

FASCIÍTE NECROSANTE EM REGIÃO CERVICOFACIAL: RELATO DE CASO

NECROTIZING FASCIITIS IN FACIAL CERVICAL REGION: CASE REPORT

Paolla Camacho Vallim*
 Adriel Henrique Peixoto da Silva Geraldo**
 Lázaro da Silva Caixeta Neto***
 Walter Paulesini Junior****

RESUMO

A fasciíte necrosante da região cervicofacial é uma infecção rara, que acomete geralmente pacientes com doenças que levam à imunossupressão sistêmica. É caracterizada por uma necrose extensa dos tecidos moles, com possível formação de gases nos tecidos subcutâneos, seguida por progressão rápida e potencialmente fatal. É uma infecção de origem polimicrobiana, assim como as infecções da cavidade oral com predominância de streptococcus sp, Preptostreptococcus e Staphylococcus aureus. Seu tratamento envolve o diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas gerais de suporte agressivas.

DESCRITORES: Fasciíte necrosante • Face • Desbridamento • Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis in facial cervical region is a rare infection that usually affects patients with diseases that lead to systemic immunosuppression. It is characterized by extensive necrosis of soft tissues with possible formation of gas in the subcutaneous tissue, followed by rapid and potentially fatal progression. It is a polymicrobial infection, as infections of the oral cavity with a predominance of Streptococcus sp, Preptostreptococcus and Staphylococcus aureus. Its treatment involves early diagnosis, radical surgical debridement of all necrotic tissue, parenteral broad spectrum antibiotics and general measures of aggressive support.

DESCRIPTORS: Fasciitis necrotizing • Face • Debridement • Diabetes Mellitus.

* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. paolla.camacho@yahoo.com.br

** Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. adriel_henrique@hotmail.com

*** Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial. bucomaxilo.com@gmail.com

**** Responsável pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. paulesiniw@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Angina de Ludwig caracteriza-se por uma infecção grave, tóxica, aguda, firme a palpação, envolvendo bilateralmente os espaços: submandibular, sublingual e submentoniano, provocando endurecimento do soalho da cavidade oral, elevação lingual, dificuldade de deglutição e possível comprometimento de vias aéreas superiores¹

Normalmente apresenta causa odontogênica ou periodontal. Intimamente relacionada às raízes dos segundos e terceiros molares inferiores, os ápices localizam-se abaixo da inserção do músculo milo-hioideo. Pacientes com comprometimento sistêmico como: diabetes, HIV, alcoolismo, uso crônico de anti-inflamatórios hormonais, imunossupressores, são mais susceptíveis ao desenvolvimento de Angina de Ludwig².

Infecções odontogênicas severas como Angina de Ludwig apresentam um curso imprevisível, podendo ocorrer alterações repentinas no quadro³. Levando-se em consideração tal prerrogativa, o tratamento rápido deve ser instituído, sendo preponderante a manutenção das vias aéreas seguras, terapia antibiótica apropriada, abordagem cirúrgica precoce, hidratação e remoção do foco infeccioso, tão quanto possível.

As bactérias envolvidas no processo infeccioso são aquelas normalmente encontradas na cavidade oral, sendo maior o número de aeróbias, constituídas principalmente de *Streptococcus Viridians*, *Provetella*, *Peptostreptococcus*, e não dificilmente encontradas cepas de *Staphylococcus*⁴. A Penicilina é o antibiótico de escolha empírico no tratamento das infecções orofaciais⁵⁻⁷, apesar de uma grande resistência por *Staphylococcus*⁶. A penicilina em altas doses pode ser associada ao metronidazol para cobertura de bactérias anaeróbias, aumentando o espectro de ação⁸.

Como uma das complicações da Angina de Ludwig, tem-se a fasciíte necrosante, uma infecção rara e grave dos tecidos moles de evolução rápida, descrita pela

primeira vez em 1871 pelo Dr. Joseph Jones, cirurgião militar. Caracterizada pelo acometimento do tecido celular subcutâneo e da fáscia muscular tem como fatores predisponentes diabetes tipo 2, idade avançada, câncer, doença vascular periférica, dentre outros. Inicialmente, está localizada na fáscia superficial, evoluindo com a trombose de pequenos e médios vasos sanguíneos, apresentando nessa fase aspecto de “casca de laranja”. Posteriormente, devido à perfusão a pele torna-se isquêmica e necrótica. Clinicamente destacam-se: rápida progressão, dor intensa, edema considerável e baixa resposta à antibioticoterapia isolada⁶.

