

Abscesso Odontogênico de Grandes Proporções em Região Submandibular Esquerda: Relato de Caso

Large Odontogenic Abscess in the Left Submandibular Region: Case Report

Abscesso Odontogênico de Grandes Proporções em Região Submandibular Izquierda: Reporte de Caso

Yara Gabriele Nunes **MACIEL**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5059-7069>

Gustavo Silva **PELISSARO**

Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3475-6001>

Francielly Thomas **FIGUEIREDO**

Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0196-1172>

Athilla Arcari **SANTOS**

Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1977-2521>

Julio Cesar **LEITE DA SILVA**

Tutor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9835-7432>

Ellen Cristina **GAETTI JARDIM**

Tutora da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2471-465X>

Resumo

Infecções odontogênicas são recorrentes no ambiente odontológico, entretanto, não devem ser subestimadas visto que apresentam um alto potencial para conduzir a saúde do paciente a condições clínicas graves. Ademais, os exames clínicos e de imagem são fundamentais para identificação das alterações fisiológicas associadas a infecções odontogênicas e, por conseguinte, o diagnóstico precoce no intuito de melhor seleção da conduta clínica e manejo cirúrgico. Neste relato de caso, o paciente apresentou, infecção odontogênica derivada de inúmeras raízes residuais em região submandibular esquerda e em terço médio da face. Após avaliação clínica e radiográfica, optou-se por tratamento cirúrgico de exodontia de focos infecciosos e drenagem intraoral de exsudato purulento sob irrigação abundante e soro fisiológico 0,9%. Foi realizado procedimento de exodontia e drenagem do exsudado, sob anestesia local e com previa administração endovenosa de ampicilina com sulbactam e metronidazol. Após o procedimento, o paciente foi orientado a estimular compressas mornas e fisioterapia para facilitar o escoamento da coleção purulenta em domicílio. As medicações foram mantidas por via oral e o paciente teve retorno hospitalar para reavaliação e 48 horas. Dois dias após o procedimento e já com drenagem exígua, observou-se diminuição da drenagem, foi feita a remoção do dreno e o paciente recebeu orientações de tratamento odontológico dos demais elementos dentários e necessidade de reabilitação oral. Portanto, visando evitar o avanço da infecção odontogênicas para tecidos mais profundos da face e cervical, bem como a preservação das vias aéreas, pode ser exigido uma abordagem imediata para garantir um bom prognóstico.

Descritores: Infecções Bacterianas; Cirurgia Bucal; Drenagem.

Abstract

Odontogenic infections are recurrent in the dental environment, however, they should not be underestimated since they have a high potential to lead the patient's health to serious clinical conditions. In addition, clinical and imaging tests are essential for identifying the physiological changes associated with odontogenic infections and, therefore, early diagnosis in order to better select the clinical approach and surgical management. In this case report, the patient presented an odontogenic infection derived from numerous residual roots in the left submandibular region and in the middle third of the face. After clinical and radiographic evaluation, surgical treatment was chosen for the extraction of infectious foci and intraoral drainage of purulent exudate under abundant irrigation and 0.9% saline solution. An extraction procedure and drainage of the exudate were performed under local anesthesia and with previous intravenous administration of ampicillin with sulbactam and metronidazole. After the procedure, the patient was instructed to stimulate warm compresses and physical therapy to facilitate the drainage of the purulent collection at home. Medications were maintained orally and the patient was returned to the hospital for reassessment and 48 hours. Two days after the procedure and with exiguous drainage, there was a decrease in drainage, the drain was removed and the patient received dental treatment instructions for the other dental elements and the need for oral rehabilitation. Therefore, in order to prevent the advancement of odontogenic infection to deeper tissues of the face and neck, as well as to preserve the airway, an immediate approach may be required to ensure a good prognosis.

Descriptors: Bacterial Infections; Surgery, Oral; Drainage.

