

FLEGMONUL SUBMANDIBULAR ȘI LATEROCERVICAL CA URMARE A UNEI PATOLOGII PERIAPICALE

M. I. FAGEȚAN¹, IRINA IVAN²

¹Cabinet Stomatologic Octavian Oprean, ²Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Cuvinte cheie: flegmon, drenaj, chirurgie, antibioterapie, radiografie

Rezumat: Flegmonul este o supurație difuză cu caracter extensiv, în care nu există o colecție supurată. Se caracterizează prin tromboză vasculară, necroză extinsă și prezența bulelor gazoase. Țesuturile siderate sunt infiltrate cu o serozitate sangvinolentă, rareori sangvinopurulentă, foarte fetidă adesea conținând gaze, din cauza germeilor anaerobi. Din punct de vedere bacteriologic, flegmoanele conțin o floră nespecifică, dar extrem de polimorfă. Autorii americani numesc aceste forme clinice de infecții extrem de severe cu termenii de "celulită", "celulită acută" sau "celulită malignă", fapt ce poate produce confuzii cu termenul de "celulită", noi desemnând până în prezent inflamația de tip seros, care poate fi reversibilă. Starea generală este marcată de prezența sindromului toxico-septic.

Keywords: phlegmon, drain, surgery, antibiotherapy, radiography

Abstract: The phlegmon is a diffused suppuration with an extensive character, with no suppurated collection. It is characterized by vascular thrombosis, extended necrosis and the presence of gaseous blisters. The siderite tissue is infiltrated with sanguinolent serosity, rarely purulent, very fetid that often contains gas, due to the anaerobe germs. From a bacterial point of view, the phlegmon contains an unspecific flora, but is extremely polymorph. The American authors define these clinical forms of infection that are extremely severe, by the terms: "cellulites", acute cellulites or "malignant cellulites", which can be confused with the term "cellulites", a term we use to define a serosity inflammation that can be reversible. The general condition is marked by the presence of the toxic-septic syndrome.

INTRODUCERE

Flegmoanele se caracterizează prin evoluția progresivă, prin gravitatea fenomenelor generale, mai ales toxico-septice, cu discordanța marcată între puls și temperatură, și leziuni organice la distanță. Din punct de vedere etiopatogenic, flegmoanele recunosc aceleași cauze loco-regionale ca și abcese, dar în determinarea apariției acestei forme de supurație intervin: slaba rezistență a terenului cu deficiențe organice anterioare, bolile cașectizante, terapia cu imunosupresoare, surmenajul sau un tratament cu antibiotice condus incorect. Gravitatea deosebită și evoluția rapidă a proceselor septic difuze flegmoase impun un tratament energetic și cât mai precoce, prin asocierea tratamentului chirurgical cu cel medicamentos, de susținere a stării generale și bineînțeles, cu cel antibiotic.

PREZENTARE DE CAZ

Cazul clinic prezentat evidențiază importanța stabilirii și îndepărtării factorului cauzal împreună cu realizarea unui tratament medicamentos corespunzător.

Șocul toxico-septic apare într-un context infecțios, în urma pătrunderii în patul vascular al bacteriilor în cantități mari, instalându-se insuficiența vasculară acută și efectul citotoxic prin efectele mediatorilor inflamației care au un rol important în patogeneza șocului septic. Tabloul clinic al șocului toxico-septic este reprezentat de prezența unei infecții locale sau generale, extremități cianotice/marmorate, tahicardie, hipotensiune arterială, dispnee, agitație, convulsii, febră, comă, SCR.

Evoluția șocului toxico-septic este încadrată în trei faze: faza de hipotensiune caldă (șoc compensat) reprezentată de

hipertermie, tegumente calde și uscate, tahicardie, hipotensiune arterială, anxietate. A doua fază este reprezentată de "hipotensiunea rece" (șoc decompensat): tegumente umede și reci, extremități cianotice, hipotensiune, tahipnee. A treia fază este cea de "șoc ireversibil" reprezentată de hipotermie, TA prăbușită, confuzie, comă.

Am avut sub observație și tratament un pacient în vârstă de 18 ani, sex masculin, cu sindrom toxico septic, internat inițial pe secția boli infecțioase și transferat apoi, ca urmare a determinării punctului de plecare dento-parodontal.

Figura nr. 1. Aspect clinic inițial



Loja submandibulară este situată în planșel bucal posterior, fiind limitată latero-inferior de mușchiul fascia, platysma cervicală superficială și tegumente, iar supero-median de mucoasa planșelului bucal, mușchiul milo-hioidian și hioglos. Loja conține glanda submandibulară, nervii lingual și hipoglos,

¹Autor corespondent: I. M. Făgețan, Str. Șerbota, Nr. 6, Sibiu, România, E-mail: imfagetan@yahoo.com, Tel: +40745 605540
Articol intrat în redacție în 25.06.2012 și acceptat spre publicare în 23.08.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2012;2(4):133-134

ASPECTE CLINICE

limfonoduli, artera și vena facială și linguală, țesut conjunctiv lax și porțiunea proximală a canalului Warthon.

Pacientului i-a fost inițiată terapia cu antibiotice (Imipenem), fără rezultate favorabile, iar în urma examinărilor clinice și paraclinice, s-a observat pe Rx OPT un proces infecțios periapical la nivelul 3.7.

