

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2017

Volume 10 | N°2



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

### **Breno dos Reis Fernandes**

Pós - Graduando em Cirurgia Bucomaxilofacial da UNIFESO - RJ

### **Talita Norões**

Cirurgiã Dentista

### **Paulo Roberto Barbosa Junior**

Cirurgião Bucomaxilofacial

### **Maíra Martins**

Cirurgião Bucomaxilofacial

### **Jonathan Ribeiro**

Professor de Cirurgia Bucal das Faculdades São José – RJ

### **Eduardo Hochuli Vieira**

Professor do curso de Doutorado em Cirurgia Bucomaxilofacial da UNESP - Araçatuba

## **RESUMO**

A mediastinite é um processo inflamatório e/ou infeccioso do tecido conjuntivo do mediastino, causada principalmente por perfuração do esôfago, infecções pós-operatória, infecção da glândula parótida, e pode possuir origem odontogênica nos casos de complicações da Angina de Ludwig. A microbiota é mista e composta habitualmente por *Staphylococcus* sp, *Streptococcus* sp, *Bacteroides* sp, *Fusobacterium* sp, *Peptostreptococcus* sp, *Pseudomonas aeruginosa*. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de Mediastinite causada por infecção odontogênica em um paciente do gênero masculino, descrevendo aspectos clínicos e tratamento.

**Palavras-Chave:** Mediastino, toracotomia, penicilina

## **ABSTRACT**

Mediastinitis is an inflammatory and / or infectious process of the connective tissue of the mediastinum, mainly caused by perforation of the esophagus, postoperative infections, infection of the parotid gland, retropharyngeal abscesses and Ludwig's angina being the most common odontogenic origin. The microbiota is mixed and usually consists of *Staphylococcus* sp, *Streptococcus* sp, *Bacteroides* sp, *Fusobacterium* sp, *Peptostreptococcus* sp, *Pseudomonas aeruginosa*. The objective of this paper is to report a clinical case of Mediastinitis caused by odontogenic infection in a male patient, describing clinical aspects and treatment.

**Keywords:** Mediastinum, thoracotomy, penicillin.

## INTRODUÇÃO

A história da infecção odontogênica é dividida em duas fases: a pré e pós antibiótica. Com advento da antibiótico terapia nos anos 40, e com os avanços nos conceitos de terapia intensiva, houve uma nítida queda da incidência e letalidade da infecção odontogênica. Hoje em dia, a infecção odontogênica moderna tem pouca semelhança com a “antiga”, apresentando microorganismos resistentes de grande virulência, e que não respeitam as barreiras faciais (CORTEZZI, 1995).

As infecções odontogênicas podem variar de processos bem localizados e de baixa intensidade a infecções graves, que se disseminam pelos espaços faciais, atingindo áreas distantes do foco original. Quando ocorrem infecções graves, podem causar séria morbidade ao paciente podendo chegar a morte, devido a possibilidade de ocorrência de osteomielite, obstrução de vias aéreas, propagação do processo infeccioso para o interior do crânio, mediastinite e infecção sistêmica disseminado (HO et al, 2006; LAGO et al,2006; TOPAZIAN et al, 2006).

As infecções odontogênicas podem ter origem perirradicular, decorrente da cárie dental causando necrose pulpar que se dissemina em direção aos tecidos perirradiculares ou possuir origem periodontal decorrente principalmente de uma infecção bacteriana, através de uma bolsa periodontal ou de um de um saco pericoronário de um dente parcialmente erupcionado (PRADO & SALIM, 2009). Fraturas ósseas, fraturas dentárias e raramente a anacorese também podem ser causadores de uma infecção odontogênica (PÉREZ et al, 2004; TOPAZIAN et al,2006).

As bactérias que causam infecção odontogênicas são habitantes da microbiota da cavidade bucal e em condições normais vivem em equilíbrio e sem causar doença (PRADO & SALIM, 2009). Os gêneros microbianos causadores da infecção é basicamente composto por cocos aeróbios gram-positivos, cocos anaeróbios e bastonetes anaeróbios gram-negativos. Quando estas bactérias têm acesso aos tecidos subjacentes mais profundos, através da polpa necrótica ou bolsas periodontais profundas, tornam-se mais patogênicos e causam infecções odontogênicas (CORTEZZI, 1995).

A infecção odontogênica pode se disseminar envolvendo os espaços primários, secundários e tomar vias ascendentes ou descendentes, causando complicações agressivas, generalizadas, e que levam risco eminente ao paciente, como por exemplo, a Mediastinite (PRADO & SALIM, 2009).

