

FASCITE NECROSANTE CERVICAL APÓS EXTRAÇÃO DENTÁRIA EM PACIENTE COM LEUCEMIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA: RELATO DE CASO
CERVICAL NECROTIZING FASCIITIS AFTER TOOTH EXTRACTION IN A PATIENT WITH CHRONIC EOSINOPHILIC LEUKEMIA: CASE REPORT
FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL POSTERIOR A EXODONCIA EN PACIENTE CON LEUCEMIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA: REPORTE DE CASO

Thaís Xavier Pereira da Silva¹
Larissa Cristina Teixeira Peçanha de Melo²
Vera Lúcia Duarte da Costa Mendes³

¹Cirurgiã-dentista, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio), Rio de Janeiro, Brasil.

²Cirurgiã-dentista, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio), Rio de Janeiro, Brasil.

³Cirurgiã-dentista, responsável técnica e chefe do Serviço de Odontologia do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio) e coordenadora da residência em Odontologia, Rio de Janeiro, Brasil.

*Autor correspondente:
Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti
Frei Caneca, 08, CEP: 20211030, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: thaixavier-@live.com

RESUMO

A fascite necrosante cervical (FNC) é uma infecção rara e grave, que acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia muscular, resultando em necrose. A maioria dos casos tem origem odontogênica ou faríngea, evoluindo com extensa necrose e formação gasosa no tecido subcutâneo e fáscia subjacente, com elevado índice de mortalidade. A FNC ocorre com mais frequência em pacientes com doenças crônicas ou supressão imunológica, podendo manifestar-se de forma mais grave nesses casos. No presente trabalho é relatado o caso de um paciente diagnosticado com Leucemia Eosinofílica Crônica (LEC), que após uma extração dentária, evoluiu com um quadro de extensa lesão em região submandibular/cervical direita com necrose, liquefação, exsudato necrolizado, e exposição de tecido muscular compatível – aspecto clínico que, estando associado aos dados da tomografia computadorizada, possibilitou o diagnóstico de FNC. O paciente foi hospitalizado e acompanhado por uma equipe multiprofissional. Este artigo pretende relatar que a FNC é uma infecção de progressão rápida, potencialmente fatal, que requer diagnóstico e intervenções imediatas, podendo ocorrer como complicação de uma extração dentária, principalmente em pacientes portadores de doenças crônicas ou supressão imunológica. Portanto, o cirurgião dentista deve incluir esta condição no diagnóstico diferencial de infecções pós-extração, sendo a abordagem multidisciplinar fundamental para o estabelecimento do diagnóstico e tratamento adequado.

Palavras-chave: Fascite Necrosante Cervical; Diagnóstico Diferencial; Infecções; Extração Dentária.

ABSTRACT

Cervical necrotizing fasciitis (CNF) is a rare and severe infection that affects subcutaneous tissue and muscle fascia, causing necrosis. Most cases arise from odontogenic or pharyngeal infections, evolving into extensive necrosis and gas formation in the subcutaneous tissue and underlying fascia, with a high mortality rate. CNF is more common among patients with chronic diseases or immune suppression, possibly being more severe in these cases. This work reports the case of a patient diagnosed with chronic eosinophilic leukemia (CEL) who developed a condition of extensive lesion in the right submandibular/cervical region after a tooth extraction, presenting necrosis, liquefaction, necrotized exudate, and compatible muscle tissue exposure – clinical aspect that, associated with data on computed tomography, enabled CNF diagnosis. The patient was hospitalized and followed-up by a multidisciplinary team. This article aims to report that CNF is a rapidly progressing, potentially fatal infection, requiring immediate diagnosis and intervention. The infection may arise from a complication following tooth extraction, especially in patients with chronic diseases or immunological suppression. Considering that, the oral surgeon must include this condition within post-extraction infections differential diagnosis, where a multidisciplinary approach is fundamental for diagnosing and establishing an appropriate treatment.

Keywords: Cervical Necrotizing Fasciitis; Diagnosis, Differential; Infections; Tooth Extraction.

