

OSTEOMIELITE DO MANDIBULAR

(APRESENTAÇÃO DE 7 CASOS)

Gaspar Soares Brandão

Professor de Prótese e Traumatologia Maxilo-Faciais

Hardy Ebling

Professor de Histologia e Patologia

SINOPSE

Apresentação de 7 casos clínicos de osteomielite, tratados sob formas várias e os resultados obtidos. Revisão parcial da literatura, destacando aspectos fundamentais.

As osteomielites têm sido estudadas desde muito tempo exaustivamente, sob os múltiplos aspectos, clínicos ou terapêuticos, mas continuam a se constituir em tema que, por ângulos os mais interessantes, podem ser apresentados objetivamente nos dias de hoje.

Autores dos mais diversos países continuam a relatar suas vivências com esta infecção, pois que a cada

momento se apresenta clinicamente diferenciada, uma da outra, ou responde de maneira a mais diversa ação dos medicamentos. Nós mesmos, em trabalhos anteriores, (2 e 3), focalizamos três casos que nos pareceram bastante característicos e merecedores de divulgação. Na oportunidade relatamos revista sintética da literatura em referência à etiologia. Eichenberg (4), em 1941, realizou completo e detalhado estudo da bibliografia sobre o assunto, citando nada menos de 25 autores, ao comunicar o resultado que obtivera em dois casos em que empregara o iodo nascente como meio terapêutico.

Nesta oportunidade vamos apresentar alguns casos que nos chamaram

Contribuição ao I Congresso Fluminense de Odontologia — Niterói, julho de 1966.

a atenção, a par de destacar da revista bibliográfica mais recente alguns dados objetivos.

A osteomielite, para Anderson (1), «é uma condição supurativa que afeta primariamente o conteúdo dos canais de Havers e a cavidade medular, levando secundariamente a necrose mais ou menos extensa do osso». As lesões infecciosas no osso comportam-se diferentemente, dependendo das características do microrganismo causador, da via pela qual se deu a infecção e da idade do paciente. O efeito letal das toxinas, mais a trombose e a obliteração dos vasos pelo derrame de exudatos nos espaços ósseos, levam rapidamente à necrose da medula e áreas ósseas. Dêste modo uma fração maior ou menor de osso torna-se necrótica. O osso necrosado é reconhecido pela aparência macia, brilhante, branca e emitir um som «morto», ôco à percussão, quando ressecado não sangra. O sequestro nos röntgenogramas apresenta-se freqüentemente envolvido por áreas irregulares, de densidade reduzida.

Killey e Kay, 1965 (6), ao tratarem das causas da infecção registam: «os fatores importantes na produção da osteomielite intramedular são a sepsis e trombose», no que concordam com Anderson, e continuam «a bacteremia virulenta leva a infecção intra-óssea e a imediata seqüela, e a inflamação e a obstrução dos canais de Havers, terminando na destruição óssea».

A osteomielite aguda, além da destruição local extensa é perigosa porque sempre causa intensa toxemia e

muito freqüentemente leva à piemia e septicemia, ao passo que os casos crônicos podem se complicar com amiloidose, Anderson (1).

Apesar da controvérsia existente no que concerne ao exato mecanismo que envolve a interrupção da irrigação, «é ponto pacífico que a presença de exudato inflamatório dentro dos compartimentos (canais) ósseos rígidos, causa aumento de pressão intra-óssea e como resultado o colapso dos vasos e paralização da circulação fenômeno que atinge mesmo os que não estão diretamente afetados pela infecção. A limitação da área de isquemia é influenciada pela obstrução inicial ao retôrno venoso do edema, e também pela trombose das veias».

Thoma (10), assinala como agentes infectantes mais comuns nas osteomielites os Estafilococos Piogênicos e Estreptococos. Stonne (9), concorda com a primasia dos agentes referidos, mas registra que menos freqüentemente os responsáveis são os E. Coli, E. Typhosus e E. Tetragenus.

