



Prevalência de Abscessos Cervicais Profundos de Origem Dentária

Artigo de Investigação

“Monografia de Investigação / Relatório de Atividade Clínica”

Do

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Marta Filipa Guimarães de Almeida

Porto 2012



Prevalência de Abscessos Cervicais Profundos de Origem Dentária

Artigo de Investigação

“Monografia de Investigação / Relatório de Atividade Clínica”

Do

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Marta Filipa Guimarães de Almeida

Aluna do 5º Ano do mestrado Integrado em Medicina Dentária

Faculdade de Medicina Dentária Da Universidade do Porto

Endereço: *martalmeida89@gmail.com*

Orientador: *Professor Doutor João F C Carvalho*

Co-Orientador: *Doutora Joana Mourão*

Pai e Mãe sem vocês nada disto era possível ou tornado realidade. O vosso apoio, dedicação, confiança e amor ao longo destes cinco anos foram um conjunto de valores que me ajudaram a nunca desistir mas sim a tornar-me mais forte para alcançar os meus objetivos.

Rafael, obrigada por todo o apoio e carinho ao longo desta caminhada.

Agradecimentos:

Ao meu namorado Ricardo por todo o apoio, carinho e paciência ao longo destes anos.

Aos meus Amigos por toda a amizade, pelos momentos de diversão e de estudo e em especial à Maria João por todo o companheirismo, amizade e espírito de equipa no dia a dia.

Ao Professor Doutor João F C Carvalho e à Doutora Joana Mourão pela ajuda e dedicação desempenhada para a realização deste trabalho

À Doutora Fernanda Barros, Diretora do Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João, EPE, por ter autorizado a realização deste trabalho através do seu serviço.

Índice

Resumo	6
Abstract	8
Introdução.....	10
Materiais e Métodos.....	13
Resultados	15
Discussão.....	22
Conclusão	27
Referências Bibliográficas	29

Resumo

Resumo

Introdução: As infecções profundas do pescoço são maioritariamente de origem dentária. A sua incidência e prevalência têm diminuído com o passar dos anos mas continuam a ser potencialmente fatais, afetando principalmente pessoas idosas e portadores de doenças sistémicas.

A patologia dentária mais associada com esta patologia é a infeção periapical do segundo ou do terceiro molar mandibular e o seu tratamento reside principalmente numa terapêutica antibiótica adequada e numa abordagem cirúrgica quer ao nível do abscesso quer a nível da peça dentária envolvida.

Objetivo: Estudo da prevalência de abscessos cervicais profundos de origem dentária e verificar a sua gravidade, tendo em conta o nível de tratamento morbilidade e mortalidade.

Materiais e Métodos: Análise retrospectiva de 105 casos com abscessos cervicais profundos tratados no Centro Hospitalar São João E.P.E entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2010.

Resultados: A etiologia dentária mais frequentemente encontrada foi o abscesso periapical sem fístula (44,8%) e o tratamento mais instituído foi a exodontia (79%). Os sinais e sintomas que mais cursam com estas infeções são o edema da face (59%) o trismo (50,5%) e a disfagia (21,9%) e as doenças sistémicas mais encontradas nestes doentes foi a hipertensão (12,4%) e a diabetes mellitus (10,5%). No que respeita ao tratamento uma terapêutica antibacteriana com Clindamicina e Gentamicina e uma drenagem cirúrgica foram as opções clínicas mais escolhidas na maioria dos casos, sendo o tempo médio de internamento de 8,95 dias. Em média o número de cirurgias a que estes doentes são submetidos é de 1,87 e 15,2% necessitam de cuidados intensivos.

Conclusões: O abscesso periapical sem fístula aparece como causa principal destes abscessos (44,8%) e uma percentagem dos pacientes com abscessos cervicais necessitam de cuidados intensivos (15,2%). Os resultados permitem-nos inferir que se os cuidados de saúde oral estivessem ao alcance de todos os estratos socio económicos e se a população estivesse mais sensibilizada para o quão importante é a saúde oral, estas situações de risco poderiam ser prevenidas.