RESUMEN

La fascitis necrosante cervical (FNC) es una infección rara y grave que afecta el tejido subcutáneo y la fascia muscular, causando necrosis. La mayoría de los casos surgen de infecciones odontogénicas o faríngeas, evolucionando hacia una extensa necrosis y formación de gas en el tejido subcutáneo y la fascia subyacente, con una alta tasa de mortalidad. La FNC es más frecuente en pacientes con enfermedades crónicas o inmunosupresión, pudiendo ser más grave en estos casos. Este trabajo reporta el caso de un paciente diagnosticado de leucemia eosinofílica crónica (LEC) que desarrolló una condición de lesión extensa en la región submandibular/cervical derecha después de una extracción dental, presentando necrosis, licuefacción, exudado necrolizado y exposición de tejido muscular compatible - aspecto clínico que, asociado a los datos de la tomografía computarizada, permitió la FNC diagnóstico. El paciente fue hospitalizado y seguido por un equipo multidisciplinario. Este artículo tiene como objetivo informar que la FNC es una infección potencialmente mortal que progresa rápidamente y que requiere un diagnóstico e intervención inmediatos. La infección puede surgir de una complicación posterior a la extracción dental, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o inmunológicas supresión. Por ello, el cirujano oral debe incluir esta condición dentro del diagnóstico diferencial de las infecciones post exodoncia, donde el abordaje multidisciplinario es fundamental para diagnosticar y establecer un tratamiento adecuado.

Palabras clave: Fascitis Necrosante Cervical; Diagnóstico Diferencial; Infecciones; Extracción Dental.

INTRODUÇÃO

A fascite necrosante (FN) é uma infecção rara e grave que acomete o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, progredindo rapidamente e resultando em quadros de necrose extensa. A maioria dos casos ocorre na região de abdômen, extremidades e períneo, sendo menos comum em cabeça e pescoço devido ao alto suprimento vascular nessa região. Porém, a ocorrência de uma fascite necrosante cervical (FNC) pode ser fatal, sendo as causas mais comuns as infecções odontogênicas e faríngeas [1, 2, 3].

A infecção é caracterizada pela presença de bactérias anaeróbias estritas e facultativas (Tipo I), ou por espécies de *Streptococcus* isoladas ou em associação com *Staphylococcus aureus* (Tipo II), e quando ocorre na região de cabeça e pescoço, o paciente pode apresentar dor intensa e trismo, além de sinais de edema, hiperemia, hipertermia, taquipneia e leucocitose [2, 4, 5]. O diagnóstico é muitas vezes complexo devido aos sinais clínicos e sintomas se assemelharem a outras morbidades, como celulite e erisipela, e também pela ausência de diretrizes clínicas na literatura. A tomografia computadorizada (TC) não fornece dados específicos, mas é uma importante ferramenta para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas e análise da extensão da doença, além dos achados clínicos e cirúrgicos, como a pouca aderência dos tecidos subcutâneos, a ausência de sangramento e a liquefação da gordura

subcutânea [1, 6]. O tratamento é feito através de antibioticoterapia de amplo espectro e debridamento cirúrgico agressivo com remoção de áreas necróticas [4].

A FNC ocorre com mais frequência em pacientes com doenças crônicas ou supressão imunológica, podendo manifestar-se de forma mais grave nesses casos. No presente trabalho é relatado o caso de um paciente diagnosticado com Leucemia Eosinofílica Crônica (LEC), que refere-se a um subgrupo de doenças mieloproliferativas caracterizadas por hipereosinofilia na medula óssea e no sangue periférico, acometendo com maior frequência /os homens. Na sua forma pura, é secundária a anormalidades cromossômicas. Destas, a mais frequente é o causada pelo rearranjo 4q12 que origina o produto de fusão FIP1L1 / PDGFRA. Quando não tratada, a doença causa danos por infiltração em vários órgãos-alvo, principalmente no coração (cardiomiopatia restritiva por infiltração endocárdica), no pulmão (fibrose pulmonar), no baço (esplenomegalia), dentre outros. A hipereosinofilia característica da LEC é observada através de hemograma e definida como uma contagem persistente de eosinófilos de pelo menos $1,5 \times 10^9 / L$. Outros exames como revisão morfológica do sangue e da medula, citogenética padrão, hibridização fluorescente in situ, imunocitometria de fluxo e avaliação de clonalidade de células T são necessários para a confirmação do diagnóstico de LEC e detecção do rearranjo específico [7, 8]. O prognóstico da doença varia de acordo com o

subtipo de eosinofilia, e o tratamento tem por objetivo minimizar os danos aos órgãos e a remissão hematológica [9].

