

Fasceíte necrotizante em região maxilofacial: relato de caso

Necrotizing fasciitis in maxillofacial region: case report

Geovane Miranda Ferreira^I
Mário Francisco Peron^{II}
Liogi Iwaki Filho^{III}
Walter Cristiano Gealh^{IV}
José Luís Leles^V
Rejane Faria Ribeiro Rotta^{VI}

Recebido em 16/12/2008
Aprovado em 18/02/2009

RESUMO

A fasceíte necrotizante de cabeça e pescoço é um processo infeccioso incomum, de origem polimicrobiana, que se caracteriza por extensa necrose e formação gasosa no tecido subcutâneo e fáscia superficial, levando a quadros de toxicidade sistêmica podendo ser fatal. Apesar de pouco frequente, essa condição, na sua grande maioria, evolui como complicação de infecções ou tratamentos dentários, o que aumenta a responsabilidade do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado.

Descritores: Necrose da Polpa Dentária. Infecções Bacterianas. Anormalidades Maxilofaciais.

ABSTRACT

Necrotizing Fasciitis of head and neck is an uncommon infectious process of polymicrobial origin characterized by extensive necrosis and gas formation in the subcutaneous tissue and superficial fascia, leading to systemic toxicity, multisystem organ failure and eventual death. Although little frequent, this pathology it evolves with a complication of infection or dental treatment, what it increases the responsibility of the dentist front the early diagnosis and the adequate treatment with antibiotics, surgery debridament of all necrotic tissue, culture and support therapy.

Keywords: Dental Pulp Necrosis. Bacterial Infections. Maxillofacial Abnormalities.

INTRODUÇÃO

A Fasceíte Necrosante (FN) é uma infecção de rápida progressão, que afeta a pele, tecido celular subcutâneo e fáscia superficial, levando à necrose e toxicidade sistêmica, com rápida destruição do local afetado. Essa lesão foi descrita primeiramente, durante a guerra civil americana e é relatada extensivamente, na literatura de cirurgia geral¹. É comum no períneo, parede abdominal e extremidades, sendo mais frequente em pacientes idosos e imunocomprometidos, como diabéticos descompensados, alcoólatras e HIV positivos^{1,2,3}.

A FN é uma entidade clínica incomum na região de cabeça e pescoço, especialmente na face. A infecção dentária é a causa mais freqüente, com aproxima-

damente 50% dos casos³. Outras causas possíveis incluem lesões traumáticas, queimaduras, cirurgias, injúrias na pele e origem faríngeotonsilar ou idiopática^{3,5,6,7}.

As infecções odontogênicas na região de cabeça e pescoço são, geralmente, de natureza polimicrobiana com a combinação de microorganismos aeróbios, anaeróbios facultativos e obrigatórios. Na FC, os principais agentes causadores são Estreptococos Beta-Hemolíticos do grupo A, Estafilococos e Bacteroides. Peptoestreptococos, Enterobactérias e Pseudomonas também podem ser encontrados³.

Nesse tipo de infecção, ocorre uma sinergia envol-

^ICirurgião Buco-Maxilo-Facial. Mestrando Odontologia/FO/UFG

^{II}Cirurgião Dentista/UEM

^{III}Prof. Dr. Adjunto de CTBMF/DOD/UEM.

^{IV}Cirurgião Buco-Maxilo-Facial. Mestrando CTBMF/FOA/UNESP

^VProf. Dr. Adjunto de CTBMF/UNIP/GO

^{VI}Profª. Drª. Adjunta de Estomatologia FO/UFG

vido aeróbios e anaeróbios. Primeiro, os microrganismos aeróbios, principalmente estreptococos, consomem o oxigênio e produzem necrose local, o que altera o potencial de óxido-redução do tecido afetado e aumenta a patogenicidade de bactérias anaeróbias estritas. Além disso, também produzem a enzima superóxido catalase que os protegem contra toxicidade dos produtos intermediários da redução do O₂. Já as bactérias anaeróbias liberam endotoxinas no meio e aumentam a necrose tecidual, favorecendo a disseminação da infecção e a atuação das bactérias aeróbias^{2,4}.

