

# Torticolisul postamigdalectomie – *Considerații pe marginea unui caz clinic*

Dr. G.D. CRISTIAN, Dr. ALEXANDRA NEAGU, Dr. IULIANA TÎRZIU  
Clinica ORL a Spitalului „M.S. Curie”, București

### REZUMAT

Autorii prezintă apariția unei complicații mai rar întâlnite în practica chirurgicală ORL: torticolisul postamigdalectomie. Se face o discuție asupra mecanismelor patogenice posibil a fi implicate în geneza acesteia. Se face și o trecere în revistă a problemei din prisma existenței sale în literatura de specialitate.

Concluzie: atât sindromul Griesel cât și cel descris de Lemierre pot apărea în evoluția postoperatorie a pacienților adenoamigdalectomizați, recunoașterea lor precoce fiind o condiție esențială pentru vindecarea fără sechele a bolnavilor.

### ABSTRACT

The authors present a rare complication occurred after tonsillectomy: torticollis. They discuss possible pathogenic hypotheses for the disease, in the light of a clinical case. They also searched the literature for finding similar cases.

Conclusion: the Griesel's syndrome and the Lemierre's disease can both be encountered in the postoperative evolution of adenoid and tonsil surgery. Their rapid recognition is essential for curing the patient without residual morbidity.

Amigdalectomia la copil reprezintă o procedură chirurgicală frecventă, probabil cea mai întâlnită în practica ORL pediatrică. Indicațiile și contraindicațiile procedurii au fost multă vreme o temă de dezbatere pentru specialiști. Actualmente se consideră că amigdalectomia prezintă evidente beneficii acolo unde respectarea indicației operatorii se face cu strictețe.

Tehnica chirurgicală în cazul amigdalectomiei a suferit diverse modificări în cursul istoriei, în funcție de cunoștințele tehnice acumulate. Esența procedurii rămâne însă aceeași: îndepărtarea țesutului limfoid amigdalian. Diferă doar instrumentele prin care este realizat acest lucru:

- chirurgie sângerândă clasică;
- chirurgie ajutată de cauterizarea bipolară;
- vaporizare laser a țesutului amigdalian;
- disecția cu ajutorul ultrasunetelor;
- ablație termică prin radiofrecvență bipolară (2).

Avantajele metodei clasice sunt reprezentate de: păstrarea integră a planurilor anatomice de clivaj, îndepărtarea țesutului amigdalian în totalitate. Dezavantajul îl constituie sângerarea relativ

abundentă intraoperatorie și riscul crescut de complicații hemoragice postoperatorii precoce.

Vaporizarea laser are ca avantaj, ca și celelalte metode moderne, lipsa sângerării la nivelul câmpului operator. Dezavantajul îl constituie dificultatea descoperirii exacte a limitelor anatomice și, deci, a exerezei în totalitate a țesutului limfoid.

Complicațiile postamigdalectomie pot fi precoce sau tardive. Tabelul 1 arată cele mai frecvente complicații întâlnite după această intervenție.

Riscul de deces după amigdalectomie este foarte mic. Statisticile raportează frecvențe variabile: între 1/1000 și 1/27000 de cazuri. O parte din acest risc se datorează riscului inerent legat de anestezia generală. Restul cauzelor de deces sunt în totalitate posibil a fi prevenite în condițiile tehnice de astăzi.

Hemoragia apare cu o frecvență de 3-5% dintre pacienții amigdalectomizați.

Torticolisul postamigdalectomie reprezintă o complicație foarte rară. Periodic, sunt citate în literatura de specialitate asemenea cazuri. Majoritatea autorilor au formulat ipoteza unei subluxații atlanto-axoidiene în aceste situații, fenomen

Tabelul 1	
Complicații precoce	Complicații tardive
Hemoragia	Hemoragii
Traumatismele dentare	Infecții ale spațiului parafaringian sau ale lojii amigdaliene (angina postoperatorie)
Plăgile velare sau velo-faringiene	Torticolis – prin iritarea mușchilor paraspinoși
Deschiderea spațiilor parafaringiene	Modificările de voce: rinolalie deschisă
Deshidratarea postoperatorie – la copilul mic	Insuficiența velo-palatină patentă
	Stenoza oro-faringiană – prin cauterizarea bazei de limbă și a pilierilor posteriori sau prin cicatrizare vicioasă
	Otită medie acută supurată
	Traumă psihică

cunoscut sub denumirea de sindromul Griesel. Mai rar, a fost menționată posibilitatea existenței unei iritații inflamatorii a musculaturii paraspinale la originea unei asemenea manifestări clinice (5). Bazate pe observația unui caz clinic, dorim să aducem în discuție și alte ipoteze ce ar putea explica torticolisul postamigdalectomie. □