O tratamento ideal consiste em desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia de amplo espectro. Como terapia auxiliar, a oxigenioterapia hiperbárica pode ser utilizada, resultando em melhora nas taxas de morbimortalidade⁹

OBJETIVO

O objetivo do relato de caso é apresentar um caso de infecção odontogênica grave em um paciente com quadro de diabetes descompensada, que evoluiu para óbito por complicações sistêmicas.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, sexo masculino, 71 anos, hipertenso, diabético do tipo II, com quadro diabético descompensado (397 mg/dL), compareceu ao Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos em 06/08/2011, com quadro infeccioso agudo de origem odontogênica pós-exodontia do elemento 27 há aproximadamente 15 dias, realizada sem antibiótico, terapia profilática, evoluindo com edema e quadro algico. Retornou ao cirurgião-dentista, que instituiu terapia antibiótica com clindamicina 300mg, conforme relato do paciente.

Ao exame físico, o paciente apresentava-se com edema de grau quatro em regiões: bucal e temporal esquerda, submandibular, submentoniana e sublingual bilateral, consistente a palpação, com elevação de soalho de boca, limitação



Total: 69 DIH (dias de internação hospitalar)

Data Entrada com Clínica Médica	Data Cirurgia de Urgência	Entrada na UTI	Semi-intensiva	Óbito
06/08/11	08/08/11	08/08/11	28/09/11	13/10/11

Período	Antibioticoterapia	Ação Antibiótica	Evolução
1* ao 3* DIH	• Ceftriaxona 1g (12/12 hs) • Metronidazol 500mg (08/08 hs) • Flebocortid 500mg (08/08 hs)	• Aeróbios gram +/- • Anaeróbios	UTI
4* ao 8* DIH	• Vancomicina 500mg (06/06 hs) • Amicacina 1g (1 vez ao dia) • Metronidazol 500mg (08/08 hs) • Flebocortid 500mg (08/08 hs)	• Gram + (Staphylococcus) • Aeróbios gram +/- • Anaeróbios • Anaeróbios	Fasciíte Necrosante
9* ao 22* DIH	• Vancomicina 500mg (06/06 hs) • Cefepime 1g (12/12hs) • Clindamicina 600mg (06/06hs)	• Gram + (Staphylococcus) • Gram +/- (cefalosporinas de terceira geração) • Gram + aeróbios e Gram +/- anaeróbios	Desbridamento da Fasciíte Necrosante
23* ao 41* DIH	• Meropenem 1g (12/12 hs)	• Gram +/- aeróbios e anaeróbios	IRC/ BCP
42* ao 55* DIH	• PolimixinaB 500.000UI	• Bacilos gram -	Semi-Intensiva
56* ao 69* DIH	• Vancomicina 500mg (06/06hs)	• Gram+ (Staphylococcus)	Leito/ Óbito

de abertura de boca (trismo), hiperemia cervical, com sintomatologia de febre, odinofagia, disfagia, dispneico (Fig.1). De acordo com exames laboratoriais apresentava leucograma 18000mm^3 .

Diante de um quadro avançado de Angina de Ludwig foi realizada a internação imediata do paciente, com prescrição de Ceftriaxona 1g EV de 12/12 hs, em associação ao Metronidazol 500mg EV 08/08 hs como terapia antibiótica empírica, além de Flebocortide 500mg EV de 08/08hs. Foi solicitada tomografia computadorizada para o caso, onde notou-se grande edema de tecido mole, com desvio de vias respiratórias (Fig.2). Diante de tal quadro avançado, optou-se por uma intervenção cirúrgica de emergência, em centro cirúrgico, sob anestesia geral, com intubação orotraqueal. Realizada a incisão em região submandibular esquerda, onde se drenou grande quantidade de coleção purulenta, instalação do dreno de penrose (Fig.3) e terapia anti-

biótica com Vancomicina 500mg 06/06 hs, Amicacina 1g diário e Metronidazol 500mg 08/08 hs. Após o procedimento cirúrgico, o paciente foi transferido para UTI, mantendo-se entubado. Realizada a remoção do dreno 48 horas após o procedimento de drenagem (Fig.4).

O paciente permaneceu na UTI por cinquenta dias, onde desenvolveu quadro de fasciíte necrosante em região cervical esquerda três dias após a drenagem, com exposição de musculatura cervical (Fig.5). Realizado o desbridamento da fasciíte após sete dias da intervenção inicial, onde houve evolução do quadro para melhora (Fig.6) O paciente desenvolveu quadro de broncopneumonia quatorze dias após admissão em UTI e quadro de insuficiência renal crônica. Foi admitido para a semi-intensiva após 50 dias de UTI, com solução do quadro de angina de Ludwig e Fasciíte necrosante (Fig. 7 e 8), apresentando leucograma de 7000mm^3 , com extubação do paciente.

