



FASCEÍTE NECROSANTE DE ORIGEM ODONTOGÊNICA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDA: RELATO DE CASO

Nathaly Alves de Oliveira^I; Vittorio Hugo Oliveira^{II}; Matheus Vilas Boas^{III} Arthur dos Santos Menezes^{III}; Jonas César Ribeiro Pageú^{IV}; Rodrigo Andrade Lima^V



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n1p373-384>

Artigo recebido em 3 de Dezembro e publicado em 13 de Janeiro de 2026

ESTUDO DE CASO

RESUMO

A fascíte necrosante é uma infecção bacteriana grave, de rápida progressão, que atinge os tecidos moles e pode levar à falência de múltiplos órgãos e morte, se não tratada precocemente. Este artigo apresenta o relato de um caso clínico de fascíte necrosante de origem odontogênica, acometendo a região submandibular de uma paciente imunocomprometida, portadora do vírus HIV e em situação de vulnerabilidade social. O caso evidencia a importância do diagnóstico precoce, da intervenção cirúrgica agressiva e do suporte clínico multiprofissional para minimizar a morbimortalidade. Ressalta-se ainda que fatores como imunossupressão, higiene bucal inadequada e ausência de cuidados médicos são determinantes para a gravidade do quadro.

Palavras-chave: Fascíte necrosante. Infecção odontogênica. Desbridamento cirúrgico. HIV. Urgência médica.



NECROTIZING FASCIITIS OF ODONTOGENIC ORIGIN IN AN IMMUNOSUPPRESSED PATIENT: A CASE REPORT.

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis is a serious, rapidly progressing bacterial infection that affects soft tissues and can lead to multiple organ failure and death if not treated early. This article presents a clinical case report of odontogenic necrotizing fasciitis affecting the submandibular region of an immunocompromised patient, HIV-positive and in a situation of social vulnerability. The case highlights the importance of early diagnosis, aggressive surgical intervention, and multidisciplinary clinical support to minimize morbidity and mortality. It is also emphasized that factors such as immunosuppression, inadequate oral hygiene, and lack of medical care are determinants of the severity of the condition.

Keywords: Necrotizing fasciitis. Odontogenic infection. Surgical debridement. HIV. Medical emergency.

Instituição afiliada – I Interna de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA / Hospital Santo Antônio.
II Interno de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA / Hospital Santo Antônio.
III Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA / Hospital Santo Antônio.
IV Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
V Preceptor do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral do Estado (HGE).

Autor correspondente: Nathaly Alves de Oliveira; alvesnathaly769@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A fasceíte necrosante representa uma infecção bacteriana grave e de evolução acelerada, que compromete os tecidos moles e pode levar à destruição extensa da fáscia superficial e das camadas dérmicas adjacentes. Apesar de sua ocorrência ser considerada rara, há registros relevantes associados a infecções de origem odontogênica, especialmente em pacientes imunossuprimidos, o que constitui um fator de risco significativo. A propagação veloz dessa infecção para estruturas anatômicas vizinhas pode ocasionar destruição tecidual acentuada, mediastinite, falência orgânica múltipla ou mesmo óbito, destacando a necessidade de diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica imediata (BA-SHAMMAKH *et al.*, 2023).

O reconhecimento da fasceíte necrosante remonta a séculos atrás, sendo o primeiro caso descrito por Hipócrates, no século V a.C. Entretanto, foi durante a Guerra Civil Americana que o cirurgião militar Joseph Jones caracterizou a doença com base em critérios clínicos modernos, referindo-se a ela como causada por bactérias "carnívoras", até então conhecida como gangrena hospitalar (QUIRCK, 1996). Desde então, inúmeros estudos têm sido conduzidos com o objetivo de compreender melhor a fisiopatologia e a etiologia dessa enfermidade.

