

REMOÇÃO DE FASCIITE NECROSANTE EM REGIÃO SUBMENTONIANA BILATERAL CERVICAL: RELATO DE CASO

REMOVAL OF NECROTIZING FASCIITIS IN THE BILATERAL CERVICAL SUBMENTONIAN REGION: CASE REPORT

Isaura Elisa Silva Araújo¹; Letícia Vitória Brito Ferreira¹; Clenia Emanuela de Sousa Andrade²;
Caio Pimenteira Uchôa³; Rebeca Valeska Soares Pereira⁴; Alfredo Lucas Neto³.

¹Graduando(a) em Odontologia. Faculdade Mauricio de Nassau, Campina Grande-Paraíba – Brasil

²Residente em CTBMF do HETDLGF, Campina Grande-Paraíba – Brasil

³Docente do curso de Odontologia. Faculdade Mauricio de Nassau, Campina Grande-Paraíba – Brasil

⁴Mestranda em CTBMF na FOP/UPE, Recife-Paraíba-Brasil

Correspondência: Alfredo Lucas Neto. Rua Capitão José Amancio Barbosa, N°90 Apt 701, São José, Campina Grande- Paraíba- Brasil- CEP58400-335. E-mail: dr.alfredolucas@gmail.com

Editor Acadêmico: Thiago Lucas da Silva Pereira

Received: 09/05/2022 / **Review:** 30/06/2022 **Accepted:** 30/07/2022

Como citar este artigo: Araújo IES et al. Remoção de Fasciíte Necrosante em Região Submentoniana Bilateral Cervical: Relato De Caso. RevICO. 2022; 20:e019

RESUMO

Introdução: A Fasciíte Necrosante é uma infecção dos tecidos mais profundos da pele, causada por microrganismos aeróbios e anaeróbios com alta possibilidade de levar a morte devido a rápida evolução da infecção na fáscia muscular, são comumente vistos em pacientes de portadores de Diabetes Mellitos ou Imunosuprimidos. **Objetivo:** relatar um caso clínico de Fasciíte Necrosante localizada em região de face e pescoço. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 57 anos, portadora de comorbidades, compareceu ao serviço de CTBMF do Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande - PB, relatando aumento de volume em região submentoniana bilateral cervical há 10 dias. Após exame físico e exames de imagens, percebeu-se extenso aumento de volume em face com presença de inúmeras áreas de coleção líquida com focos gasosos superficiais e profundas a nível de face e pescoço, sem desvio de traqueia, além de lesão periapical no elemento 43. Inicialmente, realizou-se drenagem cirúrgica e remoção do dente 43 com posterior instalação de um dreno de Penrose em região cervical anterior. Com evolução da área necrótica, foi realizado o debridamento cirúrgico do tecido acometido pela infecção em centro cirúrgico sob anestesia geral, juntamente à equipe da Cirurgia Torácica. A paciente permaneceu sob cuidados intensivos e com antibioticoterapia endovenosa, entretanto, foi à óbito após 33 dias de internação. **Conclusão:** As Fasciítes Necrosantes devem ter um rápido diagnóstico e intervenção devido altos índices de destruição do tecido acometido, além de, rápida progressão levando a morte, tendo o seu tratamento constituído por desbridamento cirúrgico de todo o tecido necrótico, antibioticoterapia e medidas gerais.

Descritores: Fasciíte Necrosante. Fáscia. Infecção Focal Dentária.



Introdução

A fasciíte necrosante (FN) ou Gangrena de Fournier é uma infecção rara dos tecidos mais profundos da pele, que apresenta rápida evolução na fáscia muscular e da gordura subcutânea suprajacente, resultando em óbito prematuro do paciente, podendo estar relacionada com fatores de risco como a diabetes mellitus, cirrose hepática, imunodeficiências, obesidade, insuficiência cardíaca, etilismo, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Addison, hipertensão e doença vascular periférica^{1, 2}.

Estudos com cultura bacteriológica detalhadas fizeram a classificação da FN em dois tipos: O Tipo I, que tem flora polimicrobiana representada por bactérias anaeróbias, anaeróbias facultativas e enterobactérias e Tipo II, monomicrobiana e causada pelo *Streptococcus pyogenes* ou, mais raramente, pelo *Staphylococcus sp*³. Além disso alterações nos exames laboratoriais⁴ de anemia, leucocitose com desvio para a esquerda Proteína C Reativa (PCR) elevadas, Velocidade de Hemossedimentação (VHS), e Creatinofosfoquinase (CPK) aumentada, hiperglicemia, hipocalcemia sugerem extensão da infecção para os músculos.

Nesse contexto o diagnóstico deverá ser feito através de Biópsia das Fácias que é o padrão ouro realizado em todos os pacientes acometidos durante o desbridamento da lesão, mesmo naqueles em que seu aspecto esteja nos padrões normais. A literatura mostra que a eficácia do tratamento dessa infecção consiste em um diagnóstico rápido, imediato e acompanhado de uma intervenção cirúrgica agressiva associada à antibioticoterapia sistêmica, caso esse tratamento não seja instituído existe uma possibilidade de septicemia e possível óbito do paciente. Dessa forma, esse trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico localizado sobre Fasciíte Necrosante presente em face e pescoço.