Palavras Chave: Abscessos cervicais profundos, origem dentária, infeção periapical, drenagem cirúrgica, diabetes mellitus

Abstract

Abstract

Introduction: Deep neck infections are mostly of dental origin. Though its incidence and prevalence has been decreasing over the years it remains a potentially life-threatening infection, affecting older patients and patients with systemic diseases.

Periapical infection of the second or third mandibular molar is the most associated dental disease and the treatment is an adequate antibiotic therapy, surgical drainage and a tooth extraction.

Aim: To study the prevalence of deep neck infections with dental origin and emphasize the treatment, morbidity and mortality.

Materials and Methods: A retrospective review of 105 patients treated for deep neck infections in Centro Hospitalar São João E.P.E during the period from January 2007 to December 2010.

Results: Periapical infection without fistula is the primary dental cause for deep neck infections (44,8%), with tooth extraction being the most implemented treatment (79%). The signs and symptoms that occur concomitantly with these infections are face swelling (59%), trismus (50,5%) and dysphagia (21,9%) and the most systemic diseases are hypertension (12,4%) and diabetes mellitus (10,5%). In what concerns to the treatment, antibacterial therapy with clindamycin and gentamicin, along with surgical drainage are the most clinical options for the patients, with the average hospital stay being 8,95 days. The average number of surgeries that these patients receive is 1,87 and 15,2% require intensive care.

Conclusion: Periapical infection without fistula appears as the primary dental cause of the deep neck infections (44,8%) and 15,2% of patients with cervical abscesses require an intensive care. The results allow us to conclude that if oral care health were within reach of all socio economic strata and if the population were to be aware/sensitized for the importance of oral health, these risk situations could be prevented.

Keywords: Deep neck infections, dental origin, periapical infection, , surgical drainage ,diabetes mellitus

Introdução

Introdução

As infecções profundas do pescoço de origem bacteriana, que resultam na formação de abscessos ou celulites podem surgir a partir de vários focos da cabeça e do pescoço. (1-3)

Antes do aparecimento da antibioterapia, estas infecções eram potencialmente fatais. (2;4;5) e tinham como complicações mais comuns as faringites (3;4;6) e as amigdalites (3;6).

Com o passar dos anos, com o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e o consequente tratamento mais precoce tanto cirúrgico como antibacteriano, a prevalência, a incidência e a mortalidade relacionada com esta patologia têm vindo a diminuir.(2;3;7-9) Por outro lado, o aumento dos cuidados de higiene oral também têm contribuído para que estes valores tenham diminuído.(10)

As infecções profundas do pescoço podem ter origem amigdalina, traumática, em parotidites, em infecções das vias aéreas superiores, entre outras, mas maioritariamente são de origem dentária (1-6;10-12). A patologia mais comum é a infeção periapical do segundo molar mandibular seguido pelo terceiro molar mandibular. (6;10;11;13). As infeções dentárias drenam continuamente dos maxilares para os espaços sublingual e submandibular podendo ocasionar linfadenites e levar à formação de abscessos. (2) Por outro lado, as raízes dos molares mandibulares estendem-se inferiormente relativamente à inserção mandibular do músculo milohioideu, que está adjacente aos espaços submandibular e parafaríngeo e drenam para este local. (6;10;11) Clinicamente estas infeções cursam com os seguintes sinais e sintomas, edema na face e/ou no pescoço, odontalgia, febre, odinofagia, disfagia, dispneia e trismo sendo destes o mais comum o edema (1;4;6;7;11;14)

Como meios auxiliares de diagnóstico destas infeções a tomografia computadorizada é o método imagiológico de eleição e de rotina (1;4;6;10;11;14), sendo muito útil para visualizar a origem, a localização e a extensão da infeção (1;3;4;10;11), e permite a distinção entre abscesso e celulite. (3;4;10;11;14)

As infeções profundas do pescoço têm como fatores de risco associados a hipertensão, cardiopatias, diabetes mellitus, hepatite crónica e doenças autoimunes. No entanto, é a diabetes mellitus a patologia sistémica mais associada com estas infeções, sendo por isso considerado fator de risco, principalmente se não controlada. (2-4;4;6;7;10;12-15)

