

# Abscesso submandibular em pediatria

## Submandibular abscess in pediatrics

Davi de Andrade Brandao  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[daviandbrd@gmail.com](mailto:daviandbrd@gmail.com)

Adam Takashi da Silva Osugui  
[adam\\_takashi@hotmail.com](mailto:adam_takashi@hotmail.com)

### RESUMO

Os abscessos que ocorrem em regiões cervicais, como a submandibular, têm alta complexidade pela anatomia variada e potenciais complicações na região. Os abscessos submandibulares têm como principal causa processos odontológicos e tem como principais agentes etiológicos os estafilococos coagulase negativos, *Staphylococcus aureus* e anaeróbios. O presente artigo trata de um relato de caso sobre uma paciente pediátrica que foi internada no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful – HMMR e foi realizado através de levantamento de prontuário da paciente, mediante a autorização formal de responsáveis. O caso transcorreu com internação, investigação clínica/laboratorial e tratamento em ambiente hospitalar, tendo resolução ao final da internação. A parotidite surgiu como principal diagnóstico diferencial na investigação do caso. Dessa forma, entende-se que a faixa etária pediátrica é suscetível a condições infecciosas que podem evoluir como abscesso subcutâneo e é necessário instituir antibioticoterapia empírica precocemente considerando os principais agentes para resolução do caso.

### ABSTRACT

*Abscesses that occur in cervical regions, such as the submandibular region, are highly complex due to the varied anatomy and potential complications in the region. Submandibular abscesses are mainly caused by dental processes and their main etiological agents are coagulase-negative staphylococci, Staphylococcus aureus and anaerobic. This article is a case report of a pediatric patient who was hospitalized at Hospital Municipal Dr. Munir Rafful – HMMR and was carried out through a survey of the patient's medical records, with the formal authorization of those responsible. The case involved hospitalization, clinical/laboratory investigation and treatment in a hospital environment, with resolution at the end of hospitalization. Parotitis emerged as the main differential diagnosis in the investigation of the case. This condition can be ruled out by measuring serum amylase. Thus, it is understood that the pediatric age group is susceptible to infectious conditions that can evolve as a subcutaneous abscess and it is necessary to institute empirical antibiotic therapy early, considering the main agents for resolution of the case.*

## 1 CONTEXTO

A incidência de infecções de pele e tecidos moles tem aumentado nas últimas décadas. Nos Estados Unidos foi descrito um aumento de 3x no número de diagnósticos durante a última década. Existem evidências que correlacionam tal aumento ao maior número de infecções causadas por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina adquirido na comunidade (CA-MRSA), um germe de importância clínica principalmente na população pediátrica. (DUONG *et al.*, 2010).

Dentre as afecções que acometem a pele, o abscesso cutâneo é uma infecção bacteriana que forma uma coleção de pus localizada na derme ou no espaço subcutâneo que pode atingir toda a superfície da pele. O principal germe que causa esta enfermidade ainda permanece o *Staphylococcus aureus*, um coco gram positivo, encontrado principalmente na pele, sendo responsável por até 75% dos casos. Os traumas, a quebra da barreira cutânea e a diminuição da imunidade são importantes fatores predisponentes que aumentam o risco da infecção, contudo muitos pacientes não possuem fatores de risco para MRSA. (DUONG *et al.*, 2010).

Os abscessos em regiões cervicais profundas constituem um problema desafiador devido à complexa anatomia e complicações potencialmente fatais, como comprometimento de vias aéreas ou mediastinite descendente. Muitas das infecções que afetam a região cervical tem origem odontogênica, sendo o espaço submandibular frequente para tais infecções. (BOSCOLO-RIZZO; DA MOSTO, 2009).

Neste artigo, será realizada uma discussão sobre os abscessos cutâneos submandibulares dentro da pediatria, motivado por um caso acompanhado por estudantes do 5º ano da faculdade de medicina durante o cenário de prática clínica pediátrica.

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Os dados do relato de caso foram realizados através de levantamento de prontuário de paciente internada no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful – HMMR com consentimento autorizado para uso de imagem e divulgação científica do caso pelos responsáveis. Serão discutidos os seguintes tópicos: anamnese, evolução do caso, exame físico, métodos diagnósticos e terapêutica empregados.

