirúrgico (Voruz *et al.*, 2025).

3.3 Diagnóstico

Na prática, o diagnóstico do APT permanece eminentemente clínico na maioria dos casos típicos, reservando-se a investigação complementar para quadros atípicos, extensão suspeita para espaços profundos adjacentes, trismo importante que dificulte o exame intraoral, ou ausência de resposta ao tratamento inicial. A ultrassonografia point-of-care (POCUS) — realizada por via intraoral ou submandibular — tem ganhado espaço como ferramenta de primeira linha nesse cenário: uma revisão sistemática com metanálise reportou sensibilidade e especificidade elevadas do ultrassom para diferenciar abscesso de celulite peritonsilar, com a vantagem adicional de permitir a localização precisa da coleção e orientar a punção, reduzindo o risco do principal receio do procedimento — a lesão inadvertida da artéria carótida interna, que se projeta posterolateralmente à loja tonsilar (Kim *et al.*, 2023).

A tomografia computadorizada com contraste continua sendo o exame de escolha quando há suspeita de extensão para os espaços parafaríngeo ou retrofaríngeo, sinais de comprometimento da via aérea, ou quando o diagnóstico permanece incerto após avaliação clínica e ultrassonográfica (Long; Gottlieb, 2023).

3.4 Tratamento

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

O tratamento do APT apoia-se em dois pilares: drenagem da coleção purulenta e antibioticoterapia dirigida à flora polimicrobiana esperada. A punção-aspiração com agulha é o procedimento de escolha na maioria dos serviços de urgência, por sua simplicidade e por permitir, simultaneamente, confirmação diagnóstica e alívio sintomático; a incisão e drenagem é reservada para coleções mais extensas ou de difícil acesso por punção, enquanto a tonsilectomia a quente (*quinsy tonsillectomy*) é indicada em casos recorrentes, em falha de drenagem percutânea ou quando há indicação concomitante de tonsilectomia (Long; Gottlieb, 2023). A antibioticoterapia empírica deve cobrir estreptococos do grupo A e anaeróbios orais, sendo a amoxicilina associada a inibidor de betalactamase ou a clindamicina (em pacientes alérgicos a penicilina) as opções mais consistentemente recomendadas na literatura revisada (Long; Gottlieb, 2023; Klug, 2014).

3.5 Complicações

Embora a evolução seja favorável na grande maioria dos casos tratados adequadamente, complicações descritas incluem extensão para os espaços parafaríngeo e retrofaríngeo, obstrução de via aérea, sangramento por erosão de estruturas vasculares adjacentes e, mais raramente, mediastinite ou síndrome de Lemierre secundária a tromboflebite séptica da veia jugular interna (Klug; Greve; Hentze, 2020). Esses cenários justificam a atenção redobrada a sinais de alarme como trismo progressivo, dispneia, torcicolo ou sinais sistêmicos de sepse, que devem motivar investigação de extensão além do espaço peritonsilar.

Pontos-chave — Abscesso Peritonsilar

- Diagnóstico primariamente clínico; TC reservada para quadros atípicos ou suspeita de extensão profunda.
- Ultrassonografia point-of-care melhora a acurácia diagnóstica e a segurança da punção.
- Punção-aspiração é a primeira linha de drenagem na maioria dos serviços de urgência.
- Cobertura antimicrobiana deve incluir estreptococos do grupo A e anaeróbios orais.
- Trismo progressivo, torcicolo ou dispneia sugerem extensão para espaços profundos e exigem reavaliação por imagem.

4. Infecções Profundas do Pescoço: Abscessos Parafaríngeo e Retrofaríngeo

4.1 Vias de Disseminação e Particularidades por Faixa Etária

As infecções profundas do pescoço (IPP) que acometem os espaços parafaríngeo e retrofaríngeo diferem do abscesso peritonsilar tanto na origem quanto na população predominantemente afetada. Em crianças, a etiologia mais comum é a supuração de linfonodos retrofaríngeos secundária a infecções de vias aéreas superiores, o que explica por que essas infecções acometem preferencialmente lactentes e pré-escolares — em nítido contraste com o perfil etário mais avançado do abscesso peritonsilar (Sheikh *et al.*, 2023). Em adultos, por outro lado, a origem odontogênica, a instrumentação da via aerodigestiva e a extensão direta de um abscesso peritonsilar não tratado assumem papel proporcionalmente maior.