Inicialmente, o paciente pode experimentar febre baixa, e clinicamente a área envolvida torna-se edemaciada e eritematosa, a pele fica lisa, tensa e brilhante, sem demarcação nítida na área envolvida. À medida que progride, surgem os sinais evidentes da doença que incluem coloração escura da pele, pequenas placas púrpuras com bordas mal definidas, formação de vesículas ou bolhas, exposição do tecido adiposo subcutâneo, necrose da fáscia, gangrena da pele sobrejacente e presença de odor característico da infecção anaeróbia. As bolhas se formam devido à trombose e necrose dos vasos que irrigam a região e transitam pela fáscia. Pode ocorrer a formação de gás, muitas vezes perceptível à palpação. Sistemicamente, pode ocorrer sepse, hemólise, depleção do volume intravascular, hipotensão ou hipertensão, febre alta, icterícia, hematúria, taquicardia, apatia e náusea^{4,10}. A tomografia computadorizada é eficiente no diagnóstico desde as fases iniciais, pois é excelente na detecção de gases nos espaços profundos do pescoço⁵.

O tratamento é baseado no diagnóstico precoce antibioticoterapia, reposição hidroeletrólítica e debridamento agressivo da área. O procedimento cirúrgico requer a abertura extensa da área necrótica e remoção de todo o tecido desvitalizado. Tubos perfurados podem ser instalados nesse momento, para permitir irrigação com soluções antibióticas. Debridamentos diários ajudam na remoção de remanescentes necróticos. A oxigenação hiperbárica pode ser utilizada para revascularização da região

infectada. Os antibióticos mais usados são: Penicilina, Cefalosporina, Clindamicina, Cloranfenicol e os Aminoglicosídeos, que podem ser usados isoladamente ou associados^{4,10}.

CASO CLÍNICO

Paciente D.M.S., 17 anos, gênero masculino, ao exame físico da face, apresentava aumento de volume na região submandibular direita endurecida e dolorosa à palpação, associada à área de necrose tecidual de cerca de 3x3 cm, entremeada por placas púrpuras (Figura 1). Referia, ainda, dor região submandibular direita, limitação da abertura de boca e dificuldade de deglutição. Relatava ainda história de "dor de dente" iniciada há 5 dias e início de tratamento endodôntico do segundo molar inferior direito no terceiro dia do início dos sintomas onde foi prescrita amoxicilina 500mg de 8/8 horas, e, após esse tratamento inicial, evoluiu para a condição de necrose na face 48 horas após.



Figura 1: Necrose superficial com coloração escura da pele.

Ao exame físico bucal, apresentava segundo molar inferior direito com cárie extensa (Figura 2) e dor à percussão, radiografia periapical evidenciava área de lesão periapical (Figura 3).



Figura 2: Vista Intrabucal.



Figura 3: Rx Periapical inicial.

De imediato paciente recebeu hidratação parenteral com solução fisiológica 0,9%, antibioticoterapia com Cefalotina 1g 6/6 horas e Metronidazol 500mg 8/8 horas via endovenosa, além de fisioterapia com calor úmido e higiene bucal criteriosa. Foi submetido a debridamento cirúrgico e instalação de dreno de Pen Rose nº1, que foi retirado em 48 horas.

Foram realizados curativos de 12/12 hs e irrigação local com solução de gentamicina 80mg diluída em 10 ml de solução fisiológica 0.9%. Após 5 dias, paciente apresentava remissão dos sinais e sintomas infecciosos, tendo sido realizado novo debridamento cirúrgico, regularização das bordas da ferida e sutura oclusiva no 7º dia de tratamento.

A evolução do caso foi adequada, com resolução

do processo infeccioso e cicatrização da ferida, sendo, então, encaminhado para finalização do tratamento endodôntico e seguimento por 40 dias (Figura 5).



Figura 5: Pós operatório após 40 dias

DISCUSSÃO

A FN é rara, mas potencialmente fatal. Relatos anteriores descrevem um número pequeno de pacientes com essa lesão em região de cabeça e pescoço. Fatores predisponentes são condições imunossupressoras, como idade avançada, AIDS, doenças isquêmicas dos pequenos vasos, cirrose, alcoolismo e diabetes^{3,4,5,7}. A apresentação clínica da patologia no estágio inicial não é específica, e, às vezes, é erroneamente diagnosticada como uma infecção odontogênica de rotina⁵.