Este trabalho está sob escopo de “Abscesso Submandibular em Pediatria – um relato de caso”, registrado no CAAE sob 30457714.1.0000.5237.

Pré-escolar, 4 anos, feminino, vem acompanhado ao pronto socorro pela mãe com queixa de “febre e inchaço no rosto”. O episódio de febre se iniciou há 12 horas e o edema de face há 6 horas. Aceita bem a dieta e nega outras queixas. Responsável alega que não fez uso de medicações. De antecedentes relevantes, refere uso de prednisolona e parodontax para quadro de gengivite e febre há um mês. Após o quadro de gengivite evoluiu com calázio em olho esquerdo que progrediu para abscesso subcutâneo que foi tratado com uso de amoxicilina e clavulanato. Responsável nega alergias medicamentosas, internações prévias ou uso de medicações contínuas;

Ao exame físico, encontrava-se afebril 36,4°C, ativo, eupneico, com hiperemia submandibular edemaciada, indolor e caloroso a palpação. Frequência cardíaca de 132 bpm, frequência respiratória 36 irpm, saturação de O<sub>2</sub> 97%. Demais órgãos e sistemas sem alterações. Abscesso com dimensões de 6X5 cm de acordo com exame físico.

## 3 DADOS COMPLEMENTARES

Tabela 1 - Exames laboratoriais do paciente

Exames	
Hemácia	4,43 x 10 <sup>6</sup> /uL
Hemoglobina	11,6 g/dL
Hematócrito	35,2 %
VCM	79,5 fL
HCM	26,2 pg
CHCM	33,0 g/dL
RDW	18,5 %
<b>Leucócitos</b>	29,79 x 10 <sup>3</sup> /uL
Bastões	9 %
Segmentados	48 %
Eosinófilos	1 %
Linfócitos	30 %
Atípicos	5 %
Monócitos	7 %
<b>Plaquetas</b>	516 x 10 <sup>3</sup> / uL
pcr	4,3
Amilase	Negativa

## 4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Paciente foi conduzida a internação, sendo prescrito hidratação venosa, compressa com água morna, oxacilina venosa, analgesia e monitorização clínica. Fez uso de antibioticoterapia por 5 dias, mas evoluiu com melhora parcial do quadro mantendo febre intermitente mesmo após o 5º dia de antibioticoterapia. O esquema terapêutico foi trocado para clindamicina como nova droga antimicrobiana por mais 5 dias de tratamento, para cobertura de MRSA E streptococcus pyogenes. A paciente evoluiu com melhora do quadro sem novos episódios de febre a partir do segundo dia de tratamento com clindamicina e teve melhora constante do edema e dor na região evoluindo sem complicações, recebendo alta ao final da terapia antimicrobiana.

## 5 DISCUSSÃO

Os abscessos em regiões cervicais profundas constituem um problema desafiador devido à complexa anatomia e complicações potencialmente fatais, como comprometimento de vias aéreas ou mediastinite descendente. Muitas das infecções que afetam a região cervical tem origem odontogênica, sendo o espaço submandibular frequente para tais infecções. (BOSCOLO-RIZZO; DA MOSTO, 2009).

Nos casos de abscesso cervical é preciso que se considere como diagnóstico diferencial a parotidite, devido à proximidade do abscesso com as glândulas parótidas. No caso apresentado essa hipótese foi descartada através da dosagem de amilase sérica que teve resultado normal, sendo que em casos de parotidite espera-se aumento deste marcador. Descartada a possibilidade de parotidite e de acordo com o exame físico foi feito o diagnóstico de abscesso submandibular.

Processos odontológicos são um importante fator de risco para abscesso submandibular podendo ocorrer devido a sialadenite, linfadenite, trauma ou cirurgia da glândula submandibular. A paciente em questão teve quadro pregresso de gengivite e calázio que pode ter possibilitado o abscesso submandibular subseqüente ao quadro. (BOSCOLO-RIZZO; DA MOSTO, 2009).

