

Cervical-thoracic facial necrotizing fasciitis of odontogenic origin

Fasceíte necrosante cérvico-torácica facial odontogênica

Rui Medeiros Júnior¹, Auremir da Rocha Melo², Hugo Franklin Lima de Oliveira³, Silvana Maria Orestes Cardoso⁴, Carlos Augusto Pereira do Lago⁵

Keywords: face, fasciitis, necrotizing, infection.

Palavras-chave: face, fasciite necrosante, infecção.

INTRODUÇÃO

A fasceíte necrosante (FN) da cabeça e pescoço é uma rara e potencialmente fatal infecção bacteriana do tecido mole, que acomete principalmente indivíduos adultos e idosos, sem predileção por sexo¹. Não existem dados confiáveis quanto à sua real incidência na população².

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%)².

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*³.

Diabetes melito não controlada, doenças vasculares periféricas, hepatopatias e doenças imunológicas são importantes fatores de risco para FN². Os exames imaginológicos são fundamentais para caracterizar os limites topográficos da infecção e o diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com celulite ou erisipela em seu estágio inicial¹. O tratamento bem sucedido envolve o diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas gerais de suporte agressivas¹.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 37 anos, etilista crônico, apresentou lesão cérvico-torácica facial compatível com celulite e história odontológica progressiva de infecção odontogênica não tratada.

O exame físico locoregional revelou trismo mandibular, aumento de volume endurecido e sensível à palpação em região submandibular, sublingual e submentoniana (bilateralmente) com extensão torácica (Figura 1A). O exame intrabucal evidenciou a presença de múltiplos restos radiculares, além de elementos dentários cariados e periodontalmente comprometidos. Hiperemia, hipertermia, taquipneia, desidratação e leucocitose apontavam para um quadro de sepse. O exame tomográfico (TC) mostrou enfisema subcutâneo característico (Figura 1B).

Assim, foi proposto um tratamento emergencial com desbridamento cirúrgico radical e imediato. No transoperatório, foi colhido material para estudo de cultura e antibiograma, decidindo-se por deixar as musculaturas cervical anterior e



Figura 1. A) Extensa área eritematosa associada a edema submandibular, submentoniano e sublingual (bilateralmente) com extensão cérvico-torácica. B) Enfisema subcutâneo cervical em TC. C) Remoção dos múltiplos restos radiculares em mandíbula (focos primários da infecção). D) Aspecto da ferida no sexto dia pós-operatório. Notar extensa área cruenta com presença de cavidade purulenta residual.

torácica expostas. Ainda, foram realizadas múltiplas exodontias para a remoção do foco primário da infecção (Figura 1C).

Antibioticoterapia empírica foi iniciada com o uso de ceftriaxona e metronidazol. Os exames de cultura e sensibilidade revelaram crescimento de espécies de *Klebsiella pneumoniae* sensíveis aos antimicrobianos administrados. Desbridamentos complementares de pequenas áreas foram realizados durante as duas primeiras semanas de pós-operatório (Figura 1D).

DISCUSSÃO

O presente relato ilustra um caso de FN odontogênica em paciente etilista crônico que evoluiu rapidamente para a região cérvico-torácica. Whitesides et al.⁵, em seu estudo, revelaram que 81% dos casos tiveram início a partir dos segundos ou terceiros molares inferiores. Kaul et al.⁶, analisando 77 casos, encontraram em mais de 70% destes pelo menos uma doença crônica de base.

A hipótese diagnóstica de FN é eminentemente clínica (a partir de edema tegumentar

inelástico, hipoestesia e crepitação cutânea, etc.), sendo o diagnóstico definitivo feito pela exploração cirúrgica; pela observação de pouca aderência do tecido subcutâneo, ausência de sangramento e necrose fascial.

Assim, após realização de TC, que revelou enfisema subcutâneo característico e denotou a real extensão da infecção, um tratamento cirúrgico emergencial foi realizado. O procedimento contemplou desbridamento agressivo da região cérvico-torácica facial, tendo como limites a linha mamilar, o ponto médio da clavícula bilateralmente e a base da mandíbula. Durante a abordagem observou-se diminuição da resistência na dissecação e necrose dos planos fasciais, necroses da pele e do tecido subcutâneo, drenagem franca de pus e odor fétido; fechando-se, assim, o diagnóstico de FN.

Um fato raro observado foi o envolvimento bacteriológico isolado por *Klebsiella pneumoniae*; não caracterizando, desta forma, o padrão polimicrobiano clássico da infecção. A terapia antimicrobiana se mostrou bastante eficaz e, atualmente, medidas adjuvantes, como administração de imunoglobulinas e a oxigenoterapia hiperbárica, também têm sido empregadas⁵.

COMENTÁRIOS FINAIS

Excepcionalmente, as infecções orais podem culminar em quadros graves e fatais de FN. A evolução dessa condição é rápida, principalmente quando associada a fatores predisponentes. Assim, o adequado tratamento deve contemplar o diagnóstico precoce, a antibioticoterapia de largo espectro, a intervenção cirúrgica radical, sendo recomendável, em muitos casos, o envolvimento de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ord R, Coletti D. Cervico-facial necrotizing fasciitis. Oral Dis. 2009;15(2):133-41.
2. Kuncir EJ, Tillou A, St Hill CR, Petrone P, Kimbrell B, Asensio JA. Necrotizing soft-tissue infections. Emerg Med Clin North Am. 2003;21(4):1075-87.
3. Wolf H, Ovesen T. Necrotizing fasciitis in the head and neck region. Ugeskr Laeger. 2008;170(34):2563-6.
4. Costa IMC, Cabral ALSV, Pontes SS, Amorim JF. Fasceíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. An Bras Dermatol. 2004;79(2):211-24.
5. Whitesides L, Cotto-Cumba C, Myers RA. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a case report and review of 12 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58(2):144-51.
6. Kaul R, McGeer A, Low DE, Green K, Schwartz B. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: Clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Am J Med. 1997;103(1):18-24.

¹ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital da Restauração, Recife/PE, Cirurgião Bucomaxilofacial.

² Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital da Restauração, Recife/PE, Cirurgião Bucomaxilofacial.

³ Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital da Restauração, Recife/PE, Cirurgião-Dentista.

⁴ Doutora em Biologia Oral pela Universidade de Paris VII, França. Professora do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife/PE.

⁵ Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP/UPE, Staff do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital da Restauração, Recife/PE.

Endereço para correspondência: Rua Dr. Geraldo de Andrade 101 apto. 104 Espinheiro Recife PE 52021-220.
Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 17 de maio de 2010. cod. 7090
Artigo aceito em 12 de julho de 2010.