

**Fasceíte necrosante em região cervical e laserterapia como tratamento
coadjuvante****Necrosant fasciitis in cervical region and lasertherapy as a coadjuvant
treatment**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-046

Recebimento dos originais: 10/04/2020

Aceitação para publicação: 13/05/2020

Manoel de Jesus Rodrigues Mello

Formação acadêmica mais alta: Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: mjrmello@gmail.com

Bruno da Silva Gaspar

Formação acadêmica mais alta: Graduação em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: brunogaspar773@gmail.com

Abrahão Cavalcante Gomes de Sousa Carvalho

Formação acadêmica mais alta: Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: (R. Cinco, 100 - Pres. Kennedy, Fortaleza - CE, 60355-636).

E-mail: abrahao_cav@yahoo.com.br

Ricardo Franklin Gondim

Formação acadêmica mais alta: Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: (R. Cinco, 100 - Pres. Kennedy, Fortaleza - CE, 60355-636).

E-mail: rfgondimodontologia@gmail.com

Phelype Maia Araujo

Formação acadêmica mais alta: Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: phelype@hotmail.com

Paulo Sérgio Silva Pessoa

Formação acadêmica mais alta: Graduação em Odontologia

Instituição: Instituto Doutor José Frota

Endereço: (R. Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, Fortaleza - CE, 60025-061)

E-mail: paulosspessoa@yahoo.com

Ramon Nascimento da Silva

Formação acadêmica mais alta: Graduação em Odontologia

Instituição: Instituto Doutor José Frota

Endereço: (R. Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, Fortaleza - CE, 60025-061)

E-mail: ramon_nascimento@hotmail.com

RESUMO

A fascíte necrosante é uma patologia infecciosa de rápida disseminação provocando extensas áreas de necrose, muitas vezes letal, podendo acometer qualquer região do corpo humano. Entretanto, raramente atinge a região de cabeça e pescoço. Pacientes adultos e idosos são mais susceptíveis a esta condição, onde algumas desordens sistêmicas e fatores locais podem estar associados como a diabetes, imunossupressão, uso de drogas intravenosas e infecções odontogênicas recorrentes. O objetivo deste trabalho é reportar o caso de um paciente que apresentou fascíte necrosante extensa na região cervical do lado esquerdo. A antibioticoterapia de amplo espectro é necessária para conter a infecção, associada ao debridamento cirúrgico, removendo os tecidos devitalizados, assim como tratamentos coadjuvantes como a laserterapia são fundamentais para o êxito do tratamento.

Palavras chave: Fascíte Necrosante. Infecção. Coagulação Intravascular Disseminada.

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis is an infectious pathology with rapid spread, causing extensive areas of necrosis, often lethal, which can affect any region of the human body. However, it rarely reaches the head and neck region. Adult and elderly patients are more susceptible to this condition, where some systemic disorders and local factors may be associated with diabetes, immunosuppression, use of intravenous drugs and recurrent odontogenic infections. The aim of this study is to report the case of a patient who presented with extensive necrotizing fasciitis in the left cervical region. Broad-spectrum antibiotic therapy is necessary to contain the infection, associated with surgical debridement, removing devitalized tissues, as well as supporting treatments such as laser therapy are essential for successful treatment.

Keywords: Infection. Fasciitis, Necrotizing. Disseminated Intravascular Coagulation.

1 INTRODUÇÃO

A fascíte necrosante é uma patologia infecciosa de origem bacteriana que ocorre nos tecidos moles e acomete qualquer parte do corpo humano, podendo ser letal. Entretanto, raramente atinge a região de cabeça e pescoço. Adultos e idosos são mais susceptíveis a esta condição, sem predileção por sexo e algumas desordens sistêmicas e fatores locais podem estar associados como a diabetes, imunossupressão, uso de drogas intravenosas e alcoolismo (1) (2).

A maioria dos casos são oriundos de problemas odontológicos, abrangendo abscessos dentários, pericoronarite e doença periodontal crônica. Na fase inicial evolui com a trombose de vasos sanguíneos, onde a pele torna-se edematosa, eritomatosa e sensível,

podendo ter o surgimento de vesículas ou bolhas. A perfusão inadequada para a pele favorece a isquemia local e necrose, podendo atingir a fáscia superficial, tecido subcutâneo, pele, tecido muscular e raramente troncos nervosos (2) (3).

