

Infecções profundas de cabeça e pescoço

Celulite pré-septal e orbitária, abscessos periamigdaliano e retrofaríngeo, mastoidite aguda, adenite cervical supurativa e síndrome de Lemierre, com os sinais que separam o consultório do hospital

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

As infecções profundas de cabeça e pescoço são **complicações de sinusite, otite média aguda, faringoamigdalite, infecção dentária ou lesão de pele da face**. Quase todas são 🟡 e exigem **antibiótico parenteral, imagem e especialista**. A exceção é a **celulite pré-septal** (edema palpebral com **olho normal**: motilidade, visão e pupilas preservadas, sem proptose) em criança > 1 ano, **sem toxemia e com retorno garantido: amoxicilina-clavulanato com 90 mg/kg/dia de amoxicilina e reavaliação em 24–48 h** (🟡). Vão ao pronto-socorro: **proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, diplopia ou queda da acuidade visual** (celulite orbitária — tomografia com contraste e internação); **trismo, voz abafada e desvio da úvula** (abscesso periamigdaliano — drenagem); **pré-escolar com febre, torcicolo, recusa a estender o pescoço, sialorreia ou estridor** (abscesso retrofaríngeo — risco de via aérea); **edema retroauricular com pavilhão deslocado** (mastoidite); adolescente com faringite seguida de **seps e dor cervical lateral** (síndrome de Lemierre).

1. O que é e como se apresenta

Celulite pré-septal e orbitária. A **pré-septal** (anterior ao septo orbitário) é mais comum abaixo de 5 anos e vem de lesão de pele (picada, trauma, impetigo, varicela), conjuntivite, dacriocistite ou sinusite. A **orbitária** é quase sempre complicação de **sinusite etmoidal**, ocorre em qualquer idade e ameaça a visão e o sistema nervoso central. Agentes: *S. aureus*, *S. pneumoniae*, estreptococos, *H. influenzae* e anaeróbios (AEP/SEIP 2023).

Classificação de Chandler (profundidade, definida na tomografia):

ESTÁGIO	ACHADO	ONDE TRATAR
I	Celulite pré-septal	Casa (🟡) ou hospital, conforme critérios
II	Celulite orbitária sem abscesso	Hospital
III	Abscesso subperiosteal	Hospital; cirurgia se sem resposta ou grande
IV	Abscesso orbitário	Hospital; drenagem
V	Trombose do seio cavernoso	Hospital, UTI

Na **orbitária**: febre, estado geral afetado, **dor à movimentação ocular, diplopia, oftalmoplegia, proptose**, PCR em geral > 120 mg/L; na **pré-septal**, bom estado e olho normal (AEP/SEIP 2023). **Edema que impede abrir o olho = olho não avaliável**.

Abscesso periamigdaliano. Mais comum no **adolescente**, após faringoamigdalite: dor intensa e **unilateral**, sialorreia, **trismo, voz abafada ("de batata quente")**, abaulamento do palato e

desvio da úvula para o lado oposto. Flora mista: *S. pyogenes*, *S. aureus* e anaeróbios (AEP/SEIP 2023).

Abscesso retrofaríngeo e parafaríngeo. Típicos entre **2 e 5 anos**, porque os linfonodos retrofaríngeos envolvem depois dessa idade; na criança maior, após trauma da parede posterior da faringe. Febre, **torcicolo ou recusa a estender o pescoço**, disfagia, sialorreia, voz abafada, massa cervical e, nos casos avançados, **estridor e desconforto respiratório**. Risco de obstrução da via aérea e mediastinite (AEP/SEIP 2023).

Mastoidite aguda. Complicação grave mais frequente da otite média aguda (OMA), sobretudo **abaixo de 2 anos**; pode surgir em criança já em uso de antibiótico. Suspeitar com OMA e **dois ou mais** sinais: **pavilhão deslocado para fora e para baixo**, eritema retroauricular, **apagamento do sulco retroauricular**, dor à palpação da mastoide ou **flutuação** (abscesso subperiosteal) (AEP/SEIP 2023). Complicações: paralisia facial, meningite, trombose de seio venoso, abscesso cerebral.