## PREZENTARE DE CAZ

Pe data de 1 februarie 2004 a fost internat în Clinica ORL copilul B.A. de 5 ani, din mediul rural, pentru existența în antecedentele sale a numeroase episoade de amigdalită acută pultacee. Examenul clinic a revelat existența unor amigdale palatine criptice, sclero-atrofice, cu depozite cazeoase evidente. Laterocervical existau discrete adenopatii, de mici dimensiuni, mobile, neduroase. Explorările paraclinice au determinat existența unor teste inflamatorii în limite normale, dar prezența unui titru ASLO de 250 UI. În această situație, s-a decis că amigdalectomia reprezintă cea mai bună alternativă la evoluția clinică a pacientului. Sub anestezie generală, s-a practicat adeno-amigdalectomia. În momentul exerezei extracapsulare a amigdalei palatine drepte s-a observat existența unei sângerări abundente la nivelul lojei. După un scurt tamponament cu scop hemostatic s-a observat prezența la nivelul treimii superioare a lojii amigdaliene a unei tumefacții discret pulsatile, de colorație ușor violacee, net reliefată pe fondul țesuturilor adiacente. Hemostaza postexerezei a fost moderat întârziată la nivelul lojii respective, dar, în final, nu au fost necesare alte manevre chirurgicale.

Evoluția postoperatorie precoce a cazului nu a fost marcată de nici un eveniment deosebit, externarea producându-se la 24 de ore după intervenție. La 72 de ore de la operație însă mama copilului a remarcat apariția unui puseu febril și a unor dureri importante la deglutiție, cu alimentația dificilă a copilului. După alte 24 de ore, copilul a prezentat apariția unui torticolis de partea dreaptă, dureros la încercările de



Figura 1. Aspect clinic

mobilizare cervicală (figura 1). În această situație, mama s-a prezentat cu copilul la clinică.

Examenul buco-faringoscopic a relevat existența unei asimetrii între cele 2 loji amigdaliene, în sensul în care cea stângă prezenta discrete false membrane (subțiri), iar cea dreaptă reprezenta sediul unor depozite mult mai groase, albicioase, predominant la polul superior (acolo unde am evidențiat tumefacția pulsatilă intraoperator). Palparea latero-cervicală a arătat o contractură importantă a sterno-cleido-mastoidianului drept, cu o discretă indurație la nivelul regiunii subangulo-mandibulare drepte.

Explorările paraclinice au arătat existența unor modificări minime inflamatorii. Hemocultura a fost negativă. Copilul a fost propus pentru CT ca explorări complementare, dar, din motive independente de dorința noastră, acest lucru nu a mai putut fi realizat.

S-a instituit un tratament antibiotic agresiv parenteral cu antibiotice. După o evoluție lentă de aproximativ 5 zile, torticolisul a diminuat progresiv până la dispariție. De asemenea, groasele false membrane de la nivelul lojii amigdaliene drepte au dispărut sub terapia antibiotică. Copilul s-a externat vindecat.

## DISCUȚII

Griesel a descris în 1930 fenomene de torticolis apărute după nazofaringită și tonsilectomie. Natura exactă a mecanismului patogenetic nu a fost însă pe deplin elucidată, în ciuda studiilor extensive: imagistice, neurologice, neurochirurgicale, ortopedice. Problema a revenit în discuție datorită implicațiilor legale pe care le poate determina (3).

Deși rar, acest tip de complicație este adesea bine documentat imagistic. În marea majoritate a cazurilor s-a constatat prezența unei sublucaxii atlantoaxoidiene, interpretată drept o consecință a inflamației locale sau a unui traumatism direct intraoperator. Este însă, în opinia noastră, discutabil dacă această observație imagistică este corespondentul unei modificări anatomo-patologice reale. Este tot la fel de probabil ca aspectul să reprezinte consecința și nu efectul contracturii sterno-cleido-mastoidianului.

Cauza acestui fenomen pare mai plauzibil asociată cu inflamațiile zonei para- și mai ales retrofaringiene. Apariția tardivă, la câteva zile, a torticolisului constituie un argument în favoarea inflamatorie a leziunilor. Dacă leziunile ar fi traumatice pure, atunci ele ar putea fi observate imediat postoperator și ar putea fi considerate un defect de tehnică chirurgicală.

