



RELATO DE CASO

Osteomielite odontogênica de osso maxilar em paciente de 2 anos e 11 meses. A propósito de um caso.

Odontogenic osteomyelitis of the maxillary bone

Sebastião D. Pinheiro¹ e Luiz D. Filho²

Resumo

Os autores apresentam um caso de paciente de 2 anos e 11 meses de idade, masculino, pardo, portador de osteomielite supurativa crônica focal de osso maxilar, diagnosticado pelo exame clínico-cirúrgico e confirmado pelo exame histopatológico. Sua provável origem dentária é comentada, como também a sua terapêutica e evolução.

J. Pediatr. (Rio). 1994; 70(3):175-177: osteomielite, osteomielite odontogênica, sinusite.

Introdução

Os sintomas relacionados ao trato respiratório superior são os que, com maior frequência, perturbam as crianças, sendo tratados, na maioria das vezes, sem uma determinação etiológica precisa.

Uma das complicações frequentes, sobretudo nas infecções virais e rinites alérgicas, é a sinusite¹. A sua etiologia consiste principalmente de bactérias GRAM + (*Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*) e GRAM - (*haemophilus influenzae*)^{2,3}. Dependendo da localização dos seios afetados, a sinusite poderá complicar com meningite^{3,4}, trombose do seio cavernoso^{2,5}, celulite, da criocistite² e osteomielite⁴, ou ser originada de infecção dentária, caso particular dos seios maxilares².

A osteomielite é uma infecção do espaço medular ósseo, que frequentemente envolve o córtex e o periósteo, não se restringindo somente ao espaço endosteal. Pode ser causada por traumas, dissecação hematogênica, como resultante de sinusites crônicas, ou como contiguidade de infecções de tecidos moles^{4,6}.

A osteomielite que acomete esqueleto facial é uma séria e debilitante doença, não existindo sexo ou idade predileta para que se instale⁶.

Abstract

The authors present the case of a two-year and eleven month old boy with gray skin who had chronic focal suppurative osteomyelitis diagnosed by clinical, surgical and histopathological examination.

Its probable dental origin is commented as well as its therapeutics and evolution.

J. Pediatr. (Rio). 1994; 70(3):175-177: osteomyelitis, odontogenic osteomyelitis, sinusitis.

Neste trabalho, procuramos mostrar a associação de infecção sinusal maxilar crônica e má preservação dentária com o quadro de osteomielite focal localizada no osso maxilar.

Relatos do caso

F.A.M.S., 2a1 1m, masculino, pardo, procedente de Guaiuba-CE.

Refere a mãe que desde 4m de idade a criança passou a apresentar rinorréia purulenta fétida em ambas as fossas nasais, de início relacionada com estado gripal e, posteriormente, sem nenhuma relação com quadros virais. Com o passar do tempo, a rinorréia tornou-se constante pela narina direita.

No decorrer desse quadro, apresentou abscesso purulento na projeção do seio maxilar direito, tendo sido feita drenagem cirúrgica pelo canto interno da órbita.

A criança fez uso de medicação parenteral, por ocasião de vários internamentos, não obtendo, contudo, resolução clínica definitiva, com persistência da drenagem nasal direita. Nesse mesmo período, surgiu também otorréia purulenta e fétida à esquerda.

Com esse quadro, procurou o serviço de ORL do HUWC da UFC para elucidação diagnóstica.

Ao exame físico, o paciente encontrava-se eufêmico, afebril, hipocorado (+/4+), normotrófico, exibindo edema de região nasomalar direita, pouco doloroso à palpação e com presença de pus na fossa nasal correspondente. Também visualizou-se pequena cicatriz no canto interno do olho direito.

1. Prof. Adjunto de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Ceará.

2. Médico Residente do terceiro ano de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Ceará.

Exame Otorrinolaringológico:

Boca - dentes em péssimo estado de conservação. Halitose;

Orofaringe - normal;

Rinoscopia Direita - secreção purulenta. Concha inferior hipertrófica;

Esquerda - normal;

Otoscopia direita - normal;

Esquerda - otorréia catarral amarelo-esverdeada. Após aspiração, visualizou-se pequena perfuração central de membrana timpânica;

Exames complementares

Coagulograma completo - tempo de sangria: 3 min e 15 seg; retração do coágulo: total; plaquetas: 400.000/mm³, aumentadas à avaliação em esfregaço; tempo de protrombina: 13 seg (75% paciente)/12 seg (100% controle); tempo parcial de tromboplastina ativada: 34 seg (paciente)/30 seg (controle).

