

Extensa Infecção Odontogênica: Relato de Caso

Extensive Odontogenic Infection: Case Report
Infección Odontogénica Extensa: Reporte de Caso

Grassiele dos Santos Magalhães **SOUZA**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2631-2681>

Gustavo Silva **PELISSARO**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3475-6001>

Janayna Gomes **PAIVA-OLIVEIRA**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2090-2872>

Maisa de Oliveira **AGUILLERA**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0055-6984>

Francielly Thomas **FIGUEIREDO**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0196-1172>

Julio Cesar **LEITE DA SILVA**

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**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) 79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2471-465X>

Resumo

As infecções odontogênicas complexas podem disseminar pelos espaços faciais comprometendo estruturas da face e vias aéreas comprometendo a saúde e necessita de intervenção e tratamento imediato. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de paciente com severa infecção de origem odontogênica disseminada pela hemiface direita. Paciente do sexo masculino, 56 anos, admitido pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Maria Rosa Pedrossian (Humap-UFMS), Campo grande, MS. Clinicamente apresentou edema na hemiface direita, abertura bucal limitada, presença de fístulas, eritema na região do pilar amigdaliano, assoalho bucal endurecido à palpação e o dente 16 com extensa fratura. Radiograficamente apresentava imagem radiolúcida no periodonto associada à região de molares do lado direito. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose, anemia e PCR elevado. Diante dos dados clínicos, imagiológicos e bioquímicos foi iniciado antibioticoterapia seguido procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, para drenagem, remoção do elemento dental e colocação de drenos. Após melhora do quadro clínico e laboratorial, o paciente recebeu alta.

Descritores: Infecções; Abscesso; Cirurgia Bucal.

Abstract

Complex odontogenic infections can spread through facial spaces compromising structures of the face and airways compromising health and requiring immediate intervention and treatment. Thus, the aim of this paper is to present a clinical case of a patient with severe infection of odontogenic origin disseminated in the right hemiface. A 56-year-old male patient was admitted to the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Department of the Maria Rosa Pedrossian University Hospital (Humap-UFMS), Campo grande, MS. Clinically he presented right hemifacial edema, limited mouth opening, presence of fistulas, erythema in the region of the tonsillar pillar, hardened mouth floor to palpation and tooth 16 with extensive fracture. Radiographically, he presented a radiolucent image in the periodontium associated with the molar region on the right side. Laboratory tests showed leukocytosis, anemia and elevated CRP. Given the clinical, imaging, and biochemical data, antibiotic therapy was initiated, followed by surgery under general anesthesia for drainage, removal of the dental element, and placement of drains. After clinical and laboratory improvement, the patient was discharged.

Descriptors: Infections; Abscess; Surgery, Oral.

Resumen

Las infecciones odontogénicas complejas pueden extenderse por los espacios faciales comprometiendo las estructuras de la cara y las vías respiratorias comprometiendo la salud y requiriendo una intervención y tratamiento inmediato. Por ello, el objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un paciente con infección severa de origen odontogénico diseminada por el hemifacio derecho. Paciente masculino, de 56 años, ingresado por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial y Traumatología del Hospital Universitario María Rosa Pedrossian (Humap-UFMS), Campo grande, MS. Clínicamente presentaba edema hemifacial derecho, limitación de la apertura bucal, presencia de fístulas, eritema en la región del pilar amigdalino, suelo bucal endurecido a la palpación y diente 16 con fractura extensa. Las radiografías mostraron una imagen radiolúcida en el periodonto asociado a la región molar del lado derecho. Las pruebas de laboratorio mostraron leucocitosis, anemia y PCR elevada. Sobre la base de los datos clínicos, de imagen y bioquímicos, se inició una terapia antibiótica seguida de una intervención quirúrgica bajo anestesia general para el drenaje, la extracción del elemento dental y la colocación de drenajes. Tras la mejora clínica y de laboratorio, el paciente fue dado de alta.

Descriptores: Infecciones; Absceso; Cirugía Bucal.

INTRODUÇÃO

As infecções do complexo bucomaxilofacial na sua maioria são de rápida resolução, porém quando o indivíduo apresenta-se imunocomprometido ou há demora em procurar atendimento odontológico, essas possuem o

potencial de disseminar-se para os tecidos adjacentes e espaços fasciais da região de cabeça, pescoço e tórax, podendo, em casos mais graves, comprometer estruturas da órbita, seio cavernoso, mediastino e afetar vias aéreas podendo resultar em sepse e morte¹⁻³.

Durante a anamnese é fundamental levantar a história médica e familiar pregressa, o tempo de evolução da infecção, investigar as possíveis causas, avaliar localmente a presença de sinais e sintomas como exsudato purulento, edema, eritema, dor, febre, disfagia, dispneia, comprometimento das vias aéreas que indicam a necessidade de tratamento hospitalar com intervenção cirúrgica e medicamentosa. O exame clínico complementa a anamnese através da inspeção e palpação da região anatômica afeta, dos linfonodos adjacentes, além de verificar a condição da mucosa oral, dos dentes presentes e da higiene oral^{4,5}.