Como complicações mais comuns encontramos a: obstrução da via aérea, trombose da veia jugular, mediastinite, pericardite, pneumonia, choque séptico, enfisema pleural e pseudo aneurisma da carótida que pode ter como consequência a sua ruptura (3;4;4;6;7;9;14-18) . Deste conjunto de complicações a obstrução da via aérea é a mais comum, e a mediastinite é a mais temida. (1;13)

Assim se as infecções profundas do pescoço não forem diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem colocar em risco a vida do paciente. (1;6)

Os pacientes com infecções cervicais profundas são internados por um período de tempo considerável, devido ao tempo de antibioterapia endovenosa necessária, sendo o tempo médio de hospitalização de 7 dias. (6) Segundo Bakir et al o tempo de hospitalização é maior quando o abscesso é de origem dentária relativamente aos outros tipos de abscessos. (3) Dado que, as complicações deste tipo de infecções geram elevada morbilidade e mortalidade, é recomendado que nos grupos de risco como, os diabéticos e os pacientes que possuem mais do que um espaço anatómico envolvido, sejam acompanhados mais de perto durante o tempo de hospitalização. (4)

. Relativamente ao tratamento a permeabilidade da via aérea é uma prioridade, (1;8-12;19) principalmente no caso do paciente ter de ser submetido a uma drenagem cirúrgica, devido à necessidade de intubação orotraqueal que poderá ser muito desafiadora, sendo mesmo por vezes, necessário recorrer à traqueostomia durante a anestesia. (1;4;19;20) Também é importante ter especial atenção nos casos em que temos trismo associado à obstrução da via aérea, situação frequente na angina de Ludwig, e no edema bilateral do pavimento da boca devido à infeção do espaço submandibular. (1)

Este trabalho teve como objetivo verificar a prevalência dos abscessos cervicais profundos de origem dentária diagnosticados no Centro Hospitalar São João E.P.E. entre 2007 e 2010 e verificar a gravidade dos abscessos tendo em conta o nível de tratamento, morbilidade e mortalidade.

Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

Estudo retrospectivo realizado através da base de dados Informação Epidemiológica e de Gestão (IEG) integrado do Centro Hospitalar São João E.P.E, após a seleção das seguintes condições:

- diagnóstico principal: abscessos e celulites da face, abscessos, celulites do pescoço e inchaço, massa ou protuberância na cabeça e no pescoço;
- internamento no período compreendido entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2010;

tendo-se obtido uma listagem de 234 doentes. Procedeu-se então à análise informática dos processos clínicos resultantes desta pesquisa inicial e foram excluídos 129 por não obedecerem aos seguintes critérios: idade superior a 18 anos e abscessos apenas de origem dentária.

Dos processos que satisfaziam os critérios previamente estabelecidos foram recolhidos os seguintes dados: características demográficas, patologia associada, necessidade de cirurgia, número e tipo tempo de internamento, nível de cuidados durante o internamento, sintomas, tratamento instituído e patologia dentária que esteve na origem do abscesso.

Resultados

Resultados

De uma amostra de 105 casos 59 eram mulheres (56,2 %) e 46 eram homens (43,8%). A idade dos pacientes estava compreendida entre os 18 anos e os 84 anos, sendo que a média de idades é de 39,64 anos.

Tabela I: Distribuição de acordo com o sexo

Género	n	%
Feminino	59	56,2
Masculino	46	43,8

Tabela II: Distribuição da idade

Idade	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	39,64	16,526	18	84

Os sinais e sintomas mais frequentemente encontrados foram o Edema da face (59%), o Trismo (n= 50,5%), a Disfagia (21,9%) e por fim a Odontalgia (17,1%). A Dispneia e a Odinofagia ocorreram em menor número (2,9%) e (1,9%) respetivamente.

Tabela III: Doenças sistémicas associadas

Sinais e Sintomas	n	%
Edema da face	62	59,0
Trismo	53	50,5
Disfagia	23	21,9
Odontalgia	18	17,1
Dispneia	3	2,9
Odinofagia	2	1,9

Os pacientes foram agrupados de acordo com a classificação ASA (*American Society of Anesthesiology*), para ASA I (n=71), ASA II (n=25), ASA III (n= 8) e ASA IV (n= 1) e com o tipo de doença sistêmica Hipertensão (n=13), Diabetes mellitus Tipo II (n=11), doença renal crônica (n=4) e doença crônica do fígado (n=1).

