

# Fasceíte necrotizante cervical: relato de caso

*Cervical necrotizing fasciitis: case report*

### **Miquéias Oliveira de Lima Júnior**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Getúlio Vargas, Recife-PE, Cirurgião-Dentista.

### **Arthur José Barbosa de França**

Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela FOP/UPE

### **Vinicius Balan Santos Pereira**

Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela FOP/UPE

### **Cauê Fontan Soares**

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Getúlio Vargas, Recife-PE.

### **Lídia Dinoah Aguiar**

Acadêmica da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE

### **Rômulo Oliveira de Holanda Valente**

Doutor em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba, Cirurgião-Dentista. Staff do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, Recife-PE.

### **INSTITUIÇÃO ONDE FOI REALIZADO O TRABALHO**

Hospital Getúlio Vargas, Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Miquéias Oliveira de Lima Júnior.  
Hospital Getúlio Vargas, Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Av. General San Martin, S/N, Recife, Pernambuco, Brasil.  
Tel: +55-81-99813-5520.  
E-mail: miqueias\_lima\_junior@hotmail.com

## RESUMO

**Introdução:** A Fasceíte Necrotizante Cervical é uma infecção rara, geralmente com evolução rápida e progressiva da fáscia superficial e do tecido adiposo subcutâneo. Pode se desenvolver a partir de uma infecção odontogênica que se dissemina para os planos faciais e profundos. O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de uma paciente do gênero feminino, 49 anos de idade, atendida na Emergência do Hospital Getúlio Vargas-PE, com quadro clínico sugestivo de Fasceíte Necrotizante Cervical de origem Odontogênica.

**Relato de caso:** O tratamento proposto foi antibioticoterapia parenteral de amplo espectro, desbridamento cirúrgico radical com instalação de dreno de penrose transfixante submandibular direito, múltiplas exodontias para remoção do foco primário da infecção, além de curativos orientado pela equipe de infectologia.

**Considerações finais:** Excepcionalmente, as Fasceítes Necrotizantes Cervicais devem ter diagnóstico e manejo imediato, devido aos altos índices de destruição, rápida progressão e mortalidade. Nos casos de Fasceíte Necrotizante de origem odontogênica, a antibioticoterapia, remoção do(s) foco(s) de infecção, desbridamento cirúrgico e monitoramento intensivo constituem a terapêutica adequada.

**Palavras-chaves:** fascite; inflamação; infecção focal dentária.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervical Necrotizing Fasciitis is a rare infection, usually with rapid and progressive evolution of the superficial fascia and subcutaneous adipose tissue. It can develop from an odontogenic infection that spreads to the facial and deep planes. This study aims to report a clinical case of a 49-year-old female patient, seen at the Emergency Department of Hospital Getúlio Vargas-PE, with a clinical condition suggestive of Cervical Necrotizing Fasciitis of Odontogenic origin. **Case report:** The proposed treatment was broad-spectrum parenteral antibiotic therapy, radical surgical debridement with the installation of a right submandibular transfixing penrose drain, multiple extractions to remove the primary focus of the infection, in addition to curatives guided by the infectology team. **Final considerations:** Exceptionally, cervical necrotizing fasciitis must have an immediate diagnosis and management, due to the high rates of destruction, rapid progression and mortality. In cases of Necrotizing Fasciitis of odontogenic origin, antibiotic therapy, removal of the foci (s) of infection, surgical debridement and intensive monitoring constitute the appropriate therapy.

**Key-words:** fasciitis; inflammation; focal dental infection.

## INTRODUÇÃO

Fasceíte necrotizante (FN) é uma infecção rara, geralmente com evolução rápida e progressiva da fáscia superficial e do tecido adiposo subcutâneo, associada a altos índices de morbimortalidade<sup>1</sup>. A maioria dos casos tem origem odontogênica, envolvendo abscessos dentários e doença periodontal crônica, ou faríngea; evoluindo com extensa necrose e formação gasosa no tecido subcutâneo e fascial subjacente, com elevado índice de mortalidade (aproximadamente 40%)<sup>2</sup>.

