

Celulite facial odontogênica infantil com necessidade de intervenção cirúrgica: relato de caso clínico

Infantile odontogenic facial cellulitis requiring surgical intervention: a case report

DOI:10.34117/bjdv9n1-254

Recebimento dos originais: 16/12/2022

Aceitação para publicação: 16/01/2023

Isabella Fernandes Bilynkievycz

Residente Multiprofissional em Neonatologia

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Alameda Nabuco de Araújo, 601, Uvaranas, Ponta Grossa - PR,

CEP: 84031-510

E-mail: isabella.silva@uepg.br

Giovana Carolina Lisboa Candido

Residente Multiprofissional em Neonatologia

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Alameda Nabuco de Araújo, 601, Uvaranas, Ponta Grossa - PR,

CEP: 84031-510

E-mail: giovana.lcandido@gmail.com

Dayane Jaqueline Gross

Doutoranda em Anatomia pela Universidade Estadual de Campinas

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Alameda Nabuco de Araújo, 601, Uvaranas, Ponta Grossa - PR,

CEP: 84031-510

E-mail: dayanejgr@hotmail.com

Patrícia de Fátima Firek

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Alameda Nabuco de Araújo, 601, Uvaranas, Ponta Grossa - PR,

CEP: 84031-510

E-mail: patriciafirek@hotmail.com

Luiz Ricardo Marafigo Zander

Mestrando em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Avenida General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa - PR,

CEP: 84030-900

E-mail: luiz_zander@hotmail.com

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de São Paulo

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Avenida General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa - PR,

CEP: 84030-900

E-mail: fbtalves@uepg.br

RESUMO

As infecções odontogênicas apresentam origem no tecido dental e de suporte e têm diversos fatores desencadeantes. Situações nas quais a coleção purulenta não é capaz de drenar, a infecção pode se estender através dos planos fasciais e trazer complicações importantes ao paciente, podendo levá-lo à óbito. O tratamento varia de acordo com o estágio, sendo comumente realizado drenagem e, principalmente, eliminação da causa da infecção. O objetivo do estudo é relatar o caso de uma paciente do gênero feminino, 8 anos, que foi encaminhada ao atendimento odontológico hospitalar apresentando celulite facial de origem odontogênica no lado direito da face. O tratamento instituído foi a drenagem extrabucal sob anestesia geral, exodontia do elemento dentário 46 e antibioticoterapia. Após 4 semanas, a paciente recebeu alta e permaneceu em acompanhamento ambulatorial e na atenção primária. Fica evidente a importância da prevenção e a abordagem precoce dos casos, além da assistência interdisciplinar, para o sucesso no tratamento.

Palavras-chave: infecção focal dentária, abscesso periapical, drenagem, equipe interdisciplinar de saúde.

ABSTRACT

Odontogenic infections originate in dental and support tissues and have several triggering factors. In situations in which the purulent collection is not able to drain, the infection can extend through the fascial planes and bring important complications to the patient, possibly leading to death. The treatment varies according to the stage, and is commonly performed drainage and, mainly, elimination of the cause of the infection. The aim of this study is to report the case of a female patient, 8 years old, who was referred to hospital dental care presenting facial cellulitis of odontogenic origin on the right side of the face. The treatment was extraoral drainage under general anesthesia, exodontia of tooth 46, and antibiotic therapy. After 4 weeks, the patient was discharged and remained under outpatient and primary care follow-up. It is evident the importance of prevention and early approach to cases, in addition to interdisciplinary assistance, for successful treatment.