Resumen

Las infecciones odontogênicas son recurrentes en el ambiente odontológico, sin embargo, no deben ser subestimadas ya que tienen un alto potencial para llevar la salud del paciente a condiciones clínicas graves. Además, las pruebas clínicas y de imagen son fundamentales para identificar los cambios fisiológicos asociados a las infecciones odontogênicas y, por tanto, el diagnóstico precoz para seleccionar mejor el abordaje clínico y el manejo quirúrgico. En este reporte de caso, el paciente presentaba una infección odontogênica derivada de numerosas raízes residuales en la región submandibular izquierda y en el tercio medio de la cara. Tras evaluación clínica y radiográfica se optó por tratamiento quirúrgico con extracción de focos infecciosos y drenaje intraoral de exudado purulento bajo abundante irrigación y solución salina al 0,9%. Se realizó procedimiento de extracción y drenaje del exudado bajo anestesia local y previa administración endovenosa de ampicilina con sulbactam y metronidazol. Posterior al procedimiento, se instruyó a la paciente para estimular compresas calientes y fisioterapia para facilitar el drenaje de la colección purulenta en su domicilio. Los medicamentos se mantuvieron por vía oral y el paciente fue devuelto al hospital para reevaluación y 48 horas. A los dos días del procedimiento y con drenaje exígua, hubo disminución del drenaje, se retiró el drenaje y la paciente recibió indicaciones de tratamiento odontológico para los demás elementos dentarios y la necesidad de rehabilitación bucal. Por lo tanto, para evitar el avance de la infección odontogênica a tejidos más profundos de cara y cuello, así como para preservar la vía aérea, puede ser necesario un abordaje inmediato para asegurar un buen pronóstico.

Descriptores: Infecciones Bacteriana; Cirurgia Bucal; Drenaje.

INTRODUÇÃO

Infecções odontogênicas são

disseminações polimicrobianas originadas em um foco dentário comum, à medida que se

difundem em espaço mais profundos nos tecidos vizinhos, sobretudo nas regiões de cabeça e pescoço, podem caracterizar uma maior possibilidade de agentes patógenos como do tipo anaeróbios que estejam envolvidos na infecção^{1,2}. Logo, o abscesso dentário periapical, derivado de um foco infeccioso primário como a cárie dentária, quando não aplicado o manejo da terapêutica de limpeza dos sistemas de canais radiculares ou extração do dente causador da infecção; essa se difunde aos espaços de tecidos moles atingindo proporções com maior nível de complexidade de tratamento e potencialmente letais^{1,2}.

É conhecida a capacidade de morbidade do abscesso dentário, que não deve ser subestimada, visto que, enfermidades que acometem a cavidade oral quando não tratadas e associadas à demais complicações do paciente podem evoluir à sepse, sejam por patógenos locais condizentes com doença periodontal e cáries que podem ser associados à fatores predisponentes sistêmicos como imunocomprometidos, cardiopatas e comprometidos no sistema respiratório^{2,3}.

Outrossim, as infecções odontogênicas comumente estão associadas à molares mandibulares que podem atingir os espaços submandibular, sendo característicos na manifestação dos seus sinais e sintomas, que para uma abordagem mais conservadora devem ser considerados visando um diagnóstico coerente e aplicação do manejo de tratamento mais eficaz^{2,4}.

Deve ser considerada a importância de um diagnóstico preciso, de forma que evite progressão da infecção, e conseqüentemente, alcance quadro de sepse e atinja regiões como mediastino e vias aéreas, logo, progredindo para maior índice letal¹. Concomitante, o diagnóstico deve ser executado através da anamnese e avaliação no exame clínico, além disso, deve ser considerado que o retardo para identificar sinais e sintomas no exame clínico são determinantes para avanço da infecção, assim, sendo necessário considerar presença de hipertermia corporal, letargia, edema, eritema, trismo, alterações na voz e sensibilidade à palpação^{2,5,6}. Por fim, uma vez que o paciente manifesta evolução da infecção, há necessidade de ser atendido em ambiente hospitalar. Assim, o tratamento exige uma intervenção cirúrgica para que o prognóstico seja mais favorável, e dentre elas, a drenagem intraoral e inserção do dreno, tal como, a extração de elementos dentários que atuam

como foco da infecção. Logo, a disseminação da infecção odontogênica é evitada e a região preservada através da condução cirúrgica imediata.