Adenite cervical supurativa. Linfonodo unilateral, doloroso e quente (*S. aureus*, *S. pyogenes*); **flutuação** indica abscesso. A adenite não complicada está em **Linfonodomegalias**.

Síndrome de Lemierre. Tromboflebite séptica da **veia jugular interna**, sobretudo por *Fusobacterium necrophorum*, típica do **adolescente**: faringite que parece melhorar e, dias depois, **febre alta persistente, dor e edema cervical lateral ao longo do esternocleidomastoideo, sepse e êmbolos pulmonares sépticos** (tosse, dor pleurítica) (AEP/SEIP 2023).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sem infecção profunda: edema palpebral alérgico ou por picada, sem febre e sem dor; OMA, sinusite ou faringoamigdalite com pálpebras, mastoide, pescoço e orofaringe normais	Tratar a causa conforme o documento específico; sinais de alerta e retorno garantido
● Moderada	Celulite pré-septal com olho normal e examinável, criança > 1 ano, sem toxemia, retorno garantido; adenite bacteriana sem flutuação, > 3 meses, bom estado, aceitando via oral	Antibiótico oral; demarcar a borda com caneta; reavaliação em 24–48 h; hospital se piorar ou não melhorar
● Grave	Sinal orbitário (proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, diplopia, baixa visual, pupila alterada, quemose); pré-septal < 1 ano, com toxemia, olho não examinável ou sem melhora em 24–48 h; trismo, voz abafada, desvio da úvula; torcicolo febril, limitação da extensão cervical, sialorreia, estridor; mastoidite ou paralisia facial; adenite flutuante ou sem resposta em 48–72 h; dor cervical lateral com sepse; sinais meníngeos ou neurológicos; edema frontal	Pronto-socorro/hospital: via aérea primeiro, oxigênio para SpO ₂ ≥ 94%, antibiótico parenteral, imagem e especialista

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano (pré-septal) e < 5 anos (exame ocular e cervical pouco confiável).
- Antibiótico oral sem melhora; imunodeficiência, neutropenia, doença crônica.
- Sinusite frontal ou esfenoidal, foco dentário, colesteatoma; vacinação incompleta (pneumocócica, Hib); retorno incerto.

3. Diagnóstico no consultório

Diagnóstico clínico; imagem só no hospital. Decide o exame:

- **Olhos:** acuidade visual (ou fixação e seguimento no lactente), motilidade nas seis direções perguntando sobre dor e visão dupla, pupilas, proptose (olhar de cima e de perfil), quemose.
- **Ouvidos:** otoscopia e **palpação retroauricular em toda otite;** posição do pavilhão comparada com o outro lado; nervo facial.
- **Orofaringe:** só **sem estridor ou sialorreia** (senão, sem abaixador de língua e sem deitar): amígdalas, úvula, palato, parede posterior.
- **Pescoço:** extensão e rotação, linfonodos (cm, flutuação), dor ao longo do esternocleidomastoideo; sepse, rigidez de nuca, SpO₂.

Exames: desnecessários no 🟡. No hospital:

- **Tomografia com contraste** (ou ressonância) na suspeita de complicação orbitária ou do sistema nervoso central (AAP 2013); na pré-septal típica, só se houver dúvida ou falta de melhora (AEP).
- **Pescoço:** radiografia lateral (espaço pré-vertebral > 7 mm em C2 ou > 14 mm em C6 sugere abscesso retrofaríngeo), ultrassonografia e **tomografia com contraste** nos casos graves ou cirúrgicos (AEP). **Nenhuma imagem antes de garantir a via aérea** na criança com estridor.
- **Mastoidite:** tomografia se complicação, mau estado ou falha em 48–72 h (AEP). **Lemierre:** hemoculturas, Doppler ou tomografia das veias do pescoço, imagem de tórax.
- Hemograma, PCR e hemocultura no 🔴.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Órbita:** edema alérgico (prurido, sem dor), conjuntivite, dacriocistite, trauma e maus-tratos, herpes-zóster oftálmico, síndrome nefrótica, **neuroblastoma** (equimose periorbitária e proptose) e **rabdomiossarcoma** (proptose rápida).
- **Pescoço:** epiglote e traqueíte bacteriana (estridor, sialorreia, tripé), meningite, **doença de Kawasaki** (pode simular adenite e mostrar edema retrofaríngeo), mononucleose, síndrome de Grisel, cisto branquial infectado, linfoma.