A doença tem início geralmente por um evento angiotrombótico, seguido por invasão bacteriana e rápida disseminação ao longo das fâscias, cuja característica avascular favorece a progressão da infecção para os tecidos adjacentes. A expansão por via hematogênica pode levar à falência orgânica, choque séptico e, em casos com fatores de risco elevados, taxas de letalidade que podem atingir até 45% (RAJAN, 2012). Os sinais e sintomas mais comuns incluem edema, eritema e dor localizada, evoluindo rapidamente para toxemia e febre alta. Independentemente da via fisiopatológica, as fâscias tendem a ser os primeiros tecidos acometidos pela necrose, em razão de sua reduzida vascularização (GRILLO, 2022).

Durante o atendimento no pronto socorro, as infecções de tecidos moles podem ocorrer e são extremamente comuns, porém, na grande maioria das vezes, a drenagem



com a utilização de anestesia local e a utilização de antibioticoterapia via oral é a escolha principal, não sendo necessário um período de internação para realizá-lo (STEVENS, 2020).

Entretanto, nem todas as infecções conseguem ser drenadas em âmbito ambulatorial, seja pelo seu alto nível de complexidade ou pelo seu grau de progressão, sendo necessário uma abordagem mais invasiva e um período de observação para melhor resolução do caso, além disso, a resistência bacteriana, o comprometimento imunológico, os distúrbios metabólicos não tratados e a higiene bucal inadequada podem agravar ainda mais os casos (DAMISA, 2021). Um exemplo desse tipo de infecção é a fasciíte necrosante que é descrita na literatura como uma infecção potencialmente letal do tecido subcutâneo e da fáscia subjacente. Usualmente, é decorrente da invasão de bactérias produtoras de colagenases e hialuronidases (*Streptococcus* e *Staphylococcus*, com ênfase no *Streptococcus pyogenes*) que provocam necrose liquefativa dos tecidos moles, da pele e do subcutâneo (SCHURR, 2009; FERNANDO, 2019).

Este artigo tem como objetivo relatar um caso de fasciíte necrotizante na região bucal/submandibular, de origem odontogênica em paciente imunossuprimida em situação de vulnerabilidade social, descrever a evolução e abordagem cirúrgica da infecção, ressaltando a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, foi admitida no Hospital de emergência do Estado da Bahia com queixa de aumento de volume extra oral em região submandibular esquerda, com evolução de aproximadamente um mês e agravamento progressivo nos últimos sete dias, associado as unidades dentárias posteriores inferiores esquerdas. Referia dor local intensa, disfonia, disfagia e limitação da abertura bucal. Durante a anamnese, relatou ser portadora do vírus HIV, sem acompanhamento médico nem tratamento antirretroviral em curso. Informou, ainda, viver em situação de rua, fazendo uso constante de substâncias psicoativas, com higiene bucal precária e ausência de cuidados odontológicos regulares.

Ao exame físico realizado pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), observou-se aumento de volume em região submandibular esquerda, com superfície necrótica enegrecida superficial visível, além de trismo severo, que dificultava significativamente a abertura bucal e higiene oral insatisfatória. Esses achados clínicos foram compatíveis com abscesso de origem odontogênica evoluído para fasciíte necrosante dos tecidos cervicofaciais adjacentes.



Figura 01: Imagens pré-operatórias extra-orais.

Como forma de tratamento, optou-se por intervenção cirúrgica imediata pela equipe de CTBMF, sob anestesia geral, complementada por anestesia local com lidocaína 2% e epinefrina 1:100.000. Procedeu-se à incisão na região submandibular esquerda, seguida de drenagem do abscesso e desbridamento cirúrgico, com divulsão cuidadosa e exploração cirúrgica da ferida até a remoção completa do tecido necrótico.



Figura 02: Anestesia local com lidocaína 2% e epinefrina 1:100 000; drenagem

do abscesso após incisão; exploração da ferida e remoção de tecido necrótico.

Durante o pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com um defeito tecidual extenso em face, decorrente da necrose tecidual. Como alternativa, foi utilizado curativo hidrocoloide, com o objetivo de favorecer o processo de cicatrização por segunda intenção.



