

Manejo de enfermagem na lesão por fasciite necrosante de origem odontogênica: relato de caso

Nursing management in necrotizing fasciitis injury of odontogenic origin: case report

Alessandra Dias Lemes Guerra¹, Priscilla de Souza Porto², Giovana Pereira Brasiliense³, Germano Angarani Cândido⁴, André Francisco Ramos⁵

Introdução

A Fasciite Necrosante (FN) é definida como uma infecção dos tecidos caracterizada por extensa necrose da fáscia superficial, tecido subcutâneo, músculos e pele, sendo rara e potencialmente fatal, causada por bactérias aeróbicas ou anaeróbicas (FREIRE et al, 2014), podendo ter origem tanto em lesões cutâneas diretas ou por via hematogênica (ALVAREZ, 2012). Acometendo predominantemente a fase adulta e nos indivíduos com maior risco tais como alcoolistas, tabagistas, desnutridos, diabéticos, usuários de drogas endovenosas e imunossuprimidos (SOARES, 2013).

Os locais mais comumente acometidos são a parede abdominal, as extremidades, pélvis e parede torácica, sendo menos comum na região da cabeça e pescoço (cervicofacial) (FREIRE et al, 2014). A maioria dos casos de FN cervicofacial tem origem odontogênica, envolvendo abscessos dentários, doença periodontal ou faríngea (VALLIM et al, 2016). O tratamento, muitas vezes, consiste em desbridamento cirúrgico, agressivo e precoce, além de antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico (RUI; MELO; OLIVEIRA; CARDOSO; LAGO, 2011)

Diante da acuidade da avaliação para abordagem e tratamento de feridas, surgiu a necessidade de realizar um estudo que pudesse descrever o tratamento e evolução de lesão por FN cervicofacial realizado pela equipe de enfermagem, por constituir-se um processo complexo, que depende de avaliações sistematizadas e cuidados de acordo com cada momento da evolução do processo de cicatrização.

Este artigo tem como objetivo relatar o tratamento de enfermagem de lesão ocasionada por Fasciite Necrosante de origem odontogênica, entre os meses de abril de 2017 a janeiro de 2018, a partir do Relato de Caso.

Relato de caso

Paciente S.L., 48 anos, sexo feminino, solteira, trabalhadora doméstica, usuária de crack há cinco anos, desnutrida, alcoolista e diabética tipo I sem tratamento. Compareceu ao Hospital de Urgência e Trauma de Goiânia-Goiás no dia 17 de março de 2017, queixando fratura de dente com duração de seis dias, além de dor e edema em face, disfagia e odinofagia. Evoluindo com aumento de volume progressivo em face e região cervical.

No exame físico da face e pescoço apresentava limitação de abertura bucal, edema difuso em região submandibular direita, extenso eritema difuso e tumefação endurecida que se estendia por toda região cervical anterior, dor a palpação laringea, presença de manchas enegrecidas próximas à fúrcula esternal, bordas superiores e inferiores da clavícula pouco palpáveis e queixando dor. Além de exames laboratoriais alterados, evidenciando leucocitose importante.

No exame de tomografia computadorizada de pescoço apresentava imagem sugestiva de coleção purulenta nos espaços massetérico, submandibular, sublingual invadindo espaço parafaríngeo no lado direito e toda extensão anterior do pescoço, sinais de invasão mediastinal e derrame pleural bilateral.

Foi abordada no Centro Cirúrgico pelas equipes de Cirurgia Geral e Bucomaxilofacial para drenagem de abscesso submandibular e cervical à direita, toracocentese à direita e esquerda com saída de líquido amarelo citrino, sendo removidos os possíveis focos infecciosos (dentes 34, 44 e 45), optaram por traqueostomia intra-operatória e inserção de dreno de *penrose* em ferida operatória com curativo oclusivo. O primeiro esquema de antibioticoterapia utilizado foi Ceftriaxona 2g (2x/dia) e Clindamicina 600mg (3x/dia) por 14 dias.

No dia 20 de março apresentou aumento volumétrico submandibular direito e cervica bilateral, eritema em região torácica, aspecto enegrecido sugestivo de FN em região cervical nas proximidades do dreno de *penrose*. Dia 22 de março, foi realizado desbridamento cirúrgico de tecido necrótico em região cervical lateral bilateral, cervical anterior, supraclavicular bilateral, metade superior do tórax anterior, região axilar esquerda e braço esquerdo, coleta de *swab* de fragmento de tecido. Foi realizado curativo oclusivo no Centro Cirúrgico e encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu até o dia três de abril. Após esse período foi transferida para Clínica Médica.