Sob o ponto de vista terapêutico, é interessante apontar vivências de autores como Steg (8), 1963, quando informa: «É muito interessante notar que microrganismos causadores da infecção, sensíveis a certas drogas em março, se tornam resistentes às mesmas em outubro»; Harper e Green, (5), 1963, que ao relatarem tratamento de infecção no mandibular, assim se expressam: «mas a osteomielite apareceu durante esta terapia (emprêgo de antibiótico) e por sua vez foi resolvida pela admi-

nistração da mesma droga em dose aumentada e num tempo mais prolongado». Monteleone e Hernandez (7), 1962, discutindo o aumento de incidência da lesão, registam: «Ao que parece agora, com o uso indiscriminado de antibióticos em dosagens e duração impróprias, a incidência da osteomielite de Garré está aumentando».

Os casos apresentados são de condições clínicas e origens as mais variadas, sendo a terapêutica também vária em função da orientação que julgou melhor o profissional que a prescreveu.

Obedecemos a duas ordens distintas de apresentações: a) os que além do diagnóstico apresentamos os protocolos clínicos e a orientação terapêutica; b) aqueles cuja apresentação é apenas do diagnóstico, pois foi a solicitação feita a um de nós.

A casuística, sempre que possível, regista quem responde pelo caso.

Agradecemos aos Colegas a gentileza da permissão para co-participação e pedimos excusas por alguns protocolos clínicos apresentarem falhas, porém, problemas de ordem técnica assim nos obrigaram a proceder.

CASO 1/a

M.L., 42 anos, feminino, branca, brasileira, casada, comerciária, residente nesta cidade. Registro inicial: 25.V.956.

Queixa atual: «sente dores em todo o osso do queixo, lado direito, achando que o fato se deve às ex-

trações que vem realizando em dentista particular. Consultou outros dentistas e médicos sem resultado. As dores têm aumentado e o rosto está inchando, sem melhora. Não pode mastigar corretamente. O pús que sai das fístulas tem mau odor. Se alimenta pouco, por não ter fome e lhe repugnar o alimento misturado com o pús».

Antecedentes familiares: sem importância aparente na oportunidade.

Antecedentes pessoais: doenças comuns à infância. Inapetência, sempre magra. No momento está em tratamento médico-clínico em virtude de complicações pulmonares.

Exame geral: Péssimas condições físicas, debilidade geral, mal pode andar, o que faz apoiada.

Exame bucal: MANDIBULAR — estão presentes apenas central direito, central, lateral e canino esquerdos; apresenta sobre as rebordas alveolares fístulas por onde escôa lentamente pús grosso e fétido. À palpação a impressão é de se estar premindo um saco de milho.

MAXILAR — presença dos caninos e incisivos, com aparência de normalidade.

Exame radiográfico: áreas de rarefação com zonas de esclerose, com aparência de inúmeros sequestros, no ramo direito do mandibular. Processo inflamatório crônico (osteomielite). ass. Ney Ferreira.

Diagnóstico clínico: OESTEOMIE-LITE do corpo do mandibular, lado direito, interessando tôda a espessura do osso.

Prognóstico: reservado.

AÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA

Geral: recomendação de superalimentação e adição de complementos dietéticos à base de proteínas, sais minerais e complexos vitamínicos. Contato com o médico para harmonização da conduta geral.

Local: aplicação diária de iodo nascente — irrigação pelos trajetos fistulosos com solução saturada de iodeto de sódio, seguida de irrigação com água oxigenada a 20 volumes. A reação que processa ao contato das duas soluções com os tecidos necrosados pode ser apresentada como:



A irrigação é feita com seringa hipodérmica montada com agulha de extremo rombo, um aparelho para cada solução. A paciente se queixa de que as aplicações são dolorosas e que a dor perdura por algum tempo. Recomendado o uso de analgésicos. Após a 2.ª semana de lavagens intra-fistulares o pús tornou-se flúido e o odor reduzido a quase nada. Começaram a fluir pequenas esquiro-las, ao nível da fistula, removidas pela paciente sem dificuldade alguma, ou outras vezes pelo profissional.

30 dias após o início do tratamento as lavagens foram reduzidas a três por semana e os resultados idênticos aos indicados anteriormente.

Aos 80 dias o radiologista informa o seguinte laudo: «Osteomielite do ramo D da mandíbula, em fase regressiva. ass. Ney Ferreira».

Aos 130 dias de irrigação a paciente apresentava franca melhora com a redução do número de fistulas, quantidade de pús e dor às aplicações. Laudo radiográfico idêntico, registra a regressão da lesão. Estado geral recuperado. Alta do médico, que recomendou a alimentação farta e variada, seguida até o momento.