Figura 03: Pós operatório imediato após exploração cirúrgica; Curativo hidrocolóide; Pós operatório de 15 dias.

Foi iniciado antibioticoterapia intravenosa com clindamicina e cefalexina, mantido durante a internação. A paciente permaneceu sob cuidados na enfermaria, com suporte clínico multiprofissional, incluindo acompanhamento diário pela equipe de CTBMF. Foi encaminhada para início de terapia antirretroviral em parceria com o serviço de infectologia, e avaliada pela equipe de cirurgia plástica para planejamento de reconstrução do defeito facial. Devido a situação de vulnerabilidade social da paciente e uso rotineiro de substâncias psicoativas (o que não é permitido o uso dentro das mediações hospitalares), a mesma evadiu do hospital não dando continuidade ao tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fascíte necrosante (FN) é uma condição infecciosa rara, de evolução rápida e frequentemente letal, que demanda diagnóstico inicial rápido e tratamento agressivo. Seu curso clínico, especialmente em indivíduos imunocomprometidos, como pacientes HIV-positivos, eleva as taxas de morbimortalidade, que podem ultrapassar 40% mesmo



com tratamento adequado (Moskowitz *et al.*, 2018; Amorim *et al.*, 2020; Lima Júnior *et al.*, 2020). A etiologia é polimicrobiana, sendo predominante a presença de *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*, associando-se também a bacilos Gram-negativos e anaeróbios estritos (Suehara *et al.*, 2008; Weiss *et al.*, 2011).

Fasciíte necrotizante atingindo a face se mostra um quadro delicado, pois majoritariamente, o tratamento cirúrgico não pode ser agressivo, pela proximidade de estruturas vitais, como artérias, veias e nervos, além da possibilidade da formação de um defeito estético. Além disso, algumas outras complicações mais graves decorrentes de fasciíte necrotizante de face são trombose de veia jugular, obstrução de vias aéreas, pneumonia, acometimento de sistema nervoso central e progressão para mediastino, esta última cursando com mortalidade superior a 50% (HENRY, 2018).

A decisão de permitir a cicatrização por segunda intenção da ferida cirúrgica neste caso tem respaldo na literatura, que recomenda manter a ferida aberta até que seja feita toda a remoção do tecido necrótico e não haja sinais de infecção ativa. Essa abordagem tem como objetivo o controle local da infecção, evita o acúmulo de secreções e permitindo reintervenções caso necessário (Sarani *et al.*, 2009; Amorim *et al.*, 2020; Lima Júnior *et al.*, 2020). Em revisão sistemática realizado por Sarani *et al.* (2009), o fechamento precoce esteve associado a um maior risco de recidiva infecciosa, consequentemente com aumento da mortalidade, sendo preferível o fechamento tardio com enxertos, retalhos ou por meio da cicatrização espontânea após estabilização clínica.

Quanto a escolha do curativo, a seleção do hidrocloide foi apropriada para promover um ambiente úmido que fosse favorecer a cicatrização por granulação e, subsequente, reepitelização, além de ter efeito analgésico e melhora do desconforto local. A literatura sugere também alternativas eficazes, como curativos com sulfadiazina de prata, que oferece efeito bactericida direto sobre a membrana bacteriana, propiciando um controle maior da microbiota (Franco & Gonçalves, 2008; Amorim *et al.*, 2020), e o vacuum-assisted closure (VAC), o qual vem sendo estudado uma melhora significativa na vascularização local e redução no tempo de cicatrização em casos graves de FN cervical (Ba-Shammakh *et al.*, 2023).

