

DISSEMINAÇÃO DE INFECÇÃO ODONTOGÊNICA ATRAVÉS DAS FÁSCIAS CERVICAIS PROFUNDAS – RELATO DE CASO CLÍNICO

DISSEMINATION OF ODONTOGENIC INFECTION THROUGH THE DEEP CERVICAL FASCIAE – A CLINICAL CASE REPORTED

Belmiro Cavalcanti do Egito VASCONCELOS*

Michelly CAUÁS**

Daniela Guimarães de Melo ALBERT***

George João Ferreira do NASCIMENTO****

Glauce Zamorano HOLANDA***

VASCONCELLOS, B.C.E.; CAUÁS, M.; ALBERT, D.G.M.; NASCIMENTO, G.J.F.; HOLANDA, G.Z. - Disseminação de Infecção Odontogênica através das Fácias Cervicais Profundas - Relato de Caso Clínico. **Rev. Cir. Traumat. Buco - Maxilo-Facial**, v.2, n.1, p. 21-25, jan/jun - 2002

Os autores discutem a seqüência do diagnóstico e tratamento de um caso clínico de infecção purulenta de gênese dentária que causou acometimento das fâscias cervicais profundas por não terem sido instituídos um diagnóstico prévio e uma terapêutica adequada.

UNITERMOS: infecção odontogênica – abscesso profundo cervical – antibioticoterapia.

INTRODUÇÃO

Infecções odontogênicas são aquelas que têm origem nas estruturas que constituem os dentes e o periodonto ⁽¹⁾. No caso abordado houve comprometimento dos tecidos moles peridentários sem participação de osteomielites, periosteítes ou osteítes, portanto não havendo acometimento ósseo. A maioria das infecções odontogênicas é de natureza multimicrobiana, por ter a cavidade bucal um meio de flora residente normal muito vasto. Tal microbiota, em princípio, vive em harmonia sem causar prejuízos ao organismo hospedeiro. Porém, em condições de conveniência biológica e nutricional do meio que a cerca, apresenta características próprias com comportamentos diferenciados, como também proliferam em diferentes regiões orgânicas do

hospedeiro conforme as condições que lhe ofereça um melhor habitat ⁽⁶⁾. Sabemos que as infecções supurativas são provocadas principalmente por *Streptococcus*, *Staphylococcus* spp. e alguns microorganismos gram-negativos como a *Pseudomonas* e a *Veillonellas* spp. ⁽⁶⁾, como também bastonetes gram-positivos como o *Eubacterium* e *Lactobacillus* spp. ⁽²⁾. Em casos de infecções oportunistas as *Pseudomonas* são os micróbios predominantes, por serem em sua grande maioria bacterióides resistentes às penicilinas. Outro grupo bacteriano que também apresenta tratamento complicado é o das Actinomicoses, devido ao padrão de crescimento lento e insidioso semelhante ao dos fungos, o que as fazem atravessar planos teciduais como se fossem um tumor, necessitando, assim, de terapêutica com penicilina a longo prazo

*Doutor em Odontologia (Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) – Universidade de Barcelona; Professor da Disciplina de Cirurgia da FOP/UPE; Coordenador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE

**Cirurgiã-dentista e Residente de CTBMF do Hospital da Restauração- PE

***Acadêmica do 8º período da FOP-UPE

****Acadêmico do 7º período da FOP-UPE

para erradicação total da infecção ⁽²⁾.

Na avaliação clínica do paciente deve ser observado o estado geral de saúde além de suas afecções locais. No que diz respeito à avaliação clínica do paciente, deve ser apurada a história pregressa e familiar do mesmo, o tempo de evolução da entidade mórbida e possíveis tratamentos prévios. Na avaliação loco-regional, devem ser observados os sinais e sintomas presentes: trismo, tumefação, fístulas, áreas de coleção purulenta, comprometimento das vias aéreas, disfagia e outros problemas. Além da clínica que é soberana por si, devemos fazer uso dos exames complementares por imagem e laboratoriais visto a necessidade de uma avaliação pormenorizada do quadro clínico.

Dentro dos exames radiográficos, podemos fazer uso desde radiografias simples do complexo maxilo-facial, como periapicais, à exames panorâmicos dos maxilares, além de Rx de tórax para avaliação pulmonar ou Rx perfil cervical para avaliação de edema cervical que poderá a depender do seu grau provocar compressão de vias aéreas superiores. Como os espaços faríngeo lateral e retrofaríngeo podem ser acometidos, além destes exames simples pode ser útil a solicitação de tomografia computadorizada quando há suspeitas de comprometimento intra-cerebral, como nos casos de empiemas de origem dentária.

