

## FASCEÍTE NECROTIZANTE DE ORIGEM ODONTOGÊNICA: RELATO DE CASO

Fabricio Bezerra da Silva<sup>1</sup>; Valthierre Nunes de Lima<sup>2</sup>, Gustavo Antônio Corrêa Momesso<sup>2</sup>, Sormani Bento Fernandes Queiroz<sup>3</sup>, Leonardo Perez Faverani<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Odontologia da Unicatólica;

<sup>2</sup>Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UNESP/Araçatuba;

<sup>3</sup>Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela UNESP/Araçatuba

<sup>4</sup>Pós-doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Implantodontia

UNESP/Araçatuba;

E-mail: leofaverani@foa.unesp.br.

### RESUMO

Fasceíte Necrotizante (FN) é uma infecção rara, rápida e progressiva da fáscia e do tecido adiposo subcutâneo. A FN pode desenvolver-se a partir de uma infecção odontogênica que se dissemina para os planos faciais profundos do pescoço e acomete predominantemente pacientes com doenças que levam à imunossupressão sistêmica. Este trabalho tem por objetivo descrever um caso de Fasceíte Necrotizante de origem odontogênica, descrevendo seu diagnóstico, evolução clínica e tratamento. Paciente de 22 anos deu entrada no hospital queixando-se de dor, edema, gosto ruim na boca e limitação de abertura bucal após a exodontia do 36, realizada há uma semana. O paciente foi internado e após exames laboratoriais e tomográfico foi diagnosticado com fasceíte necrotizante em face relacionada à infecção odontogênica com desvio a esquerda no leucograma. O tratamento foi composto de antibioticoterapia sistêmica, drenagem cirúrgica com instalação de drenos rígidos, desbridamento cirúrgico e tratamento com adesivos hidrocolóides e curativos compressivos. A infecção é causada por microrganismos frequentemente encontrados em uma infecção de origem odontogênica, assim, antibióticos de amplo espectro são necessários juntamente com o tratamento cirúrgico. A Fasceíte Necrotizante deve ter seu diagnóstico e manejo imediatos, devido sua rápida progressão e por ser potencialmente fatal. Nos casos de FN de origem dentária, a antibioticoterapia, remoção de focos infecciosos, desbridamento cirúrgico e monitoramento intensivo, constituem a terapêutica adequada.

**Palavras-Chave:** Infecção. Infecção focal dentária. Desbridamento.

## **INTRODUÇÃO**

Fasceíte Necrotizante (FN) é uma infecção rara, rápida e progressiva da fáscia e do tecido adiposo subcutâneo (CHRISTENSEN, 2015). A FN pode-se desenvolver a partir de uma infecção odontogênica que se espalha para os planos faciais profundos do pescoço (SARNA et al., 2012). Acomete, geralmente, os pacientes com doenças sistêmicas como diabetes melitus, doenças renais, doenças cardiovasculares, doença arterial periférica, cirrose e indivíduos com predisposição à obesidade. Pacientes imunocomprometidos por HIV/AIDS são mais susceptíveis devido a incapacidade do sistema de defesa combater infecções, pelo baixo número de linfócitos circulantes, e pela função inadequada dos linfócitos T e B. (WHITESIDES; COTTO-CUMBA; MYERS, 2000).

Os pacientes acometidos pela FN requerem cuidados de urgência e se não tratados podem evoluir para toxidade sistêmica e eventual morte. Tung-Yiu et al. relataram 11 casos de Fasceíte Necrotizante de origem odontogênica, dos quais 2 evoluíram para o óbito. 7 pacientes eram imunocomprometidos, incluindo diabetes melitus. Todos os pacientes apresentaram envolvimento do espaço parafaríngeo e 4 do espaço retrofaríngeo.

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de Fasceíte Necrotizante de origem odontogênica em um paciente jovem e sem comorbidades, descrevendo seu diagnóstico, evolução clínica e tratamento.

## **RELATO DE CASO**

Paciente de 22 anos deu entrada no hospital queixando-se de dor, edema, gosto ruim na boca e limitação de abertura bucal após a exodontia do 36, realizada há uma semana. Ao histórico médico o paciente negou qualquer doença sistêmica ou uso de droga imunossupressora, sendo considerado saudável. Após exame físico observou-se dispneia, disfagia, febre e aspectos de face tóxica, e mancha escurecida na região lateral esquerda do pescoço com ponto de flutuação palpável, no exame intra-oral observou-se a drenagem espontânea de pus na região de alvéolo do dente 36 e higiene oral precária pela presença de biofilme bacteriano e lesões de cárie. O paciente foi internado e após

exames laboratoriais e tomográfico foi diagnosticado com fascíte necrotizante em face relacionada à infecção odontogênica com desvio a esquerda no leucograma.

Foi iniciada a administração de penicilina G cristalina 4.000.000 UI de 6/6 horas e metronidazol 500mg de 8/8 horas e realizada a drenagem cirúrgica na região do pescoço com instalação de drenos rígidos para lavagem diária. Após dois dias da drenagem e lavagem da região o paciente foi submetido ao desbridamento cirúrgico da ferida e posterior tratamento com adesivos hidrocolóides e curativos compressivos. Em duas semanas de pós-operatório o paciente apresentou ausência de sinais flogísticos com presença de tecido cicatricial aderido a pele.