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: tratar o 🟡, reavaliar, encaminhar o 🔴, acompanhar após a alta. **Do especialista:** antibiótico parenteral, imagem, drenagens, mastoidectomia, corticoide, anticoagulação no Lemierre.

Posição adotada: a SBP não tem documento específico e o Ministério da Saúde trata apenas da mastoidite e da "infecção grave de garganta" (AIDPI). O site segue seus documentos já publicados, a AEP/SEIP 2023 nas condutas hospitalares e o NICE no encaminhamento, as mais detalhadas. Com foco sinusal, otológico ou respiratório o pneumococo é alvo: **amoxicilina-clavulanato sempre com 90 mg/kg/dia de amoxicilina**; a resistência do pneumococo (PBP) é vencida pela dose, não pelo clavulanato.

Tratamento ambulatorial (🟡) e antes da transferência

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Amoxicilina-clavulanato VO (14:1)	90 mg/kg/dia de amoxicilina + 6,4 mg/kg/dia de clavulanato	12/12 h	7–10 dias	Pré-septal com foco sinusal, respiratório, dentário ou incerto. Padrão do site; AEP 80 mg/kg/dia (8:1) por 5–7 dias; NICE 7 dias
Cefalexina VO	50–100 mg/kg/dia	6/6 h	7 dias	Pré-septal com porta de entrada cutânea clara, sem sinusite. SBP, DC nº 12/2022 (padrão do site para pele)
Clindamicina VO	25–40 mg/kg/dia (máx. 1,8 g/dia, AEP)	6/6 h ou 8/8 h	7–10 dias	Alergia imediata a betalactâmico ou suspeita de MRSA comunitário; SBP 2003: 25–40, 6/6 h; IDSA 25–30; AEP 30–40
Adenite cervical bacteriana	Cefalexina 50–100 mg/kg/dia, ou amoxicilina-clavulanato 40–50 mg/kg/dia de amoxicilina	6/6 h; 8/8 ou 12/12 h	5–7 dias (SBP 2003; AEP 10–14)	Cefalexina: SBP (DC nº 12/2022; 2003); Guia ABE 25–50. Amoxicilina-clavulanato em dose padrão: alvo não é o pneumococo (Linfonodomegalias)
Ceftriaxona IM ou IV antes da transferência	100 mg/kg (máx. 2 g)	Dose única	—	Mastoidite e "infecção grave de garganta" se a remoção demorar (MS, AIDPI: máx. 2 g). O máx. de 4 g do site é só para suspeita de doença meningocócica ou meningite (dose meníngea)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site; risco hepático no uso repetido por 48–72 h
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses; evitar se desidratação

Condutas hospitalares (referência)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Amoxicilina-clavulanato IV	100 mg/kg/dia (mastoidite 100–150)	8/8 h (periamigdaliano 6/6 h)	Periamigdaliano e mastoidite 14 dias; profundos 14–21 dias (com a via oral)	Pré-septal internada, abscessos não graves, mastoidite (AEP/SEIP 2023)
Ceftriaxona IV (ou cefotaxima 150–200 mg/kg/dia, AEP)	100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	12/12 h ou 1x/dia	Orbitária ≥ 21 dias (AEP) ou 10–14 dias (CHOP)	Orbitária, abscesso grave, Lemierre, com clindamicina; intracraniana 50 mg/kg/dose 12/12 h (CHOP; MS na meningite)
Clindamicina IV	40 mg/kg/dia (máx. 2,7 g/dia)	8/8 h	Conforme o quadro	<i>S. aureus</i> e anaeróbios (AEP)
Vancomicina IV	15 mg/kg/dose (1ª dose máx. 1,5 g)	6/6 h, pelo nível sérico	Conforme culturas	Doença grave, risco à visão, extensão intracraniana; padrão do site (SBP)
Metronidazol IV	30 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	6–8 h	Conforme o quadro	Complicação intracraniana (AEP/SEIP 2023)

