

Breda, D¹; Vascan, O²; Rodrigues, M¹; Sousa, A³; Carrilho, M^{4,5}; Marques, F^{4,5}.

1. IFE de CMF - 2º ano - CHUC; 2. IFE de Estomatologia - 2º ano - CHUC; 3. IFE de Estomatologia - 4º ano - CHUC; 4. Assistente Graduado de Estomatologia - CHUC; 5. Assistente Convidado do MIMD - FMUC.

EMAIL: dianabreda@hotmail.com

Introdução e Objetivos

As infeções de origem odontogénica têm sido ocasionalmente associadas ao surgimento de abscessos cerebrais, um processo supurativo focal que envolve o parênquima cerebral, constituindo cerca de 1 a 2% de todas as massas intracranianas nos países desenvolvidos. A sua incidência pode variar entre 1 a 8 em 100 000 habitantes e, apesar de raras, são condições com risco de vida. Foram identificados mais de 1200 microorganismos intra-orais. Os estreptococos microaerofílicos e as bactérias anaeróbias são os agentes causais mais frequentes. Existem várias situações que podem estar associadas, como a gengivite/periodontite, abscessos dentários e também procedimentos como tratamentos endodónticos e cirurgia oral. No entanto pode não existir história prévia de procedimentos na cavidade oral ou o doente não apresentar queixas álgicas de origem dentária.

Os sinais e sintomas mais comuns são cefaleia, náuseas, febre, convulsões, afasia, alterações comportamentais e dificuldade na marcha. A tríade clássica consiste em cefaleia, febre e défices neurológicos.

O diagnóstico depende de exames de imagem, como a TC e a RMN e os testes laboratoriais têm valor limitado. Os exames imagiológicos permitem ainda monitorizar a eficácia da terapêutica. A terapêutica apropriada baseia-se em: antibioterapia de largo espectro (beta-lactâmico com metronidazol), intervenção cirúrgica para drenagem e erradicação do foco primário. Com o diagnóstico precoce e terapêutica apropriada, apresenta taxas de mortalidade de 0-24%.

Caso Clínico

Doente 46 anos, sexo masculino.

Recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia frontotemporal à esquerda com 6 dias de evolução, agravamento progressivo e episódios recorrentes de confusão. Nega história de trauma, febre ou outras queixas.

Antecedentes Patológicos: Saudável.

Antecedentes Pessoais: tabagismo ativo (22 U.M.A.).

Medicação habitual: Nega.

Plano Nacional de Vacinação: Atualizado.

Exame objetivo: Glasgow 14 (E4M6V4), pupilas isométricas e isorreactivas, sem lateralização motora, sem sinais meníngeos. Apirético.

Exames Complementares de Diagnóstico:

- PCR 2.89 mg/dL e sem leucocitose; Sem outras alterações.

- TC e RMN - lesão expansiva intra-axial temporal esquerda com cerca de 45x24 milímetros, com efeito de massa sobre o ventrículo e discreto desvio direito da linha média sugestiva de abscesso temporal esquerdo (Figura 1).

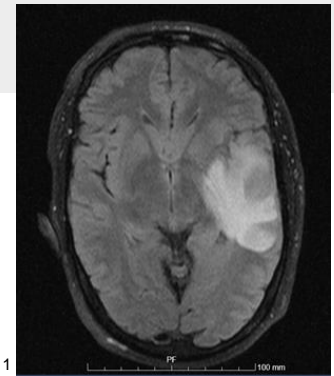


Figura 1

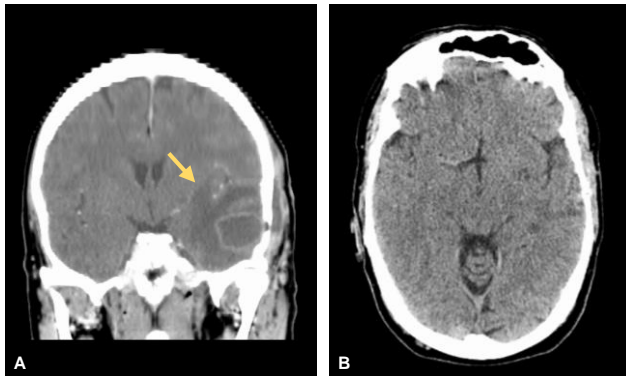


Figura 2: A – Aumento discreto de volume, com margens finas, regulares e mais bem definidas. Acentuado edema envolvente e consequente efeito de massa sobre estruturas adjacentes;

B – TC realizada no 2º mês pós-operatório com reabsorção do edema e ausência de realces periféricos contínuos.