Keywords: focal dental infection, periapical abscess, drainage, interdisciplinary health care team.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as infecções que acometem a cavidade bucal e que necessitam de intervenção cirúrgica por Cirurgião Bucomaxilofacial, as infecções odontogênicas são as mais frequentes. Uma infecção odontogênica possui sua origem no tecido dental e de suporte e tem diversos fatores desencadeantes, como lesões de cárie, doença periodontal,

abscesso ou osteíte, por exemplo. Em situações nas quais a coleção purulenta não é capaz de drenar através de superfície cutânea ou mucosa bucal, ela pode se estender através dos planos fasciais dos tecidos moles, e passa a ser denominada celulite. ^[1, 6, 9]

Comumente, os pacientes acometidos por tal perjúrio requerem cuidados hospitalares e medidas rápidas de tratamento, a fim de prevenir ou minimizar o desenvolvimento de complicações clinicamente importantes, como obstrução de vias aéreas, mediastinite ou septicemia ^[4]. O gênero e a faixa etária mais afetados pelas infecções odontogênicas variam de acordo com fatores regionais ^[3]. Em crianças, esta infecção normalmente atinge os primeiros molares permanentes e possui como fatores etiológicos associados a má higiene bucal, carência de flúor na água potável, contato prolongado da coroa dentária com o açúcar refinado e doenças crônicas debilitantes ^[17].

Entre os sintomas mais frequentes presentes nesta infecção, destacam-se a perda de função, vermelhidão local, trismo, presença de secreção purulenta, disfagia, dislalia, dor local e dispneia, sendo o diagnóstico precoce e preciso de fundamental importância para o bom prognóstico no tratamento ^[18]. Neste sentido, um exame clínico de qualidade torna-se essencial para o tratamento adequado da infecção, uma vez que falhas durante a anamnese ou exame físico podem acarretar uma assistência inadequada e, conseqüentemente, em complicações potencialmente graves. Assim, as celulites faciais tornam-se um desafio para a saúde pública devido à morbidade causada nos pacientes e aos elevados custos hospitalares de seu tratamento ^[21].

No entanto, embora a temática apresente importante relevância para a saúde pública, na literatura ainda são escassos os relatos clínicos relacionados a pacientes infantis. Frente ao exposto, o presente artigo visa relatar um caso clínico de uma paciente infantil acometida por uma infecção odontogênica que evoluiu para celulite facial e necessitou de intervenção cirúrgica em ambiente hospitalar.

2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, oito anos de idade, leucoderma, foi encaminhada ao Pronto Atendimento Infantil do Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HUMAI-UEPG), Paraná, via central de leitos, com queixa de celulite facial e foi assistida pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) e de Odontologia Hospitalar Neonatal (OHN). Durante a anamnese foi relatado que a paciente não apresentou episódio de febre, porém possuía aumento de volume no

lado direito da face, com evolução rápida nas últimas 48 horas, acompanhado de dor local e dificuldade de deglutição.

O exame físico extraoral revelou expressivo aumento de volume do lado direito da face, presença de uma ferida de aproximadamente 5cm de extensão com odor fétido, região circundante à lesão endurecida e com aspecto necrótico, temperatura local elevada, eritema, trismo e dores à palpação (Figura 1).

Figura 1. Paciente na avaliação clínica inicial, com lesão celulítica de centro necrótico, eritematoso e endurecido em lado direito da mandíbula.



Fonte: os autores. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2022.

O exame físico intraoral revelou presença de extensa destruição coronária do dente 46 devido à lesão cariada, além do acúmulo generalizado de biofilme dentário. Como exame complementar, além dos exames hematológicos, foi solicitada a Tomografia de Face feixe cônico, a qual demonstrou acometimento do espaço submandibular direito pela infecção, com ligação direta ao elemento dental 46.

Frente aos achados, inicialmente foi proposta uma abordagem menos invasiva pelas equipes de CTBMF e OHN, sendo realizada uma tentativa de drenagem da coleção purulenta presente no local via intracanal, porém sem sucesso. Diante da impossibilidade da intervenção proposta anteriormente, as equipes decidiram pela realização de drenagem local sob anestesia geral pela equipe de CTBMF. Assim, foi efetuada incisão em região submandibular direita e exploração cirúrgica da coleção purulenta, com coleta de material para cultura e antibiograma, além da extração do dente 46 no transoperatório. Ademais, foi realizada lavagem abundante da região com solução fisiológica a 0,9%, inserção de *Dreno de Penrose* e demarcação local de halo com tinta azul, a fim de verificar o aumento ou redução do eritema presente na região (Figura 2).