Tabela IV: Distribuição de acordo com a classificação ASA

Estado ASA	n	%
I	71	67,6
II	25	23,8
III	8	7,6
IV	1	1,0

Tabela V: Sinais e sintomas associados

Doenças Sistêmicas	n	%
Hipertensão	13	12,4
Diabetes mellitus Tipo II	11	10,5
Doença Renal Crônica	4	3,8
Doença Crônica do Fígado	1	1,0
Outras Doenças	22	21,0

Em consequência da patologia que os levou ao serviço de urgência, o número médio de cirurgias a que cada doente foi submetido é de 1,87. De uma amostra de 105 casos 91 necessitaram de drenagem cirúrgica, 83 realizaram exodontia do dente envolvido, 14 necessitaram de ser traqueostomizados durante a cirurgia sendo que três das traqueostomias foram temporárias por um período de 48 a 72 horas enquanto que onze foram permanentes.

Tabela VI: Média do número de intervenções cirúrgicas

Nº	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Cirurgias	1,87	0,785	0	5

Tabela VII: Distribuição de acordo com os tratamentos efetuados

Tratamento	n	%
Drenagem cirúrgica	91	86,7
Exodontia	83	79,0
Traqueostomia	11	10,5
Traqueostomia temporária	3	2,9

Da análise dos processos verificamos que a antibioterapia mais utilizada foi a combinação de Clindamicina e Gentamicina (n=74) seguido por Clindamicina Gentamicina e Prednisolona (n=4), Gentamicina Metronidazol e Amoxicilina + Ác. Clavulânico (n=3), Clindamicina, Gentamicina e Metronidazol(n=2), Clindamicina, Gentamicina e Amoxicilina + Ác. Clavulânico (n=2), Metronidazol e Amoxicilina + Ác. Clavulânico (n=2), Metronidazol (n=2), Amoxicilina + Ác. Clavulânico (n=1) e Clindamicina, Gentamicina, Ceftriaxona (n=1).

Tabela VIII: Análise da antibioterapia instituída

Antibioterapia	n	%
Clindamicina e Gentamicina	78	74,3
Gentamicina Metronidazol e Amoxicilina + Ác. Clavulânico	3	2,9
Clindamicina, Gentamicina e Metronidazol	2	1,9
Clindamicina, Gentamicina e Amoxicilina + Ác. Clavulânico	2	1,9
Metronidazol e Amoxicilina + Ác. Clavulânico	2	1,9
Metronidazol	2	1,9
Amoxicilina	1	1,0
Clindamicina, Gentamicina, Ceftriaxona	1	1,0
Outros	14	13,3

Do estudo microbiológico do exsudado realizado em 33 pacientes o Streptococcus Anginosus era o mais frequente 12,4% (n=13).

Tabela IX: Análise microbiológica

Microbiologia	n	%
Streptococcus Anginosus	13	12,4
Streptococcus Spp	9	8,6
Streptococcus Viridans	3	2,9
Streptococcus Constellatus Spp	2	1,9
Streptococcus Dysgalactiae	1	1,0
Streptococcus Pyogene Grupo A	1	1,0
Streptococcus Epidermidis	1	1,0
Pharyngis	1	1,0
G – Amicrobiano	1	1,0
Coagulase	1	1,0

Destes pacientes 10,5% (n=11) já estavam medicados com Amoxicilina + Ác. Clavulânico enquanto que 85,7% (n=90) não se encontravam medicados.

Tabela X: Análise da antibioterapia instituída previamente à ida ao serviço de urgência

Antibioterapia Prévia	n	%
Sem Medicação	90	85,7
Amoxicilina + Ácido Clavulâmico	11	10,5
Nimesulida, Amoxicilina + Ácido Clavulâmico, Ceftriaxona e Gentamicina	1	1,0
Vancomicina	1	1,0
Ciprofloxacina	1	1,0
Amoxicilina + Ácido Clavulâmico e Penicilina	1	1,0

Para a resolução desta patologia os pacientes foram internados no serviço de otorrino ou na cirurgia plástica, sendo o tempo médio de internamento correspondente a 8,95 dias. O internamento de 82 pacientes ocorreu em enfermaria, enquanto que 16 necessitaram de cuidados intensivos e 7 de cuidados intermédios. Dos 16 que estiveram internados nos cuidados intensivos 6 necessitaram de ventilação invasiva por 96 horas consecutivas ou mais, 5 necessitaram de ventilação invasiva por menos de 96 horas consecutivas e 5 não necessitaram de ventilação invasiva. Dos 7 pacientes que estiveram internados nos cuidados intermédios 3 necessitaram de ventilação invasiva por 96 horas ou mais e 4 não necessitaram de ventilação invasiva.

