

## Considerações anatômicas no tratamento das infecções odontogênicas que acometem os espaços fasciais: Relato de 2 casos.



<https://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br>

### COMUNICAÇÃO ORAL

Lucas Lino de Oliveira

lucaslinodo@gmail.com

Henrique Cabral de Sá

Isadora Serafim Barbosa

Luiz Gustavo Silva Queiroz

Rayanna Mayra Feitosa Monteiro

Yanka Vieira Bezerra

Ernest Pouchain Cavalcante

ernestpouchain@gmail.com

### RESUMO

As infecções odontogênicas são reconhecidamente causa de morte já na antiguidade. No que diz respeito aos espaços fasciais primários e secundários, ambos podem ser acometidos pelas infecções odontogênicas. Os espaços fasciais primários são representados na maxila pelos espaços canino, bucal e infratemporal; e na mandíbula pelos espaços submental, bucal, submandibular e sublingual. Os espaços fasciais secundários são basicamente aqueles relacionados à musculatura da mastigação, sendo conhecidos também em seu conjunto como espaço mastigador, constituído pelos espaços massetérico, pterigomandibular e temporais profundo e superficial. O objetivo do presente trabalho é relatar dois casos clínicos, aplicando os conceitos anatômicos no tratamento das infecções odontogênicas que acometem os espaços fasciais, contribuindo no prognóstico da lesão. Paciente melanoderma, 52 anos, apresentando aumento de volume facial do lado esquerdo da face com a presença de exsudato purulento, trismo exacerbado, odor fétido da cavidade bucal, dores à palpação e crepitação. Paciente feoderma, 28 anos, apresentando aumento de face do lado esquerdo, acompanhada de comprometimento cervical, trismo exacerbado, oclusão discreta da pálpebra e elevação da asa nasal do mesmo lado. Com o diagnóstico de abscesso fascial em ambos os casos, o tratamento indicado foi a cirurgia para drenagem e remoção dos diferentes focos infecciosos, associado a antibioticoterapia. Compreende-se, portanto, que os conhecimentos anatômicos são imprescindíveis para o diagnóstico da infecção e, principalmente, para um plano correto de tratamento. Tratando-se dos espaços fasciais, a anatomia elucidada na distinção, na gravidade e na progressão da infecção para outros espaços, além de auxiliar na escolha da terapêutica mais indicada.

**Palavras-chave:** Controle de Infecções Dentárias; Abscesso; Anatomia.

### INTRODUÇÃO

As infecções ocorrem quando há uma ruptura do equilíbrio entre o mecanismo de defesa humana e o mecanismo de infecção bacteriana (CHANG et al., 2013). Dentre as causas principais das infecções odontogênicas temos: cárie dentária, infecção dentoalveolar (infecção

da polpa e abscesso periapical), gengivites, periodontites, osteíte, oteomielites ou ainda infecções pós-cirúrgicas (ARAÚJO, 2010).

Segundo Peterson (2000), os espaços fasciais são classificados, de acordo com a sua localização, em primários e secundários. Ambos os espaços podem ser invadidos pelas infecções odontogênicas.

Os espaços fasciais são áreas bem delimitadas por fâscias e músculos. No indivíduo sadio, são virtuais, sendo preenchidos por tecido conjuntivo frouxo, tecido adiposo ou por estruturas neurovasculares. Eles são mal irrigados, por serem preenchidos fundamentalmente por tecido conjuntivo frouxo, tendo, portanto, uma baixa capacidade de defesa (TEIXEIRA et al., 2012).

Segundo Teixeira et al. (2012), na presença de infecções, as fâscias que delimitam estes espaços podem ser perfuradas por exsudatos purulentos, que irão espalhar-se pelo espaço fascial, preenchendo-o.

Existem duas vias de infecção na área oral e maxilofacial: uma é a rota através do ápice da raiz e a outra é a via através da bolsa periodontal profundo. Os espaços fasciais que podem ser diretamente afetados por infecções odontogênicas são chamados de "espaços primários", e incluem espaços canino, infratemporal, bucal, submental, submandibular e sublingual. A incapacidade de controlar as infecções pode fazer com que elas se espalhem para espaços secundários, incluindo espaços temporal, massetérico e pterigomandibular (CHANG et al., 2013).