Este artigo tem como objetivo relatar um caso raro de FNC pós extração dentária em paciente com diagnóstico de LEC

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos, encaminhado para o Instituto de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO) pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - unidade onde foi diagnosticado com LEC e realizava o tratamento da doença há 2 anos. Em consulta médica para admissão no HEMORIO, negou histórico de tabagismo, etilismo e a ocorrência de doenças alérgicas; relatou esplenomegalia persistente, suor noturno ocasional, anemia desde a infância, e que não estava fazendo uso da medicação para controle da doença (Hidroxiureia) há 3 meses. Para a confirmação do diagnóstico, foi solicitado biópsia de medula óssea e os resultados mostraram hiper celularidade, série eritróide reduzida, série mielóide hiper celular com mielócitos e eosinófilos abundantes, além de contagem diminuída de megacariócitos com formas hipolobuladas e retículo discretamente aumentado, sendo então estabelecido o diagnóstico de Síndrome Mieloproliferativa, favorecendo LEC.

O paciente foi submetido a atendimento ambulatorial, no qual era acompanhado pelo hematologista e pela equipe de enfermagem

periodicamente. Durante uma consulta médica de rotina, queixou-se de mobilidade e dor em um dente, sendo então encaminhado para o Serviço de Odontologia do ambulatório. Na avaliação clínica odontológica, confirmou-se a necessidade de extração do primeiro molar inferior direito devido à mobilidade grau III e perda óssea acentuada observada na radiografia panorâmica (**Figura 1A**). Os dados laboratoriais nessa data revelaram hemoglobina (8.77 g/dl), eosinófilos (16.430 mil/mm³), neutrófilos absolutos (1.035 mil/mm³) e plaquetas (57.3 mil/mm³). A exodontia foi realizada 2 semanas após a consulta inicial, sem intercorrências e sem modificação do protocolo convencional, sob anestesia local com Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000 (0,01 mg/mL). A luxação foi feita com alavanca apexo através de movimentos em cunha, em seguida empregou-se o fórceps nº 17 para exérese do elemento. A síntese foi feita através de sutura oclusiva com fio de seda 3.0. Ao final da cirurgia, foi prescrito Dipirona 500mg de 6 em 6 horas, ou em caso de dor, por 3 dias, e o paciente foi orientado a morder um rolete de gaze sobre o local por 30 minutos, aplicar bolsa de gelo na face por sobre uma toalha por 20 minutos a cada hora nas primeiras 24 horas, manter repouso com a cabeça em plano mais elevado do que o resto do corpo, não fazer bochechos, higienizar a boca com clorexidina 0,12% 2 vezes ao dia (pela manhã e ao dormir) e a optar por alimentação líquida e pastosa, fria ou gelada nas primeiras 48 horas.

Seguidos 7 dias após a cirurgia, o paciente retornou queixando-se de trismo. Um exame oral cuidadoso foi dificultado devido ao trismo intenso. A conduta foi a realização da técnica do palito de madeira para estimulação de musculatura, prescrição de Miosan 5mg 2 vezes ao dia por 3 dias para alívio da tensão muscular e o paciente foi orientado a realizar a técnica em casa.

Após 1 semana, o paciente retornou ao Serviço de Odontologia apresentando dor, edema e eritema em hemiface direita, sendo realizada prescrição de Amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias e Nimesulida 100mg de 12/12 horas por 5 dias.

O paciente retornou após 3 dias sem melhora, sendo determinada a internação hospitalar para monitorização de vias aéreas e administração de medicação intravenosa. Ao exame físico extra-oral observou-se área edemaciada, hipertérmica, lisa, brilhante, avermelhada e com ponto de flutuação extra-oral em região de corpo de mandíbula se estendendo até região cervical. O paciente foi submetido à drenagem cirúrgica pelo cirurgião-geral em outra unidade hospitalar, respeitando todas as medidas de biossegurança e cadeia asséptica. No segundo dia pós-drenagem, a região apresentava extensa lesão em região submandibular/cervical direita com necrose, liquefação, exsudato necrolizado, e exposição de tecido muscular (**Figura 1B e 1C**), sendo realizada lavagem da ferida com solução fisiológica (SF) 0,9% e curativo oclusivo de hidrogel pela equipe de enfermagem. Foi