Para a realização do diagnóstico precoce é fundamental a experiência profissional, pois no estágio inicial da doença pode se assemelhar com uma celulite, assim, elegendo uma modalidade de tratamento errônea. Clinicamente nota-se: edema importante na região associada, dor intensa, sensibilidade, eritema e rápida progressão, assim, tornando difícil a distinção de celulite e fascíte necrosante no estágio inicial (4).

A modalidade de tratamento engloba desde a antibioticoterapia de amplo espectro ao debridamento cirúrgico agressivo e terapias adjuvantes como a laserterapia e oxigenoterapia hiperbárica. A associação de penicilinas/carbapenêmicos, cefalosporina e uma lincosamida é o protocolo padrão recomendado pela Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (5).

A fascíte necrosante pode ser classificada em dois tipos: o tipo I, ocasionado por flora mista de anaeróbios e outras bactérias, entre elas os estreptococos betas hemolíticos não pertencentes ao grupo A, como *Streptococcus agalactiae*; e o tipo II ou gangrena estreptocócica causada por *Streptococcus pyogenes* isolado ou associado ao *Staphylococcus aureus*. O tipo II ocorre acontece devido a ferimentos penetrantes, queimaduras, traumas e procedimentos cruentos (6) (7).

Para o tratamento adjuvante da fascíte necrosante existem opções como a oxigenoterapia hiperbárica e a laserterapia de baixa intensidade. Esta última é mais acessível e pode promover como principais efeitos fisiológicos resolução anti-inflamatória, neoangiogênese, proliferação epitelial e de fibroblastos, síntese e deposição de colágeno, revascularização e contração da ferida (8) (9).

Neste trabalho iremos abordar o caso de um paciente que apresentou uma lesão extensa na região cervical diagnosticada como fascíte necrosante. Utilizando como modalidade de tratamento a antibioticoterapia, debridamento e drenagem cirúrgica, além da laserterapia de baixa intensidade como tratamento adjuvante.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.I.S. do gênero masculino, 41 anos, ASA I compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Instituto Doutor José Frota (IJF-CE) com aumento de volume importante nas três zonas do pescoço do lado esquerdo e história pregressa de infecção odontogênica não tratada.

Ao exame físico loco regional observou-se hiperemia, trismo severo, disfagia, aumento de volume nas regiões submandibular, submental, lateral do pescoço e claviclar no lado esquerdo e abscesso mandibular em atividade de drenagem purulenta ativa na área circunjacente necrosada (Figura 1). O exame intraoral evidenciou a presença de múltiplas raízes residuais, higiene oral deficiente, além de elementos dentários cariados e com doença periodontal, ademais com diagnóstico de trismo severo. Portanto, foi solicitado uma ultrassonografia da região cervical, revelando uma imagem sugestiva de celulite gigante infectada em região submandibular e mastoidea a esquerda.

Paciente foi internado com urgência para avaliação das vias aéreas, seguido de terapia medicamentosa. O protocolo estabelecido para a antibioticoterapia venosa foi realizado com clindamicina 600 mg IV 06/06 horas, associado com miropenem 1g IV 08/08 horas e keflin 1g IV 06/06 horas; anti-inflamatório empregado foi a dexametasona 4mg IV 08/08 horas; analgesia executada com profenid 100 mg IV 12/12 horas e dipirona sódica 2g IV 06/06 horas. O hemograma completo foi realizado e quatro parâmetros de referência apresentaram alterações; são eles: total de $16.120 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ na contagem de leucócitos, hemoglobina de 11.6 g/dl, hematócrito 37.8% e hemácias de $3,98 \text{ mm}^3$, indicando infecção ativa e uma discreta anemia ferropriva. Os demais parâmetros bioquímicos não apresentaram alterações, com exceção da ureia, 55 mg/dl e glicose de jejum com 161 mg/dl.