4.2 Apresentação Clínica

O quadro clínico das IPP costuma ser menos específico do que o do abscesso peritonsilar, o que contribui para atrasos diagnósticos. Febre alta, recusa alimentar, limitação de mobilidade cervical e torcicolo — este último decorrente de espasmo protetor da musculatura paravertebral — são frequentemente os achados de apresentação em crianças pequenas, muitas vezes sem o clássico abaulamento amigdaliano observado no APT (Guri; Scheier, 2022). Relatos de caso destacam ainda que esses quadros podem ser subestimados pelos sistemas de triagem hospitalar quando a queixa inicial não é reconhecida como potencialmente grave, reforçando a importância de manter alto índice de suspeição diante de torcicolo febril associado a sinais inflamatórios sistêmicos (Wates *et al.*, 2018).

4.3 Avaliação por Imagem

A tomografia computadorizada com contraste endovenoso é o exame de referência para confirmar a presença de coleção purulenta, delimitar sua extensão entre os diferentes espaços cervicais e avaliar proximidade com estruturas vasculares — informações essenciais para o planejamento cirúrgico quando indicado (Sheikh *et al.*, 2023). A ultrassonografia point-of-care também tem papel emergente nesse contexto: em séries descritas na literatura de medicina de urgência, a abordagem transoral permitiu identificar coleções no espaço parafaríngeo à beira do leito, auxiliando a priorização do paciente para investigação tomográfica confirmatória (Simard; Socransky; Chenkin, 2019).

4.4 Conduta: Tratamento Clínico versus Cirúrgico

Uma revisão sistemática e síntese qualitativa das evidências sobre avaliação e manejo das IPP em adultos concluiu que, apesar da gravidade potencial dessas infecções, ainda existe heterogeneidade importante nas práticas de diagnóstico e tratamento entre serviços, sem um protocolo universalmente padronizado quanto ao momento ideal de indicação cirúrgica (Sheikh *et al.*, 2023). Na prática, coleções pequenas, sem sinais de comprometimento da via aérea e sem instabilidade clínica, podem responder favoravelmente à antibioticoterapia intravenosa isolada, com necessidade de drenagem cirúrgica reservada para falha do tratamento clínico, coleções volumosas ou sinais de deterioração. O uso adjuvante de corticosteroide sistêmico em abscessos retrofaríngeo e parafaríngeo pediátricos foi avaliado em coorte multicêntrica de grande porte, que sugeriu associação entre o uso de corticoide e menor necessidade de intervenção cirúrgica, achado que, embora não estabeleça causalidade definitiva, tem influenciado a prática clínica em centros pediátricos (Goenka *et al.*, 2021).

Pontos-chave — Infecções Profundas do Pescoço

- Em crianças, a etiologia mais comum é a supuração linfonodal retrofaríngea secundária a infecção de vias aéreas superiores.
- Febre, torcicolo e recusa alimentar podem ser as únicas pistas clínicas em lactentes — o abaulamento faríngeo típico do APT frequentemente está ausente.
- A TC com contraste é o exame de escolha para delimitar extensão e orientar decisão cirúrgica.
- Nem toda coleção exige drenagem: casos selecionados, sem comprometimento de via aérea, podem responder à antibioticoterapia isolada sob observação rigorosa.

5. Angina de Ludwig

5.1 Definição e Gravidade

A angina de Ludwig é uma celulite rapidamente progressiva e bilateral que acomete os espaços sublingual, submilo-hióideo e submandibular, tipicamente originada a partir de infecção odontogênica dos segundos e terceiros molares inferiores. Diferentemente de um abscesso circunscrito, trata-se classicamente de um processo de celulite difusa e endurecida ("brawny"), sem coleção purulenta bem definida na maioria dos casos iniciais, o que a torna uma urgência de via aérea mais do que uma indicação cirúrgica de drenagem propriamente dita.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

(Canas *et al.*, 2023). A elevação e o deslocamento posterior da língua, consequência do edema do assoalho bucal, podem obstruir progressivamente a via aérea superior, constituindo a principal causa de mortalidade da condição quando não reconhecida a tempo.

Embora historicamente descrita como doença predominantemente adulta, revisões pediátricas registram que a condição também acomete crianças, por vezes com apresentação e evolução particularmente rápidas, exigindo os mesmos princípios de vigilância de via aérea aplicados à população adulta (Lin; O'Neill; Cunningham, 2009). Dados de coortes hospitalares recentes sugerem, adicionalmente, um aumento da incidência e da gravidade dos casos de angina de Ludwig no período em torno da pandemia de COVID-19, com maior frequência de desfechos desfavoráveis nesse intervalo — achado que reforça a importância de manter a suspeição elevada mesmo em contextos de sobrecarga assistencial (Canas *et al.*, 2023).