De acordo com Bali et al. (2015), a celulite facial é uma infecção causada por bactérias que atingem as camadas mais profundas da pele (derme e hipoderme). Estes autores também afirmaram que o abscesso dentário acontece quando uma bactéria se instala em alguma cavidade entre a gengiva e os ossos da face ou pescoço. Um dente infeccionado que não recebe tratamento apropriado pode formar um abscesso. Pode ser causada por dois principais tipos de bactérias: estreptococos e estafilococos.

O presente estudo tem como objetivo relatar dois casos clínicos, aplicando os conceitos anatômicos no tratamento das infecções odontogênicas que acometem os espaços fasciais, assim como elucidar o prognóstico da lesão. Desse modo, justifica-se a importância de compreender a anatomia da região de cabeça e pescoço para a realização de qualquer procedimento operatório, uma vez que esta região é fundamentalmente irrigada por feixes vâsculo-nervosos.

## **RELATO DE CASO**

Paciente melanoderma, 52 anos, sem comprometimento sistêmico compareceu para consulta relatando dores na face e no lado esquerdo da mandíbula, cefaleia, alteração de humor e dificuldade de alimentação há 3 dias. Buscou atendimento em vários lugares diferentes, sendo atendida por médicos e dentistas. Já havia tomado amoxicilina, penicilina G benzatina, diclofenaco, tetraciclina e outros medicamentos. Atualmente, fazia uso de cefalosporina de 12/12h, associado à dipirona, além de compressas geladas na face. Ao exame clínico extraoral, foi observado aumento de volume facial do lado esquerdo da face de caráter acentuado, trismo exacerbado, odor fétido da cavidade bucal, dores à palpação, além de diferentes pontos de flutuação da área e crepitação. Durante o exame intraoral, percebeu-se a

presença de inúmeros dentes cariados e com destruição coronária, acúmulo de placa bacteriana e quadro de inflamação gengival. Foram observadas lesões cariosas em múltiplos dentes, além de lesão apical associada ao dente 38. Com o diagnóstico de abscesso fascial com envolvimento dos espaços fasciais primários bucal e submandibular do lado esquerdo, o tratamento indicado foi a cirurgia para drenagem e remoção dos focos infecciosos.

Paciente feoderma, 28 anos, apresentou-se com dores intensas em face e no lado esquerdo da mandíbula, relatando cefaleia e disfagia. Durante exame clínico, foi percebido aumento de face do lado esquerdo, acompanhada de comprometimento cervical, oclusão discreta da pálpebra e elevação da asa nasal do mesmo lado, trismo exacerbado, dores à palpação, odor fétido da cavidade bucal e crepitação. Ao exame intraoral, observou-se múltiplos dentes com destruição coronária e inflamação gengival acentuada, havendo a necessidade de extração dos focos residuais e da drenagem da coleção purulenta. Após diagnóstico de abscesso fascial com envolvimento dos espaços bucal e submandibular do lado esquerdo, com comprometimento cervical, o paciente foi submetido a cirurgia para drenagem e remoção da causa da infecção.

## **DISCUSSÃO**

As infecções maxilofaciais são usuais em pacientes de todas as idades, representando um risco substancial para a vida ao atingir espaços fasciais profundos. Os sinais e sintomas são evidentes devido à proximidade entre nervos, músculos e ligamentos, o que prejudica rapidamente a função da região afetada, levando a dor e trismo. Embora bem definida, a anatomia facial apresenta formas peculiares de propagação da infecção, que, quando invadidas, se comunicam entre si, podendo armazenar grandes quantidades de pus, o que pode causar compressão das vias aéreas superiores e/ou assimetria de face, exigindo um tratamento rápido e preciso (TAN, 2017).

As infecções odontogênicas podem invadir os espaços fasciais primários e secundários e levar o paciente a óbito rapidamente quando não controladas, ou deixar sequelas como parestesias de nervos sensitivos (CARDOSO et al., 2008).