Tabela XI: Média do tempo de internamento

Tempo de Internamento	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	8,95	6,110	1	33

Tabela XII: Distribuição de acordo com o nível de cuidados

Nível de Cuidados	n	%
Enfermaria	82	78,1
Cuidados Intensivos	16	15,2
Cuidados Intermédios	7	6,7

Tabela XIII: Distribuição de acordo com o tipo de ventilação invasiva

	Ventilação Invasiva		
	Ventilação Invasiva por 96 horas consecutivas ou mais	Ventilação Invasiva por menos de 96 horas consecutivas	Sem Necessidade
	(n)	(n)	(n)
Cuidados intensivos	6	5	5
Cuidados intermédios	3	0	4

A patologia dentária mais encontrada foi o abscesso periapical dentário sem fístula (n=47), seguido pela cárie não especificada (n=34), depois a cárie dentária que se estende até à polpa (n=24), ainda em menor número as raízes retidas (n=9), situações de exodontia prévia (n=7) e por fim o abscesso periapical com cavidade (n=2)

Tabela XIV: Distribuição de acordo com a etiologia dentária

Etiologia Dentária	n	%
Abscesso periapical dentário sem fístula	47	44,8
Cárie não especificada	34	32,4
Cárie dentária que se estende à polpa	24	22,9
Raiz retida	9	8,6
Exodontia prévia	7	6,7
Abscesso periapical dentário com fístula	2	1,9
Outras patologias	26	24,8

Em 81 casos o tratamento dentário consistiu na exodontia do dente envolvido enquanto em 2 foi a exodontia com exteriorização de exsudado, em 1 foi o tratamento de lesões de cárie e noutro a enucleação de quisto e apicectomia.

Tabela XV: Distribuição de acordo com o tratamento dentário

Tratamento Dentário	n	%
Exodontia	81	77,1
Exodontia com exteriorização de exsudado	2	1,9
Tratamento de Cáries	1	1,0
Enucleação de quisto e apicectomia	1	1,0

Verificamos que em 69 dos casos não foi designado qual o dente causador da patologia mas que 26,7% (n=28) os molares mandibulares foram a causa desta patologia.

Tabela XVI: Distribuição de acordo com os dentes envolvidos

Dentes Envolvidos	n	%
Molares inferiores	28	26,7
Molares superiores e inferiores	4	3,8
Molares superiores	1	1,0
Outros superiores posteriores	1	1,0
Outros inferiores posteriores	1	1,0
Outros superiores posteriores e molares inferiores	1	1,0
Superiores anteriores	0	0,0
Inferiores anteriores	0	0,0
Não Discriminado	69	65,7

Discussão

Discussão

O número de casos de abscessos cervicais profundos com origem dentária encontrados no presente estudo foi de n=105 num período de três anos. Num estudo similar feito por Morioni G et al (10) num período de seis anos, o número de casos encontrados foi de n=85. Isto mostra que a prevalência de abscessos cervicais profundos de origem dentária na população estudada é maior e é sugestivo de que se a população estivesse mais sensibilizada para a importância da saúde oral, este tipo de infecções podiam ser prevenidas.

Os abscessos cervicais de origem dentária, na população estudada, tendem a afetar mais a população feminina.

No que diz respeito à idade, esta patologia tende a afetar mais a população entre a terceira e a quinta década de idade sendo a média etária de 39,64. Em estudos similares a média de idades foi: Boscolo-Rizzo P et al (13) (52 anos), Suehara AB et al (1) (37,1 anos), Lee YQ et al (15) (35,4 anos), Santos GP et al (14) (37,2 anos), Huang et al (2) (49,5 anos); e Morioni G et al (10) (47 anos). Dos estudos apresentados, só o primeiro é que exclui indivíduos com idade inferior a 18 anos, assim como o presente estudo. Contudo, a média de idades em todos os estudos é semelhante, pois é nestas idades que a população possui mais patologias sistémicas associadas e consequentemente são mais suscetíveis à infeção.