VALLIM PC
GERALDO AHPS
CAIXETA-NETO
LS
PAULESINI-JUNIOR W
FASCIÍTE
NECROSANTE
EM REGIÃO
CERVICOFACIAL:
RELATO DE CASO





Fig. 1. Aspecto clínico inicial do paciente.



Fig. 2. Tomografia Computadorizada



Fig. 3. Colocação de dreno.



Fig. 4. Remoção de dreno

•• 146 ••

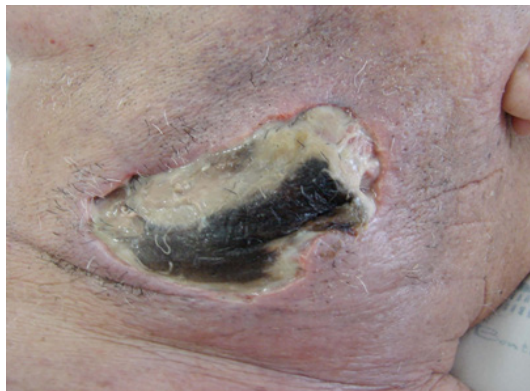


Fig. 5. Fasciíte necrosante.



Fig. 6. Aspecto clínico após desbridamento.



Fig. 7. Aspecto de regressão da fasciíte necrosante.



Fig. 8. Aspecto após regressão da fasciíte necrosante.



O paciente veio a óbito por sepse e complicações respiratórias após 69 dias de internação, apesar da melhora do quadro de Angina de Ludwig e fasciíte necrosante.

DISCUSSÃO

A fasciíte necrosante instala-se principalmente em pacientes suscetíveis a infecção, como aqueles com diabetes mellitus, doenças vasculares periféricas, hepatopatias e doenças imunológicas. A tomografia computadorizada pode fornecer algumas informações, tais como espessamento assimétrico da fáscia e alterações da gordura subcutânea, além da presença de gás e abscessos e desvio im-

portante de vias aéreas. A antibioticoterapia utilizada juntamente com drenagem cirúrgica do abscesso e desbridamento das áreas de necrose levaram ao sucesso da terapia no caso relatado. Porém, o paciente veio a óbito por sepse e complicações respiratórias após 69 dias de internação.

CONCLUSÃO

A fasciíte necrosante é uma rara e grave condição clínica que pode ocasionar destruição rápida e irreversível dos tecidos, podendo inclusive levar a óbito. O diagnóstico precoce é essencial, necessitando elevada suspeição clínica a fim de se minimizar uma evolução desfavorável.

REFERÊNCIAS

1. Vinh DC, Embil JM. Rapidly progressive soft tissue infections. *The Lancet Infectious diseases* 2005 Aug;5(8):501-13.
2. Sarani B, Strong M, Pascual J, Schwab CW. Necrotizing fasciitis: current concepts and review of the literature. *Journal of the American College of Surgeons* 2009 Feb;208(2):279-88.
3. Wong CH, Chang HC, Pasupathy S, Khin LW, Tan JL, Low CO. Necrotizing fasciitis: clinical presentation, microbiology, and determinants of mortality. *The Journal of bone and joint surgery American volume* 2003 Aug;85-a(8):1454-60.
4. Quereshy FA, Baskin J, Barbu AM, Zechel MA. Report of a case of cervicothoracic necrotizing fasciitis along with a current review of reported cases. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2009 Feb;67(2):419-23.
5. Neto NT, Giacchetto E, Kamamoto F, Ferreira MC. Infecções graves de partes moles: relato de caso de fasciíte necrotizante de face utilizando curativo a vácuo e revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* 2011 26(2):352-9.
6. Lima EB, Bernardes CHA, Martins ACG, Marcondes CM. O papel da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento da gangrena gasosa clostridiana e da fasciíte necrotizante. *Jornal Vascular Brasileiro* 2003 set;2(3):220-4.
7. Schiavetto RR, Cancian LRL, Haber DM, Maniglia MP, Maniglia CP, Fernandes AM. Fasciíte necrotizante cervical em lactente: relato de caso. *Arquivos internacionais de Otorrinolaringologia* 2008 12(4):596-9.
8. Costa IMC, Cabral ALSV, Pontes SSd, Amorim JFd. Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2004 79(2):211-24.
9. Elliott D, Kufera JA, Myers RA. The microbiology of necrotizing soft tissue infections. *American journal of surgery* 2000 May;179(5):361-6.

Recebido em 16/06/2016

Aceito em 08/08/2016