Os exames laboratoriais nos fornecerão uma idéia do comprometimento sistêmico do paciente. Devem ser avaliadas então as taxas da série branca, vermelha e glicemia, pois suas alterações influenciam diretamente na terapêutica a ser instituída. Isto porque erros de diagnóstico e tratamento incorreto ou iniciado tardiamente podem permitir que a infecção se alastre pelos espaços anatômicos adjacentes, agravando o

decorso clínico do paciente ⁽²⁾. Pois se sabe que os fatores preponderantes para a instalação de um processo infeccioso local ou difuso são o tipo de microorganismos envolvidos na patogênese e sua virulência, o estado geral do hospedeiro e a anatomia regional da área acometida ⁽¹⁾ ⁽⁴⁾.

Diante dos achados clínicos e complementares devemos direcionar o tratamento, o qual nas infecções odontogênicas é realizado com a união de três princípios básicos: drenagem cirúrgica, antibioticoterapia adequada e, principalmente, a remoção da causa ⁽²⁾ ⁽³⁾, sendo acrescido ainda a promoção de cuidados suplementares que evitem a recidiva ou manutenção do foco infeccioso ⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente T.S.S, 36 anos de idade, gênero feminino, faioderma, compareceu ao serviço de emergência do Hospital da Restauração da Cidade do Recife, Pernambuco, queixando-se de febre e aumento de volume nas regiões submandibular e cervical com evolução de aproximadamente 15 dias. Inicialmente procurou um cirurgião-dentista que tratou o problema com a abertura coronária do elemento dentário envolvido e a encaminhou para um especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.

Ao exame clínico geral foi observado um estado de saúde decaído, com prostração, inapetência, disfagia e trismo; mas sem antecedentes pessoais e familiares de doenças sistêmicas. Ao exame loco-regional notou-se eritema local, mais tumefação de consistência endurecida, dor à palpação e cervicalgia com impossibilidade de movimentação. À inspeção intra-bucal verificou-se processo de cárie extenso no segundo molar inferior esquerdo, e solução de continuidade em

região de assoalho bucal contíguo ao elemento com bordos ulcerados, que à exploração local com sonda uretral nº 10 apresentou-se sem limite de profundidade e à pressão digital drenagem purulenta foi observada.

Radiograficamente visualizou-se imagem radiolúcida na região dos espaços biológicos, sugerindo lesão a nível periodontal.

Foi realizada a endoscopia com a finalidade de verificar comprometimento das estruturas do sistema digestivo, constatando-se o não envolvimento das mesmas ou formação de fístula esofágica.

Os resultados dos exames laboratoriais indicaram: leucocitose, anemia, e taxas de glicose, uréia e creatinina normais.

O diagnóstico presuntivo foi de infecção odontogênica com coleção purulenta disseminada pelas fâscias cervicais profundas.

Após entrada no setor de emergência do Hospital da Restauração foi instituída Cefalotina[®] (1g, de 06/06 horas) como terapia medicamentosa onde a paciente não apresentou melhora do quadro após 48 horas. Portanto foi realizada a troca do antibiótico por Rocefim[®] (2g, de 12/12 horas), metronidazol (500mg, de 08/08 horas) e terapêutica cirúrgica com drenagem superficial da área cervical.

Após 48 horas a paciente apresentou alguma melhora do quadro clínico geral, porém, o ponto de drenagem não estava mais "funcionante" e a área de peridrenagem apresentava-se com maior liquefação e frouxidão tecidual comprometendo até a área supra-clavicular e entre a região do mediastino. A equipe de Buco-maxilo do Hospital da Restauração entrou novamente em contato com a clínica médica, a qual solicitou Rx de tórax para avaliação do

comprometimento pulmonar, apesar da ausculta limpa. Foi indicada então, pela Cirurgia Geral, a drenagem cervical profunda ao nível de bloco cirúrgico, onde foi realizada irrigação intensa com solução de soro fisiológico, sendo instalado na paciente um dreno tubular que permitiria a saída da coleção purulenta. (figuras 1 e 2). Os bordos da lesão não foram suturados, sendo deixados para cicatrização por segunda intenção. Durante o ato cirúrgico foi reavaliada a comunicação existente entre o assoalho bucal contíguo ao elemento dentário em questão, sendo comprovado o seu pertuito até a região cervical contralateral foi feita sutura oclusiva para não manter o fluxo salivar.

Após dois dias da drenagem cirúrgica a paciente apresentava-se mais disposta e com redução do aspecto inflamatório cutâneo.

A alta hospitalar foi dada em duas semanas após contínua prescrição antibiótica e monitoramento dos sinais vitais, além de cuidados gerais, que incluíam limpeza da área cirúrgica e alimentação calórico-protéica, permitindo a paciente recuperação fisiológica e capacitação do quadro imunológico.