5.2 Manejo da Via Aérea

O manejo da via aérea é a prioridade absoluta no atendimento da angina de Ludwig e deve preceder qualquer investigação complementar em pacientes com sinais de iminência de obstrução — estridor, dispneia, incapacidade de controlar secreções ou rebaixamento do nível de consciência. A intubação orotraqueal pode ser tecnicamente difícil ou impossível diante da distorção anatômica da orofaringe, e a literatura de anestesiologia e medicina de urgência recomenda que a abordagem seja conduzida, sempre que possível, em ambiente controlado (centro cirúrgico), com plano de via aérea difícil estabelecido previamente, contemplando intubação vigil guiada por fibra óptica e disponibilidade imediata de via aérea cirúrgica (cricotireoidostomia ou traqueostomia) como plano de resgate (Canas *et al.*, 2023).

5.3 Tratamento Antimicrobiano e Cirúrgico

Uma vez assegurada a via aérea, o tratamento combina antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, cobrindo flora oral aeróbia e anaeróbia, remoção do foco odontogênico causal e, quando presente, drenagem cirúrgica de coleções purulentas localizadas. Casos de celulite difusa sem coleção definida podem, inicialmente, ser conduzidos apenas com antibioticoterapia e observação intensiva da via aérea, reservando-se a exploração cirúrgica para deterioração clínica, formação tardia de abscesso ou ausência de melhora em 24 a 48 horas (Canas *et al.*, 2023).

Pontos-chave — Angina de Ludwig

- É primariamente uma emergência de via aérea, não uma indicação cirúrgica de drenagem imediata.
- Sinais de alarme: elevação da língua, sialorreia, estridor, dispneia — indicam necessidade de via aérea definitiva precoce.
- Via aérea difícil antecipada: priorizar intubação vigil guiada por fibra óptica em ambiente controlado, com plano de resgate cirúrgico pronto.
- Origem odontogênica é a mais comum — o controle do foco dentário faz parte do tratamento definitivo.

6. Complicações Sistêmicas Graves

6.1 Síndrome de Lemierre

A síndrome de Lemierre é uma tromboflebite séptica da veia jugular interna secundária a uma infecção orofaríngea primária, classicamente associada à bactéria anaeróbia *Fusobacterium necrophorum*, com disseminação hematogênica subsequente para sítios à distância — mais frequentemente êmbolos sépticos pulmonares. Trata-se de condição pouco frequente, porém potencialmente fatal, cuja incidência parece ter voltado a aumentar nas últimas décadas após um período de declínio atribuído ao uso mais amplo de antibióticos para faringotonsilites (Carius; Koyfman; Long, 2022). O quadro típico envolve persistência ou piora da febre e da dor cervical alguns dias após uma faringite aparentemente banal, associada a dor e empastamento ao longo do trajeto do músculo esternocleidomastóideo, muitas vezes acompanhada de sinais respiratórios decorrentes de êmbolos sépticos pulmonares — um padrão que, quando não reconhecido, pode ser confundido com quadros infecciosos respiratórios primários (Karkos *et al.*, 2010).

O diagnóstico é confirmado por exame de imagem (ultrassonografia ou angiotomografia cervical) demonstrando trombose da veia jugular interna, associado a hemoculturas positivas para o agente etiológico. O tratamento baseia-se em antibioticoterapia prolongada dirigida a anaeróbios, sendo o uso de anticoagulação ainda motivo de debate na literatura, reservado a casos selecionados com progressão do trombo ou embolização recorrente apesar de antibioticoterapia adequada (Carius; Koyfman; Long, 2022).

6.2 Mediastinite Necrosante Descendente

A mediastinite necrosante descendente é a complicação mais temida das infecções profundas do pescoço, decorrente da disseminação direta de um processo infeccioso cervical para o mediastino através dos planos fasciais contíguos — mais comumente pelo espaço retrofaríngeo/perigoso, mas também pelos espaços parafaríngeo e submandibular em casos avançados de angina de Ludwig. A mortalidade associada a essa complicação permanece elevada mesmo em séries contemporâneas, o que reflete tanto a agressividade do processo infeccioso quanto a frequente demora no reconhecimento do envolvimento mediastinal, já que os sinais iniciais podem ser indistinguíveis dos de uma infecção cervical não complicada (Lin *et al.*, 2023).

Achados clínicos e radiológicos que devem levantar suspeita de extensão mediastinal incluem dor torácica, dispneia desproporcional ao quadro cervical, derrame pleural, alargamento do mediastino em radiografia de tórax e presença de gás ou coleção estendendo-se abaixo do nível da carina na tomografia cervicotorácica. O tratamento exige abordagem multidisciplinar envolvendo otorrinolaringologia, cirurgia torácica e medicina intensiva, combinando drenagem cirúrgica ampla — cervical e, frequentemente, também torácica — com antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico (Lin *et al.*, 2023).