iniciada antibioticoterapia venosa com Ceftriaxona 1g, Metronidazol 500mg e Vancomicina 1g de 12/12hs e solicitação de TC de crânio, face e pescoço. Um novo hemograma foi realizado, no qual observou-se hematócrito 21,0%, hemoglobina 7,1g/dl e neutrófilos absolutos 1.415 mil/mm. A TC contrastada mostrou extensa coleção irregular com focos de gás de permeio, paredes e alguns septos espessos, estendendo-se da região cervical anterolateral direita até a região supraclavicular. A coleção era indissociável da parótida direita e da musculatura em correspondência, com íntima relação com a glândula submandibular, artéria carótida interna e veia jugular, esta comprimida pela coleção. A medida estimada da lesão era 13,8 x 2,2 x 7,0 cm e apresentava aspecto compatível com diagnóstico de fascite necrosante cervical (**Figura 2A**).

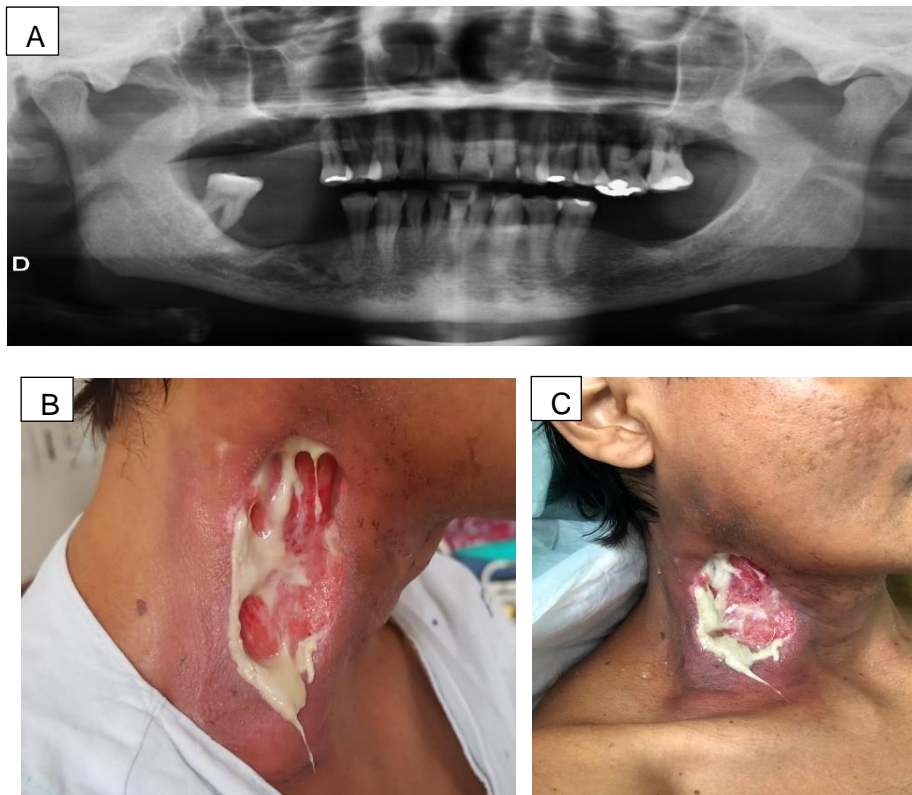
Durante o período de internação foram realizadas lavagens diárias da ferida com SF 0,9% e oclusão com curativos de hidrogel pela equipe de enfermagem e desbridamentos seriados pelo cirurgião-plástico. Após remissão do quadro infeccioso, foi realizado fechamento da ferida em centro cirúrgico, através de incisão cutânea com desbridamento de tecidos desvitalizados e reavivamento das bordas da ferida, dissecação subcutânea, revisão da hemostasia e síntese com avançamento dos retalhos cutâneos para fechamento primário da ferida (**Figura 2B**). O paciente permaneceu sob monitorização pela equipe médica, e recebeu alta após 58 dias de internação, sendo orientado a

fazer o uso domiciliar de Clavulin oral de 8/8 horas por 7 dias.

O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial, sendo realizadas infiltrações de

triancinolona na ferida para melhora estética do local. O paciente apresentou cicatriz cirúrgica na região ântero-lateral direita com discreta hipertrofia e sem limitação funcional (**Figura 2C**).