O paciente foi submetido a drenagem e debridamento cirúrgico, onde os tecidos desvitalizados e secreção purulenta foram removidos, sob anestesia local. Após este procedimento iniciaram-se os curativos com aplicação diária de pomada Kollagenase com Clorafenicol (colagenase 0,6 U/g + cloranfenicol 0,01 g/g) (Figura 02). No décimo dia de internação foi observado uma melhora no quadro clínico do paciente (Figura 03), viabilizando procedimentos cirúrgicos como as exodontias. Para tal procedimento foi solicitado uma radiografia panorâmica (Figura 04) e novos exames hematológicos e bioquímicos, onde os mesmos encontravam-se dentro dos parâmetros. Portanto no décimo segundo dia de internação foi realizado as exodontias dos dentes: 24, 25, 38, 46, 44 e 45.

No décimo terceiro dia de internação o paciente recebeu alta hospitalar (Figura 05) e foi encaminhado para a laserterapia (10 sessões) como tratamento adjuvante na cicatrização tecidual. As aplicações do laser de baixa intensidade foram realizadas com intervalo de três dias utilizando o protocolo da luz vermelha $2 \text{ J} / \text{cm}^2$, com comprimento de onda de 660nm (Figura 06). Na última sessão, paciente evoluiu com total remissão da lesão

e cicatrização tecidual satisfatória, sem áreas de necrose (Figura 07). Porém, devido a lesão ter sido extensa houve formação de cicatrizes hipertróficas.

3 DISCUSSÃO

A fasceíte necrosante acomete principalmente indivíduos com alguma patologia que os torna susceptíveis à infecção. A diabetes mellitus, hepatopatias, doenças imunológicas, alcoolismo e doenças vasculares periféricas são os principais exemplos de fatores de risco para a fasceíte necrosante (2). Porém, pacientes sadios também podem desenvolver essa condição, como neste relato de caso (9).

Sabendo da rápida evolução da fasceíte necrosante e seu potencial de ocasionar morte dos pacientes, o diagnóstico precoce é fundamental para coibir um desfecho fatal e com morbidades graves (10). No entanto, diagnosticar cedo essa condição é muito difícil por se assemelhar com as características clínicas de uma celulite de rotina e muitas vezes os pacientes recebem atendimento quando a lesão está em um estágio muito avançado (11).

Existe um estadiamento clínico da progressão da doença proposto para auxiliar no diagnóstico dessa condição, ele se baseia nos sinais clínicos cutâneos e são divididos em três estágios. Estágio I (precoce) envolve sinais clínicos da inflamação: edema, dor, eritema, sensibilidade na região e perda da função. No estágio II (intermediário) apresenta a formação de bolhas e vesículas, além dos sinais do primeiro estágio. O estágio III, desenvolvido pelo paciente deste caso, engloba os sinais dos estágios anteriores somados ao surgimento de áreas de necrose, crepitação e em alguns casos anestesia da área (9) (5).

A ultrassonografia é um exame complementar para auxiliar no diagnóstico de fasceíte necrosante, apesar de evidenciar resultados limitados no estágio inicial. Entretanto, este exame pode apontar coleções e nortear as áreas mais afetadas para se realizar punções em casos de extrema complexidade. O exame ultrassonográfico foi realizado no paciente e revelou presença celulite gigante infectada com coleção purulenta em região submandibular e mastoidea a esquerda e com essas informações foi possível realizar o debridamento e drenagem cirúrgica da área acometida (2).

A literatura mostra que é necessária uma associação de três antibióticos, no mínimo, para ajudar o organismo a debelar a infecção; são eles: penicilinas ou carbapenêmicos por possuírem um amplo espectro de ação e serem eficazes contra estreptococos e estafilococos, uma cefalosporina para bactérias gram-negativas e uma lincosamida (clindamicina) para

combater microrganismos anaeróbios. Este protocolo de antibioticoterapia foi adotado para o paciente, sendo essa terapia tripla inicial o tratamento padrão ouro (5) (7).

O debridamento cirúrgico é uma das etapas fundamentais para o sucesso do tratamento, onde todo o tecido necrótico deve ser removido; são eles: a fáscia, tecido subcutâneo, pele sobrejacente e os músculos envolvidos, se houver necessidade. Nesta fase, a reconstrução ou qualquer tentativa para fechar a área da lesão é contraindicada, devendo deixar a ferida aberta, de acordo com o que foi executado neste caso (12) (13).