- **Cirurgia (AEP/SEIP 2023):** abscesso periamigdaliano formado se drena — de imediato se houver comprometimento respiratório, ou após 48–72 h sem resposta; abscessos retro e parafaríngeos < 2–3 cm, sem comprometimento respiratório e com boa resposta podem dispensar drenagem; na órbita, drenagem se sem melhora em 48–72 h ou abscesso ≥ 1 cm. Corticoide é decisão hospitalar.
- **Via oral de sequência** (afebril, melhorando): amoxicilina-clavulanato 80–90 ou clindamicina 30–40 mg/kg/dia (AEP).

O que não usar: amoxicilina-clavulanato com 40–50 mg/kg/dia de amoxicilina com foco sinusal ou otológico; corticoide oral no consultório; anti-histamínicos sedativos; punção de abscesso no consultório; novo esquema oral após falha — essa criança vai ao hospital.

Após a alta: completar o antibiótico; audiometria após mastoidite; oftalmologista após celulite orbitária; foco dentário; vacinas; recorrência: especialista.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Órbita:** qualquer sinal pós-septal; olho não examinável; pré-septal em < 1 ano, com toxemia, sem melhora em 24–48 h ou sem retorno garantido.

- **Faringe e pescoço:** trismo, voz abafada, desvio da úvula, abaulamento do palato ou da parede posterior; torcicolo febril; sialorreia, estridor, desconforto respiratório; recusa de líquidos.
- **Ouvido:** mastoidite, paralisia facial, vertigem intensa.
- **Adenite:** flutuação, lactente < 3 meses, mau estado ou falha após 48–72 h.
- **Lemierre e intracraniano:** faringite recente com febre persistente, dor cervical lateral, sepse; cefaleia intensa, rigidez de nuca, alteração de consciência, convulsão.

Como encaminhar

1. **Via aérea primeiro:** criança sentada no colo; não forçar exame da garganta nem deitar.
2. **Oxigênio** para manter **SpO2 ≥ 94%**, sem agitar a criança; **SAMU (192)** se houver estridor, desconforto respiratório, sepse ou sinal neurológico.
3. **Sepse:** conduta conforme **Sepse e choque séptico na criança**; acesso venoso sem atrasar a remoção.
4. **Antibiótico antes da remoção** se o transporte for demorar: ceftriaxona 100 mg/kg IM ou IV (máx. 2 g; AIDPI), após contato com o serviço; sinal meningeo ou púrpura: máx. 4 g (padrão do site).
5. **Analgesia e antitérmico; jejum** se houver chance de drenagem ou via aérea difícil.
6. **Contato prévio e relatório:** evolução, foco, antibióticos (doses e horários), alergias, vacinas, exame, SpO2.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O inchaço é da pálpebra, por fora do olho. Volte para reavaliar em 1 a 2 dias, mesmo que melhore."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:**
 - olho saltado, dor para mexer o olho, visão dupla ou embaçada, olho que não abre;
 - dificuldade para abrir a boca, voz abafada, baba, dificuldade para engolir;
 - pescoço duro ou que não vira, respiração ruidosa ou falta de ar;
 - orelha "descolada", inchaço atrás da orelha, boca torta;
 - febre persistente, criança muito abatida, dor de cabeça forte, vômitos, convulsão;
 - inchaço doloroso de um lado do pescoço depois de dor de garganta.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Pré-septal	Sem documento específico; celulite ambulatorial com amoxicilina-clavulanato ou cefalexina (DC 2022)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Considerar hospital ou especialista; amoxicilina-clavulanato 7 dias (NG141); na sinusite, hospital (NG79)	VO se > 1 ano e leve, 80 mg/kg/dia, 5–7 dias; < 1 ano IV	Pele: cefalexina; sinusite: amoxicilina-clavulanato; 7 dias	VO com seguimento próximo	Segue o NICE
Orbitária	Celulite grave: parenteral (DC 2022)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Hospital (NG141, NG79)	Internação; cefotaxima + clindamicina; ≥ 21 dias	IV; infectologia e oftalmologia	Internação, IV, drenagem se abscesso	Segue o NICE
Imagem	Sem posição localizada	Sem posição localizada	TC com contraste ou RM se suspeita orbitária/SNC (2013)	Não detalha	TC se dúvida ou sem melhora	TC com contraste na orbitária	TC citada	Segue o NICE
Faringe e pescoço	Sem posição específica localizada	Abaulamento do palato: 1ª dose de antibiótico e referir urgentemente	Sem posição específica localizada	Periamigdalite, retro, faríngeo e Lemierre: hospital (NG84)	Internação; IV; drenagem se via aérea ou sem resposta	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Mastoidite	Sem posição específica localizada	1ª dose de antibiótico e referir urgentemente (AIDPI)	Sem posição específica localizada	Hospital (NG91)	Internação, IV, 14 dias; cirurgia individualizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que **sinais pós-septais, abscessos de faringe e pescoço, mastoidite e síndrome de Lemierre exigem hospital**, antibiótico parenteral e especialista,. A divergência principal está na **celulite pré-septal**: AEP, Johns Hopkins e Boston Children's aceitam tratamento oral na criança maior em bom estado; o **NICE** pede considerar hospital ou especialista em toda infecção perto dos olhos e encaminhar o edema periorbitário da sinusite. A dose de amoxicilina e a duração na orbitária também variam. A SBP não tem documento específico; o Ministério da Saúde (AIDPI) orienta primeira dose de antibiótico e referência urgente na mastoidite e na infecção grave de garganta — conduta adotada. **Posição do site:** sem posição da SBP e do MS sobre a pré-septal, tratamento oral **acima de 1 ano, com olho normal, sem toxemia e reavaliação em 24–48 h**, com 90 mg/kg/dia de amoxicilina, e AEP nas condutas hospitalares.