As irrigações após 6 meses foram espaçadas para duas por semana. No decorrer foram removidos inúmeros sequestros de variados volumes, tendo, em 4 ou 5 oportunidades, sido realizadas pequenas incisões para facilitar a eliminação, até então sempre por via oral e trajeto fistular.

Aos 280 dias, 9 meses e pouco, foi realizada pequena incisão cutânea, lado direito, para remoção de sequestro que mantinha a única fistula; o fragmento estava localizado na borda do mandibular, conforme registro radiográfico. Cicatrização normal, sem complicações.

365 dias (um ano), novo sequestro, se apresenta no ângulo do lado direito, que passou a alimentar nova fistula. Nova incisão e remoção do corpo em sequestração. Cicatrização rápida da última fistula. Suspensão das irrigações.

Aos 18 meses de iniciado o tratamento foi dada alta provisória.

Foram a partir dessa época, realizadas as extrações dos dentes remanescentes. Cicatrização normal. Confecção de dentadura dupla que a paciente usa normalmente, sem problemas.

24 meses. alta definitiva.

6 anos e 7 meses — última revisão, com o resultado apresentado na radiografia. A paciente em ótimas condições físicas, tendo regressado às suas atividades empregatícias e sem qualquer problema. A estética facial em nada foi comprometida pelo processo pois não restou mutilação maior e aparente do osso.

O presente caso foi inicialmente tratado pelos colegas Gisela Estrela e Wilson Tupinambá da Costa; nós intervimos quando o caso já ia em meio, realizando as duas intervenções cutâneas para a remoção dos sequestros. Nosso agradecimentos aos brilhantes colegas que nos permitiram a colaboração no caso. Radiografias 1, 2 e 3.

CASO 2/a

M.T.A.C., 63 anos, feminino, branca, brasileira, casada, doméstica, residente nesta cidade. Registro inicial: 11.VIII.964.

Queixa atual: «sente dores no lado esquerdo do mandibular; já se tratou várias vezes. Não pode usar a prótese total que possui».

Histórico clínico: a paciente nos foi enviada por colega que relata: «Há anos sofre de inflamação no lado esquerdo do mandibular, aproximadamente ao nível da zona dos molares. O problema foi desencadeado após tempo da extração dos dentes nesse setor. Já sofreu várias curetagens, sem maiores resultados, voltando sempre o problema».

Antecedentes pessoais e familiares: sem importância para o caso, ressalvada a extração de todos os

dentes há algum tempo (não pôde precisar quando).

Exame bucal: Edêntula. Mucosa em bom estado. Ao nível da zona dos molares inferiores esquerdos, apresenta exposição óssea (a mucosa no setor está lesada e é de aspecto grisáceo) que contata com a prótese total. Não se nota purulência, no momento.

Exame radiográfico: 1) apresentada pela paciente a radiografia 3x4, intra-oral, retro-alveolar, efetuada em 20.V.64, com o seguinte laudo: «Reg. do 2º molar inferior esquerdo, ausência do dente. Presença de 2 sequestros regularmente volumosos, que gradualmente se destacam do corpo do osso. ass. L.C.Paixão». — 2) executada no Serviço, para diagnóstico, em 11.VIII.964, extra-oral lateral oblíqua do mandibular. Intra-oral oclusal em duas posições e retro-alveolares 2. Laudo radiográfico: razoável zona radiopaca, na situação dos molares inferiores esquerdo, irregular e circunscrita por anel radiolúcido com delgadas e irregulares interrupções.

Diagnóstico clínico: provisório — Processo osteítico-osteomielite?

Terapêutica: cirúrgica e medicamentosa.

Em 25.VIII.964: intervenção intra-oral, diérese, hemostasia e remoção de sequestro de forma arredondada, do tamanho e semelhança de uma baga de mamona. O sequestro só foi possível remover com escópio e martelo, pois restavam uniões fibrilares com o corpo do mandibular. Curetagem ampla. Lavagem com soro morno e sutura da ferida,

após regularização das bordas da mucosa.

Medicação: Penicilina G. sódica procainica, 400.000 unidades, de 12/12 horas, por três dias. Irgapirin, 2 dragéias de 6/6 horas, por três dias.