Usualmente, revela envolvimento polimicrobiano, podendo ser classificada, nestes casos, em tipo I, quando causada por flora mista de bactérias anaeróbias obrigatórias e outras anaeróbias facultativas não pertencentes ao grupo A, e tipo II, quando do envolvimento de GAS (*Streptococcus* do grupo A) isolado ou associado ao *Staphylococcus aureus*.<sup>2,3</sup>

Devido às características anatômicas dos espaços cervicais, apesar do uso de antibióticos adequados, as infecções nos espaços cervicais profundos se disseminam através das fâscias cervicais, originam abscessos e envolvem estruturas vitais como as vias aéreas superiores, vísceras cervicais e órgãos torácicos<sup>4</sup>. Com isso, além de manifestações locais (edema, obstrução do trato aerodigestivo), também apresentam manifestações sistêmicas, como: febre, prostração.

Visto isso, a terapêutica adequada para Fasceítes Necrotisantes Cervicais consiste em um diagnóstico preciso, correta aplicação da terapia antimicrobiana, correta abordagem cirúrgica e monitoramento do quadro, ocasionando um aumento de sobrevivência dos pacientes bem como diminuição da incidência de maiores complicações<sup>1,2</sup>.

O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de Fasceíte Necrotizante Cervical Odontogênica, atendida na emergência do Hospital Getúlio Vargas-PE, bem como o diagnóstico, tratamento emergencial e reparador, evolução clínica e preservação do caso.

## RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, 49 anos, melanoderma, admitida na urgência do Hospital Getúlio Vargas com histórico de dor, trismo, disfagia, hipertermia, apresentando lesão extensa em região cervical com área necrótica, edema difuso e rubor (Figura 1), além de cervicalgia, taquipneia, toxemia e prostração. Foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, PCR, VSH), os quais apresentaram elevadas taxas de PCR e VSH, além de leucocitose com desvio à esquerda e linfopenia associada.



**Figura 1** - Fotografia clínica da Lesão inicial.

O quadro clínico investigado era sugestivo de Fasceíte Necrotizante Cervical em estágio avançado, o tratamento proposto foi de antibioticoterapia parenteral de amplo espectro, com uso dos fármacos Clindamicina 600mg 6/6 horas, e Ceftriaxona 1g 12/12 horas, desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico com instalação de dreno de penrose transfixante submandibular direito (Figura 2), múltiplas exodontias para remoção do foco primário da infecção.



**Figura 2** - Lesão após desbridamento cirúrgico e instalação de dreno de Penrose.

Após estabilização do quadro clínico geral, a paciente foi acompanhada em conjunto com as equipes de infectologia que instituiu as trocas de curativos conforme protocolo do hospital, e pela cirurgia plástica reparadora que avaliou o processo de cicatrização por segunda intenção até a etapa cirúrgica reconstrutora (Figura 3).



**Figura 3** - Paciente no processo final de reparação tecidual, após etapa cirúrgica reparadora.

## DISCUSSÃO

A idade de acometimento de FN varia de 12 a 82 anos, tendo uma média de 45,2 anos, com o gênero masculino, em geral, mais afetado que o feminino, numa proporção de 3:1, respectivamente. Possui uma predominância maior pela maxila em relação à mandíbula e, geralmente, está associada a diabetes, má-nutrição, uso excessivo de álcool, tabaco ou outras drogas, hipertensão arterial, administração prolongada de corticoesteróides, infecção pelo vírus HIV, cardiopatia, cirrose hepática, insuficiência renal e esquizofrenia<sup>4-6</sup>.

Usualmente, os pacientes com FN mostram-se fracos, apáticos, confusos, com episódios febris, taquicardia, taquipneia, hipotensão e leucocitose. No presente relato, a paciente apresentou cervicalgia, taquipneia, toxemia, leucocitose com desvio à esquerda com linfopenia associada<sup>5-7</sup>.

Após a etapa indiferenciada da doença, o estágio seguinte é a rápida disseminação da infecção ao longo dos planos fasciais superficiais. Esse processo é mediado pela collagenase e hialuronidase produzidas por *Streptococos* do grupo A, que atuam na destruição do tecido local, na extensão da infecção e na toxicidade sistêmica, determinando a natureza fulminante do processo necrótico, o que foi claramente observado nesse caso<sup>2,6,7</sup>. Entretanto, com rápida progressão, o músculo também é envolvido, ocorrendo necrose muscular. No caso apresentado, o platísmo estava sem necrose, mas com coleção purulenta associada.

