

**FLEMMONE LATEROCERVICALE E FASCITE NECROTIZZANTE DEL COLLO DA FOCOLAIO ODONTOGENO IN PAZIENTE FRAGILE. CASE REPORT.**

Borgia V., Dell'Anna L., Baglivo A., Nuzzo G., Piccinonno R.

**INTRODUZIONE**

Le infezioni odontogene possono, se non opportunamente trattate, scaturire in processi infettivi che coinvolgono distretti adiacenti al cavo orale. Viene presentato un caso di flemmone laterocervicale e fascite necrotizzante di origine dentale, esitata col decesso del paziente.

Le complicanze secondarie di accessi odontogeni si suddividono in sistemiche e locali, a seconda della via di diffusione, per via ematogena o per estensione locale diretta. Tra le complicanze locali troviamo infezioni di spazi profondi del collo e mediastiniti, trattati con terapia antibiotica mirata ed eventuale chirurgia finalizzata al drenaggio ascessuale e alla prevenzione della tossicità sistemica.

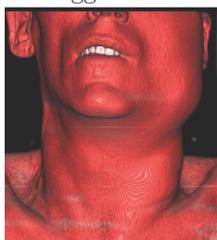


Fig. 1. VR TAC Collo. È apprezzabile una evidente tumefazione dell'emivolto dal lato sinistro.

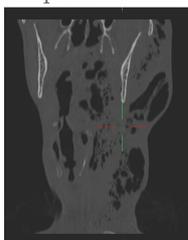


Fig. 2. TAC massiccio faciale, collo e torace. Taglio cornale da cui si apprezza tumefazione dell'emivolto lato sinistro.



Fig. 3. TAC massiccio faciale, collo e torace. Particolare da taglio assiale da cui si apprezza tumefazione dell'emivolto lato sinistro.

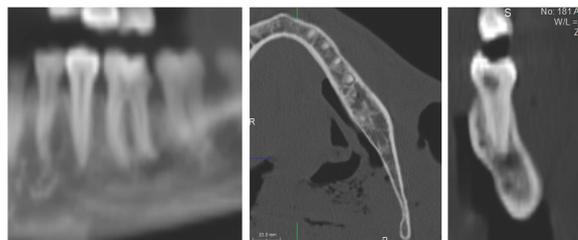


Fig. 4, 5, 6. Dalla TAC Total body è stato estratto il particolare dell'area mandibolare sinistra, da cui si nota radiotrasparenza apicale a carico di 36.

**MATERIALI E METODI**

Il paziente K.Y., maschio, di anni 37, ASA 1, in condizioni sociali di fragilità, si presenta presso il pronto soccorso dell'Ospedale Civile di Rossano Calabro all'osservazione per una tumefazione dell'emivolto sinistro, estesa fino al collo e fluttuante alla palpazione. Si associano trisma, dolore e secrezione purulenta nel cavo orale. L'infezione non ha risposto alla terapia farmacologica antibiotica prescritta dal MMG. Viene somministrata terapia antibiotica e steroidea e.v.

Si esegue TAC di massiccio faciale, collo e torace, da cui si evince pneumotorace sinistro, pneumomediastino, ampio enfisema sottocutaneo e tumefazione dei tessuti molli che si estende alla regione laterocervicale sinistra ed in parte alla destra, alla regione pterigoidea, tonsillare e malare sinistra, con dislocazione controlaterale del lume oro-faringeo, del faringe e laringe. In sede pleurica sinistra versamenti saccati e raccolte liquide con livelli idroaerei mediastinici ed abbondante versamento in sede pericardica. Aree disventilatorie parenchimali in sede basale lobare sinistra e paramediastinica superiore a sinistra, interessamento linfonodale.

Si prosegue terapia e.v., in attesa del trasferimento in chirurgia toracica presso l'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce con elisoccorso, dopo valutazione anestesiológica e peggioramento delle condizioni generali del paziente (paz. soporoso, dislocazione e tumefazione del lume orofaringolaringeo con respirazione difficoltosa, segni di setticemia).

Il paziente giunge presso l'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce in stato di incoscienza e shock settico, in grave insufficienza respiratoria. In sala operatoria si esegue intervento otorinolaringoiatrico di cervicotomia, intervento di chirurgia toracica per sbrigliamento del mediastino e posizionamento drenaggi.

Nel cavo orale la visibilità è notevolmente ridotta per l'abbondante secreto purulento, si procede ad estrazione di 36, 37, 38, a seguito di cui si assiste ad abbondante secrezione emato-purulenta. Le mucose risultano scompagnate e difficilmente suturabili.

Al termine dell'intervento il paziente è in condizioni di setticemia grave, con alterazione della funzione epatica e renale in corso di shock settico. Viene somministrata terapia antibiotica combinata e antifungina e si ripete la TAC Total body.

In terza giornata post-chirurgica si assiste al decesso del paziente per shock settico e grave insufficienza epatorenale.

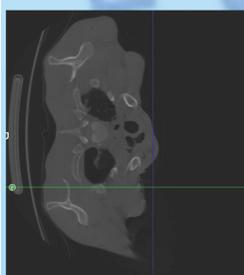


Fig. 7. TC-TB. Taglio assiale zona toracica in cui si evidenzia il riassorbimento degli apici polmonari

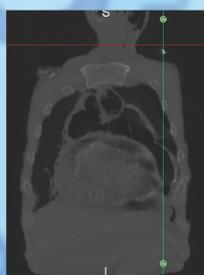


Fig. 8. TC-TB. Taglio Coronale torace. Si osservano pneumotorace e pneumomediastino.

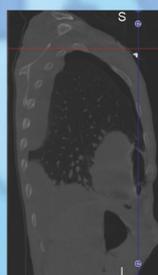


Fig. 9. TC-TB. Taglio Sagittale. Pneumotorace.



Fig. 10, 11, 12. TC-TB post chirurgica. Intubazione orotracheale con cannula di drenaggio-torocotomia per accesso mediastinico, cannula per drenaggio pneumotorace a sinistra, cateteri centrali e catetere uretrale.

**DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

La diagnosi e il trattamento corretti delle infezioni odontogene risulta fondamentale per la prevenzione di episodi infettivi gravi, che possono coinvolgere distretti adiacenti o meno al cavo orale anche in pazienti immunocompetenti. Pazienti con fragilità sociali hanno difficoltà di accesso alle cure odontoiatriche, pertanto risultano più vulnerabili a complicanze gravi di patologie odontoiatriche comuni.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bayetto K, Cheng A, Goss A. Dental abscess: A potential cause of death and morbidity. Aust J Gen Pract. 2020 Sep;49(9):563-567. doi: 10.31128/AJGP-02-20-5254. PMID: 32864666.
2. Cottom H, Gallagher JR, Dhariwal DK, Abu-Serriah M. Odontogenic cervico-fascial infections: a continuing threat. J Ir Dent Assoc. 2013 Dec-2014 Jan;59(6):301-7. PMID: 24575614.
3. Petrone D. Complicanze ascessuali delle flogosi del distretto testa-collo. Quaderni monografici di aggiornamento A.O.O.I. 2011.