Aos 5 dias, remoção da sutura sem que nada de anormal fôsse constatado. Cicatrização sem qualquer problema.

Laudo histo-patológico: «Osteomielite. ass. Hardy Ebling».

Revisão: em 25.X.964. Clinicamente tudo normal.

Exame radiográfico: laudo — Corpo do mandibular, lado esquerdo, rarefação óssea, aspecto de franca regeneração.

Radiografias 4 e 5.

CASO 3/a

N.D., 50 anos, feminino, parda, brasileira, casada, doméstica, residente nesta cidade. Registro inicial: 10.IX.964.

Queixa atual: «não pode usar a dentadura porque dói quando a coloca». Dôr localizada no lado direito, no meio do osso, há mais ou menos seis meses, «sic».

Antecedentes familiares: não recolhidos.

Antecedentes pessoais: sem maior importância para o caso.

Exame bucal: edêntula. Mucosa boa, ressalvada na reborda alveolar, lado direito, no setor dos premolares. Os dentes foram extraídos há mais de 5 anos. A eminência alveolar, na zona dos premolares, apresenta a mucosa de côr acinzentada, friável e sangrenta ao toque. Dôr

à compressão; não se nota a presença de pús. A palpação é possível notar presença de espícula óssea.

Exame radiográfico: película 3x4, retro-alveolar. Laudo: «Zona radiolúcida circundando corpo radiopaco de contôrno irregular, em processo de sequestração».

Diagnóstico clínico: osteomielite crônica do mandibular, lado direito.

Terapêutica: cirúrgica e medicamentosa.

Intervenção cirúrgica: incisão intra-oral, remoção de sequestro de regular tamanho. Curetagem cuidadosa, lavagem com sôro fisiológico morno; sutura da mucosa após regularização da mesma.

Medicação: Penicilina procainada 400.000 unidas, de 12/12 horas, por três dias; Irgapirin em dragéias, 2 de 6/6 horas, durante três dias.

Revisão: aos 5 dias: remoção das suturas; cicatrização normal.

Laudo histo-patológico: «A preparação consta de um sequestro ósseo de grande tamanho, com grandes zonas de reabsorção, que foram substituídas por tecido de granulação. Na periferia do sequestro notam-se trabéculas ósseas neo-formadas. Osteomielite. ass. Hardy Ebling».

Radiografia 6.

CASO 4/a

M.S., 8 anos, masculino, branco, brasileiro, estudante, residente em Camaquã. Registro inicial: 8.VIII.962.

Queixa atual: «um dente de baixo criou um abscesso e o dentista o ti-

rou. A ferida não fechou. Continua doendo e saindo pús».

Antecedentes pessoais: sarampo, catapora e coqueluche.

Estado geral: bom A mãe informa que, às vèzes quando dói muito e aumenta o pús, a criança tem febre, moderada. Duração: mais ou menos três meses.

Exame bucal: estado geral dos dentes bom. Dentição mista. Ausência dos 1º e 2º molares de leite, lado direito. Na reborda alveolar, zona correspondente aos molares inferiores direito, há pequena fístula que à compressão, dolorosa, deixa escapar pús.

Exame radiográfico: em 8.VIII.962. Laudo: zona radiolúcida, contornando quase completamente porção radiopaca, localizada entre o 1º molar permanente e o canino decíduo, do lado direito.

Diagnóstico clínico: osteomielite.

Ação terapêutica: intervenção cirúrgica em 8.VIII.962. Incisão e remoção do sequestro ósseo, do canino temporário e do germe do 2º premolar. Curetagem cautelosa do tecido subjacente. Dreno de gaze iodofornada.

Medicação: Penicilina G. procainada 400.000 unidades, de 12/12 horas, por três dias. Antiálgicos: 4 comprimidos ao dia. Lavagem da boca com água oxigenada, líquido de Dakin, 6 vèzes ao dia.

Revisão: aos 3 dias: cicatrização em processo normal; ausência de dór e edema. Aos 43 dias: tudo normal, gengiva cicatrizada.

Exame radiológico: laudo: Nota-se zona de rarefação que, face ao histó-

rico, induz a processo ósseo em regressão final.

Radiografia 7.

CASO 1/b

O.G., 25 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro, soldado do 6º B. E., residente nesta cidade. Registro inicial: 6.IV.966. Paciente do Dr. João Luiz Costa.