Os exames radiográficos como periapicais, panorâmicas assim como as tomografias computadorizadas permitem levantar hipóteses sobre o fator causal, visualizar e avaliar os espaços acometidos. Os exames laboratoriais como hemograma, ureia, creatinina, proteína C reativa entre outros, mostram o nível de comprometimento sistêmico e auxiliam a determinar o plano de intervenção e a terapêutica necessária^{6,7}.

Após confirmar a gravidade da infecção odontogênica faz-se necessário uma intervenção cirúrgica imediata visando a drenagem do abscesso e remoção do fator causal a fim de cessar a evolução do processo infeccioso e proporcionar o reparo tecidual⁸.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de infecção odontogênica expondo como a intervenção clínico-cirúrgica imediata permitiu a resolubilidade do caso.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 56 anos, foi encaminhado ao Hospital Universitário Maria Rosa Pedrossian (Humap-UFMS) de Campo Grande, Mato Grosso Do Sul, com edema extenso em hemiface direita (+3/+4) e presença exsudato purulento intraoral acometendo o espaço bucal (Figuras 1 a 4). Durante anamnese relatou ter sofrido fratura de alguns elementos dentários após um acidente automobilístico há cerca de um ano e não procurou atendimento odontológico na ocasião.



Figura 1: Paciente com extenso edema na região de hemiface direita



Figura 2: Dente 16 com grande destruição da coroa.



Figura 3: Corte sagital evidenciando área de edema



Figura 4: Corte sagital mostrando área radiolúcida associada ao periodonto dos molares direitos.

Durante o exame clínico o paciente estava verbalizando e deambulando normalmente, apresentando aumento de volume significativo em hemiface direita, com presença de linfonodo palpável endurecido e dolorido na região submandibular ipsilateral. À oroscopia o dente 16 apresentava-se com destruição coronária, presença de fístulas de aproximadamente 7 mm com drenagem espontânea, eritema na região do pilar amigdaliano, assoalho bucal endurecido à palpação, a higiene oral insatisfatória e presença de limitação de abertura bucal. Radiograficamente visualizava-se imagem radiolúcida no periodonto associada à região de molares do lado direito. Os exames bioquímicos observaram redução significativa de hemoglobina, volume corpuscular médio compatível com quadro de anemia, leucocitose, anemia e PCR elevado (178,45 mg/ml).

A hipótese de diagnóstico foi abscesso odontogênico associado ao dente 16. Assim, a conduta terapêutica se deu com clindamicina 600 mg por via endovenosa de 8/8 horas, ceftriaxona 1g de 12/12 horas, dipirona 500 mg de 6/6 horas e drenagem do abscesso com instalação de dreno pen rose associado a exodontia do dente 16 em centro cirúrgico. Após 24 horas, o paciente apresentava melhora no quadro de algia, drenagem ativa via dreno instalado intrabucal, recebeu a orientação de realizar bochechos com clorexidina 0,12% de 12/12 horas e manipular a face para auxiliar na drenagem. Após seis dias de internação foi dada alta hospitalar com remoção do dreno de pen rose e orientações para tratamento odontológico (Figuras 5 a 7).



Figura 5: Drenagem do abscesso em hemiface direita no centro cirúrgico.



Figura 6: Pós-cirúrgico - dreno pen rose transfixante submandibular do lado direito.



Figura 7: Vista lateral da face à direita com diminuição acentuada do edema

DISCUSSÃO

As infecções odontogênicas do complexo bucomaxilofacial são consideradas um grave problema de saúde pública tendo em vista as consequências da evolução do caso clínico. Acometem principalmente os espaços submandibular, bucal, submental, sublingual, mastigatório e parafaríngeo, o envolvimento da área anatomia vária de acordo com o foco de origem e a evolução da infecção^{9,10}. O paciente apresentado tinha acometimento do espaço bucal, que vem corroborar com os achados da literatura.

Identificar a causa da infecção e determinar o curso da mesma através da história médica pgressa, exame clínico, laboratoriais e imaginológicos^{11,12}. A presença de trismo, edema, eritema, disfagia, dispneia sugere uma infecção com maior gravidade que requer intervenção imediata, no caso apresentado o paciente apresentava trismo, edema, eritema na região de pilar amigdaliano^{13,14}.

A avaliação dos bioquímicos permite verificar a presença de comorbidades, imunossupressão e indicadores de infecção, como proteína C reativa, no momento da internação o paciente em questão apresentou 178,45 mg/ml. Dessa forma os exames complementares fornecem uma previsibilidade da evolução do quadro clínico.

Assim sendo, o diagnóstico preciso e precoce, avaliação geral do paciente e remoção da causa, associado ao emprego de terapia medicamentosa de forma empírica, baseada na literatura e sobretudo nos achados clínicos foi complementar ao tratamento, fundamentais para interromper a disseminação da infecção e facilitar a resolatividade do tratamento cirúrgico como no caso apresentado^{15,16}.