PONTOS PRÁTICOS

1. Em todo edema palpebral: motilidade, dor ao mover o olho, acuidade visual, pupilas e proptose; olho que não abre não é olho normal.
2. Pré-septal > 1 ano, sem toxemia: amoxicilina-clavulanato com 90 mg/kg/dia de amoxicilina (cefalexina se a porta for de pele), borda demarcada e reavaliação em 24–48 h.
3. Trismo, voz abafada e desvio da úvula: abscesso periamigdaliano; não puncionar no consultório.
4. Pré-escolar com febre, torcicolo ou sialorreia: abscesso retrofaríngeo; criança sentada, sem abaixador de língua, oxigênio se precisar.
5. Palpar atrás da orelha em toda otite; se a remoção da mastoidite for demorar, primeira dose de ceftriaxona (AIDPI).
6. Adolescente com faringite que "melhorou" e voltou com febre, dor cervical lateral e sepse: síndrome de Lemierre.

Veja também, nesta Biblioteca: **Otite média aguda, Rinossinusite aguda, Faringoamigdalite, Linfonodomegalias e linfadenites na criança, Conjuntivites e Impetigo, celulite e abscessos** (Patologias do consultório); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências e emergências).

8. Fontes

- AEP / SEIP. Protocolos de Infectología, 2023. [PDF](#)
- NICE. NG141 — Cellulitis and erysipelas, 2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. NG79 — Sinusitis (acute), 2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. NG84 — Sore throat (acute), 2018. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. NG91 — Otitis media (acute), 2018. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança 2 meses a 5 anos — Quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- SBP. Infecções bacterianas superficiais cutâneas (DC). [PDF](#)
- SBP, Departamento de Dermatologia. Picadas de inseto (DC nº 12), 2022 — cefalexina 50–100 mg/kg/dia. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Infectologia. Antibioticoterapia na infecção por *S. aureus*, 2003. [PDF](#)
- AAP. Acute Bacterial Sinusitis (CPG 2013), resumo AAFP 2014. [aafp.org](https://www.aafp.org)
- Johns Hopkins All Children's. Pediatric Skin & Soft Tissue Infections Pathway, 2020. [PDF](#)

- Boston Children's Hospital. Orbital Cellulitis (Periorbital Cellulitis). childrenshospital.org
- CHOP. Preseptal or Orbital Cellulitis — Antibiotics. chop.edu

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.