Devido à gravidade do quadro clínico apresentado, optou-se pela instituição imediata de antibioticoterapia empírica, uma vez que o estado sistêmico da paciente não permitia



aguardar o resultado da cultura microbiológica. Essa conduta foi considerada essencial para conter a rápida progressão infecciosa nos espaços faciais e cervicais, regiões cuja disseminação pode evoluir para comprometimento respiratório e risco iminente de óbito. A decisão terapêutica também levou em conta fatores agravantes, como a condição de vulnerabilidade social e o estado de imunossupressão da paciente, que aumentavam substancialmente sua suscetibilidade a complicações sistêmicas graves. O esquema inicial baseou-se na administração de clindamicina associada à cefalexina, antibióticos de amplo espectro que proporcionam cobertura efetiva contra cocos Gram-positivos e microrganismos anaeróbios. A escolha da clindamicina deve-se à sua comprovada eficácia na inibição da síntese de proteínas bacterianas e, conseqüentemente, na redução da produção de exotoxinas — um mecanismo particularmente relevante nos casos de fascíte necrosante causada por *Streptococcus pyogenes* (Fernando *et al.*, 2019; Lima Júnior *et al.*, 2020).

Diversas revisões sistemáticas recomendam como protocolo de primeira linha a associação de penicilina G, clindamicina e um agente ativo contra bactérias Gram-negativas, como ceftazidima ou carbapenêmicos, visando uma cobertura antimicrobiana mais abrangente e eficaz (Puvanendran *et al.*, 2009; Amorim *et al.*, 2020). Embora o esquema empregado neste caso tenha se mostrado adequado diante da urgência e das condições clínicas iniciais, a antibioticoterapia ideal deve sempre ser ajustada conforme os resultados microbiológicos e o perfil de sensibilidade bacteriana. Após o procedimento cirúrgico de drenagem e desbridamento, foi coletado material para cultura. Contudo, a paciente evadiu-se do ambiente hospitalar devido à sua condição de dependência química, impossibilitando o acompanhamento clínico e o ajuste terapêutico subsequente. Em pacientes imunocomprometidos, ressalta-se a necessidade de incluir cobertura específica para anaeróbios, como o metronidazol, além da monitorização rigorosa da resposta clínica e da adaptação do regime antimicrobiano conforme os resultados de cultura e antibiograma.

O contexto socioeconômico da paciente, marcado por vulnerabilidade social, ausência de moradia fixa e falta de acesso a cuidados médicos contínuos, é um fator determinante na piora do quadro clínico. Estudos mostram que indivíduos em situação de rua apresentam um risco maior para infecções graves, além do atraso nos



diagnósticos e menor adesão ao tratamento, o que acaba gerando um aumento no risco de complicações e evasão hospitalar (Koch *et al.*, 2015; Gawaziuk *et al.*, 2018). Além disso, a má nutrição e a higiene bucal precária – comumente presentes nesse grupo – são fatores predisponentes para infecções odontogênicas que podem acabar evoluindo para quadros como a FN (Grillo *et al.*, 2022; Lima Júnior *et al.*, 2020).

O manejo da fasceíte necrosante deve ser realizado de forma multidisciplinar, envolvendo cirurgia precoce e invasiva, antibioticoterapia adequada, suporte clínico intensivo, acompanhamento psicossocial e estratégias voltadas à adesão ao tratamento, especialmente em populações vulneráveis. A antibioticoterapia deve, sempre que possível, ser guiada por cultura microbiológica; contudo, em situações emergenciais nas quais o paciente já se apresenta em estado grave, torna-se indispensável o início imediato de uma antibioticoterapia empírica. Mesmo nesses casos, a coleta de material para cultura não deve ser negligenciada, uma vez que a identificação precisa da microbiota é essencial para direcionar o tratamento e prevenir a persistência ou recorrência da infecção. A integração entre os serviços de infectologia, cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilofacial e serviço social é indispensável para promover a recuperação clínica e favorecer a reinserção social dos pacientes acometidos. (Sarani *et al.*, 2009; Amorim *et al.*, 2020; Lima Júnior *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infecções orais, ainda que pouco frequentes, podem evoluir para quadros graves e potencialmente fatais, como a fasceíte necrosante — uma condição de rápida progressão, especialmente na presença de fatores predisponentes. A abordagem eficaz requer diagnóstico imediato, antibioticoterapia de amplo espectro e intervenção cirúrgica precoce, visto que a remoção da causa é determinante para o controle da infecção.

