

FASCEÍTE NECROTIZANTE CERVICO FACIAL COMO RARA COMPLICAÇÃO DE INFECÇÃO ODONTOGÊNICA

NECROTIZING FASCIITIS CERVICO FACIAL AS RARE COMPLICATION OF INFECTION ODONTOGENIC

PEDRO JORGE CAVALCANTE COSTA^{1*}, JOSÉ ZENOU COSTA FILHO², RAPHAEL TEIXEIRA MOREIRA³, THAISA REIS DE CARVALHO SAMPAIO⁴, ANTONIO DIONIZIO DE ALBUQUERQUE NETO⁵, DAIANE CRISTINA PERUZZO⁶

1. 1. Aluno do programa de mestrado em implantodontia da Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, SP; 2. Professor de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL; 3. Aluno de programa de mestrado em CTBMF da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP-UPE, Recife, PE; 4. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração, Recife, PE; 5. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Campinas, SP; 6. Professora da pós-graduação do centro de pesquisas odontológicas São Leopoldo Mandic.

* Av. Hélio de Castro Vasconcelos S/N, Condomínio Aldebaran Ômega, Quadra N lote 5, Jardim Petrópolis, Maceió, Alagoas, Brasil. CEP:57080900. pedrojorgecosta@hotmail.com

Recebido em 15/08/2016. Aceito para publicação em 05/11/2016

RESUMO

Fasceíte Necrotizante é uma doença infecciosa grave de natureza polimicrobiana que normalmente afeta pacientes imunodeprimidos. Inicia-se com acometimento da derme profunda e tecido subcutâneo seguido de invasão rápida do tecido conjuntivo mole, resultando em edema, infiltração linfocítica e trombose vascular, culminando na necrose das fáscias. A Infecção odontogênica é a causa mais comum dessa doença, nesse sentido, apesar de ser rara, tal afecção faz parte da rotina dos cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais, cirurgiões de cabeça e pescoço e otorrinolaringologistas devendo estes estarem aptos para realização do diagnóstico e tratamento dessa grave infecção. O presente trabalho objetiva a descrição do tratamento proposto para um caso clínico de um paciente diagnosticado com angina de Ludwig que evoluiu para fasceíte necrotizante de origem odontogênica.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção, desbridamento, fasceíte necrosante

ABSTRACT

With Abstract: Necrotizing fasciitis is a serious infectious disease of nature polymicrobial that usually affects immunocompromised patients. Starts with involvement of the deep dermis and subcutaneous tissue followed by invasion Fast soft tissue, causing edema, infiltration Lymphocytic and vascular thrombosis, resulting in necrosis of the fascia. The odontogenic infection is the most common cause of this disease, in this sense, although rare, this disease is part of the routine of maxillofacial surgeons, Facials, head and neck surgeons and otolaryngologists which must be able to perform the diagnosis and treatment this serious infection. The present study aims at the description of the proposed treatment for a case of a patient diagnosed with Ludwig's angina which developed into necrotizing fasciitis source odontogenic.

KEYWORDS: Infection, debridement, necrotizing fasciitis

1. INTRODUÇÃO

A fasceíte necrotizante é uma infecção bacteriana grave, destrutiva, de rápida progressão com acometimento inflamatório das fáscias musculares e evolução para necrose dos tecidos subcutâneos. Tal afecção pode apresentar um caráter mono ou polimicrobiano^{1,2}, sendo os *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus* os principais patógenos envolvidos. Normalmente acomete indivíduos diabéticos, desnutridos, com doença vascular periférica, insuficiência renal e etilismo^{1,2,3}, apresentando assim altos índices de mortalidade. Com relação a sua etiologia, tem-se as infecções odontogênicas como a causa mais comum, seguida das infecções faríngeas, traumatismos e pós cirurgias.

Eritema local, hiperemia e edema difuso associado a dor local são os sinais iniciais mais comuns, assemelhando-se aos encontrados nas celulites não necrotizantes, o que as tornam de difícil distinção precoce. Com a progressão infecciosa, os patógenos iniciam uma resposta inflamatória local e aguda no interior da derme caracterizada por intenso infiltrado e polimorfismo nuclear, necrose focal e formação de micro abscessos, que podem causar bolhas na pele, tornando a ferida escurecida^{2,4}.

O tratamento bem-sucedido requer o diagnóstico precoce, antibioticoterapia correta e efetiva, desbridamento cirúrgico agressivo, associado a terapia de suporte intensiva⁵. O manuseio das vias aéreas é um fator crítico, pois o processo patológico pode produzir edema e necrose do pescoço, gerando uma maior dificuldade durante a intubação e aumentando o risco de obstrução das mesmas, havendo assim a possibilidade de criação de uma via aérea cirúrgica, como a traqueostomia.