7. Conduta Prática na Urgência: Síntese

Diante de um paciente com suspeita de infecção profunda da orofaringe ou do pescoço, a sequência de raciocínio clínico proposta neste capítulo pode ser resumida em quatro perguntas centrais, a serem respondidas nesta ordem: a via aérea está em risco imediato? Há sinais clínicos que sugiram extensão além do compartimento inicialmente suspeitado? A apresentação é compatível com tratamento clínico isolado ou exige drenagem cirúrgica? Existem sinais de alarme para complicação sistêmica — trombose venosa séptica ou extensão mediastinal — que justifiquem investigação adicional?

- **Via aérea primeiro:** estridor, dispneia, sialorreia incontrolável ou elevação da língua determinam prioridade absoluta sobre qualquer investigação diagnóstica (Canas *et al.*, 2023).
- **Trismo e torcicolo são sinais de alerta:** sugerem extensão além do espaço inicialmente acometido e devem motivar avaliação por imagem antes de se considerar conduta ambulatorial (Sheikh *et al.*, 2023; Guri; Scheier, 2022).

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

- **Nem toda coleção exige cirurgia:** pacientes estáveis, sem comprometimento de via aérea, podem ser conduzidos com antibioticoterapia intravenosa sob observação, com drenagem reservada para falha terapêutica (Sheikh *et al.*, 2023; Goenka *et al.*, 2021).
- **Febre ou dor cervical persistente após faringite:** considerar síndrome de Lemierre, sobretudo na presença de sintomas respiratórios associados (Carius; Koyfman; Long, 2022; Karkos *et al.*, 2010).
- **Dor torácica ou alargamento mediastinal:** investigar mediastinite necrosante descendente em qualquer infecção cervical profunda com evolução desfavorável (Lin *et al.*, 2023).

Referências

CANAS, M. *et al.* Ludwig's Angina: Higher Incidence and Worse Outcomes Associated With the Onset of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Surgical Infections*, v. 24, n. 9, p. 782-787, 2023.

CARIUS, B. M.; KOYFMAN, A.; LONG, B. High risk and low prevalence diseases: Lemierre's syndrome. *American Journal of Emergency Medicine*, v. 61, p. 98-104, 2022.

GOENKA, P. K. *et al.* Corticosteroids in the Treatment of Pediatric Retropharyngeal and Parapharyngeal Abscesses. *Pediatrics*, v. 148, n. 5, p. e2020037010, 2021.

GURI, A.; SCHEIER, E. A 10-year-old child with acute torticollis due to polymicrobial deep neck infection. *BMJ Case Reports*, v. 15, n. 1, p. e244331, 2022.

HEILIG, Y. *et al.* Impact of the COVID-19 era on clinical presentation, management and microbiology in paediatric peritonsillar abscess: a case-control study. *Clinical Otolaryngology*, v. 49, n. 2, p. 207-213, 2024.

KARKOS, P. D. *et al.* Lemierre syndrome: no delays in management. *American Journal of Emergency Medicine*, v. 28, n. 7, p. 844.e1-844.e2, 2010.

KIM, D. J. *et al.* Test characteristics of ultrasound for the diagnosis of peritonsillar abscess: a systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, v. 30, n. 8, p. 859-869, 2023.

KLUG, T. E. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, v. 33, n. 7, p. 1163-1167, 2014.

KLUG, T. E.; GREVE, T.; HENTZE, M. Complications of peritonsillar abscess. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, v. 19, n. 1, p. 32, 2020.

LIN, D. P. *et al.* Clinical management and prognosis for descending necrotizing mediastinitis. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*, v. 58, n. 6, p. 565-571, 2023.

LIN, H. W.; O'NEILL, A.; CUNNINGHAM, M. J. Ludwig's angina in the pediatric population. *Clinical Pediatrics*, v. 48, n. 6, p. 583-587, 2009.

LONG, B.; GOTTLIEB, M. Managing Peritonsillar Abscess. *Annals of Emergency Medicine*, v. 82, n. 1, p. 101-107, 2023.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta
na Urgência Otorrinolaringológica

SHEIKH, Z. *et al.* The assessment and management of deep neck space infections in adults: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Clinical Otolaryngology*, v. 48, n. 4, p. 540-562, 2023.

SIMARD, R. D.; SOCRANSKY, S.; CHENKIN, J. Transoral Point-of-Care Ultrasound in the Diagnosis of Parapharyngeal Space Abscess. *Journal of Emergency Medicine*, v. 56, n. 1, p. 70-73, 2019.

VORUZ, F. *et al.* Diagnosis of Peritonsillar Abscess: a prospective study comparing clinical with CT findings in 133 consecutive patients. *Diagnostics*, v. 15, n. 2, p. 228, 2025.

WATES, E. *et al.* A severe deep neck odontogenic infection not prioritised by the emergency department triage system and National Early Warning Score. *BMJ Case Reports*, v. 2018, p. bcr2018224634, 2018.