Figura nr. 2. Aspect paraclinic inițial



Figura nr. 3. Examenul endooral



La examinarea de specialitate pe secția BMF s-a constatat prezența flegmonului submandibular și laterocervical stânga.

Clinic, supurația debutează cu tumefacția lojei submandibulare care are o evoluție rapidă și o creștere masivă în volum. Tegumentele acoperitoare nu prezintă semne de inflamație acută, dar în stadiile avansate ele devin cenușiu-violacee, marmorate prezentând flicte care ușor se sfacează.

Palparea bimanuală evidențiază durerea și duritatea flegmoasă "flegmon lemnos" fără zone de fluctuență. Dacă faza este avansată se pot percepe crepitații gazoase.

Examenul oral este dificil de efectuat din cauza trismusului, iar la inspecție se observă țesuturile palide, atone, infiltrate de o serozitate sangvinolentă sau uneori, sangvino-purulentă, foarte fetidă, adesea conținând gaze date de prezența germeilor anaerobi. Limba este mărită de volum, tumefiată, împinsă spre fundul gâtului. Bolnavul prezintă hipersalivație, deglutiție dureroasă, halenă fetidă, trismus accentuat și tulburări funcționale. Starea generală se alterează în primele două zile de la debut și ia un caracter toxico-septic.

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza semnelor clinice obiective și starea toxico-septică a pacientului. Diagnosticul diferențial se face cu litiția submandibulară infectată, supurații de lojă submandibulară, tumori maligne ale planșeului bucal sau adenopatii metastatice submandibulare.

Tratamentul chirurgical

S-a inițiat tratamentul chirurgical de urgență prin incizia și drenarea tuturor spațiilor implicate, aplicarea tuburilor de dren prin care se fac spălături cu antiseptice timp de 7 zile. S-au îndepărtat țesuturile necrotice și dintele cauzal și s-a instalat antibioterapia (Amoxicilină, Gentamicină) pe baza antibiogrammei, împreună cu reechilibrarea volemică (la internare TA 80/40 mmHg; AV 120).

Tratamentul local este completat de unul general, ce constă în administrarea de antibiotice cu spectru larg, vitamine.

Evoluția favorabilă a afecțiunii este reprezentată de apariția puroiului, creșterea febrei și dispariția fenomenelor toxico-septice. Se va renunța la tuburile de dren treptat pe

măsură ce secreția purulentă se diminuează sau acestea pot fi înlocuite cu tuburi mai subțiri din politen, care mențin căile de drenaj și în același timp permit organizarea cicatriceală a spațiilor care au fost deschise.

Figura nr. 4. Tratament chirurgical



Factorii favorizanți ai apariției supurațiilor difuze sunt reprezentați de scăderea rezistenței organismului (surmenaj, diabet, chimioterapie etc.), virulența crescută a florei microbiene precum și antibioterapia încorect condusă.

Clinic, se remarcă fenomene toxico-septice generale cu discordanță între puls, tensiune și temperatură.

Evoluția este rapidă, și dacă nu se intervine eficient, fenomenele toxico-infecțioase generale și simptomele locale se agravează, putând conduce la sfârșit letal. Accidentele acute precum edemul glotei, sincopa toxico-bulbară sau colapsul cardiac grăbesc sfârșitul letal. Pot apărea de asemenea, complicații grave prin extinderea infecției spre craniu ducând la meningite septice, tromboflebite sau spre mediastin, pulmoni (gangrena pulmonară).

Semnele clinice care le încadrează în categoria de supurații difuze, necircumscrise sunt evoluția rapidă, duritatea lemnoasă și uneori crepitațiile gazoase, iar la incizia efectuată, absența puroiului, cu fenomene de necroză și prezența germeilor anaerobi.

CONCLUZII

De la o patologie frecvent întâlnită, se poate ajunge la supurații profunde până la deces în lipsa tratării corespunzătoare, stabilirii și îndepărtării factorului cauzal. Este importantă corelarea tuturor datelor, stabilirea tuturor posibilităților de tratament, iar apoi alegerea conduitei terapeutice adecvate. Fiecare pacient este un caz particular, în cazul de față terenul imunopresat.

BIBLIOGRAFIE

1. Burlibașa C. Chirurgia orală și maxilofacială; 1995. p.332-337.
2. Bucur A. Chirurgia orală și maxilofacială; 2007. p. 296-301.
3. Donoff BR. Manuel de chirurgie orale et maxillo-faciale, Masson et Cie, Paris; 1990.
4. Timoșca G, Burlibașa C. Chirurgie buco-maxilo-facială, Edit. Didactica si Pedagogica, Bucuresti; 1983.
5. Rotaru Al. Urgențe, riscuri și dificultăți în practica stomatologică, Edit. Dacia, Cluj-Napoca; 1992.
6. Popescu V, Burlibașa C. Tehnici curente de chirurgie stomatologică, Edit. Medicală, Bucuresti; 1966.
7. Ployet MY, Borderom JC, et al. Les cellulites faciales aigues; 1988. p. 533-573.
8. Topazian RG, Goldenberg MH. Management of infection in the oral and maxillofacial regions; 2002. p. 231-236.
9. Moraru I, et al. Anatomie patologică, Edit. Medicală, Bucuresti; 1980.
10. Hine WK, Levy M. A text book of oral pathology; 1983. p. 129-135.