Figura 1- Radiografia panorâmica evidenciando extensa perda óssea associada ao 2º molar inferior direito (**A**). Lesão em região submandibular/cervical direita com necrose, liquefação, exsudato necrolizado, e exposição de tecido muscular (**B e C**).



Fonte: Arquivos Hemorio

Figura 2- Tomografia computadorizada evidenciando extensa coleção irregular com focos de gás de permeio. (A). Pós cirúrgico após 7 dias do fechamento da ferida em centro cirúrgico (B). Aspecto clínico final após um ano (C).



Fonte: Arquivos Hemorio

DISCUSSÃO

A FN é uma infecção agressiva, rapidamente progressiva e que pode levar o paciente a óbito rapidamente. É incomum em cabeça e pescoço, porém, quando ocorre, a causa odontogênica é uma das mais comuns - envolvendo abscessos dentários e doença periodontal crônica [4, 10]. Os autores [3] avaliaram 207 estudos envolvendo 1235 pacientes, dos quais 47, 04% relataram que a fonte de infecção era odontogênica. O segundo e o terceiro molares inferiores parecem ser as principais fontes, pois anatomicamente suas raízes estão posicionadas abaixo da linha milo-hióidea [3, 6].

Não existem dados confiáveis sobre sua real incidência na população, no entanto, estudos apontam para uma possível predileção por homens. Na avaliação de 207 artigos dos autores [3] sobre casos de FN, destes, 64,23% eram homens e a idade média foi de 49,1 anos. Em outra pesquisa, os autores [11] revisaram 125 casos nos quais a idade variava entre 12 e 82 anos. A média de idade foi de 45,2 anos, havendo predominância do sexo masculino.

Doenças crônicas e imunossupressão podem predispor o indivíduo à FN e aumentar o risco de mortalidade [2, 4, 6, 10, 11]. Em seu estudo o autor [12] relatou em estudo que aproximadamente 20% dos pacientes diabéticos tinham até 9 vezes mais chances de irem a óbito por complicações de FN do que pacientes não diabéticos [12].

O autor [13] revisou 17 casos, dos quais 12 apresentavam imunossupressão; a anemia foi um dos achados dominantes em 10 dos 17 casos.

No presente estudo, o paciente apresentava condição crônica imunossupressora e não realizava o tratamento há meses. Seu último hemograma antes da exodontia mostrou anemia, neutropenia e plaquetopenia. Tais alterações poderiam justificar a rápida evolução do quadro pós extração, além da doença periodontal (DP) estabelecida e avançada que comprometia o suporte do elemento extraído. A microbiota associada à DP também seria um fator de risco.

Sintomas iniciais como inchaço, vermelhidão, dor e trismo foram os mais relatados na literatura [2, 4, 6]. Nesse sentido os autores [11] avaliaram 9 casos de FN de origem odontogênica e em todos eles foi observado inchaço, trismo ou ambos. O trismo foi o primeiro sintoma apresentado pelo paciente 7 dias após a extração dentária. O histórico de procedimento cirúrgico recente e a condição imunossupressora subjacente justificam a prescrição de antibióticos, o que enfatiza a importância do cirurgião- dentista conhecer e estar atento às complicações que podem ocorrer após extrações, além de estar preparado para tratá-las o mais cedo possível, evitando maiores danos.

A TC exerce um papel importante no diagnóstico, planejamento cirúrgico e delimitação da extensão da FN [1, 6, 11]. Os autores [3] atestaram que 56,8% das TCs

apresentavam gás subcutâneo – que embora não seja um sinal patognomônico de FN, pode direcionar o diagnóstico quando aliado a outros dados clínicos e laboratoriais. Embora não seja unânime na literatura a necessidade de TC, ela teve uma contribuição importante para o diagnóstico e planejamento terapêutico do caso relatado.

O tratamento da FNC envolve amplo desbridamento do tecido necrótico e antibioticoterapia de amplo espectro devido à natureza polimicrobiana da infecção e sua rápida progressão [4, 10, 11]. Os pacientes muitas vezes precisam permanecer por longos períodos internados, e, mesmo após curados, ainda podem apresentar extensa perda de pele e tecidos moles que pode exigir semanas a meses de trocas de curativos ou procedimentos reconstrutivos secundários, como enxertos de pele [14].