Metodologia:

Caracteriza-se como um estudo observacional descritivo de relato de caso. Na literatura foram pesquisados artigos científicos relevantes dos últimos 10 anos para revisão e embasamento do caso clínico realizado, através da base de dados Medline, tendo como artifícios de busca PubMed e Scielo. Ainda, apresenta-se como de abordagem qualitativa, agregando o conhecimento científico e a conduta clínica. Salienta-se que a família esteve ciente de cada passo do tratamento, bem como, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Relato de Caso:

Paciente, sexo feminino, 57 anos, portadora de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiomegalia, procurou o serviço de CTBMF do Hospital de Trauma de Campina Grande, com queixa de volume em região submentoniana bilateral cervical há 10 dias, Relatando odontalgia prévia em região mandibular anterior, disfagia e trismo moderado. Apresentou sinais vitais de: HGT: 460; PA: 130X90; FC: 109; SATO₂: 98%; T: 36.5°C. Ao procurar a unidade de



pronto atendimento de atenção secundária, foi prescrito Ceftriaxona 2g (via endovenosa) e Amoxicilina 500mg (via oral) 8/8 horas durante 6 dias. Na admissão do serviço foi solicitados exames laboratoriais, apresentando os seguintes resultados: Hemoglobina: 12.1 g/dL; Hematócrito : 36%; Leucócitos: 34.600 mm³ (caracterizando Leucocitose); Plaquetas: 293.000 mm³; coagulograma dentro da normalidade (inr: 1.1); Glicemia: 461 mg/dL; Ureia: 60 mg/dL; Creat: 0.8 mg/dL, Pcr: 382. mg/dL. Após exame físico, foi observada ampla área de edema e hiperemia acentuada em região submentoniana bilateral e cervical, e durante exame de Imagem (tomografia computadorizada) percebeu-se extenso aumento de volume em face com presença de inúmeras áreas de coleção líquida com focos gasosos superficiais e profundas a nível de face e pescoço, sem desvio de traqueia, além de lesão periapical no elemento 43. Ao analisar o quadro clínico e exames complementares, pode-se fechar o diagnóstico em Infecção Odontogênica com provável evolução para Fasciíte Necrosante.

Executou-se a remoção do elemento dentário 43 que foi identificado na tomografia e feita a instalação do dreno de Penrose (figura 1). 24 horas após abordagem inicial, foi percebida a rápida evolução da região hiperemiada para bolhas e tecido necrótico. Assim, realizou-se três desbridamentos da lesão em bloco cirúrgico (figura 2) sob anestesia geral com auxílio da equipe de cirurgião torácico (figura 3 e 4). Na cultura com antibiograma com ponta de cateter encontrou-se prevalência das bactérias *Pseudomonas*, tipo este sensível unicamente a Polimixina B. A paciente seguiu internada em leito de Unidade de Terapia Intensiva, e, após 33 dias de internação, veio a óbito.



Figura 1 Aspecto após a remoção do elemento dentário e instalação do dreno de Penrose. Fonte: Autores (2020).



Figura 2 Aspecto após o primeiro desbridamento da lesão. Fonte: Autores (2020).



Figura 3 Aspecto após o segundo desbridamento da lesão. Fonte: Autores (2020).



Figura 4 Aspecto após terceiro desbridamento da lesão. Fonte: Autores (2020).

Comentários

A Fasciíte Necrosante é uma urgência médica e odontológica, sua infecção nos tecidos profundos da pele tem uma alta velocidade de evolução quando não diagnosticada de forma rápida⁵. Os sinais mais frequentes presente na Fasciíte Necrosante são sua tríade clássica caracterizada pela presença de: dor, edema, eritema local, febre e taquicardia².

Casos de fasciíte necrosante são comumente vistos em pacientes do sexo feminino portadores de Diabetes Mellitus ou paciente imunossuprimidos, devido à sua condição, tornam-se suscetíveis à infecção além da piora do quadro quando encontrados em pacientes idosos⁹. Estudos indicam que as manifestações ainda podem incluir: cianose, edema inelástico, hipoestesia cutâneas, palidez, crepitação, odor fétido de exsudatos, fraqueza muscular, ausência de linfangite e rápida evolução da infecção para alteração do estado mental, taquicardia, taquipnéia⁸.

No presente relato após internação da paciente ela veio apresentar um quadro com episódios febris, taquicardia, taquipneia, hipotensão e leucocitose. Após a fase inicial da doença que são suas áreas hiperemiadas na região de face e pescoço pode-se notar uma rápida evolução da infecção para os demais estágios como bolhas e tecidos necróticos. O processo infeccioso dá-se através de uma endarterite obliterante que leva à trombose dos vasos cutâneos e subcutâneos, com conseqüente necrose da região⁷. Sem tratamento rápido e adequado, o processo pode estender-se rapidamente, atingindo as fáscias mais profundas do tecido, bem como induzir a sepse².