Queixa atual: algum tempo após a extração dentária apareceu inflamação do lado esquerdo, que incomoda bastante.

Antecedentes e Exame Geral: não foi fornecido.

Diagnóstico clínico: osteíte?

Intervenção: curetagem com remoção do sequestro. Medicação não relatada.

Diagnóstico histo-patológico: osteomielite. ass. Hardy Ebling.

CASO 2/b

E.S., 16 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro, estudante, residente nesta cidade. Registro inicial: 18.II.966. Paciente do Dr. Nathan Goldenberg.

Dados anteriores: não enviados.

Queixa atual: dór no lado esquerdo da face. Começou mais ou menos há 6 meses.

Outros dados: não enviados.

Exame radiográfico: laudo — massa radiopaca, incluindo porção mais dura que lembra estrutura dentária, localizada por trás do 2º molar inferior direito. Halo radiolúcido circunscribe a zona opaca.

Terapêutica: cirúrgica Extração

de dentes e remoção de «massa tumoral ossificada».

Peça anatomo-patológica: 2º molar inferior direito e massa tumoral ossificada, contendo a corôa do ciso.

Diagnóstico histo-patológico: osteomielite. ass. Hardy Ebling.

CASO 3/b

T.C., 45 anos, masculino, pardo, brasileiro, casado, residente nesta cidade.

Registro inicial: 7.IX.962. — Paciente do Dr. W. Tupinambá da Costa.

Queixa atual: «vem sentindo dores no osso do queixo, lado direito, bem atrás. Já procurou tratar-se com vários remédios, sem resultado».

Antecedentes e Exame geral: não fornecidos.

Exame bucal: dentes em mau es-

tado, faltando inúmeros. No lado direito, atrás do 2.º molar, é palpável eminência dura e dolorosa à compressão. Mucosa arroxeadada. No momento não há purulência.

Diagnóstico radiográfico: zona radiopaca mais densa que o osso; circundando nota-se faixa radiolúcida. Por distal do molar nota-se zona radiolúcida, com alguma profundidade.

Diagnóstico clínico: osteomielite condensante.

Terapêutica: cirúrgica e medicamentosa.

Diagnóstico histo-patológico: osteomielite. ass. Hardy Ebling.

SYNOPSIS

Description of seven clinical cases of osteomyelitis in jaw, with different ways of treatment. The results are presented. Bibliographic revision of the literature.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, W.A.D. — *Pathology*. St. Louis, Mosby, 1948.
2. BRANDÃO, G.S. — Osteomielite da mandíbula — caso clínico — *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 13:204-208, nov.-dez., 1956.
3. BRANDÃO, G.S. & EBLING, H. — Osteomielite — apresentação de casos e tratamento. *Seleções Odontológicas*, São Paulo, 15:30-39, set./out./nov./dez., 1960.
4. EICHENBERG, S. — *O tratamento da osteomielite do maxilar inferior pelo iodo nascente*. Pôrto Alegre, Globo, 1941. 26p. [Separata dos Anais da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre]
5. HARPER, J.C. & GREEN, H.G. — Osteomyelitis of the mandible. *Oral Surgery, Oral Medicine & Oral Pathology*, St. Louis, 16:1495-1497, 1963.
6. KILLEY, H.C. & KAY, L.W. — Subperiosteal osteomyelitis. *British Dental Journal*, Londres, 18:294-298, 1965.

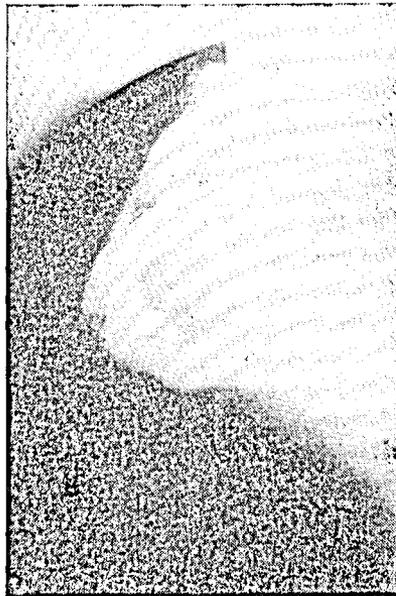
7. MONTELEONE, L. & HERNANDEZ, A. — Garré osteomyelitis. **Oral Surgery, Oral Medicine & Oral Pathology**, St. Louis, **15**:423-431, 1962.
8. STEG, R.F. — Osteomyelitis of the mandible. Report of a case. **Oral Surgery, Oral Medicine & Oral Pathology**, St. Louis, **16**:914-918, 1963.
9. STONES, H.H. et alii — **Oral and dental diseases: aetiology, histopathology, clinical features and treatment**, Edinburgh, London, Livingstone, 1951.
10. THOMA, K.H. — **Oral pathology: a histological, roentgenological and clinical study of the diseases of the teeth, jaws and mouth**. 2.ed. St. Louis, Mosby, 1944, 1328p.