Deste modo, o presente estudo tem por objetivo relatar o caso, evidenciando exames realizados e descrição do protocolo cirúrgico eleito diante da manifestação clínica exposta no artigo presente, por conseguinte, utilizando a literatura para justificar a conduta eleita.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 33 anos de idade, encaminhado ao Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, e sem comprometimentos sistêmicos, sem alergias e não fazendo uso de medicações de rotina, relatou queixa principal de dor em região mandibular à esquerda, cógnito preservado, assim estando lúcido, orientado no tempo e no espaço e sem objeções para verbalizar. Relatou ainda hábitos nocivos como tabagismo e etilismo e em uso atualmente de Amoxicilina e Metronidazol, há um dia, prescrito na Unidade de Pronto Atendimento.

Ao exame clínico extraoral, aumento volumétrico em sítio submandibular esquerdo com bordas endurecidas, edema significativo (+3/+4) em terço médio à esquerda da face, e centro flutuante com sinais clínicos de inflamação, como calor e rubor (Figura 1). O exame intraoral evidenciou higienização insatisfatória, presença de raízes residuais em região posterior da mandíbula a esquerda e maxila bilateralmente, com limitação à abertura bucal e dor.

Ao exame radiográfico verificaram-se sinais de destruição coronária em elementos dentários mandibulares 35, 37, 46, 47, e 48, além disso, na região de maxila também houve comprometimento por destruição coronária nos elementos 24, 26, 27, 28, 16, 17 e 18 e presença de cárie extensa e lesão periapical associada ao dente 38 (Figura 2).

Após avaliação, foi administrado ampicilina com sulbactam 2g e metronidazol 500mg por via endovenosa e sob anestesia local, foi realizado exodontias dos dentes 35, 37, 38, 24, 26, 27 e 28 sob irrigação abundante e aspiração de soro fisiológico 0,9% na área em centro cirúrgico, além disso, fora associado à drenagem intraoral via alveolar do elemento 38, e drenagem em sítio submandibular esquerdo com inserção do dreno de látex, assim, não havendo nenhuma intercorrência durante o transcirúrgico. Foi mantida a prescrição de

amoxicilina 500mg de 8/8h associado ao metronidazol 250mg de 8/8h, ambos por 72h após a remissão de toda a sintomatologia, associado à analgesia com dipirona 500mg de 6/6h quando houvesse dor, hidratação constante e alimentação hiperproteica e hipercalórica. O paciente foi acompanhado periodicamente.



Figura 1: Extenso edema em região bucal e submandibular a esquerda. Aspecto dois dias após a colocação do dreno (Fonte: os autores)



Figura 2: Radiografias pré-operatórias. Presença de raízes residuais bilateralmente.

No pós-cirúrgico de dois dias do tratamento cirúrgico, ao exame intraoral foi observado à ausência de secreção purulenta e higiene oral regular, com aspecto cicatricial nos alvéolos de aspecto satisfatório, logo, com suturas em posição e sem presença de sangramento ativo. Além disso, o paciente não relatou queixas algícas e no exame extraoral, notou-se simetria facial e evidenciação da melhora de abertura bucal. Por fim, foi prescrito clorexidina 0,12% de no mínimo duas vezes ao dia associado ao manejo de higiene oral rigorosa, por conseguinte, determinando o retorno após dois dias para remoção do dreno e alta do tratamento.

DISCUSSÃO

As infecções odontogênicas são manifestações clínicas derivadas de tecidos dentários e de suporte infectados, recorrentes em ambientes hospitalares, as quais comumente podem ser abordadas ora de forma benignas e ora críticas, assim, agravadas quando são disseminadas de área localizada aos sítios cervicais profundos^{7,8}. Ademais, infecções odontogênicas podem ter quadros favorecidos diante de mal hábitos de higiene oral, resíduos radiculares, tratamentos prévios de canal mal-sucedido, doença periodontal e traumas dentais⁹.