Discussão

O manejo de enfermagem para o tratamento de lesões ocorre por meio de ações que visam remover as barreiras que impedem a cicatrização e a avaliação criteriosa da ferida levando em consideração as evidências clínicas observadas identificando as fases cicatriciais, localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordas, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional (LIMA et al, 2012).

Os eventos que desencadeiam a cicatrização são descritos em diferentes fases (fase inflamatória, fase proliferativa e fase de maturação/remodelamento), que correspondem aos principais episódios observados em determinado período de tempo (OLIVEIRA; DIAS, 2012) e torna-se importante para o profissional que realiza o tratamento de feridas entender a fisiologia do processo cicatricial e identificar as fases na vivência prática.

No primeiro mês a ferida se encontrava na fase inflamatória, caracterizada pela presença de células do tecido endotelial e depende de inúmeros mediadores bioquímicos, células inflamatórias, como leucócitos polimorfonucleares, macrófagos e linfócitos (OLIVEIRA; DIAS, 2012).

Nessa etapa a ferida pode apresentar-se com bordas irregulares que vão se tornando definidas ao longo da fase proliferativa e exsudato exacerbado, sendo indicado produtos que realizam a absorção e o desbridamento ao mesmo tempo, proporcionando um equilíbrio para evitar maceração da margem e da pele perilesionada, portanto optamos pelo uso da placa de alginato que é uma das indicações de tratamento, da marca Baiatan® Alginato, composto por 85% de alginato e 15% de carboximetilcelulose (CMC), auxiliando no desbridamento autolítico, além disso, tem alta capacidade absorptiva resultando na formação de um gel que mantém o meio úmido para a cicatrização e induz a hemostasia (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

No segundo mês a ferida houve redução do exsudato e pequena quantidade de esfacelo e como um dos critérios para uma cicatrização ideal é a manutenção do meio úmido para evitar a migração lenta das células epiteliais e remoção de tecido desvitalizado, optamos por utilizar o hidrogel da marca SAF-gel® que tem na sua composição água, alginato de cálcio e sódio e CMC. Age amolecendo e removendo o tecido desvitalizado através de desbridamento autolítico por meio do cálcio e sódio. A água mantém o meio úmido, a CMC facilita a reidratação celular e o desbridamento. É indicado para com moderada ou baixa exsudação, remoção das crostas, fibrinas,

tipos de lesões e dependendo da localização pode gerar limitação de movimento quando atinge articulações (SILVA et al, 2014). Na nossa paciente o cordão cicatricial hipertrófico localizava-se na região cervicoaxilar. Para correção desse acometimento, foi indicada a técnica cirúrgica Zetaplastia amplamente utilizada para liberação de brida cicatricial e enxerto com expansão de pele. Após esse procedimento cirúrgico e cicatrização dos pontos de enxertia e ferida operatória, a paciente apresentou ganho na amplitude de movimento e maior conforto, recebendo alta do ambulatório.

Referências bibliográficas

- ALVAREZ, G.S., SIQUEIRA, E.J., OLIVEIRA, M.P.de. & MARTINS, P.D.E. 2012. Fasceíte necrotizante após aplicação de injeção intramuscular. *Rev Bras Cir Plást* 27:651-4.
- FRANCO, D. & GONÇALVES, L.F. 2008. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Rev Col Bras Cir* 35:623-6.
- FREIRE, F.F.P., et al. 2014. Fasceíte Necrotizante Facial Causada por Infecção Odontogênica. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 14:43-48.
- LIMA, R.O.L., et al. 2012. Cicatrização de feridas cutâneas e métodos de avaliação. Revisão de literatura. *Rev CFMV* 56:53-59.
- MINATEL, D.G., et al. 2010. Estudo clínico para validação da eficácia de pomada contendo barbatimão (*Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Coville)* na cicatrização de úlceras de decúbito. *Cog Enferm* 67:250-6.
- OLIVEIRA, I.V.P.M. & DIAS, R.V.C. 2012. Cicatrização de feridas: fases e fatores de influência. *Acta Vet Bras* 6:267-271.
- RUI, M.J., MELO, A.R., OLIVEIRA, H.F., CARDOSO, S.M. & LAGO, C.A. 2011. Cervical-thoracic facial necrotizing fasciitis of odontogenic origin. *Braz J Otorhinolaryngol* 77:805.
- SILVA, L.A., et al. 2014. Avaliação epidemiológica dos pacientes com sequelas de queimaduras atendidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras* 13:16.
- VALLIM, P.C., GERALDO, A.H.P.S.C., NETO, L.S.C., JUNIOR & W.P. 2016. Fasciíte necrosante em região cervicofacial: relato de caso. *Rev. Odontol Univ Cid* 28:143-7.