Vindecarea copilului descris s-a produs ad integrum sub efectul antibioterapiei parenterale. Acest argument pledează și el în favoarea naturii infecțioase – inflamatorii a afecțiunii. Spre deosebire de cazurile găsite în literatură, nu a fost necesară folosirea unei imobilizări ortopedice de nici un fel.

Am considerat necesar a prezenta cazul de față nu numai prin prisma prezenței torticolisului, ci mai ales datorită particularităților anatomice intraoperatorii. Fără a constitui o regulă cu demonstrare statistică, am observat, la cazurile de amigdalectomie, o preponderență a anomaliiilor vasculare la nivelul lojii amigdaliene drepte. La cazul descris, prezența unei tumefacții de natură aparent vasculară a fost mai mult decât evidentă (cu sângerare abundentă). Prezența falselor mem-

brane la nivelul respectiv o perioadă mai îndelungată, în timp ce restul lojilor amigdaliene nu mai prezenta nici un element asemănător, a constituit un argument în favoarea unei infecții cu punct de plecare local. Nu am putut însă demonstra nivelul de difuzare regională a fenomenelor infecțioase, din motive mai mult sau mai puțin obiective.

Inițial am considerat ca ipoteză de lucru existența unui proces de tromboflebită a venei jugulare interne, ceea ce a fost descris în literatura de specialitate sub denumirea de sindrom Lemierre (1936) (4). Am considerat că situația anatomică descoperită în timpul amigdalectomiei poate justifica acest raționament. Nu am găsit însă alte elemente clinice sau paraclinice care să susțină acest diagnostic. Efectuarea unei tomografii computerizate ar fi fost utilă în această situație (1). Unii autori au prezentat date în favoarea ecografiei ca metodă mai puțin invazivă de diagnosticare a acestei condiții (6).

În final, am admis drept mecanism de apariție a torticolisului postamigdalectomie infecția spațiilor perifaringiene având drept punct de plecare o comunicare vasculară importantă între acestea și loja amigdaliană. Acest lucru este sugerat și de prezentarea altor cazuri personale cu complicații infecțioase postamigdalectomie în alte ocazii. □

## CONCLUZII

Complicațiile infecțioase postamigdalectomie pot îmbrăca aspecte variate, printre care și torticolis. Apariția lor este determinată de infecția-inflamația fără abcedare a spațiilor perifaringiene. Ipoteza cea mai probabilă de contaminare o reprezintă existența unor comunicări vasculare importante între plexul vascular periamigdalian și vasele intraamigdaliene. Tratatamentul energetic cu antibiotice poate determina dispariția completă a torticolisului și poate preveni apariția unor complicații generale de tipul sindromului Lemierre.

Deoarece asemenea situații favorizante anatomic nu pot fi prevăzute preoperator și deoarece ele reprezintă o raritate, rămâne de răspuns la o întrebare: este necesară antibioterapia postamigdalectomie la toate cazurile? □

## BIBLIOGRAFIE

1. **Armstrong AW, Spooner K, Sanders JW** – Lemierre's Syndrome. *Curr Infect Dis Rep*, 2000 Apr; 2(2):168-173.
2. **Back L, Paloheimo M, Ylikoski J** – Traditional tonsillectomy compared with bipolar radiofrequency thermal ablation tonsillectomy in adults: a pilot study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001 Sep; 127(9):1106-12.
3. **Feldmann H, Meister EF, Kuttner K** – Atlanto-Axial Subluxation with Spastic Torticollis After Adenoid-Ectomy Resp. Tonsillectomy in Rose Position – Malpractice of the Surgeon or the Anaesthesiologist? *Laryngorhinootologie*, 2003 Nov; 82(11):799-804.
4. **Lao Luque J, Molina Utrilla R, Lorente Guerrero J, Mateu Vallverdu F, Perello Scherdel E** – Lemierre's syndrome. Case report. *An Otorrinolaringolbero Am*, 1993; 20(6):599-605.
5. **Lawrence WCT, Ian NJ** – Diseases of the Oral Cavity, Oropharynx and Nasopharynx – in Ballanger's Otorhinolaryngology, *Head and Neck Surgery*, 16-th edition, BC Decker Inc, 2003: 1035.
6. **Rahn NH, Rubin E, Koehler RE** – Thrombophlebitis of the internal jugular vein: noninvasive imaging. *South Med J*, 1984 Oct; 77(10):1308-10.

Articolul a apărut în REVISTA ROMÂNĂ DE ORL, Vol. XXVI, Nr. 3, An 2004 și este republicat cu permisiunea editorului.