Os sinais e sintomas mais prevalentes foram o edema da face (59%), trismo (50,5%), disfagia (21,9%), odontalgia (17,1%), dispneia (2,9%) e odinofagia (1,9%). Suehara AB et al (1) no estudo que realizaram encontraram a seguinte frequência de sinais e sintomas para o edema da face (100%), trismo (33,75%), odinofagia (23,75%), disfagia (11,25%), dispneia (10%), odinofagia (3,75%). O trismo a disfagia e a dispneia são três dos cinco sinais/sintomas supracitados muito envolvidos e relacionados com este tipo de infeções. Assim sendo, o Médico Dentista tem de ser capaz de conhecer e estar alerta para diagnosticar e para poder adotar a atitude mais correta perante estes pacientes.

No nosso estudo a maioria dos pacientes não apresentava fatores de risco associados, pois grande parte da população afetada era ASA I. Contudo, pacientes com comorbilidades associadas, são mais vulneráveis e suscetíveis a um pior prognóstico.

A hipertensão revelou-se a patologia mais frequentemente encontrada (12,4%), mas a diabetes aparece logo em segundo lugar (10,5%). Estas duas patologias

sistêmicas, têm grande influência na morbidade e mortalidade dos abscessos cervicais, sendo que a diabetes pode influenciar fortemente o curso da infecção.(1;2;12-14) Deste modo, o controlo da diabetes é fundamental para uma boa evolução nos pacientes que desenvolvem abscessos cervicais. (4;7) Huang et al (2;12) mostram em ambos os estudos que existe uma forte relação entre a diabetes e a evolução da infecção.

Tal como noutros centros, na admissão do doente, é administrado empiricamente uma terapêutica antibiótica; no nosso estudo o tratamento mais utilizado foi a gentamicina associada à clindamicina e consoante o resultado do exame bacteriológico a terapia é ajustada mas antes disso e sempre que tenha indicação o doente é encaminhado para uma drenagem assistida cirurgicamente, procedimento semelhante ao encontrado por Suehara AB.et al, Huang TT.et al, Bakir S et al, Lee JK et al. (1-4) No entanto, existem estudos que preconizam um tratamento mais conservador que consiste na administração de uma terapêutica antibiótica e esperar durante 24 a 48h: se ocorrem melhorias o doente permanece sobre cobertura antibiótica e posteriormente é efetuado o tratamento odontológico; se não ocorrerem melhorias o doente é submetido a uma drenagem cirúrgica. (6;10;11;13;14).

No nosso estudo a antibioterapia mais frequentemente instituída no ato da admissão é a gentamicina e a clindamicina (70,5%), a clindamicina tem uma atividade significativa contra bactérias anaeróbias e aeróbias facultativas Gram-Positivo e Gram-negativo a gentamicina tem como principal alvo os bacilos aeróbios Gram-negativo.

Em vários estudos presentes na literatura a antibioterapia mais administrada foi amoxicilina mais ácido clavulânico (Boscolo-Rizzo P et al (13)), ampicilina/sulbactam mais metranidazol ou cefotaxima mais metronidazol (Marioni G et al (10)), cefotaxima mais metronidazol (Bottin R et al (11)), penicilina ou cefalosporinas de 3ª geração mais metranidazol ou clindamicina (Bakir S et al (3)), amoxicilina mais ácido clavulânico ou associada com metronidazol (Santos GP et al (14)), penicilina e gentamicina (Wang LF et al (7)).

Todos os estudos na sua terapêutica têm presente uma penicilina isolada ou associada a outro antibiótico. A penicilina tem um espectro de ação bastante abrangente e é muito usado no combate às infeções dentárias. A clindamicina é um eficaz antibiótico contra anaeróbios resistentes à penicilina G e para situações muito severas ou com origem dentária. A gentamicina é muito útil no combate à *Klebsiela pneumoniae*, microrganismo muito associado a estas infeções. (1;2) Wang et al (7) mostrou que a *Klebsiela pneumoniae* é o microrganismo mais comumente encontrado. No entanto, no

nosso estudo microbiológico isso não se verifica sendo o *Streptococcus anginosus* o mais frequente (12,4%). O metranidazol e as cefalosporinas de terceira geração são muito usados no combate a bactérias gram-negativas.