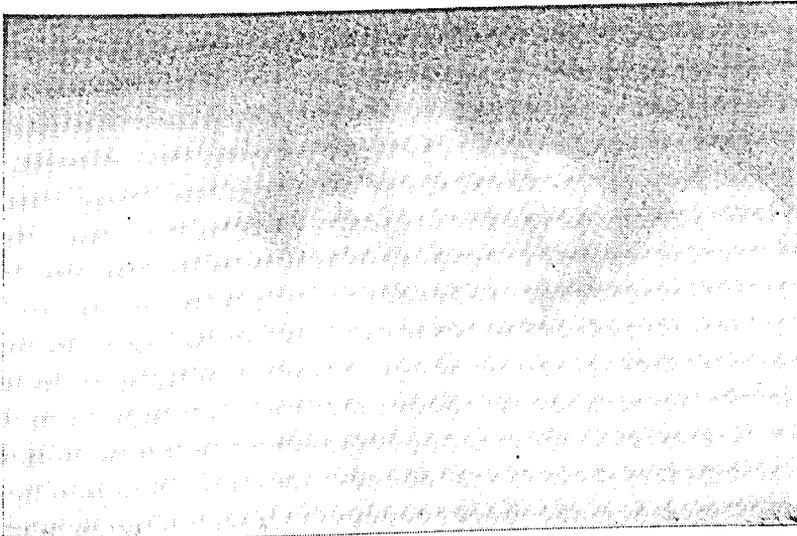
Rad. 1. Caso 1/a



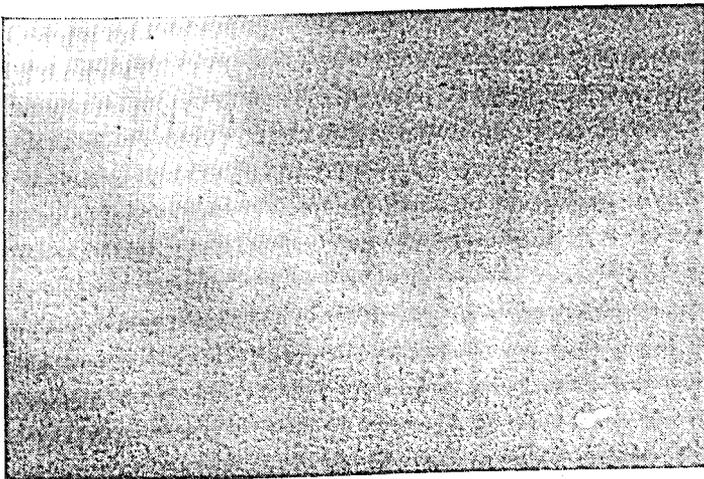
Rad. 2. Caso 1/a



Rad. 3. Caso 1/a



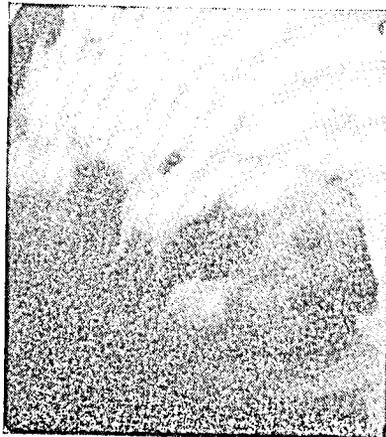
Rad. 4. Caso 2/a



Rad. 5. Caso 2/a



Rad. 6. Caso 2/a



Rad. 7. Caso 4/a