Em casos mais graves, uma monitorização mais específica do paciente é importante devido ao potencial de gravidade da infecção. Hematócrito, cálcio e mioglobina sérica devem ser avaliados. Obter sangue, para hemocultura prévio à administração de antibióticos, é importante para identificação dos microrganismos envolvidos.

As drogas antimicrobianas que são escolhidas inicialmente e de forma empírica devem ser efetivas contra os microrganismos mais frequentes em infecções de origem dentária. Por ser uma infecção polimicrobiana, cobertura antibiótica de amplo espectro é necessária, e mais de um medicamento geralmente é usado. A medicação pode ser trocada com base no resultado da cultura e antibiograma. As possíveis associações recomendadas incluem: penicilina, clinda-

micina e aminoglicosídeos ou penicilina, cloranfenicol e aminoglicosídeos. A clindamicina e o metronidazol são drogas eficazes contra anaeróbios.^{2,4,5,10}

No caso apresentado, o tratamento inicial consistiu de debridamento cirúrgico precoce e agressivo, associado à medicação antibiótica (cefalosporina + metronidazol), sendo efetiva para a cura do paciente. A idade e o bom estado de saúde do paciente, sem alterações sistêmicas debilitantes, também favoreceram um bom resultado, uma vez que, feito o tratamento inicial, o paciente pode se recuperar prontamente, limitando o curso da doença e apresentando seqüelas diminutas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser uma condição potencialmente letal e causada na maioria dos casos por infecções odontogênicas a FN de cabeça e pescoço, requer diagnóstico precoce e atendimento adequado pelo Cirurgião-Dentista para restringir o curso da doença e seus danos potenciais.

REFERÊNCIAS

1. Fenton CC, Kertesz T, Baker G, Sándor GKB. Necrotizing fasciitis of the face: A rare but dangerous complication of dental infection. *J Can Dent Assoc.* 2004;70(9): 611–5.
2. Bueno Rodríguez PM, Mariño Fonseca J, Bueno Rodríguez JC, Martínez Paradela CR, Bueno Barreras. Fascitis necrotizante. *Rev Cubana Ortop Traumatol.* 1999;13(1-2):47-53.
3. Marioni G, Rinaldi R, Ottaviano G, Marchese-Ragona G, Savastano M, Staffieri A. Cervical necrotizing fasciitis: A novel clinical presentation of *Burkholderia cepacia* infection. *Journal of Infection.* 2006;53(5):219-22.
4. Abubaker AO. Segredos em cirurgia bucomaxilo-facial. Porto Alegre: Artmed; 2004.

5. Umeda M, Minamikawa T, Komatsubara H, Shibuya Y, Yokoo S, Komori T. Necrotizing fasciitis caused by dental infection: a retrospective analysis of 9 cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 95(3):283–90.
6. Chidzonga. M.M. Necrotizing fasciitis of the cervical region in an AIDS patient: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63(6):855-9.
7. 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(12):1347-52.
8. Banerjee AR, Murty GE, Moir AA. Cervical necrotizing fasciitis: a distinct clinicopathological entity? *J Laryngol Otol.* 1996 Jan;110(1):81–6.
9. Bahu SJ, Shibuya TY, Meleca RJ, Mathog RH, Yoo GH, Stachler RJ, Tyburski JGI. Craniocervical necrotizing fasciitis: An 11-year experience. *Otolaryngol Head and Neck Surg.* 2001 Sep; 125(3): 245-52.
10. Hupp JR. Infecções dos tecidos moles da região maxilofacial e do pescoço. In: Hupp JR, Topazian RG, Goldeberg MH. Infecções maxilofaciais e orais. 4 ed. Santos: Santos; 2006. p-348-51.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Geovane Miranda Ferreira
Rua 36, 144 Qd. H-18 Lt. 6 St. Marista Goiânia-GO
CEP 74150-240
Telefones: (62) 32559123/ (62) 92185518
e-mail: geovane.miranda@gmail.com