A FNC é uma infecção rara, de rápida evolução e gravidade, que requer uma abordagem multidisciplinar para o diagnóstico precoce e tratamento adequado. No caso relatado, o atendimento integral dado ao paciente durante o período de internação, foi essencial na promoção de qualidade de vida durante sua recuperação hospitalar e controle de agravos.

CONCLUSÃO

A FNC é uma infecção de progressão rápida, potencialmente fatal, que requer o diagnóstico e a intervenção imediatos, podendo ocorrer como complicação de uma extração dentária, principalmente em pacientes portadores

de doenças crônicas ou supressão imológica. Portanto, o cirurgião dentista deve incluir esta condição no diagnóstico diferencial de infecções pós-extração, sendo a abordagem multidisciplinar fundamental para o estabelecimento do diagnóstico e tratamento adequado.

Limitações do estudo: ausência de casos relatados de FNC em pacientes com síndromes mieloproliferativas associadas à imunossupressão. É imprescindível que casos de condições raras sejam relatados para orientar outros profissionais quanto ao correto diagnóstico e manejo.

REFERÊNCIAS

- 1) Barría T, Abarca A, Cancino M, Chávez C, Parra J, Rahal M. Fascítis necrotizante cervical: Consideraciones para el manejo precoz. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2018; 78(3): 294-299.
- 2) Cariati P, Monsalve-Iglesias F, Cabello-Serrano A, Valencia-Laseca A, Garcia-Medina B. Cervical necrotizing fasciitis and acute mediastinitis of odontogenic origin: A case series. *J Clin Exp Dent*. 2017; 9(1):150-152.
- 3) Gunaratne DA, Tseros EA, Hasan Z, Kudpaje AS, Suruliraj A, Smith MC et al. Cervical necrotizing fasciitis: Systematic review and analysis of 1235 reported cases from the literature *Dakshika. Head Neck*. 2018; 40(9):2094-2102.
- 4) Júnior RM, Melo AR, Oliveira HFL, Cardoso SMO, Lago CAP. Cervical-thoracic facial necrotizing fasciitis of odontogenic origin. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011; 77(6):805.
- 5) Elander J, Nekludov M, Larsson A, Nordlander B, Eksborg S, Hydman J. Cervical necrotizing fasciitis: descriptive, retrospective analysis of 59 cases treated at a single center. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016; 273(12):4461-

4467.

6) Junior RC, Naclerio-Homem MG, Cabral LM, Luz JG. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin in a diabetic patient complicated by substance abuse. *Brazilian Dental Journal*. 2014; 25(1):69-72.

7) Torres CD, Chandía M. Sustained hematologic response in chronic eosinophilic leukemia with low dose imatinib. Report of one case. *Rev Med Chil*. 2014; 142(4):516- 20.

8) Reiter A, Gotlib J. Myeloid Neoplasms with Eosinophilia. *Blood First Edition Paper*. 2016; 129(6):704-714.

9) Gotlib J. World Health Organization-defined eosinophilic disorders: 2017 update on diagnosis, risk stratification, and management. *Am J Hematol*. 2017; 92(11):1243-1259.

10) Abdurrazaq TO, Ibikunle AA, Braimah RO. Cervical Necrotizing Fasciitis: A Potentially Fatal Disease with Varied Etiology. *Ann Med Health Sci Res*. 2016; (4): 251–256.

11) Umeda M, Minamikawa T, Komatsubara H, Shibuya Y, Yokoo S, Komori Takahide. Necrotizing fasciitis caused by dental infection: A retrospective analysis of 9 cases and a review of the literature. *Oral surgery oral medicine oral pathology*. 2003; 95(3):283-90.

12) Gore MR. Odontogenic necrotizing fasciitis: systematic literature review. *BMC Ear Nose Throat Disord*. 2018; 18: 14.

13) Panda NK, Simhadri S, Sridhara SR. Cervicofacial necrotizing fasciitis: can we expect a favourable outcome? *J Laryngol Otol*. 2004; 118(10):771-7.

14) Anisha M, Rajnikanth K. Cervical necrotizing fasciitis caused by dental infection: A review and case report. *Natl J Maxillofac Surg*. 2010 1(2):135-8.

Submissão: 02-08-2022

Aprovado: 23-08-2022