Figura 2. Aposição de *Dreno de Penrose* após drenagem cirúrgica e demarcação de halo eritematoso.



Fonte: os autores. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2022.

Após o procedimento cirúrgico, foram prescritos antibiótico de amplo espectro de ação e medicação analgésica. Destaca-se que o antibiótico foi ajustado após o resultado do exame de cultura e antibiograma e que a paciente necessitou ficar internada pelo período de quatro dias, sendo acompanhada diariamente pelas equipes de CTBMF e OHN para a preservação da melhora clínica da ferida cirúrgica e verificação de possíveis sinais de acometimento sistêmico (Figura 3). Adicionalmente, a cada 12 horas, a equipe de OHN realizou protocolo de higiene bucal na paciente utilizando *swab* flexível embebido em *digluconato de clorexidina* a 0,12%, a fim de evitar infecção da ferida cirúrgica via alvéolo dental pela microbiota bucal da paciente.

Figura 3. Paciente no 4º dia após a drenagem cirúrgica, evidenciando melhora na progressão da lesão celulítica.



Fonte: os autores. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2022.

Por fim, após a alta hospitalar, a paciente recebeu orientações pós-operatórias quanto à importância do uso correto dos medicamentos prescritos e dos cuidados com a higiene bucal, e foi referenciada via contrarreferência para a Unidade Básica de Saúde (UBS) em seu município de origem. Na UBS, foi solicitado que a paciente permanecesse com acompanhamento diário para a troca do curativo, a fim de prevenir reinfecção do local de intervenção. Além disso, semanalmente, a paciente foi acompanhada no ambulatório hospitalar pós-operatório do HUMAI-UEPG pelas equipes de CTBMF e OHN, a fim de verificar a evolução da ferida cirúrgica (Figura 4), até que se completassem quatro semanas de pós-operatório. Assim, a paciente permaneceu com a rotina de cuidados em casa e evoluiu satisfatoriamente, relatando melhora significativa na abertura bucal, satisfação com a higiene oral e ausência de recidivas do processo infeccioso.

Figura 4. Paciente no acompanhamento pós-operatório evidenciando melhora da cicatrização local.



Fonte: os autores. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2022.

3 DISCUSSÃO

O conhecimento do processo infeccioso, fatores de risco e sua microbiologia são importantes para a eficácia dos protocolos clínicos a serem desenvolvidos ^[6]. De acordo com Hupp, Ellis e Tucker (2015), apenas 6% das infecções odontogênicas são causadas por bactérias aeróbias, enquanto cerca de 44% são causadas somente por bactérias anaeróbicas.

Em um processo infeccioso, a piora do quadro clínico depende da virulência do agente agressor e do sistema imune do paciente ^[23]. Nesse sentido, as crianças necessitam de atenção especial, pois nelas a piora ocorre mais rapidamente se comparada a um paciente adulto ^[12]. Ademais, fatores como a demora na busca do atendimento especializado e inadequada antibioticoterapia inicial, também contribuem para a rápida progressão do processo infeccioso ^[14].

A disseminação da infecção poderá ocorrer em várias direções, porém tende a seguir as linhas de menor resistência da face e se propagar por continuidade, causando Angina de Ludwig, mediastinite, ou a distância, ocasionando trombose do seio cavernoso, abscesso cerebral, meningite e sepse, podendo o paciente evoluir para óbito ^[15, 16, 20, 22].

O exame clínico deve incluir uma anamnese interdisciplinar com escuta qualificada e foco na saúde, além da avaliação completa da região de cabeça e pescoço, com particular atenção para as vias aéreas do paciente. No exame intraoral, o assoalho bucal, a orofaringe e quaisquer dentes que possam ter relação com o quadro infeccioso devem ser inspecionados ^[7, 12].