O espaço bucal é limitado pela pele da face no seu aspecto lateral e pelo músculo bucinador no seu aspecto medial. Esse espaço pode tornar-se infectado a partir de extensão de infecções tanto dos dentes maxilares quanto dos mandibulares. Geralmente, o envolvimento desse espaço resulta no aumento de volume abaixo do arco zigomático e acima do bordo inferior da mandíbula, portanto, tanto o arco zigomático quanto o bordo inferior da mandíbula são palpáveis nas infecções do espaço bucal (PETERSON, 2000). Este espaço é preenchido pelo corpo adiposo da bochecha (CARDOSO et al., 2008). Nos dois casos clínicos descritos neste estudo, observa-se infecção no espaço bucal, com a presença de abscesso na região anatômica descrita.

Compartilhando da mesma opinião, Peterson (2000) e Reher; Teixeira (2001) alegam que o espaço bucal pode ser infectado por extensão de uma infecção dos dentes mandibulares, a semelhança do que ocorre a partir dos dentes maxilares, mas em menor frequência. A propagação se dá a partir de molares inferiores, quando seus ápices se localizarem abaixo do músculo bucinador.

O espaço submandibular é limitado lateralmente pelo corpo da mandíbula (fóvea

submandibular), superiormente pelo músculo milo-hioideo e inferiormente pela lâmina de revestimento da fáscia cervical, platisma e pele. Posteriormente, este espaço se comunica com espaços secundários. Geralmente, as infecções são causadas a partir do terceiro molar e, às vezes, pelo segundo molar, quando a infecção perfura a parede lingual da mandíbula, abaixo do músculo milo-hioideo. Observa-se um inchaço extra-bucal que se estende da borda inferior da mandíbula ao músculo digástrico e, posteriormente, até o osso hioide (MARTINI; MIGLIARI, 2012). Nos dois casos clínicos descritos neste trabalho, observa-se infecção no espaço submandibular, com a presença de abscesso na região anatômica descrita.

As raízes dos dentes molares comunicam-se diretamente com o espaço sublingual e submandibular. O espaço sublingual, por sua vez, comunica-se com o espaço pterigomandibular, parafaríngeo e retrofaríngeo, sendo este o último caminho de comunicação entre a cavidade bucal e o mediastino (TAN, 2017).

## CONCLUSÃO

Compreende-se, portanto, que é imprescindível conhecer a anatomia para diagnosticar corretamente a infecção e aplicar terapias farmacológicas e operatórias de tratamento.

Ademais, os conceitos anatômicos tornam-se indispensáveis para impedir a propagação da infecção para outros espaços, uma vez que os espaços fasciais são intrinsecamente ligados.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. A. D. Infecção odontogênica: revisão de literatura. **UFMG-FO**, p. 1-110, 2010.

BALI, R. K; SHARMA, P; GABA, S; KAUR, A; GHANGHAS, P. A review of complications of odontogenic infections. **National Journal of Maxillofacial Surgery**. National Journal of Maxillofacial Surgery, v. 6, n. 2, pp.136-143, 2015.

CARDOSO, C. L. et al. Abscesso tardio após exodontia de terceiros molares inferiores: relato de dois casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 8, n. 3, pp. 17-24, 2008.

CHANG et al. Odontogenic infection involving the secondary fascial space in diabetic and non-diabetic patients: a clinical comparative study. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 39, n. 4, p.175-181, 2013.

MARTINI, M. Z.; MIGLIARI, D. A. Epidemiologia das infecções maxilofaciais tratadas num hospital público da cidade de São Paulo. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 66, n. 1, 2012.

PETERSON, L. J. Infecções odontogênicas complexas. In: PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 17, p. 412-425, 2000.

TAN, S.; NIKOLARAKOS, D. Subcutaneous emphysema secondary to dental extraction: A case report. **Australian Dental Journal**, v. 62, n. 1, pp. 95-97, 2017.

TEXEIRA, L. M. Z.; REHER, P.; REHER, V. G. S. **Anatomia aplicada a odontologia**. Ed. 2: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.