Hemograma completo - 4,2 milhões/mm³; Ht: 38% e Hb: 11,6g%, anisocitose e anisocromia; leucócitos: 11.700/mm³, bast. 02, seg. 58, eos. 00, bas. 00, linf. 35, mon. 05, granulações específicas grossas em 10% e raros linfócitos com atipias.

O paciente foi então encaminhado para exploração cirúrgica desta região. Feita a exploração das fossas nasais e do seio maxilar direito, pela técnica de Degloving médio-facial, foi observada a destruição da parede anterior do seio maxilar, com presença de seqüestro em nível dos dentes molares superiores, mantendo comunicação com o assoalho do seio. Foi realizada turbinectomia inferior direita com ampla contra abertura na parede lateral dessa fossa nasal. Foi averiguado processo osteomielítico nas células etmoidais anteriores direitas, sendo estas manuseadas com o auxílio do microscópio cirúrgico.

Como os dentes foram uma importante fonte de infecção, optou-se pela exérese dos molares superiores direitos, que entravam em contato com o seio, juntamente com os seus respectivos germes dentários. Foi colhido material para estudo histopatológico que revelou: "secções de tecido fibroso repletos de células da inflamação crônica, associadas a trabéculas ósseas que apresentam fibrose intertrabecular e raras células da inflamação. Conclusão: quadro histológico de osteomielite crônica focal".

A mucosa do sulco gengivolabial e a do palato duro foram dissecadas e suturadas com fio VICRYL 4-0, sendo a hemostasia feita com tampões de gaze vaselinada e furacinada com colocação de dreno PENROSE 10 na cavidade nasal.

No pós-operatório imediato, apresentou febre de 38,5°C, que cedeu com medicação antitérmica e não mais retornou. Foi realizada antibioticoterapia com Penicilina Cristalina 700.000ui EV, de 4/4h, por 7 dias e continuada com medicação "per os" (Fenoximetilpenicilina), de 6/6h, por mais 15 dias, em regime domiciliar. A medicação otológica prescrita foram gotas auriculares à base de cloranfenicol e dexametasona, 3

gts, 3x/d, no ouvido esquerdo.

Retornou, após 2 meses, sem queixas sinusais ou otológicas. Não havia deiscência da sutura do sulco gengivolabial, nem secreções nasais. A perfuração da membrana timpânica esquerda não mais existia.

Discussão

As infecções de vias aéreas superiores (IVAS) são os quadros clínicos mais comuns que levam as crianças a procurarem os consultórios médicos. Aproximadamente 5-10% cursam com quadro de sinusite aguda⁷. Para uma interpretação topográfica correta das patologias sinusais é necessário que saibamos a ordem cronológica do surgimento destas cavidades. Os primeiros seios a se formarem são os maxilares e os etmoidais, que surgem por volta do terceiro ou quarto mês gestacional, e, embora muito pequenos, estão presentes ao nascimento. O seio frontal desenvolve-se a partir de uma célula etmoidal anterior e encontra-se em sua posição, acima da ponte orbital, por volta do quinto ou sexto ano de vida, não completando o seu desenvolvimento até a adolescência. O seio esfenoidal, que fica imediatamente anterior à fossa pituitária na base do crânio, é o último a se desenvolver e só se infecta em casos de pansinusite⁷.

O desenvolvimento dentário da criança também é um importante fator para a análise do caso. Inicia-se por volta dos 6m de idade, com o afloramento dos incisivos centrais inferiores, e completa-se entre os 20-30m, com o nascimento dos caninos e segundos molares, perfazendo um total de 20 dentes, chamados de primeira dentição ou "dentes-de-leite". Já a segunda dentição inicia-se por volta dos 6-7 anos de idade. Tem como patologia principal as cáries (perfurações ao nível do esmalte dentário) que podem comprometer a integridade nervosa dos dentes e tornarem-se uma importante fonte de infecção. As causas mais comuns são a má higiene bucal, carência de flúor na água potável, contato prolongado da coroa dentária com o açúcar refinado e doenças crônicas debilitantes⁸.

A osteomielite aguda do maxilar superior no lactente foi considerada durante muito tempo como sinusite maxilar aguda. Surge por ocasião das erupções dentárias, ou como complicação de febres eruptivas como rinorréia, obstrução nasal, tuMefação inflamatória da região geniana, com tendência a fistulação do processo osteomielítico ao nível do canto interno da órbita, e sulco gengivolabial, com subsequente formação de seqüestro ósseo⁴.