O diagnóstico precoce, por meio da anamnese e identificação dos sinais e sintomas

no exame clínico, é imprescindível para impossibilitar avanço e complicações em potencial da infecção odontogênica⁷. Uma vez que são manifestos sinais clínicos como dor, febre, trismo, dispneia, disfagia, linfadenopatia cervical dolorosa e edema cervical é indispensável, prévio ao manejo cirúrgico, a internação do paciente em ambiente hospitalar e prescrição de antibiótico, visto que, são indicativos do agravo clínico¹⁰. Entretanto, apesar do paciente relatado apresentar dor e assimetria facial relevante por edema (+3/+4) em terço médio da face à esquerda, não desenvolveu prenúncio dessas manifestações clínicas mais graves e, além disso, não possuía comorbidades sistêmicas, assim, conduzindo à conduta do manejo cirúrgico sem necessidade de internação e medicação prévia, dado que, o abscesso que caracteriza-se por ser localizado dispensa isto e pode ser controlado por método de drenagem sob anestesia local^{11,12}.

Em virtude do diagnóstico de imagens obtido do paciente para patologia de procedência odontogênica, as raízes residuais associadas ao abscesso dentário foram condenadas (dentes 35, 37, 38, 24, 26, 27 e 28) à extração no desígnio da eliminação de focos de infecção, dado que, não havia meios de tratamento dos elementos dentários em questão^{9,13}. Além disso, dentes inferiores posteriores apresentam tendência ao acometimento de sinais e sintomas infecções odontogênicas de origem em maiores proporções, por conseguinte, a remoção dos focos de infecção com a finalidade de isentar sítio mandibular de quadro de sépsia é necessária para eliminar fator causal e restabelecer saúde no sítio intraoral^{14,15}.

Entretanto, uma vez que o paciente não manifestou vestígios radiográficos, em consonância clínica, que sugerissem possível comprometimento de espaços profundos cervicais, com características de localização circunscrita, presença de pus, e dor localizada, assim, a intervenção imediata foi subsequente abordada com finalidade de isentar agravos na evolução clínica^{12,16}.

Logo, o manejo do tratamento instantâneo exposto no relato foi a incisão cirúrgica, seguida por drenagem intraoral e inserção do dreno de látex, por conseguinte, visando isentar de possível obstrução das vias aéreas por disseminação da infecção odontogênica em tecidos faciais e cervicais mais profundos, assim, mantendo em segurança a permeabilidade da região na condução cirúrgica imediata^{13,17,18}.

Além disso, a literatura apresenta casos que o uso dos antibióticos de forma empírica no manejo do tratamento terapêutico das infecções odontogênicas, diante de abscessos circunscritos, o edema facial pode persistir, portanto, perdurando os sintomas e favorável para progressão dos mesmos¹⁹. Em suma, a eleição da incisão e drenagem de coleção purulenta, diante do diagnóstico de abscesso dentário, é a conduta de eleição padrão no controle da infecção²⁰.

Portanto, a conduta clínica e cirúrgica deliberada diante do relato de caso, apresenta coerência com a literatura e foi resolutivo para controle e erradicação da infecção odontogênica do caso exposto¹⁷.