O presente trabalho tem por objetivo descrever o tratamento proposto para um caso grave de angina de

Ludwing que foi negligenciado e evoluiu para fascíte necrotizante cervico fascial com origem odontogênica, a qual obteve uma resolução efetiva e satisfatória.

2. RELATO DE CASO

Paciente compareceu ao Hospital com queixa de dor de dente e aumento de volume em face há 6 dias. Referiu ter sido atendido em outro serviço onde o mesmo foi medicado com amoxicilina 500mg, via oral, por 7 dias e orientado a retornar caso o quadro não regredisse. Durante a anamnese o mesmo negou a apresentar doenças de base pré-existentes, uso de medicação contínua e hábitos e vícios. Ao exame físico extra oral apresentava-se febril com 39C e dispneico, assimetria facial decorrente de aumento de volume difuso e hiperemiado, com rubor e endurecimento envolvendo os espaços submandibular e submental bilateralmente e sublingual com área escurecida necrotica em região cervical e submandibular direita (Figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico inicial.

O exame físico intra oral foi dificultado devido a presença de trismo moderado, porém verificou-se abaulamento do fundo de vestbulo mandibular posterior direito e destruição coronária do dente 48 semi incluso. Solicitou-se tomografia computadorizada onde foi identificada a presença de imagens hipodensas compatível com ar e infiltrado inflamatório nos tecidos subcutâneos envolvendo os espaços submandibular, bucal, laterofarıneo direito e submental, linfonodomegalia, ausência de desvios significativos de via aérea.

Em seguida foi realizada a solicitação de exames complementares de bioquímica sanguínea onde observou-se leucocitose com desvio a esquerda com 18.000 células por mm³, aumento da PCR, porém teste negativo para HIV.

Após avaliação dos achados clínicos e exames complementares, definiu-se o diagnóstico de Fascíte necrotizante decorrente do dente 48 semi-incluso decorrente de Angina de Ludwing não tratada previamente.

O paciente inicialmente foi hidratado com 500 ml de solução fisiológica 0,9% a cada 8 horas e administrado 1g de Ceftriaxona endovenosa a cada 12 horas associada à 600 mg de Clindamicina endovenosa a cada 8 horas, hidrocortisona 300mg endovenoso como dose de ataque e analgesia com Dipirona sódica 1g endovenosa de 6 em 6 horas. Procedeu-se com a realização da drenagem de urgência e instalação de drenos de penrose em lojas infecciosas com intercomunicação entre elas, debridamento cirúrgico agressivo envolvendo além das margens necroticas (Figura 2) e exodontia do dente 48.



Figura 2. Transoperatório com drenagem, desbridamento e posição de drenos.

A cirurgia ocorreu sob anestesia geral, com intubação orotraqueal sem intercorrências. Previamente à abordagem cirúrgica foi realizada cultura, a qual posteriormente mostrou-se positiva para *Staphylococcus aureus*. O paciente permaneceu intubado por 36 horas e após 60 horas do procedimento removeu-se os drenos e percebeu-se um bom aspecto da ferida operatória, em granulação e sem áreas necroticas (Figura 3).

Após 7 dias, foi o tempo de internamento estabelecido para antibióticoterapia venosa e após a alta hospitalar, o mesmo foi acompanhado ambulatorialmente e orientado a realização de curativos diários com ácidos graxos essenciais. A reparação da ferida operatória ocorreu por segunda intenção dentro dos padrões de normalidade. O caso encontra-se no 6 mês de controle pós-operatório com boa evolução e resultados satisfatórios onde não foi necessário a realização de enxertia secundária na ferida nem procedimentos reconstrutivos. (Figura 4).



Figura 3. Pós-operatório de 60 horas.



Figura 4. Aspecto clínico da proervação de 6 meses.

3. DISCUSSÃO

As infecções odontogênicas constituem a causa mais comum das fasciites necrotizantes^{2,3}. Frequentemente surge a partir dos dentes inferiores, através de infecção periapical dos segundos e terceiros molares. As Raízes desses dentes estendem-se até o músculo milo hióideo adjacente ao espaço submandibular, de maneira que a infecção pode-se espalhar-se até o espaço lateral da faringe. Através da fáscia cervical é possível a disseminação infecciosa para região do mediastino, aumentando o risco de mortalidade⁶. No presente caso, a infecção foi odontogênica através do elemento dentário 48 semi incluso corroborando assim com os autores acima citados. Porém através dos cortes tomográficos verificou-se que o medi-

astino não estava envolvido havendo o envolvimento apenas dos espaços submandibular, bucal, sublingual e laterofaríngeo.