De acordo com a literatura, a FN se assemelha a uma ferida eritematosa, quente, edemaciada, de bordos mal definidos, como ilustrado no caso<sup>6</sup>. A avaliação clínica da FN pode ser baseada nos

sinais cutâneos, sendo que o estágio I (precoce) inclui sinais clínicos de rigidez, eritema e edema da pele; estágio II (intermediário), a formação de bolhas, e estágio III (avanzado) envolve crepitação, anestesia e necrose da pele<sup>8</sup>. No caso apresentado, houve eritema, edema, trismo e superfície cutânea necrosada, caracterizando a rápida evolução para o estágio III dessa classificação<sup>8</sup>.

O tratamento da FN consiste em terapia antibiótica sistêmica, desbridamento cirúrgico radical, remoção dos focos primários de infecção e monitoramento constante. A maioria dos trabalhos na literatura cita o uso de combinações antimicrobianas de amplo espectro para a cobertura de gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios como escolha inicial para o tratamento. Recomenda-se, na literatura, o uso de Penicilina para os gram-positivos e anaeróbios, Clindamicina ou Metronidazol e Cefalosporinas de 3ª geração ou os aminoglicosídeos para os gram-negativos. A droga de escolha no presente caso foi Ceftriaxona 1g de 12/12 horas para bactérias gram-negativas; para cobertura das gram-positivas e anaeróbios, utilizou-se como associado a Clindamicina 600mg 6/6 horas<sup>8</sup>.

Quando há disseminação da infecção, mesmo após o desbridamento inicial, o paciente deverá retornar ao tratamento cirúrgico tantas vezes quanto necessário para mais desbridamentos cirúrgicos<sup>9</sup>. Em função dessa variável, a reconstrução imediata após tratamento de FN é contraindicada<sup>8</sup>. O recobrimento do tecido exposto deve ser realizado, quando não mais houver sinais de infecção, e os parâmetros clínicos e laboratoriais estiverem normalizados<sup>9</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto e com base na revisão da literatura fica claro que excepcionalmente, as Fascíte Necrotizantes Cervicais devem ter diagnóstico e manejo imediatos, devido aos altos índices de destruição, rápida progressão e mortalidade. Nos casos de Fascíte Necrotizante de origem odontogênica, a antibioticoterapia, remoção do(s) foco(s) de infecção, desbridamento cirúrgico e monitoramento intensivo constituem a terapêutica adequada.

## REFERÊNCIAS

1. Medeiros Júnior R, Melo A da R, Oliveira HFL de, Cardoso SMO, Lago CAP do: Cervical-thoracic facial necrotizing fasciitis of odontogenic origin. Braz J

- Otorhinolaryngol 2011, 77: 805.
2. Suehara AB, Gonçalves AJ, Alcadipani FAMC, Kavabata NK, Menezes MB: Deep neck infection - analysis of 80 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008, 74: 253.
  3. Ord R, Coletti D: Cervico-facial necrotizing fasciitis. *Oral Dis* 2009, 15: 133.
  4. 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.
  5. Puvanendran R, Huey JCM, Pasupathy S: Necrotizing fasciitis. *Can Fam Physician* 2009, 55: 981.
  6. Tung-yiu W, Jehn-shyun H, Ching-Hung C, Hung-An C: Cervical Necrotizing Fasciitis of Odontogenic Origin : A Report of 11 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000, 58: 1347.
  7. Wang YS, Wong CH, Tay YK: Staging of necrotizing fasciitis based on the evolving cutaneous features. *Int J Dermatol* 2007, 46: 1036.
  8. Freire F de FP, Dantas RMX, Macedo TFO de, Figueiredo LMG, Spínola LG, Azevedo RA de: Fasceíte Necrotizante Facial Causada por Infecção Odontogênica. *Rev Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial* 2014, 14: 43.
  9. Edlich RF, Cross CL, Dahlstrom JJ, Long WB: Modern concepts of the diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis. *J Emerg Med* 2010, 39: 261.