Tendo em conta que as infeções profundas do pescoço, estão muito associadas com o microrganismo *Klebsiela pneumoniae* e que na sua maioria são de origem dentária faz sentido optar-se por uma terapêutica mais direcionada para este tipo de infeção, onde a associação clindamicina e gentamicina parece crucial para o seu controlo e tratamento. Contudo, Wang LF et al (7) refere que a penicilina e a clindamicina são a chave do tratamento e do sucesso.

Apesar de Rega AJ et al (20) referirem que a penicilina é o antibiótico empiricamente escolhido mais eficaz nas infeções odontogénicas, onze pacientes (10,5%) quando compareceram no serviço de urgência estavam previamente medicados com amoxicilina mais ác. clavulânico não tendo sido suficiente para um bom controlo da infeção e consequentemente tiveram necessidade de recorrer às urgências. Contudo, fica a dúvida se o fármaco instituído não terá sido eficaz ou o tempo de toma não foi suficiente para surtir efeito.

Em situações mais graves durante a drenagem cirúrgica, por vezes, há necessidade de recorrer à traqueostomia ou à traqueostomia temporária, intervenções bastante invasivas, que se tornam úteis no momento em que surgem complicações durante a anestesia ou quando o doente tem grave obstrução da via aérea. (1-4;6;7;11;14;14).

Nusbaum AO et al (21) defende que na maioria dos casos de abscessos cervicais profundos uma terapia antibiótica associada a uma drenagem cirúrgica é o suficiente para a cura destas infeções e a sua recidiva é rara.

Estes pacientes necessitam de ser internados para serem vigiados de perto e o tempo médio de internamento é de 8,95 dias, sendo que 79% é internado nas enfermarias e 21,9% necessita de cuidados intensivos ou intermédios.

Em estudos presentes na literatura o tempo médio de hospitalização foi Suehara AB et al (1) (13,3 dias), Eftekharian A et al (6) (7 dias), Marioni G et al (10) (5,8 dias) Bottin R et al (11) (8,6 dias), o que se verifica que o tempo é semelhante ao encontrado no nosso estudo. O tempo de médio de hospitalização pode ser maior em casos em que existem várias patologias sistémicas associadas, assim como a diabetes. Wang LF et al (7) e Santos GP et al (14) no estudo que fizeram os pacientes portadores de diabetes mellitus permaneciam mais tempo hospitalizados.

A origem dos abscessos cervicais profundos é maioritariamente dentária, sendo que os dentes mais associados com estas infeções são os molares inferiores. A patologia dentária mais frequentemente encontrada nestas infeções, associada às peças dentárias é a infeção periapical sem fístula assim como mostram estudos similares. (6;10;13)

O tratamento dentário mais frequentemente instituído é a exodontia do dente envolvido. Marioni G et al (10) defende que a extração é obrigatória em casos de pericoronarite, evidência de periodontite e lesões de cárie muito extensas. Contudo, em lesões periapicais bem limitadas, o tratamento endodôntico deve ser considerado.

Assim, se percebe que o número médio de cirurgias a que cada doente é submetido é de 1,87. Para além de todo o tratamento cirúrgico a que o doente é submetido este é acompanhado durante todo o seu internamento, por uma cobertura antibiótica por via intravenosa ou oral, sendo que em 70,5% dos casos é administrado Gentamicina associada à Clindamicina. São também usadas outras combinações mas menos frequentemente.

Conclusão

Conclusão

Com o presente estudo podemos concluir que, na população estudada o sexo feminino é o mais afetado e é entre a terceira e a quinta década de idade que esta patologia é mais prevalente. Para que esta infecção se desenvolva verificamos que não é necessário ter algum fator de risco associado, pois grande parte da população era ASA I, no entanto os indivíduos com doenças sistémicas associadas são mais suscetíveis a desenvolver uma infecção desta natureza.