O paciente do caso exposto não procurou tratamento odontológico após a fratura de alguns dentes e apresentava higiene oral inadequada, estudos mostram que a maioria dos pacientes (54%) internados por infecção de origem odontogênica não foram submetidos a nenhuma intervenção odontológica prévia, apenas 16% realizavam tratamento odontológico de rotina^{17,18}. Dessa forma, o cirurgião dentista do através do atendimento clínico contribui para evitar e solucionar infecções iniciais diminuindo a quantidade de internações hospitalares, principalmente com tratamentos preventivos.

CONCLUSÃO

O tratamento estabelecido no caso apresentado obteve sucesso e está amparado pela literatura. A intervenção cirúrgica removendo o fator causal, provendo a drenagem da coleção purulenta associada a intervenção medicamentosa possibilitou cessar a evolução do processo

infecioso e devolver a saúde fisiológica ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Lima FGGP, Rios LGC, Cunha LTMQ, Rocha FS, Batista JD. Abordagem clínico-cirúrgica de infecção complexa em região maxilo facial: ínico-cirúrgica de infecção complexa em região maxilo facial: Relato de caso. Rev Odontol Bras Central 2018;27(81):112-16.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 4.ed. Rio de Janeiro; Elsevier; 2009.
3. Lypka M, Hammoudeh J. Dentoalveolar infections. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011;23(3):415-24.
4. Fernandes SL, Ferreira LPS., Oliveira MA, Fernandes GC, Tieghi Neto V, Santana TM, Moretto MJ. Complicações relativas às infecções odontogênicas: Angina de Ludwig. J Multidiscipl Dent. 2020;10(1):46-51.
5. Cordeiro SH, Mendonça JCG, Pelissaro GS, Antunes DM, Silva JCL, Aguilera MO et al. Osteomielite mandibular após extração dentária traumática: Relato de caso. Res Soc Dev. 2022;11(1):e28411124815.
6. Ardigueire VA, Mendonça JCG, Santos AA, Figueiredo FT, Pelissaro GS, Paiva-Oliveira JG et al. Infecção odontogênica grave em paciente sistemicamente comprometida. Res Soc Dev. 2021;10(15):e189101522433.
7. Faverani LP, Ferreira GR, Garcia Junior IR, Souza FA, Ibrahim GMF, Gaetti Jardim EC. Tratamento cirúrgico de abscesso odontogênico em nível hospitalar. Arch Health Invest. 2020;9(4):382-84.
8. Medeiros NMG, Albuquerque AFM. Infecções odontogênicas: revisão sistemática de literatura. Mostra Científica do Curso de Odontologia, v. 1, n. 1, 2017.
9. Miloro M, Ghall GE, Larsen PE, Waite PD. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 3. ed. São Paulo: Santos; 2016.
10. Sánchez R, Mirada E, Arias J, Paño JR, Burgueño M. Severe odontogenic infections: epidemiological, microbiological and therapeutic factors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16(5):e670-6.
11. Jundt JS, Gutta R. Characteristics and cost impact of severe odontogenic infections. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012;114(5):558-66.
12. Procacci P, Zangani A, Rossetto A, Rizzini A, Zanette G, Albanese M. Odontogenic orbital abscess: a case report and review of literature. Oral Maxillofac Surg. 2017;21(2):271-79.
13. Vasconcelos BEC, Cauás M, Albert DGM, Nascimento GJF, Holanda GZ. Disseminação de infecção odontogênica através das fáscias cervicais profundas: relato de caso clínico. Rev Cir Traumat Bucomaxilofac. 2002;2:21-5.
14. Santos GHS, Lima JPD, Armas CAM, Pimenta YDS. Manejo de pacientes diagnosticados com infecções odontogênicas: revisão de literatura. BJD. 2020;6(12):9528-98.
15. Rios BR, Coelho BM, Monteiro NG, Santos JMF, Silva MC, Barbosa S et al. A importância da multidisciplinaridade na conduta cirúrgica e de suporte na infecção odontogênica grave: Relato de Caso. Res Soc Dev. 2021; 10(5):e13810514846.
16. Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR. Infecções orais e maxilofaciais. 4. ed. São Paulo:Santos;2016.
17. Uluibau IC, Jaunay T, Goss AN. Severe odontogenic infections. Aust Dent J. 2005;50(4 Suppl 2):S74-81.
18. Sennes LU, Imamura R, Angélico Júnior FV, Simoceli L, Tsuji DH. Infecções dos espaços cervicais: estudo prospectivo de 57 casos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002;68(3):388-93.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ellen Cristina Gaetti Jardim

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
FAODO – Faculdade de Odontologia
79070-900 Campo Grande – MS, Brasil
E-mail: ellen.jardim@ufms.br

Submetido em 10/11/2022

Aceito em 16/02/2023