Além da antibioticoterapia, drenagem e debridamento cirúrgico terem sido realizados com êxito houve a necessidade de um tratamento adjuvante para estimular a cicatrização tecidual. A laserterapia de baixa intensidade foi empregada no paciente com 10 sessões. Segundo a literatura, este método de tratamento pode estimular alterações vasculares e celulares, proliferação epitelial e de fibroblastos, síntese e deposição de colágeno, produção de elastina e proteoglicanos, revascularização e contração da ferida (8) (14). Para tanto, utilizou-se no paciente protocolos estabelecidos na literatura. Constatando-se uma cicatrização satisfatória, sem áreas de necrose e sintomatologia dolorosa (15).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infecções orais podem culminar em quadros graves de fascíte necrosante, muitas vezes sendo letal. A progressão dessa patologia é rápida, podendo acometer tanto indivíduos sadios ou com fatores que predispõe seu surgimento. O manejo desses pacientes pode exigir uma equipe multidisciplinar para a resolução do caso. Portanto, o tratamento padrão com antibióticos associado ao debridamento cirúrgico ainda é o mais aceito, podendo lançar mão de terapias adjuvantes como a laserterapia de baixa intensidade.

REFERÊNCIAS

1. Júnior M, Melo R, Oliveira FL De, Maria S, Lago P, Augusto C, et al. Redalyc.Fasceíte necrosante cérvico-torácica facial odontogênica. 2011;
2. Necrotizante F. Fasciíte Necrotizante em paciente diabético. 2013;8(22):28–32.
3. Schiavetto RR, Cancian LRL, Haber DM, Maniglia MP, Maniglia CP, Fernandes AM. Fasceíte Necrotizante Cervical em Lactente : Relato de Caso Cervical Necrotizing Fasciitis in Infant : Case Report. 2008;596–9.
4. Fasciitis N. Diagnóstico e tratamento da Fasciíte Necrosante (FN): relato de dois casos. 2008;18(2):136–40.
5. Ord R, Coletti D. Cervico-facial necrotizing fasciitis. 2009;133–41.
6. Access O, Rampelotto RF, Nunes M. Scientia Medica. 2014;24(2):182–6.
7. Stevens DL. STATE-OF-THE-ART CLINICAL ARTICLE Invasive Group A Streptococcus Infections. :2–13.
8. Do A, De A. Efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização de feridas cutâneas. 2014;41(2):129–33.
9. Mcgurk M. Diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis in the head and neck region. 2003;15:59–67.
10. lin2001, 47 cases.pdf.
11. Role Fasciitis in Diagnosis ofthe Management ' Neck : 1997;471–6.
12. Record C. Clinical Record Surgical debridement of craniocervical necrotizing fasciitis : the window of opportunity. 2006;(May):702–4.
13. Berlucchi M, Galtelli C, Nassif N, Bondioni MP, Nicolai P. Cervical necrotizing fasciitis with mediastinitis : a rare occurrence in the pediatric age. 2007;28:18–21.
14. Dantas AC, De LS, Albuquerque S, Grattão C, De JG, De TB, et al. Utilização do laser de baixa potencia na cicatrização de feridas. 2009;42–52.
15. Al-watban FAH, Andres BL. Laser photons and pharmacological treatments in wound healing. Laser Therapy. 2001;12:1-9.

FIGURAS E LEGENDAS

Figura 1- Aumento do volume nas regiões submandibular, submental, cervical lateral e clavicular com extensas áreas de necrose.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 2- Aparência clínica após o debridamento cirúrgico e drenagem.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 3- Aparência clínica no décimo dia de internação.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 4- Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando o dente 38 como causador da infecção.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 5- Cicatrização tecidual gradual no Décimo terceiro dia de internação.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 6- Quinta sessão de terapia com laser de baixa intensidade.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 7- Presença de cicatrizes hipertróficas. No entanto, cicatrização satisfatória dos tecidos sem áreas de necrose.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.