DISCUSSÃO

O diagnóstico preciso das infecções odontogênicas é imprescindível para o estabelecimento de terapia adequada o quanto mais rápido possível, evitando desta forma maiores complicações para o paciente, que apesar de serem infreqüentes não devem ser desconsideradas devido à sua morbidade ^{(1) (2) (3) (4) (5) (6)}.

Como exemplo de complicações tem-se a mediastinite e a trombose do seio cavernoso, caso a disseminação infecciosa siga as vias venosas inferiores ou superiores respectivamente ^{(1) (2)}. Daí

a importância do uso de exames complementares laboratoriais, a fim de ser investigada, entre outras possíveis alterações, o grau de bacteremia do paciente.

A fenda cirúrgica da realização de uma drenagem não deve ser fechada de forma oclusiva e sim aproximada para apenas gerar a cicatrização da fenda, pois um fechamento oclusivo diminui a área de drenagem e possibilidade de maior limpeza.

Uma drenagem cirúrgica deixa menos cicatriz que uma drenagem por fístula, as vezes levando o paciente a submeter-se a cirurgias estéticas futuras para corrigir defeitos cicatriciais.

O dreno deve ser removido dentro de 24 a 48 horas da sua introdução caso não haja mais secreção para drenagem ou poderia permanecer por mais tempo até sua resolução ⁽²⁾.

Com relação à terapêutica medicamentosa empregada por 15 dias, vale ressaltar que muito embora os tratamentos para processos infecciosos agudos de origem dentária sejam bem conhecidos, ainda existem muitos casos que necessitam de terapia prolongada, como a actinomicose, e procedimentos mais invasivos em decorrência da falha de uma correta estratégia de tratamento nos primeiros atendimentos ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Dentre os exames complementares laboratoriais poderíamos ter feito uso do antibiograma na fase inicial do nosso tratamento, porém, segundo DEMBO ⁽³⁾, nas infecções odontogênicas raramente serão encontrados outros agentes bacterianos que não os achados na flora oral mista, podendo então o profissional instituir a antibioticoterapia de praxe em seu protocolo, sem aguardar o resultado da cultura microbiana.

CONCLUSÃO

As infecções odontogênicas podem progredir para abscessos profundos cervicais, mediastinites e abscesso cerebral, dentre outras patologias. Sendo necessário assim, uma terapêutica correta e um acompanhamento multidisciplinar do paciente.

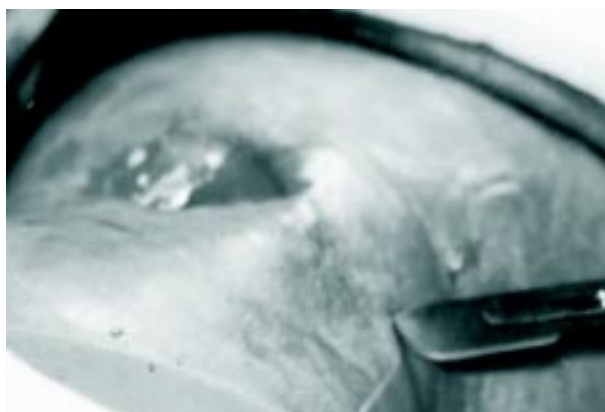


Figura 1. Incisão na região de pescoço.



Figura 2. Colocação e fixação do dreno tubular.

The authors discuss the sequence of the diagnosis and treatment of a clinical case of festering infection of dental genesis that caused involvement of the deep cervical fasciae for a previous diagnosis and an appropriate therapeutics they have not been instituted.

KEY-WORDS: odontogenic infection – deep cervical abscess – antibiotic

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEN, C.M; BOUQUOT, J.E; DAMM, D.D; NEVILLE, B.W. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A. 1998.
2. ALMEIDA, A.M; LIA, R.C.C and cols. Disseminação de infecção purulenta envolvendo segundo e terceiro molares inferiores – relato de caso clínico. Rev. Brasileira de Cirurgia e Implantodontia. V. 7, nº 25, 2000.
3. DEMBO, J.B. Diagnóstico e tratamento de infecções agudas dos tecidos orais e paraorais, in: Emergência em odontologia. Cap. IX, pg. 227-245.
4. FIGÚN, M.E; GARINO, R.R. Anatomia odontológica funcional e aplicada. Rio de Janeiro: Ed. Panamericana. 3º ed. 1994.
5. SIQUEIRA, J.T.T. de; CUFFARI, L. O controle da dor e da infecção em Odontologia: osteomielite de causa odontogênica - Discussão de um caso clínico. JBC - Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica - junho/agosto/97 - vol.1. nº 4.
6. VALENTE, Cláudio. Emergências em Bucomaxilofacial: clínicas, cirúrgicas e traumatológicas. Ed. Reventer Ltda. 2000.