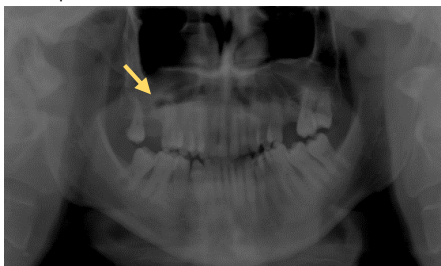


Figura 3: OPG com quisto peri-apical em relação com dente 16.

Tratamento:

- **Cirúrgico:** drenagem imediata de coleção abcedada temporal esquerda com recurso a agulha de Cushing guiada por Neuronavegação.

Isolamento microbiológico: *Streptococcus constellatus*, *Fusobacterium nucleatum*

- **Médico:** antibioterapia empírica com vancomicina, ceftriaxone e metronidazol

Suspendeu Vancomicina

Agravamento da sintomatologia no 5º dia pós-operatório, tendo realizado nova TC com reorganização lesional temporal esquerda (Figura 2.A).

Durante o internamento excluíram-se outros focos de infeção:

- **Serologias:** negativas;

- **Eco TT:** sem alterações na raiz da aorta, aorta ascendente, artéria pulmonar ou cavidades. VE com boa função, FE 63%. VM com insuficiência ligeira. VT com insuficiência discreta. Sem shunts ou massas cavitárias;

- **Ortopantomografia:** quisto peri-apical em relação com 16 (Figura 3).

- **Re-operado** no 6º dia pós-operatório: drenagem cirúrgica com prolongamento da incisão anterior e craniotomia.

- **Estomatológico:** extração simples de 16 e curetagem de lesão quística.

Discussão e Conclusão

Para o diagnóstico de abscesso cerebral de origem odontogénica devem ser excluídos outros focos de bacteriémia, os microorganismos isolados devem ser característicos da cavidade oral e presença de sinais clínicos e radiográficos de patologia de origem dentária ou periodontal. A via hematogénica é considerada o principal mecanismo fisiopatológico de disseminação, e prova disso é a ausência de predileção na lateralidade dos focos odontogénicos. No entanto esta disseminação também pode ocorrer por contiguidade ou drenagem venosa.

O presente caso mostra a importância do isolamento microbiológico e a identificação e exclusão de causas possíveis para o abscesso cerebral, bem como o tratamento atempado desta patologia que pode ser fatal se não tratada devidamente. Neste caso o isolamento do *F.nucleatum* reporta-nos para patologia dentária pela sua frequência habitual. Também estão descritas melhoras clínicas após eliminação dos focos dentários da cavidade oral.

Desta forma, o Estomatologista/Médico Dentista assume um papel importante nesta patologia. Por um lado, deve estar envolvido no tratamento, pois o sucesso da terapêutica depende também da erradicação do foco primário da infeção. Por outro lado, pode contribuir para a diminuição da incidência desta patologia através da prevenção. Esta passa pelo incentivo a uma higiene oral adequada e ao tratamento de potenciais focos infecciosos, sobretudo em doentes imunodeprimidos.

Bibliografia

Corson MA, Postlethwait KP, Seymour RA. Are dental infections a cause of brain abscess? Case report and review of the literature. *Oral Dis* 2001;7:61-65; Akashi M, Tanaka K, Kusumoto J et al. Brain abscess potentially resulting from odontogenic focus: report of three cases and a literature review. *J.Maxillofac.Oral Surg.* Jan-Mar 2017; 16(1):58-64; Moazzam A, Rajagopal S, Zada G et al, Intracranial bacterial infections of oral origin. *Journal of Clinical Neurosci* 2015; 22:800-806; Mylonas A, Tzerbos F, Mihalaki M et al, Cerebral abscess of odontogenic origin. *J Craniomaxillofac Surg* 2007;35:63-67; Kao P et al, Brain abscess: clinical analysis of 53 cases. *J Microbiol Immunol Infect* 2003;36:129-136;