## DISCUSSÃO

Uma infecção de origem polimicrobiana é tipicamente a causa da FN, geralmente caracterizada por uma mistura de bactérias aeróbicas e anaeróbicas, sendo que as bactérias patogênicas mais comumente envolvidas são as espécies *Streptococcus* e *Staphylococcus*, especialmente o grupo  $\beta$ - hemolítico (*Streptococcus pyogenes*) (FREIRE et al., 2014). Brook and Frazier revisaram 87 casos de Fascíte Necrotizante onde as bactérias anaeróbicas foram as mais predominantes e apenas 4 destes casos eram causados apenas por monoinfecções de *Streptococcus pyogenes*.

O correto diagnóstico da FN pode ser difícil. Lin et al., 2001 mostraram que apenas 15% a 34% dos casos de FN tem seu diagnóstico preciso no momento de admissão. A FN deve ser diferenciada de outras infecções tecidos moles, como por exemplo, Erispela, gangrena sinérgica bacteriana progressiva e gangrena gasosa O diagnóstico de FN dá-se quando a fáscia está primariamente infectada (ADAM et al., 2011). A presença de dispneia, disfagia e edema cervical severo nos fez optarmos pela drenagem cirúrgica imediata para descompressão das vias aéreas.

Quando se suspeita ou o diagnóstico FN é fechado, o paciente deve ser internado e ter sinais vitais monitorados. A manutenção das vias aéreas é fundamental, pois FN pode produzir edema e necrose na região cervical. O paciente deve ser submetido a procedimentos cirúrgicos para remoção da ferida, inclusive de seus bordos, para prevenir a propagação da lesão, instalação de dreno, antibioticoterapia, remoção de focos infecciosos e desbridamento cirúrgico (MARTIN, 1993; RICHARDSON, 1997). Dessa forma foi realizada drenagem imediata e instalação de drenos rígidos para

lavagem dos tecidos e administração empírica de antibiótico com amplo espectro, bem como a utilização de curativos compressivos com adesivos hidrocolóides que auxiliaram de maneira expressiva na cicatrização.

Fasceíte Necrotizante é uma condição rara, entretanto potencialmente fatal e pacientes imunocomprometidos, especialmente com diabetes melitus não compensada, são os mais vulneráveis. O paciente com FN irá sofrer uma infecção rápida e progressiva da fáscia e do tecido adiposo subcutâneo. A infecção é causada por microrganismos frequentemente encontrados em uma infecção de origem odontogênica, assim, antibióticos de amplo espectro são necessário, bem como a prescrição de mais de um antibiótico é frequentemente requerida. Quando o diagnóstico de FN é feito, o paciente deve ser submetido a cirurgia imediatamente, visando minimizar o seu risco de vida (CHRISTENSEN, 2015). Curiosamente como relatado no presente trabalho, o paciente era jovem e não fazia uso de medicações sistêmicas, no entanto a presença de alguma alteração subclínica poderia estar presente como a desnutrição devido a precária condição socioeconômica.

## CONCLUSÕES

O caso relatado e a literatura levantada apontam a necessidade do diagnóstico e manejo imediatos da Fasceíte Necrotizante, devido sua rápida progressão e por ser potencialmente fatal. Nos casos de FN de origem dentária, a antibioticoterapia, remoção de focos infecciosos, desbridamento cirúrgico e monitoramento intensivo, constituem a terapêutica adequada.

## REFERÊNCIAS

MARTIN D. R.; Molecular epidemiology of group A streptococcus M type 1 infection. **J Infect Dis** 167:112, 1993.

BROOK, I.; FRAZIER, E. H. Clinical and microbiological features of necrotizing fasciitis, **J Clin Microbiol.**, v.33, n.9 , p 2382-2387 , sep 1995.

RICHARDSON S.; Cervicofacial necrotizing fasciitis. **J Oral Maxil- lofac Surg** 55:403, 1997.

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**;58:1347-52, 2000.

LIN C, YEH FL, LIN JT, ET AL: **Necrotizing fasciitis of the head and neck: An analysis of 47 cases.** *Plast Reconstr Surg* 107:1684, 2001.

WEISS, A.; NELSON, P.; MOVAHED, R.; CLARKSON, R. DYM, H. Necrotizing Fasciitis: Review of the Literature and Case Report, **J Oral Maxillofac Surg** 69:2786-2794, 2011.

SARNA, T.; SENGUPTA, T.; MILORO, M.; KOLOKYTHAS, A. CERVICAL, Necrotizing Fasciitis With Descending Mediastinitis: Literature Review and Case Report *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* p. 1342-1350 , 2012.

FREIRE, F. F. P.; DANTAS, R. M. X; MACEDO, T. F. O.; FIGUEIREDO, L. M. G.; SPÍNOLA, L. G.; AZEVEDO, R. A. Fasceíte Necrozante Facial Causada por Infecção Odontogênica, **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.14, n.1, p. 43-48 , jan./mar. 2014.

CHRISTENSEN L.; EVANS H.; CUNDICK D.; MCSHANE M.; PENNA K.; SADOFF R. Necrotizing Fasciitis Case Presentation and Literature Review, **N Y State Dent J.** v.81,n.4 , p24-8 , Jun-Jul 2015.