A mediastinite é frequentemente ocasionada por disseminação da infecção pelos espaços retrofaríngeos e ocasionalmente, pela progressão dos espaços latero-faríngeos, infratemporal ou submandibular, que alcançaram e penetraram na bainha carótida e descendem até o tórax (TOPAZIAN et al, 2006). Caracteriza-se clinicamente por um quadro de dor torácica, dispnéia severa e febre alta. Podem apresentar como complicações: septicemia progressiva, abscesso mediastinal, empiemia, até o óbito do paciente. O tratamento consiste de drenagem transcervical e mediastinal, associada a antibioticoterapia venosa. Nos casos mais graves, torna-se necessário a drenagem por toracotomia (CORTEZZI, 1995; TOPAZIAN et al, 2006). O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de Mediastinite causada por infecção odontogênica em um paciente do gênero masculino, descrevendo os aspectos clínicos e o tratamento desta complicação.

## RELATO DE CASO

Paciente G.H.M., 4ª década, melanoderma, deu entrada na emergência do Hospital Geral de Nova Iguaçu queixando-se de dor em face e dificuldade na abertura bucal. Durante anamnese relatou não ser portador de doenças sistêmicas, não utilizar medicações contínuas, nem apresentar alergia medicamentosa. Ao ser realizado o exame físico foi constatado um aumento de volume difuso e endurecido nos espaços fasciais submandibular esquerdo e submentoniano ( Fig.1).



FIG.1: Aumento de volume submentoniano e submandibular esquerdo

Na avaliação intrabucal apresentou 15mm de abertura e diversos restos radiculares na mandíbula. Após realização de hemograma e tomografia computadorizada de face, o diagnóstico definido foi de celulite de origem odontogênica. A conduta inicial estabelecida foi internação do paciente para antibioticoterapia venosa (Amoxicilina 1g+ Clavulato de Potássio 125mg de 8/8 horas associado à Metronidazol 500mg de 8/8 horas) e terapia de suporte com hidratação e controle da dor. No 3º dia de internação o paciente apresentou piora clínica, apresentando dificuldade respiratória em decúbito dorsal. No exame físico apresentou aumento de volume na região submandibular direita e sublingual além dos espaços anteriormente acometidos, em um quadro característico de Angina de Ludwig. Foi realizado uma drenagem cirúrgica do espaço submandibular esquerdo sob anestesia local (Lidocaína 2% + Adrenalina 1:100.000) pela limitação da abertura bucal e dificuldade de intubação, e fixado dreno de Penrose® com fio Nylon 3.0.

No 6º dia de internação o paciente apresentou dor no pescoço e tórax, além de dispneia moderada sem conseguir permanecer em decúbito dorsal pela dificuldade respiratória. Durante exame tomográfico e avaliação da equipe de cirurgia geral o paciente foi diagnosticado com Mediastinite por infecção odontogênica (Fig.2).

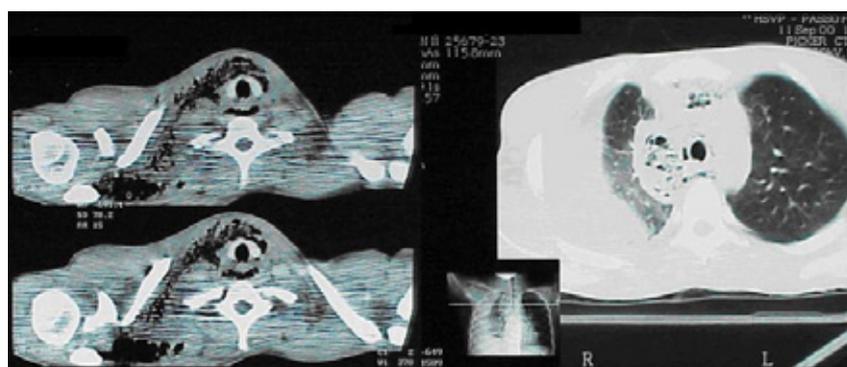


FIG..2: Tomografia computadorizada de região cervical, indicando aumento das partes moles, associado a enfisema subcutâneo entre os planos musculares dorso-primários secundário a germes produtores de gás. Apresenta derrame pleural e coleções mediastinais com conteúdo gasoso.

O paciente foi submetido a anestesia geral com intubação assistida por broncofibroscópio, e em seguida realizado incisão e drenagem de todos os espaços fasciais acometidos, com fixação de dreno de Penroser transfixando os espaços ( Fig.3).



*FIG.3: Aspecto imediato após drenagem e inserção de drenos.*

Os remanescentes radiculares mandibulares foram extraídos com auxílio de alavancas e fórceps (Fig.4).



*FIG4: Remanescentes radiculares submandibulares extraídos*

Após o término do procedimento pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial a equipe de cirurgia geral realizou a toracotomia por acesso póstero-lateral (Fig.5).