O tratamento para Fasciíte necrosante tem a necessidade de desbridamento total dos tecidos necróticos, drenagem e antibioticoterapia por cerca de 1-2 meses ou até que normalise os parâmetros clínicos e laboratoriais⁶. A medicação de escolha após cultura antibiograma para a paciente em questão, foi o antibiótico Polimixina B administrado por via endovenosa com uso contínuo durante os 33 dias de internação da paciente, além três desbridamentos em centro cirúrgico. Porém a reconstrução imediata após tratamento de FN é contraindicada devido as grandes possibilidades de disseminação da infecção, existe a possibilidade do paciente retornar ao centro cirúrgico várias outras vezes para mais desbridamentos caso tenha surgimentos de tecidos necróticos⁸.

Através de um exame clínico adequado, biópsia da região afetada e exames laboratoriais e de imagem, é possível fazer um diagnóstico preciso, a fim de indicar o tratamento correto para cada paciente. Apesar do tratamento e cuidados intensivos, a paciente do caso em questão foi à óbito. Diante de tal caso, constata-se



tamanha gravidade das infecções odontogênicas, assim como a grande importância de um tratamento precoce e direcionado visando a contenção da infecção e remoção da causa.

Disponibilização dos dados

Os dados usados para dar suporte aos achados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ABSTRACT

Introduction: Fasciitis Necrotizing is an infection of the deeper tissues of the skin, caused by aerobic and anaerobic microorganisms with a high possibility of death due to the rapid evolution of the infection in the muscle fascia, are commonly seen in patients with diabetes mellitus or immunosuppressed. **Objective:** To report a clinical case of necrotizing fasciitis located in the face and neck region. **Case Report:** A 57-year-old female patient with comorbidities came to the CTBMF service at the Emergency and Trauma Hospital in Campina Grande, PB, reporting an increase in volume in the bilateral cervical submentonian region for 10 days. After physical examination and imaging exams, an extensive facial swelling was noted with the presence of numerous areas of fluid collection with superficial and deep gaseous foci on the face and neck, without tracheal deviation, in addition to a periapical lesion on tooth 43. Initially, surgical drainage and removal of tooth 43 were performed with subsequent installation of a Penrose drain in the anterior cervical region. With the evolution of the necrotic area, surgical debridement of the tissue affected by the infection was performed in the operating room under general anesthesia, together with the Thoracic Surgery team. The patient remained under intensive care and on intravenous antibiotic therapy; however, she died after 33 days of hospitalization. **Conclusion:** Fasciitis Necrotizing should have a fast diagnosis and intervention due to the high destruction rates of the affected tissue, besides the fast progression leading to death. The treatment consists of surgical debridement of all necrotic tissue, antibiotic therapy and general measures.

Keywords: Necrotizing fasciitis. Fascia. Focal dental infection.

Referências

- Cardozo FN, Gyoguevara P, Rodrigo F, Roberto M, Gildásio D, Daniel A. Relato de caso: tratamento da gangrena de Fournier na cintura escapular. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2018;53(4) 493-498.
- Sarani B, Strong M, Pascual J, Schwab CW. Necrotizing fasciitis: current concepts and review of the literature. *J Am Coll Surg*. 2009;208(2):279-88.
- Eberhardt AC, Moraes F, Mastella RCG. GANGRENA DE FOURNIER: Um Estudo de Caso. *Rev. Cont. Saúde*. 2013;11(20):991-4.
- Antonio MA, Nogueira FDC, Marques ML, Mamprim GM, Ralf B, Denise K, Denise R. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. 2010;37(1):435-441.
- Martinschek A, Evers B, Lampl L, Gerngroß H, Schmidt R, Sparwasser C. Prognostic aspects, survival rate, and predisposing risk factors in patients with Fournier's gangrene and necrotizing soft tissue infections: evaluation of clinical outcome of 55 patients. *Urol Int*. 2012;89(2):173-9.
- Ruiz-Tovar J, Córdoba L, Devesa JM. Prognostic factors in Fournier gangrene. *Asian J Surg*. 2012;35(1):37-41.
- Yılmazlar T, Işık Ö, Öztürk E, Özer A, Gülcü B, Ercan İ. Fournier's gangrene: review of 120 patients and predictors of mortality. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2014;20(5):333-7.



Edlich RF, Cross CL, Dahlstrom JJ, Long WB: Modern concepts of the diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis. *J Emerg Med* 2010; 39(2): 39-261.

Freire F de FP, Dantas RMX, Macedo TFO de, Figueiredo LMG, Spínola LG, Azevedo RA de: Fásceíte Necrotizante Facial Causada por Infecção Odontogênica. *Rev Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial* 2014;14(1): 14-43.