Os fatores de risco conhecidos para a fascíte necrotizante são a diabetes, desnutrição, idade avançada, doença vascular periférica, insuficiência renal, doença subjacente, obesidade, etilismo e imunossupressão, onde há alteração na função dos leucócitos pode ser um fator contribuinte^{1,2,3}. No entanto, o caso clínico relatado vai de encontro aos estudos pois o paciente é Hígido, ASA I, sem apresentar doenças sistêmicas, hábitos e vícios.

Normalmente a penicilina é a droga de escolha, sendo necessário um regime triplo de antibióticos, que incluirá uma penicilina com uma penicilinase resistente para os *estreptococos* e os *estafilococos*, um aminoglicosídeo como a vancomicina ou uma cefalosporina de terceira geração para as bactérias gram-negativas, e cobertura anaeróbia com clindamicina ou metronidazol^{1,6}. A clindamicina permanece o antibiótico de eleição para as infecções necrotizantes, pois ao contrário de penicilina, a eficácia dela não é afetada pelo tamanho do inócuo ou da fase de crescimento bacteriano. Além disso, é um supressor potente da síntese da toxina bacteriana. Seu sucesso também pode estar relacionado com sua capacidade para modular a resposta imune⁶. Fomos de encontro ao que os autores sugerem como a penicilina como droga de escolha, optamos pela ceftriaxona, porém concordamos com a associação da mesma com a clindamicina com enfoque aos anaeróbios e devido a presença de extensa área necrótica.

A gestão das vias respiratórias é um fator crítico, pois o processo de doença pode produzir edema e necrose do pescoço, com maior dificuldade de intubação. Em tais situações é preferida uma traqueostomia ao longo de um tubo endotraqueal ou nasotraqueal⁷. Optamos pela tentativa da intubação orotraqueal antes da traqueostomia visando a menor morbidade do paciente, porém a equipe de cirurgia geral encontrava-se de prontidão para realização de uma via aérea cirúrgica de urgência, se necessário.

Devido ao desbridamento cirúrgico agressivo além dos limites da necrose alguns autores^{1,5} sugerem que Enxertos e rotações de retalhos de pele podem proporcionar uma cobertura da ferida após o sucesso no tratamento. No presente caso, a cicatrização por segunda intenção ocorreu com um padrão estético favorável, não havendo indicação de enxertia e reconstrução tecidual.

4. CONCLUSÃO

A fascíte necrotizante representa uma infecção de caráter agressivo e destrutivo que pode levar o indivíduo ao quadro fatal em um curto intervalo de tempo. Nesse sentido os profissionais devem obter um diagnóstico de maneira precoce, estarem aptos para a realização de uma abordagem agressiva, indicar a antibioticoterapia correta além da atenção e monitoramento das vias aéreas, constituindo-se assim os pontos chaves do manejo de tal doença.

Tais fatores foram fundamentais para resolução do referido caso apresentado.

REFERÊNCIAS

- [01] Murray M, Dean J, Finn R. Cervicofacial Necrotizing Fasciitis and Steroids: Case Report and Literature Review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70: 340-4.
- [02] Weiss A, Nelson P, Movahed R, Clarkson E, Dym H. Necrotizing Fasciitis: Review of the Literature and Case Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69: 2786-94.
- [03] Suárez A, Vicente M, Tomás JÁ, Floría LM, Delhom J, Baquero MC. Cervical necrotizing fasciitis of nonodontogenic origin. *Am J Emerg Med.* 2014;32:1441- 6
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.04.018>.
- [04] Toro PC, Castillo AC, Saltó JT, Compta XG, Farré A, Maños M. Cervical necrotizing fasciitis: Report of 6 cases and review of literature. *Eur Ann of Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014; 131: 357-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2013.08.006>.
- [05] Edlich RF, Cross CL, Dahlstrom JJ, Long III WB. Modern Concepts of the Diagnosis And Treatment of Necrotizing Fasciitis. *J Emerg Med.* 2010; 39: 261–5.
- [06] Lorenzini G, Picciotti M, Di Vece L, Pepponi E, Brindisi L, Vessio V, et al. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin involving the temporal region: A case report. *J Craniomaxillofac Surg.* 2011; 39: 570-3.
- [07] Whitesides L, Cotto-Cumba C, Myers RAM. Cervical Necrotizing Fasciitis of Odontogenic Origin: A Case Report and Review of 12 Cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 58:144-51.