Uma vez que o exame clínico tenha sido devidamente realizado, exames complementares de imagem e laboratoriais devem ser obtidos. Inúmeras técnicas imaginológicas estão disponíveis para avaliar as infecções de origem dentária. Dentre elas, destacam-se a radiografia de tórax, lateral do pescoço, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e cintilografia óssea ^[12]. Já os exames laboratoriais fornecem dados relevantes sobre o comprometimento sistêmico do paciente, devendo contemplar resultados que permitam avaliar as taxas da série branca, vermelha, volume de hemossedimentação, glicemia e proteína C reativa para o estabelecimento do melhor plano de tratamento ao paciente ^[8].

Os antibióticos mais utilizados para o tratamento das infecções odontogênicas pertencem ao grupo das penicilinas, pelo fato de apresentarem amplo espectro de ação, baixo custo e mínimos efeitos adversos no paciente ^[5, 19]. Portanto, são considerados a primeira escolha para o tratamento dessa patologia, exceto em casos de hipersensibilidade ou resistência bacteriana. Assim, o antibiótico comumente empregado é a amoxicilina associada ao clavulanato de potássio ou ácido clavulânico, administrado via oral nos casos mais brandos da doença, ou via endovenosa nos casos mais graves ^[5]. Como as situações mais críticas requerem administração endovenosa do medicamento, nesses casos é necessário que o paciente esteja em regime de internação hospitalar, permitindo também a constante e fundamental observação do paciente pela equipe assistencial na expectativa de regressão do quadro infeccioso ^[2].

Frente ao exposto, torna-se visível o fundamental papel da prevenção das infecções odontogênicas. Manter a boa higiene bucal e realizar consultas periódicas com um cirurgião dentista é o melhor caminho para evitar que bactérias comuns da boca entrem em contato com tecidos mais profundos do corpo e desenvolvam lesões ^[11].

4 CONCLUSÃO

O primeiro molar inferior permanente, comumente, é o dente mais acometido por infecções dentárias em pacientes infantis que evoluem para celulite facial e necessitam de intervenção em ambiente hospitalar. Levando-se em conta os inúmeros fatores etiológicos associados à esta patologia e suas potenciais implicações vitais ao público infantil, é imprescindível que a criança seja acompanhada pelo Odontopediatra desde o surgimento do primeiro dente, garantindo a prevenção e o tratamento adequado e oportuno para os casos em que a intervenção clínica se faz necessária. Ademais, o

profissional que presta assistência ao público pueril deve possuir raciocínio clínico crítico, saber interpretar exames complementares e ser engajado na prática colaborativa e no trabalho interdisciplinar, pois estas competências garantem a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, a sobrevivência dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. AKINBAMI, B. O.; AKADIRI, O.; GBUJIE, D. C. Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 68, n. 10, p. 2472-2477, 2010.
2. ARAÚJO, A.; GABRIELLI, M. F. R.; MEDEIROS, P. J. Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. In: **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**. 2007. p. 322-322.
3. AZENHA, M. R.; DE LACERDA, S. A.; BIM, A. L.; CALIENRO, R.; GUZMAN, S. Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5 casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 12, n. 3, p. 41-48, 2012.
4. BAKATHIR, A. A.; MOOS, K. F.; AYOUB, A. F.; BAGG, J. Factors Contributing to the Spread of Odontogenic Infections: A prospective pilot study. **Sultan Qaboos University medical journal**, v. 9, n. 3, p. 296, 2009.
5. CRESCENTE, C. G.; DE FACCHIN, M. S.; RODRÍGUEZ, A. M. Acevedo. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. **Arch Argent Pediatr**, v. 116, n. 4, p. e548-e553, 2018.
6. DA FONSECA, E. L. G.; FRANCISCO, M. A.; SANTOS, M. A. B. S.; LIRA, J. S.; TENÓRIO, L. F.; SANTOS, M. P. DE M. *et al.* Infecções odontogênicas, da etiologia ao tratamento: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 44396-44407, 2020.
7. DE FRANÇA, L. L. A.; BARROS, G. C.; LEITE, N. K. F.; DELMIRO, A. R. C. A.; DE SENA, A. J. F.; EULÁLIO, E. J. DA C. *et al.* A interdisciplinaridade no trabalho em saúde para o preparo da alta hospitalar da criança com doença crônica e segmento da assistência pela atenção primária de saúde—relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6307-6308, 2020.
8. DE PÁDUA, J. M.; ROCHA, L. B.; LIA, R. C. C.; PIETRO, R. C. L. R.; KASHIMA, S.; ALMEIDA, A. M. F. Disseminação de infecção purulenta envolvendo segundo e terceiro molares inferiores: relato de caso clínico. **BCI**, p. 29-32, 2000.
9. FLANDES, M. P.; VALLIM, P. C.; DIAS, L. B. B. G. M.; PAULESINI JUNIOR, W. Celulite em região cervicofacial: relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 31, n. 3, p. 98-104, 2020.
10. HUPP, J. R.; ELLIS, E. TUCKER; MR, **Cirurgia. oral e maxilofacial contemporânea**. 2015.
11. JARDIM, E. C. G. SANTIAGO JÚNIOR, J. F.; GUASTALDI, F. P. S.; JARDIM JÚNIOR, E. G.; GARCIA JÚNIOR, I. R.; SHINOHARA, E. H. Infecções odontogênicas: relato de caso clínico e implicações terapêuticas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, p. 40-43, 2011.