*FIG5: Toracotomia por acesso póstero-lateral.*

Após finalização do procedimento o paciente foi encaminhado para o centro de tratamento Intensivo do Hospital Geral de Nova Iguaçu, com troca da antibioticoterapia para Emipem e Vancomicina, já que a cultura apresentou flora oral mista sem predominância bacteriana

No 1º dia de pós-operatório o paciente se queixou de dor moderada na região torácica e facial, porem relatou melhora significativa na função respiratória pois já não apresentava dispneia. No 3º dia de pós-operatório o paciente foi liberado do CTI para o quarto, onde no 5º dia foi realizado a remoção dos drenos da face, pois o mesmo já não apresentava drenagem de secreção no local. Durante o 7º dia de pós-operatório o paciente não apresentava queixas algicas ou qualquer limitação funcional, a tomografia computadorizada não apresentava alterações em face ou tórax, sendo o paciente liberado para acompanhamento ambulatorial.

Após 4 semanas de acompanhamento ambulatorial semanal sem intercorrências o mesmo recebeu alta do tratamento.

## DISCUSSÃO

A mediastinite é um processo inflamatório e/ou infeccioso do tecido conjuntivo do mediastino (CORTEZZI, 1995). É uma infecção dos tecidos moles profundos, que se estende pelo espaço fascial e vão do pescoço para o mediastino e requer intervenção cirúrgica (HARADEN & ZWEMER, 1997). Essa infecção muitas vezes é fulminante e não responde aos esforços terapêuticos. No entanto, se for diagnosticada antes que ela atinja o estado patológico mórbido, antibióticoterapia adequada e intervenção cirúrgica pode favoravelmente alterar o prognóstico (LIN et al, 2011). As causas mais comuns de mediastinite são a perfuração do esôfago, infecção pós operatória, infecção da glândula parótida, abscessos retrofaríngeos, e Angina de Ludwig sendo a origem odontogênica mais comum (HARADEN & ZWEMER, 1997). A infecção tem sua descida para o mediastino reforçada por ação da gravidade e da pressão negativa intratorácica (LIN et al, 2011). A evolução das infecções dos espaços sublingual e submandibular, em especial na Angina de Ludwig e dos espaços faríngeos laterais para os espaços retrofaríngeos e pré-vertebral até chegar ao tórax, representam o trajeto da infecção até o mediastino (TOPAZIAN et al, 2006). As infecções odontogênicas são usualmente restritas ao local de origem e autolimitantes, entretanto, sob certas circunstâncias, o processo infeccioso pode ultrapassar as barreiras ósseas, musculares e/ou mucosas, se espalhando para espaços fasciais adjacentes ou até mesmo distantes do foco inicial, resultando em severas complicações como a mediastinite (CONTO et al, 2010). O presente caso demonstra que o atraso no correto tratamento das infecções odontogênicas pode gerar complicações significativas com um alto risco de óbito ao paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção odontogênica se não for diagnosticada precocemente e tiver um correto tratamento, pode evoluir para mediastinite e levar o paciente à risco eminente de óbito. Além da antibióticoterapia com penicilina ou clindamicina para os alérgicos, a toracotomia e drenagem são essenciais no tratamento dessa infecção, podendo reverter positivamente o quadro clínico do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORTEZZI, W. Infecção Odontogênica Oral e Maxilofacial: 1ª ed. Rio de Janeiro: Pedro I. 1995. 223p.

PÉREZ, J.L.; BAGÁN, J.V.; BASCONES, A. et al. Consensus document on the use of antibiotic prophylaxis in dental surgery and procedures. *Oral Surgery Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, U.S.A., n.11, p. 188-205, dez 2006.

PÉREZ, J.L.; RUIZ, M.R.; GONZÁLES, A.G. et al. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. *Medicina y Patología Oral*, Espanha, n.9, p. 280-287, nov 2004.

PETERSON, L.J. Princípios de prevenção e tratamento das infecções odontogênicas. *Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea*: 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005. cap.15, p. 367-384.

PETERSON, L.J. Infecções odontogênicas complexas. *Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea*: 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005. cap.16, p. 391-402.

CONTO et al. Mediastinite de origem odontogênica. *Revista Brasileira de Cirurgia Buco-maxilo-facial*: Rio Grande Do Sul, v.11, n.2, p.27-34, 2010

HARDEN E ZWEMER. Descending Necrotizing Mediastinitis: Complication of a simple dental infection. *Ann Emergency Medical*: USA, 1997.

LIN CM; CHEN HL; et al. Acute descending mediastinitis secondary to an odontogenic infection in a patient initially suspected of having acute thyroiditis: A case report. Elsevier: *International Journal Of Surgery*. Taiwan, 2011.

TOPAZIAN, R.G.; GOLDBERG, M.H.; HUPP, J.R. Infecções orais e maxilofaciais. Editora Santos, 4ª ed., 2006.

PRADO E SALIN. *Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento*. Editora Guanabara, 1ª ed., 2009.



[www.saojose.br](http://www.saojose.br) | (21) 3107-8600

Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro