

CELULITE EM REGIÃO CERVICOFACIAL: RELATO DE CASO

CELLULITE IN FACIALCERVICAL REGION: CASE REPORT

Marcelle Pelegriano FLANDES¹

marcelle.pelegriano@hotmail.com

Paolla Camacho VALLIM²

paolla.camacho@yahoo.com.br

Leonardo Braun Galvão Maximo DIAS³

leonardo.bgmd@gmail.com

Walter PAULESINI JUNIOR⁴

paulesiniw@bol.com.br

RESUMO

A maioria das infecções de procedência odontogênica se origina a partir de necrose pulpar com invasão bacteriana no tecido periapical e periodontal, podendo levar à formação de abscesso, quando a infecção prevalece sobre as resistências do hospedeiro. Em situações nas quais a coleção purulenta não é capaz de se drenar através de superfície cutânea ou mucosa bucal, o abscesso pode se estender através dos planos fasciais dos tecidos moles, patologia que se denomina celulite. O seu tratamento varia desde administração de antibioticoterapia parenteral de amplo espectro à drenagem sob anestesia geral.

DESCRITORES: Mucosa bucal; Infecção focal dentária; Antibacterianos.

ABSTRACT

The majority of infections of odontogenic provenance are originated from pulpal necrosis with bacterial invasion in the periapical and periodontal tissue, and may lead to abscess formation, when the infection prevails over host resistance. In situations in which the purulent collection is not able to drain through the cutaneous surface or buccal mucosa, the abscess may extend through the soft tissue fascial planes, a condition called cellulitis. Its treatment ranges from administration of broad spectrum parenteral antibiotic therapy to drainage under general anesthesia.

DESCRIPTORS: Mouth mucosa; Focal infection, dental; Anti-Bacterial agents.

1 Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil.

2 Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil.

3 Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil.

4 Responsável pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A infecção odontogênica é uma patologia oriunda dos tecidos dentais e periodontais, e que requer tratamento imediato¹. É considerada uma das patologias mais difíceis de tratar e, por isso, deve ser muito bem compreendida pelos cirurgiões, tendo em vista sua alta casuística, suas complicações e os sérios riscos à saúde do indivíduo. Os quadros de infecções podem apresentar-se como tumefações locais ou generalizadas, assintomáticas ou dolorosas, pouco agressivas ou, ainda, de rápida progressão, sendo tratadas de variadas formas, com o objetivo final de eliminar o agente causador e drenar o acúmulo de material no interior dos tecidos.

As infecções de origem dentária geralmente são leves e facilmente tratadas somente com antibióticos. No entanto, quando graves, elas exigem hospitalização, antibioticoterapia, incisão, drenagem cirúrgica e um acompanhamento multidisciplinar. Tais infecções são consideradas os meios mais comuns para a disseminação das infecções maxilofaciais. A maioria é bem localizada, respondendo bem ao tratamento ambulatorial. Porém, se as defesas do hospedeiro falham, os planos faciais profundos podem ser afetados, levando à propagação do processo infeccioso, resultando em condições graves que requerem tratamento hospitalar^{1,2,3}

A presença de cáries dentárias, traumas bucais, imunodepressão, o uso contínuo de substâncias psicoativas, como álcool, drogas de abuso, piercing lingual, contato com animais são fatores predisponentes para o surgimento desta infecção, entre outras patologias².

As principais manifestações sistêmicas encontradas são febre, celulite facial, dificuldade em respirar, dor ao deglutir e fadiga, requerendo hospitalização e antibioticoterapia porque essas complicações podem ser agravadas. Trismo e disfagia devem ser consideradas como indicadores de infecção odontogênica grave³.

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 Staphylococcus⁴. A Penicilina é o antibiótico de escolha empírico no tratamento das infecções orofaciais, apesar de uma grande resistência por Staphylococcus. A penicilina em altas doses pode ser associada ao Metronidazol para cobertura de bactérias anaeróbias, aumentando o espectro de ação^{1,4}.

O tratamento é feito baseado na tríade: manutenção das vias aéreas superiores, o que pode ser feito por entubação endotraqueal ou traqueostomia, antibioticoterapia intravenosa em altas doses, intervenção cirúrgica para descompressão dos espaços envolvidos e remoção do agente etiológico⁴

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso de celulite cervicofacial gerada por uma infecção odontogênica, cujo tratamento foi baseado em antibioticoterapia.

REVISÃO DE LITERATURA

A maioria das infecções odontogênicas surge como seqüela de necrose pulpar causada por cárie, traumatismo e periodontite. Elas variam de abscessos periapicais para infecções superficiais e profundas

no pescoço. Alguns resolvem com pouca importância e outros levam a infecções graves de região da cabeça e pescoço^{1,2}.

Os processos infecciosos podem variar desde infecções bem localizadas que exigem um tratamento simples assistido em ambiente ambulatorial, até infecções de alta complexidade que envolvem um tratamento especializado e multidisciplinar em ambiente hospitalar (Zeitoun; Dhanarajani, 1995)¹. As infecções odontogênicas podem gerar uma série de características clínicas; dentre elas podemos citar: tumefação local ou generalizada podendo ser assintomática ou dolorosa e, a depender do tipo de infecção, pode ocorrer uma rápida progressão, fazendo com que seja necessária intervenção de forma rápida para evitar comprometimento das vias aéreas e óbito do paciente (Flynn, 2009)^{4,5}.

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 profunda. Os espaços fasciais que podem ser diretamente afetados por infecções odontogênicas são chamados de “espaços primários”, e incluem espaço 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)⁶.

Vasconcelos *et al.* (2002)^{7,8} afirmam que os exames radiográficos como periapicais, panorâmicos dos maxilares, além de Rx de tórax para avaliação pulmonar ou Rx de perfil cervical para avaliação de edema cervical, se mostram importantes, sobretudo para diagnóstico do envolvimento dos espaços mais profundos que podem ser acometidos e, além destes exames simples, pode também ser útil a solicitação de tomografia computadorizada, quando há suspeitas de comprometimento intracerebral, como nos casos de flegmões de origem dentária.

De acordo com Crespo *et al.* (2004)⁹ em uma revisão de literatura, a dor e edema cervical, febre, odinofagia, aumento de temperatura local e disfagia são os sintomas mais frequentes associadas com infecções cervicais profundas. Estes pacientes requerem cuidados hospitalares e medidas rápidas de tratamento, a fim de prevenir ou minimizar o desenvolvimento de complicações mais severas, como a obstrução das vias aéreas, mediastinite ou septicemia. (Bakarthur, 2004).

O tratamento das infecções de origem odontogênicas engloba a identificação do estágio da infecção, dos espaços anatômicos acometidos, dos microrganismos prevalentes em cada estágio, do impacto causado pela infecção no sistema de defesa do hospedeiro, da habilidade do profissional para usar e interpretar exames por imagem e laboratoriais, da capacidade do cirurgião-dentista para o emprego do antibiótico e da terapia de suporte (Garcia Junior; Jardim Junior, 2011)⁴. Tendo-se como protocolo básico e bastante enfatizado na literatura a remoção da causa, drenagem cirúrgica e antibioticoterapia (Peterson, 2006)¹⁰.

Estudos realizados em 2014 por Fating *et al.*^{4,8,10} observaram que todas as cepas de microrganismos aeróbicos isolados (100%) de 26 pacientes com infecção de origem odontogênica foram sensíveis à gentamicina, vancomicina, imipenem e linezolida. Considerando-se que 80% das cepas foram sensíveis à penicilina G, amoxicilina e amoxicilina + ácido clavulânico. Ainda 20% das cepas isoladas eram resistentes à penicilina G, amoxicilina + ácido clavulânico, e amoxicilina. E 10% delas eram resistentes à doxiciclina e cefixima. Concluíram que as espécies de streptococcus ainda são os patógenos mais comuns em infecções orofaciais de origem odontogênica. A administração da combinação de amoxicilina e metronidazol seguida de drenagem cirúrgica do abscesso e extração de dentes infectados produziu satisfatória resolução da infecção.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, sexo masculino, 29 anos, sem presença de doenças sistêmicas. Compareceu ao Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos em 04/07/2017, com quadro infeccioso agudo de origem odontogênica durante tratamento endodôntico do elemento 37 (Fig. 1). Ao exame físico, o paciente apresentava-se com edema de grau quatro em regiões: bucal esquerda, submandibular, submentoniana e sublingual (Fig. 2), consistente à palpação, com elevação de soalho de boca, (Fig. 3) limitação de abertura de boca (trismo), hiperemia cervical, com sintomatologia de febre, odinofagia, disfagia, dispneico.

Data de Entrada pela clínica Médica		UTI Semi-Intensiva		Alta Hospitalar
04. JUL.2017		05. JUL.2017 á 14. JUL.2017		14. JUL.2017
Período	Antibioticoterapia	Ação Antibiótica		Evolução
1º ao 10º DIH	Ceftriaxona 1g (12/12hrs) Clindamicina 150mg (6/6 hrs)	Aeróbios gram+/- Anaeróbios gram -		UTI semi-intensiva
10º ao 11º DIH	Ceftriaxona 1g (12/12hrs) Clindamicina 150mg (6/6 hrs)	Aeróbios gram+/- Anaeróbios gram -		Alta Hospitalar

Fig. 1 – Aspecto inicial do paciente.



Fig. 2 – Edema em região submandibular submentoniana e sublingual



Fig. 3 – Edema em região de soalho



Fig. 4 – Quadro de Regressão



Diante de um quadro de celulite facial, foi realizada a internação imediata do paciente, com prescrição de Ceftriaxona 1g EV de 12/12 horas, em associação a Clindamicina EV de 6/6 horas como terapia antibiótica empírica, além de administração de Tenoxicam 20mg 12/12 horas.

À frente do quadro do paciente, optou-se por conduta conservadora, sendo ele mesmo orientado a realizar fisioterapia com calor (bochechos com água morna, diversas vezes durante o dia) e compressas contínuas extraorais, para que fosse realizada drenagem intraoral da secreção purulenta. Através do acompanhamento com a nutricionista foi prescrita dieta hipercalórica para manter a nutrição do paciente.

O paciente permaneceu na UTI semi-intensiva por onze dias (11), onde recebeu acompanhamento da equipe Bucomaxilofacial em conjunto com a clínica Médica.

A regressão do quadro de celulite facial apresentou melhora no quinto dia de internação, com drenagem espontânea da secreção purulenta, mantendo-se as medicações supracitadas e cuidados do paciente.

O paciente recebeu alta após 11 dias de internação na UTI semi-intensiva com melhora significativa do quadro, sem sinais de infecção. Ele continuou com as medicações terapêuticas via oral de Amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias com associação de Metronidazol de 250mg de 8/8 horas por 7 dias. O foco da infecção foi tratado através do tratamento endodôntico do elemento 37.

DISCUSSÃO

De acordo com os autores, as infecções de origem odontogênicas são consideradas como uma patologia de rápida evolução para um quadro mais severo, necessitando de tratamento imediato. Fating *et al.* (2014), em um estudo, relataram que as infecções apresentam-se através de necrose pulpar e presença de bolsa periodontal, sendo a necrose pulpar a causa com maior prevalência para desencadear um quadro infeccioso^{10, 11}.

Flynn em 2009 complementa o estudo dizendo que as infecções podem também apresentar-se como assintomáticas ou dolorosas. Os autores concordam em que as infecções podem evoluir de forma agressiva, comprometendo as vias aéreas e, se não tratadas corretamente, podem levar o paciente a óbito. Os exames de imagem como as radiografias panorâmicas e periapicais são considerados de extrema importância para um correto diagnóstico, como também o Rx de tórax, para diagnóstico dos espaços mais profundos acometidos, devido ao quadro evolutivo das infecções; a tomografia computadorizada é solicitada sobretudo quando há suspeitas de comprometimento intracerebral^{4, 5, 8}

Segundo Crespo *et al.*, 2004⁹, em uma revisão de literatura, afirmam que as infecções apresentam sinais e sintomas característicos como a dor, edema cervical, febre, odinofagia, aumento de temperatura local e disfagia. Bakarthir 2004 concorda e complementa dizendo que esses pacientes necessitam de tratamento em nível hospitalar para que a infecção seja tratada de maneira correta evitando-se, assim, complicações mais graves.