CONCLUSÃO

No caso relatado, mesmo na presença de edema facial relevante e a procura por tratamento hospitalar, evoluiu satisfatoriamente com boa abertura bucal, ausência de coleção purulenta, uma vez que a intervenção hospitalar foi imediata. Por conseguinte, o presente relato de caso se fundamenta na literatura, assim, salientando protocolo do manejo cirúrgico mais adequado para resolução do quadro e impedindo a progressão da infecção odontogênica.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Bayetto K, Cheng A, Goss A. Dental abscess: A potential cause of death and morbidity. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(9):563-567.
2. Shweta, Prakash SK. Dental abscess: A microbiological review. *Dent Res J (Isfahan).* 2013;10(5):585-91.
3. Zhou EH, Liu SR, Zhu HM, Yi HL, Chen XP. Management and postoperative use of double-cannula irrigation-drainage tube in cervical necrotizing fasciitis: a Chinese single-institution experience of 46 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021;278(8):2975-2981
4. Seppänen L, Rautemaa R, Lindqvist C, Lauhio A. Changing clinical features of odontogenic maxillofacial infections. *Clin Oral Investig.* 2010; 14(4):459-65.
5. Choi MG. Modified drainage of submasseteric space abscess. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2017;43(3):197-203.
6. Brennan MT, Runyon MS, Batts JJ, Fox PC, Kent ML, Cox TL, Norton HJ, Lockhart PB. Odontogenic signs and symptoms as predictors of odontogenic infection: a clinical trial. *J Am Dent Assoc.* 2006;137(1):62-6.
7. Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2015;132(5):261-64.
8. Blankson PK, Parkins G, Boamah MO, Abdulai AE, Ahmed AM, Bondorin S, Nuamah I. Severe odontogenic infections: a 5-year review of a major referral hospital in Ghana. *Pan Afr Med J.* 2019;32:71.
9. Grönholm L, Lemberg KK, Tjäderhane L, Lauhio A, Lindqvist C, Rautemaa-Richardson R. The role of unfinished root canal treatment in odontogenic maxillofacial infections requiring hospital care. *Clin Oral Investig.* 2013;17(1):113-21.
10. Marioni G, Rinaldi R, Staffieri C, Marchese-Ragona R, Saia G, Stramare R, et al. Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006). *Acta Otolaryngol.* 2008;128(2):201-6.
11. Ellison SJ. An outcome audit of three day antimicrobial prescribing for the acute dentoalveolar abscess. *Br Dent J.* 2011;211(12):591-94.
12. Kinzer S, Pfeiffer J, Becker S, Ridder GJ. Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment. *Acta Otolaryngol.* 2009;129(1):62-70.
13. Bertossi D, Barone A, Iurlaro A, Marconcini S, De Santis D, Finotti M, et al. Odontogenic Orofacial Infections. *J Craniofac Surg.* 2017; 28(1):197-202.
14. Juncar M, Bran S, Juncar RI, Baciut MF, Baciut G, Onisor-Gligor F. Odontogenic cervical necrotizing fasciitis, etiological aspects. *Niger J Clin Pract.* 2016;19(3):391-96.
15. Moghimi M, Baart JA, Karagozoglu KH, Forouzanfar T. Spread of odontogenic infections: a retrospective analysis and review of the literature. *Quintessence Int.* 2013; 44(4):351-61.
16. Sh anti RM, Aziz SR. Should we wait for development of an abscess before we perform incision and drainage? *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011;23(4):513-18.
17. Joo BY, Jang AL, Lee JH, Park HS, Kang MK, Hong JC. Application of ultrasound-guided pigtail catheter drainage for abscesses in the head and neck. *Clin Otolaryngol.* 2017; 42(5):1087-91.
18. Doll C, Carl F, Neumann K, Voss JO, Hartwig S, Waluga R, et al. Odontogenic Abscess-Related Emergency Hospital Admissions: A Retrospective Data Analysis of 120 Children and Young People Requiring Surgical Drainage. *Biomed Res Int.* 2018; 2018: 3504727.

19. Jones KC, Silver J, Millar WS, Mandel L. Chronic submasseteric abscess: anatomic, radiologic, and pathologic features. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2003;24(6):1159-63.
20. Adhikari S, Blaivas M, Lander L. Comparison of bedside ultrasound and panorex radiography in the diagnosis of a dental abscess in the ED. *Am J Emerg Med.* 2011;29(7):790-95.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ellen Cristina Gaetti Jardim

Faculdade de Odontologia – Faodo
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Av. Costa e Silva, S/N – Bairro: Universitário
79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
E-mail: ellen.jardim@ufms.br

Submetido em 23/10/2022

Aceito em 31/12/2022