12. KARA, A. OZSUREKCI, Y.; TEKCICEK, M.; ONCEL, E. K.; CENGIZ, A. B.; KARAHAN, S. *et al.* Length of hospital stay and management of facial cellulitis of odontogenic origin in children. **Pediatric dentistry**, v. 36, n. 1, p. 18E-22E, 2014.
13. MARRA, S.; HOTALING, A. J. Deep neck infections. **American journal of otolaryngology**, v. 17, n. 5, p. 287-298, 1996.
14. MARTINI, M. Z.; MIGLIARI, D. A. Epidemiologia das infecções maxilofaciais tratadas num hospital público da cidade de São Paulo. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 66, n. 1, p. 66-73, 2012.
15. MATHEW, G. C.; RANGANATHAN, L. K.; GANDHI, S.; JACOB, M. E.; SINGH, I.; SOLANKI, M. *et al.* Odontogenic maxillofacial space infections at a tertiary care center in North India: a five-year retrospective study. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n. 4, p. e296-e302, 2012.
16. NETO, N. C.; SPAGNOL, G.; CAMPOS, J. A. D. B.; GABRIELLI, M. A. C.; PEREIRA FILHO, V. A. Infecções bacterianas da cabeça e pescoço: estudo retrospectivo. **Odonto**, v. 17, n. 34, p. 42-48, 2009.
17. PERNETTA, C. **Semiologia pediátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. 380p.
18. PETERSON, L. J. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. In: **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2000. p. 772-772.
19. REGA, A. J.; AZIZ, S. R.; ZICCARDI, V. B. Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 64, n. 9, p. 1377-1380, 2006.
20. SENNES, L. U.; IMAMURA, R.; ANGÉLICO JÚNIOR, F. V.; SIMOCELI, L.; FRIZZARINI, R.; TSUJI, D. H. Infecções dos espaços cervicais: estudo prospectivo de 57 casos. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**, v. 68, n. 3, p. 388-393, 2002.
21. VASCONCELOS, B. C. DO E.; CAUÁS, M.; ALBERT, D. G. DE M.; DO NASCIMENTO, G. J. F.; HOLANDA, G. Z. Disseminação de infecção odontogênica através das fâscias cervicais profundas: relato de caso clínico. **Rev Cir TraumatBuco-Maxilo-Facial**, v. 2, n. 1, p. 21-25, 2002.
22. WANG, J.; AHANI, A.; POGREL, M. A. A. five-year retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 34, n. 6, p. 646-649, 2005.
23. ZAMBRANO, G.; RONDÓN, R.; GUERRA, M. E. Diente más afectado por la celulitis facial de origen odontogénico en niños venezolanos. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v. 6, n. 2, p. 81-89, 2020.