Nos pacientes em situação de vulnerabilidade social, a intervenção deve ser ainda mais ágil, considerando o risco aumentado de descontinuidade do tratamento e dificuldades



no acesso a cuidados de saúde, fatores que podem agravar o quadro clínico e comprometer o prognóstico. Assim, o manejo oportuno e integrado, aliado à sensibilização da equipe multiprofissional, é essencial para reduzir a morbimortalidade, favorecer a recuperação funcional e garantir uma reabilitação mais efetiva e humanizada.

REFERÊNCIAS

Amorim KS, Dantas ACGC, Nascimento AMS, Dellovo AG, Albuquerque-Júnior RLC, Souza LMA: Fascíte necrotizante em região cérvico-facial de origem odontogênica: Relato de caso. *Rev CES Odont.* 2020; 33(1): 30–36.

BA-SHAMMAKH, A. S. et al. Vacuum-Assisted Closure Therapy: A Lifesaver in a Case of Neck Necrotizing Fasciitis. *Cureus.* 2023 Aug 28;15(8):e44291. doi: 10.7759/cureus.44291. PMID: 37779734; PMCID: PMC10535721.

Damisa J., Ahmed S., Harrison S.: Necrotising fasciitis: a narrative review of the literature. *Br J Hosp Med (Lond).*, 2021; 82(4): 1–9.

Fernando S.M., Tran A., Cheng W. et al.: Necrotizing Soft Tissue Infection: Diagnostic Accuracy of Physical Examination, Imaging, and LRINEC Score: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Surg.*, 2019.

Franco D, Gonçalves LF: Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Rev Bras Enferm.* 2008; 35(3): 203–206.

Gawaziuk JP, Strazar R., Cristall N., Logsetty S.: Fatores que predizem a qualidade de vida relacionada à saúde após fascite necrosante. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.*, 2018; 71(6): 857–862.

Grillo R, Borba AM, Brozski M, Moreira SB, da Silva YS, da Graça Naclério-Homem M. Evolution of the treatment of severe odontogenic infections over 50 years: A comprehensive review. *J*



Taibah Univ Med Sci. 2022 Sep 15;18(2):225–233.

Koch C., Hecker A., Grau V. et al.: Imunoglobulina intravenosa na fascíte necrosante – Relato de caso e revisão da literatura recente. Ann Med Surg (Londres)., 2015.

Lima Júnior MO, França AJB, Pereira VBS, Soares CF, Aguiar LD, Valente ROH: Fascíte necrotizante cervical: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco–Maxilo–Fac. 2020; 20(3): 44–47.

Moskowitz E, Schroepfel T. Fascíte necrosante após ferimento abdominal por arma de fogo. Trauma Surg Acute Care Open . 2018.

Quirk WF Jr, Sternbach G.: Joseph Jones: infecção por bactérias carnívoras. J Emerg Med., 1996; 14(6): 747–753.

Rajan S.: Infecções de pele e tecidos moles: classificação e tratamento de um espectro. Cleve Clin J Med., 2012.

Ray–Zack MD, Hernandez MC, Younis M. et al.: Validação da classificação de cirurgia geral de emergência da Associação Americana de Cirurgia do Trauma para infecção de pele e tecidos moles. J Trauma Acute Care Surg., 2018; 84(6): 939–945.

Sarani B, Strong M, Pascual J, Schwab CW. Necrotizing fasciitis: current concepts and review of the literature. J Am Coll Surg. 2009.

Schurr C, Burghartz M, Miethke T, Kesting M, Hoang N, Staudenmaier R. Management of facial necrotizing fasciitis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009.

Stevens DL, Baddour LM. Necrotizing soft tissue infections. UpToDate. 2020.