A osteomielite supurativa crônica maxilofacial pode ou não se desenvolver como conseqüência de uma fase aguda. Os sinais e sintomas de ambas são similares (dor severa, aumento da temperatura corporal, ingurgitamento de linfonodos regionais e leucocitose), mas na fase crônica existe usualmente menos dor, menos febre e discreta leucocitose. Retardo no diagnóstico, antibioticoterapia inapropriada ou terapêutica cirúrgica inadequada são os fatores que predis põem a cronificação do quadro⁶.

O acometimento osteomielítico da maxila é menos fre-

qüente dentre os processos ósteo-inflamatórios dos ossos da face, sendo sempre localizado e circunscrito⁹.

Os principais agentes causadores são o *Staphylococcus aureus* (40-8% dos casos), *Staphylococcus epidermidis*, *streptococcus*, GRAM - e anaeróbios^{6,9}.

O caso descrito iniciou suas queixas no período lactente da vida, antes do afloramento dentário (4º mês), como provável complicação de infecção de vias aéreas superiores (IVAS). As repetidas infecções mantiveram o quadro infeccioso purulento, culminando com a formação de abscesso na projeção do seio maxilar.

Juntem-se a isto o deterioramento dentário, o retardo no diagnóstico definitivo, a terapêutica inconclusiva e a relação anatômica dos dentes molares superiores com o assoalho do seio maxilar, que propiciaram o desenvolvimento de um quadro infeccioso osteomielítico supurativo crônico focal, exteriorizando-se com edema de região geniana, fistulação pelo canto interno da órbita correspondente e formação de sequestro ósseo. As circunstâncias sócio-econômicas e culturais do doente favoreciam uma dentição primária em péssimas condições, o que é, sem dúvidas, um aporte infeccioso importante e mantenedor para doenças locais como sinusite de seio maxilar e osteomielite maxilofacial. Apresentava também dor local de fraca intensidade, sem picos febris diários, rinorréia nasal direita constante e um leucograma com discreta leucocitose ($11.700/\text{mm}^3$), favorecendo o diagnóstico de um quadro de infecção crônica.

A antibioticoterapia parenteral com penicilina cristalina foi realizada contra os germes anaeróbicos e GRAM + sensíveis da cavidade bucal¹⁰, que se encontravam nesta região em virtude da relação anatomopatológica existente. A terapêutica cirúrgica proporcionou a retirada da fonte de infecção e uma ampla via de drenagem do seio.

Os resultados dos exames clínico-cirúrgico e histopatológico confirmaram o diagnóstico de osteomielite supurativa crônica focal de osso maxilar. A provável origem odontogênica é sugerida pelo achado cirúrgico de sequestro ósseo ao nível da implantação deteriorados dentes molares e de sua comunicação com o assoalho maxilar.

Referências bibliográficas

1. Oliveira AA, Sole D. Rinites e sinusites na infância. *Pediatria Moderna* 1993; 29:477-488.
2. Wilson R, Montgomery W. Infecciones y granulomas de las vias aereas nasales y seños paranasales. In: Paparella M.M., Shumrick D.A. *Otorrinolaringologia: cabeza y cuello*. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1987:1957-1968.
3. Hungria H. Sinusites agudas e crônicas. Correlações sistêmicas das sinusites. In: *Otorrinolaringologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984: 37-51.
4. Hungria H. Complicações das sinusites. In: *Otorrinolaringologia* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984:49-51.
5. Ogundiya DA, Keith A, Mirowski J. Cavernous sinus thrombosis and blindness as complications of an odontogenic infection. *J Oral Maxillofac. Surg* 1989; 47: 1317-1321.
6. Dalton M, Hoffman A. Infection of facial bones. *J Otolaryngol* 1990; 19:214-221.
7. Wald ER. Sinusitis in children. *NEng J Med* 1992; 326:319-323.
8. Pernetta C. Boca e faringe. In: *Semilogia Pediátrica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980: 111-127.
9. Nobrega PF. Osteomielite dos ossos da face: tratamento cirúrgico com implantação de cadeias de gentamicina- PMMA. *Rev Bras Cir*, 1987; 77:33-37.
10. Burnett G W, Scherp HW, Schuster GS. *Microbiologia oral e doenças infecciosas*. 4ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1978:214-253.