Muitos autores ainda recomendam os derivados da penicilina para o paciente não alérgico, com ligeira a moderada infecção. No entanto, em casos mais graves, onde existe uma estreita margem de aceitação da falha terapêutica possível, recomenda-se recorrer a agente com espectro anaeróbio adequado como a Clindamicina, combinações de uma penicilina com inibidor de b-lactamase e cefalosporina de última geração.

CONCLUSÃO

O reconhecimento e tratamento correto das infecções de cabeça e pescoço são essenciais para um melhor prognóstico. A identificação de fatores mórbidos, sinais e sintomas e a propedêutica armada por meio dos exames radiográficos são elementos essenciais que podem contribuir para melhores resultados. O presente caso relata a importância do diagnóstico precoce e esclarece que o tratamento de escolha dessa condição deve ser a internação hospitalar do paciente para maior controle e tratamento

ISSN 1983-5183

do processo infeccioso com associação de antimicrobianos de amplo espectro associados a anaeróbios, com características bactericidas, além da importância do acompanhamento multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça JCG, Masocatto DC, Oliveira MM, Santos CM, Macena JA, Teixeira FR, *et al.* Infecção cervical grave de origem dentária: relato de caso. Arch Health Invest. 2015;4(6):42-6.
2. Medeiros NMG, Albuquerque AFM. Infecções odontogênicas: revisão sistemática de literatura. Mostra Cient Curso de Odontologia. 2016;1(1):1-5.
3. Camargos FM, Meira HC, Aguiar EG, Abdo EN, Glória JR, Dias ACS. Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2016;16(2):25-30.
4. Moura PS, Alvares LD, Tuji FM, Nogueira JSE. Complicação sistêmica de angina de Ludwig: relato de caso. Rev Paraense de Medicina 2010;24(2):71-5.
5. Gagliardi Lugo AF, Contreras Ravago MG, Gudiño Martínez RA, Zeballos Peltrini RJ. Angina de Ludwig: reporte de 2 casos. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2014;36(4):177-81.
6. Chang JS, Yoo KH, Yoon SH, Ha J, Jung S, Kook MS, *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. 2013;39(4):175-81.
7. Vasconcelos BCE, Cauás M, Albert DGM, Nascimento GJF, Holanda GZ. Disseminação de infecção odontogênica através das fâcias cervicais profundas: relato de caso clínico. Rev CirTraumat Buco - Maxilo-Facial. 2002;2(1):21-5.
8. Pynn BR, Sands T, Pharoah MJ. Odontogenic infections: part one: anatomy and radiology. Oral health. 1995;85(5):7-10, 3-4, 7-8 .
9. Crespo AN, Chone CT, Fonseca AS, Montenegro MC, Pereira R, Milani JA. Clinical versus computed tomography evaluation in the diagnosis and management of deep neck infection. Sao Paulo Med J. 2004;122(6):259-63.
10. Peterson LJ. Princípios do tratamento cirúrgico e farmacológico de infecções. In: Topazian, RG, Goldenberg, MH, Hupp, JR, editors. 4 ed. São Paulo: Santos; 2006.
11. Oliveira LL, Sá HC, Barbosa IS, Queiroz LGS, Monteiro RMF, Bezerra YV, *et al.* Considerações anatômicas no tratamento das infecções odontogênicas que acometem os espaços fasciais: relato de 2 casos. JOAC. 2017;3(1):1-5.

RECEBIDO EM 05/03/2019

ACEITO EM 15/10/2019