

OLIVEIRA, J.M.¹; BREDAS, D.¹; CORREIA, S.¹; VASCAN, O.²; MESQUITA, M.³; MARQUES, F.^{4,5}

1- Interno de Formação Específica de CMF – CHUC; 2. Interno de Formação Específica de Estomatologia – CHUC; 3. Assistente Hospitalar de CMF – CHUC; 4. Assistente Graduado de Estomatologia – CHUC; 5. Assistente Convocado de Medicina Oral do MIMD da FMUC

Introdução e Objetivos

A incidência, morbidade e mortalidade das infeções de origem odontogénica diminuiu ao longo dos anos, não só pela implementação de medidas de prevenção precoce mas também pelo desenvolvimento de aptidões médico-cirúrgicas de tratamento das mesmas.

Apesar de tudo, a maioria das infeções da cabeça e pescoço continuam a ser de origem odontogénica e, se não tratadas devidamente, podem progredir para complicações potencialmente fatais, dada a sua proximidade com a via aérea.

Este trabalho tem como objetivos a apresentação de um caso clínico de abcesso submandibular direito de origem odontogénica com necrose cutânea local e reforçar a importância de um diagnóstico e tratamento precoces.

Caso Clínico

Identificação: AMFDF, 25 anos, sexo masculino

Antecedentes Pessoais: Saudável, sem medicação habitual nem alergias medicamentosas

Hábitos: Vegan, fumador, consumidor diário de Canabinóides

História da doença atual: Recorre ao SU por tumefação submandibular direita com 1 semana de evolução, agravada nos últimos dois dias, sem resposta à antibioticoterapia oral (Amoxicilina/Ácido Clavulânico).

Exame Objetivo:

- Trismus
- Parésia ligeira do ramo marginal direito do Nervo Facial
- Celulite com extensão supra-clavicular com necrose cutânea local e drenagem purulenta espontânea



Figura 1. Observação no SU de abcesso submandibular com fistulização e necrose cutânea local



Figura 2. Ortopantomografia revela 4.8 semi-incluso mesio-angulado impactado no 4.7 cariado e com reação peri-apical.

Tratamento no SU: Alargamento da loca do abcesso + lavagem e desinfeção

Tratamento no Internamento:

Médico

- Antibioticoterapia (Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Metronidazol) + Corticoterapia, por via intravenosa
- Mecanoterapia
- Penso com Aquacel e Hidrogel



Figura 3. Abcesso submandibular após 2 dias, já sem necrose cutânea e com área de fibrina em resolução.

Cirúrgico (sob anestesia geral)

- Extração simples de 4.7 e 4.8
- Desbridamento da ferida cervical com avivamento dos bordos de pele + descolamento e encerramento cutâneo

Alta: 12º dia de internamento

Nota: Doente faltou à consulta de reavaliação agendada 1 mês após cirurgia.

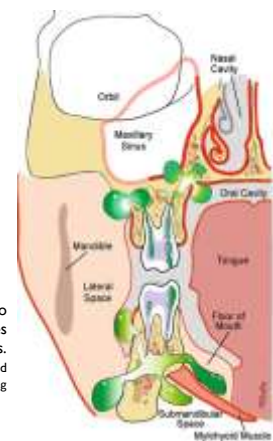


Figura 4. Vias de disseminação da infeção odontogénica e sua relação com a posição das raízes dentárias e os planos miofasciais. (Bruch J. M., Treister N. S., Clinical Oral Medicine and Pathology, 2ªEdition, Springer International Publishing Switzerland, 2017; 95-120)

Discussão e Conclusão

As infeções odontogénicas, geralmente, são infeções localizadas e, na maioria dos casos, secundárias a cáries, doenças periodontais e pulpites. Molares, dentes inclusos e supra-numerários são mais propensos ao desenvolvimento deste tipo de infeções sobretudo por causa da maior profundidade das raízes e, conseqüentemente, maior proximidade com os planos miofasciais. A maioria destas infeções são tratadas em ambulatório com endodontia ou extração do dente envolvido e antibioticoterapia empírica adjuvante. A necessidade de drenagem cirúrgica só se justifica na presença de uma coleção líquida com área de flutuação palpável (abcesso).

Na ausência de um tratamento precoce e adequado estas infeções podem progredir para formas mais complicadas que, embora raras, podem ser potencialmente fatais, exigindo internamento hospitalar. A progressão da infeção é influenciada pela posição do dente, espessura do osso cortical e resistência dos planos miofasciais. Esta pode ocorrer por via percutânea/mucosa com conseqüente fistulização, por disseminação pelos espaços anatómicos cervicais ou disseminação intracraniana.

A principal causa de mortalidade é o comprometimento da via aérea e, menos frequentemente, trombose do seio cavernoso e mediastinite. Sinais de alarme sugestivos de comprometimento da via aérea incluem disfagia, estridor, dispneia e disfonia. A presença de trismus pode também justificar internamento, sobretudo por dificultar tratamento intra-oral.

Para evitar casos mais graves é fundamental não só uma avaliação clínica completa, que permita determinar a localização anatómica da infeção e prever a eventual progressão, mas também um tratamento precoce e adequado, que previna essa disseminação e promova a sua resolução.

Bibliografia

1. Miloro M., Ghali G.E., Larsen P.E., Waite P.D., Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, 3ª Edition, People's Medical Publishing House, 2011; 38: 841-59.
2. Weise H., Naros A., Weise C., Reinert S., Hoefert S., Severe Odontogenic Infections with Septic Progress - a constant ant increasing challenge: a retrospective analysis. BMC Oral Health, 2019; 19: 173.
3. DeAngelis A.F., Barrowman R.A., Harrod R., Nastro A.L. Review Article: Maxillofacial Emergencies: Oral Pain and Odontogenic Infections. Emerg Med Australas, 2014; 26: 336-42.
4. Soylu E., Erdil A., Sapmaz E., Somuk B. T., Akbulut N., Mediastinitis as Complication of Odontogenic Infection: A case report. Niger J Clin Pract, 2019; 22: 869-871.
5. Bruch J. M., Treister N. S., Clinical Oral Medicine and Pathology, 2ªEdition, Springer International Publishing Switzerland, 2017; 95-120