A etiologia dentária mais encontrada foi o abscesso peripial sem fístula (44,8%) e uma vez instalada uma infecção cervical de origem dentária, o seu tratamento consiste principalmente numa terapêutica antibiótica adequada e numa abordagem cirúrgica, quer ao nível da drenagem do abscesso, quer ao nível da peça dentária envolvida, que na maioria são molares inferiores. Assim, o tempo médio de internamento para cada doente é de 8,95 dias sendo que 15,2% dos pacientes necessita de cuidados intensivos.

Os resultados permitem-nos inferir que se os cuidados de saúde oral estivessem ao alcance de todos os estratos socio económicos e se a população estivesse mais sensibilizada para o quão importante é a saúde oral, estas situações de risco poderiam ser prevenidas.

Referências Bibliográficas

- (1) Suehara AB, Goncalves AJ, Alcadipani FA, Kavabata NK, Menezes MB. Deep neck infection: analysis of 80 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; 74(2):253-259.
- (2) Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck* 2004; 26(10):854-860.
- (3) Bakir S, Tanriverdi MH, Gun R, Yorgancilar AE, Yildirim M, Tekbas G et al. Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases. *Am J Otolaryngol* 2011.
- (4) Lee JK, Kim HD, Lim SC. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J* 2007; 48(1):55-62.
- (5) Potter JK, Herford AS, Ellis E, III. Tracheotomy versus endotracheal intubation for airway management in deep neck space infections. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(4):349-354.
- (6) Eftekharian A, Roozbahany NA, Vaezaafshar R, Narimani N. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266(2):273-277.
- (7) Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. *Am J Otolaryngol* 2003; 24(2):111-117.
- (8) Wolfe MM, Davis JW, Parks SN. Is surgical airway necessary for airway management in deep neck infections and Ludwig angina? *J Crit Care* 2011; 26(1):11-14.
- (9) Agarwal AK, Sethi A, Sethi D, Mrig S, Chopra S. Role of socioeconomic factors in deep neck abscess: A prospective study of 120 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45(7):553-555.
- (10) Marioni G, Rinaldi R, Staffieri C, Marchese-Ragona R, Saia G, Stramare R et al. Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006). *Acta Otolaryngol* 2008; 128(2):201-206.
- (11) Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003; 260(10):576-579.
- (12) Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, Hsu CJ, Chen YS. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *Acta Otolaryngol* 2006; 126(4):396-401.
- (13) Boscolo-Rizzo P, Stellin M, Muzzi E, Mantovani M, Fuson R, Lupato V et al. Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011.
- (14) Santos GP, Blanco PP, Morales Martin AC, Del Pozo de Dios JC, Estevez AS, Calle de la Cabanillas MI. Deep neck infection. Review of 286 cases. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011.
- (15) Lee YQ, Kanagalingam J. Bacteriology of deep neck abscesses: a retrospective review of 96 consecutive cases. *Singapore Med J* 2011; 52(5):351-355.

- (16) Ridder GJ, Maier W, Kinzer S, Teszler CB, Boedeker CC, Pfeiffer J. Descending necrotizing mediastinitis: contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Ann Surg* 2010; 251(3):528-534.
- (17) Sandner A, Borgermann J, Kosling S, Bloching MB. ["Descending necrotizing mediastinitis" due to deep neck infections. Incidence and management]. *HNO* 2006; 54(11):861-867.
- (18) Pinto A, Scaglione M, Scuderi MG, Tortora G, Daniele S, Romano L. Infections of the neck leading to descending necrotizing mediastinitis: Role of multi-detector row computed tomography. *Eur J Radiol* 2008; 65(3):389-394.
- (19) Ovassapian A, Tuncbilek M, Weitzel EK, Joshi CW. Airway management in adult patients with deep neck infections: a case series and review of the literature. *Anesth Analg* 2005; 100(2):585-589.
- (20) Kulkarni AH, Pai SD, Bhattarai B, Rao ST, Ambareesha M. Ludwig's angina and airway considerations: a case report. *Cases J* 2008; 1(1):19.
- (21) Nusbaum AO, Som PM, Rothschild MA, Shugar JM. Recurrence of a deep neck infection: a clinical indication of an underlying congenital lesion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125(12):1379-1382.