Considerando a prática médica a escolha do antibiótico foi oxacilina, por 5 dias como antibiótico empírico, e posteriormente trocado para clindamicina 5 dias . A evolução do abscesso foi lenta, mas não foi necessária realização de intervenções cirúrgicas invasivas e o quadro teve resolução sem complicações para a paciente.

## 6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. “Entre os diagnósticos diferenciais do abscesso submandibular deve-se sempre considerar a \_\_\_\_\_ como hipótese diferencial podendo esta ser descartada pela dosagem sérica de \_\_\_\_\_.”

Assinale a alternativa que melhor completa a sentença acima: Parotidite / amilase

b) Parainfluenza / transaminases

c) Síndrome de sjogren / Anti-RO

d) Hemangioma / PCR

2. Os abscessos cutâneos são uma afecção que formam material purulento na profundidade dos tecidos e tem grande importância dentro da pediatria devido a sua alta prevalência na prática clínica. Sobre esta condição é correto afirmar que:

e) O abscesso submandibular pode ser tratado através de medidas não invasivas como o uso de compressa quente dispensando a antibioticoterapia na maioria dos casos.

f) Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de abscesso submandibular estão: traumas, a quebra da barreira cutânea e a diminuição da imunidade, que são indispensáveis para o desenvolvimento dessa condição

g) Processos odontológicos são importante causa de abscessos submandibulares e têm como principais agentes etiológicos os estafilococos coagulase negativos, *Staphylococcus aureus* e anaeróbios.

h) A incidência de infecções de pele e tecidos moles tem diminuído nas últimas décadas.

3. Paciente, 6 anos, feminina evolui com dor e febre (38,5°C) há 02 dias após procedimento odontológico. Hoje amanheceu com vermelhidão e edema na região. Ao exame apresenta coleção purulenta, flutuante e eritematosa. Aponte a terapêutica adequada para a paciente em questão.

Gabarito:

1. A

2. C

3. O tratamento dessa condição pode ser realizado através de analgesia, hidratação, compressa morna e uso de antibióticoterapia. Considerando a possibilidade de anaeróbios produtores de  $\beta$ -lactamases uma opção para seu tratamento é amoxicilina (penicilina) associado a clavulanato (inibidor de betalactamase), sendo possível considerar adicionar clindamicina, cefoxitina, cloranfenicol, imipenem, meropenem e oxacilina.

## REFERÊNCIAS

AZULEY, R. D. *Dermatologia*. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2017.

BOSCOLO-RIZZO, P.; DA MOSTO, M. C. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. *International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases*, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 327–333, maio 2009.

CUNHA, N. D. *et al.* ABSCESSO CERVICAL SECUNDÁRIO A CORPO ESTRANHO: UM RELATO DE CASO. [S. l.], p. 1, [s. d.].

DUONG, M. *et al.* Randomized, Controlled Trial of Antibiotics in the Management of Community-Acquired Skin Abscesses in the Pediatric Patient. *Annals of Emergency Medicine*, [S. l.], v. 55, n. 5, p. 401–407, 1 maio 2010.

FIORAVANTI, C. André Gratia, pioneiro pouco conhecido da história dos antibióticos. *Cadernos de História da Ciência*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 285–297, 31 dez. 2012.

ITZHAK, B. Microbiology and management of deep facial infections and Lemierre syndrome. *ORL; journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties*, [S. l.], v. 65, n. 2, abr. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12824734/>. Acesso em: 15 out. 2022.

NETTO, M. Z. *et al.* *Staphylococcus aureus*: incidência e resistência antimicrobiana em abscessos cutâneos de origem comunitária. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, [S. l.], v. 23, p. 709–712, 2001.

RAFF, A. B.; KROSHINSKY, D. Cellulitis: A Review. *JAMA*, [S. l.], v. 316, n. 3, p. 325–337, 19 jul. 2016.

SUMMANEN, P. H. *et al.* Bacteriology of skin and soft-tissue infections: comparison of infections in intravenous drug users and individuals with no history of intravenous drug use. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, [S. l.], v. 20 Suppl 2, p. S279-282, jun. 1995.

