

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MARYANNE SOARES DE MOURA

**ASPECTOS GERAIS E MANEJO DAS INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS: REVISÃO
DE LITERATURA**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

MARYANNE SOARES DE MOURA

**ASPECTOS GERAIS E MANEJO DAS INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS: REVISÃO
DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel.

Orientador(a): Prof. Dr. Ivo Cavalcante Pita Neto

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proteger e me dá forças ao longo dessa jornada, por não ter me desamparado, me abençoando em todos os momentos, principalmente aqueles que achei que não seria capaz e ele me mostrou a todo momento que eu sou.

Aos meus pais Rita de Cássia Soares de Moura e Eugênio Paccelli Soares de Moura e meu irmão Nicholas Soares de Moura, que sempre foram minha força e em nenhum momento mediram esforços para concretizar esse sonho que é nosso, mesmo com todas as dificuldades e com a distância, sempre se fizeram presentes e vibraram com todas as minhas conquistas, me apoiaram e oraram incessantemente pedindo a Deus que cuidasse de mim.

Agradeço a minha família, em especial minha avó Risalva, meu amor eterno, minhas tias e tios, que sempre se fizeram presentes, me apoiaram e me ajudaram em todos os momentos.

Agradeço ao meu amor, Dayvison Alves dos Santos, que foi minha força durante muitos momentos que estive longe de casa, que me apoiou e me encorajou em muitos momentos, que compartilhou dos meus medos e angústias e esteve presente desde o começo, no ensino médio, vestibular e agora também na conclusão da faculdade, você faz parte disso.

A minha dupla do tcc e também dessa jornada acadêmica, Letícia Diógenes, com quem dividi medo, ansiedade, angústias, aprendizados e muitos momentos bons.

Meus amigos de sala, especialmente Karine, Silvânia, Danila e Jaciene, amigades que quero levar para sempre, pessoas importantes e fundamentais para o dia de hoje. Os meus amigos, Samara, Thayany, Izabela, Marília, Rosane, Mikaella, Tamires e Felipe, que estiveram comigo desde o início.

Agradeço a todos os professores que contribuíram com a minha trajetória acadêmica, especialmente meu orientador Ivo Pita, por toda dedicação e paciência, tem minha eterna admiração e gratidão por ter confiado em mim e ter feito parte desse momento tão importante.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

As infecções odontogênicas se desenvolvem por fatores relacionados ao mecanismo de defesa do hospedeiro e a agressividade das bactérias. Tem como principais causas a cárie dentária, as doenças periodontais de suporte ou de proteção, as infecções após os procedimentos cirúrgicos, infecções periapicais, osteíte e oteomielites. Na microbiota são encontradas principalmente a presença de anaeróbios e bactérias gram-positivo. Os sinais e sintomas característicos são: dor localizada, acompanhada de inchaço na região afetada, vermelhidão e perda de função como: o trismo, disfagia e dispneia. Sua epidemiologia é de extrema importância, apesar de existirem poucas evidências científicas que servem de suporte para uniformizar o tratamento de tal doença. Dentre as complicações temos as principais: Abscesso agudo, Angina de Ludwig, Pericoronarite, Mediastinite, Celulite, Fasceíte. O propósito do presente estudo é realizar uma revisão de literatura sobre as infecções de origem odontogênicas, descrevendo fatores etiológicos, gravidade e formas de abordagem terapêutica. Neste contexto direciona-se para as ações desde o diagnóstico e tratamento nos diversos níveis de atenção em saúde. Trata-se de um estudo de revisão de literatura, na qual caracteriza-se em elaborar um parecer crítico através da síntese dos resultados de artigos científicos. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Scielo, BVS, Pubmed, Bireme e google acadêmico, além de artigos clínicos relacionados ao assunto. Foram selecionadas referências de 1971 a 2018. O estudo das infecções odontogênicas, abrangendo fatores etiológicos, gravidade e formas de abordagem terapêutica, pode nortear melhor as condutas e assegurar o melhor prognóstico destas afecções, oferecendo ao profissional um melhor direcionamento desde o diagnóstico, até ao tratamento e assim salvaguardar a vida dos pacientes.

Palavras-chave: Abscesso. Celulite. Drenagem. Epidemiologia. Infecção

ABSTRACT

Odontogenic infections develop by factors related to the host defense mechanism and the aggressiveness of bacteria. Its main causes are dental caries, periodontal diseases of support or protection, infections after surgical procedures, periapical infections, osteitis and osteomyelitis. In the microbiota are mainly found the presence of anaerobes and gram-positive bacteria. The characteristic signs and symptoms are: localized pain, accompanied by swelling in the affected region, redness and loss of function. Its epidemiology is extremely important, despite little scientific evidence, which serves as a basis for standardizing treatment. Among the complications, the main ones are: Acute Abscess, Ludwig's Angina, Pericoronitis, Mediastinitis, Cellulitis, Fasciitis. The purpose of the present study is to conduct a review of the literature on infections of odontogenic origin, describing etiological factors, severity and therapeutic forms approach. In this context it is directed to the actions from the diagnosis and treatment in the different levels of attention in health. It is a literature review study, in which it is characterized in elaborating a critical opinion through the synthesis of the results of scientific articles. The research was carried out in the following databases: Scielo, BVS, Pubmed, Bireme and google academic, as well as clinical articles related to the subject. Reference was selected from 1971 to 2018. The study of odontogenic infections, encompassing etiological factors, severity and therapeutic forms approach, can better guide the conducts and ensure the best prognosis for these affections, offering the professional a better orientation from the diagnosis, to the treatment and thus safeguard the lives of patients.

Keywords: Abscess. Cellulitis. Drainage. Epidemiology. Infection

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação das infecções odontogênicas.....	15
--	----

LISTA DE SIGLAS

BVS - Biblioteca virtual em saúde

TAB - Tabela

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4 DISCUSSÃO.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

A infecção odontogênica pode ser definida como uma alteração e destruição de células provenientes de uma proliferação de microrganismos, estabelecendo os sinais e sintomas no hospedeiro. As principais causas são a cárie dentária, as doenças periodontais de suporte ou de proteção, as infecções após os procedimentos cirúrgicos, infecções periapicais, osteíte e oteomielites (ARAÚJO, 2010).

A mesma possui duas origens: periapical, oriunda da necrose do canal pulpar e periodontal, originada de bolsas periodontais profundas que possibilitam a inoculação de bactérias nos tecidos. A progressão da infecção é determinada pela espessura óssea relacionada ao ápice do dente e pela relação do local da infecção com as inserções musculares (HUPP et al., 2009).

A infecção pode se disseminar para os espaços fasciais, quando ocorre na maxila é classificado como espaço bucal, canino, infratemporal, e palatino e na mandíbula os espaços submandibulares, sublingual e submental. Na sua forma mais grave e complexa para os espaços cervicais e mastigatórios, podendo causar obstrução das vias aéreas, mediastinite e infecção generalizada (AZENHA et al., 2012).

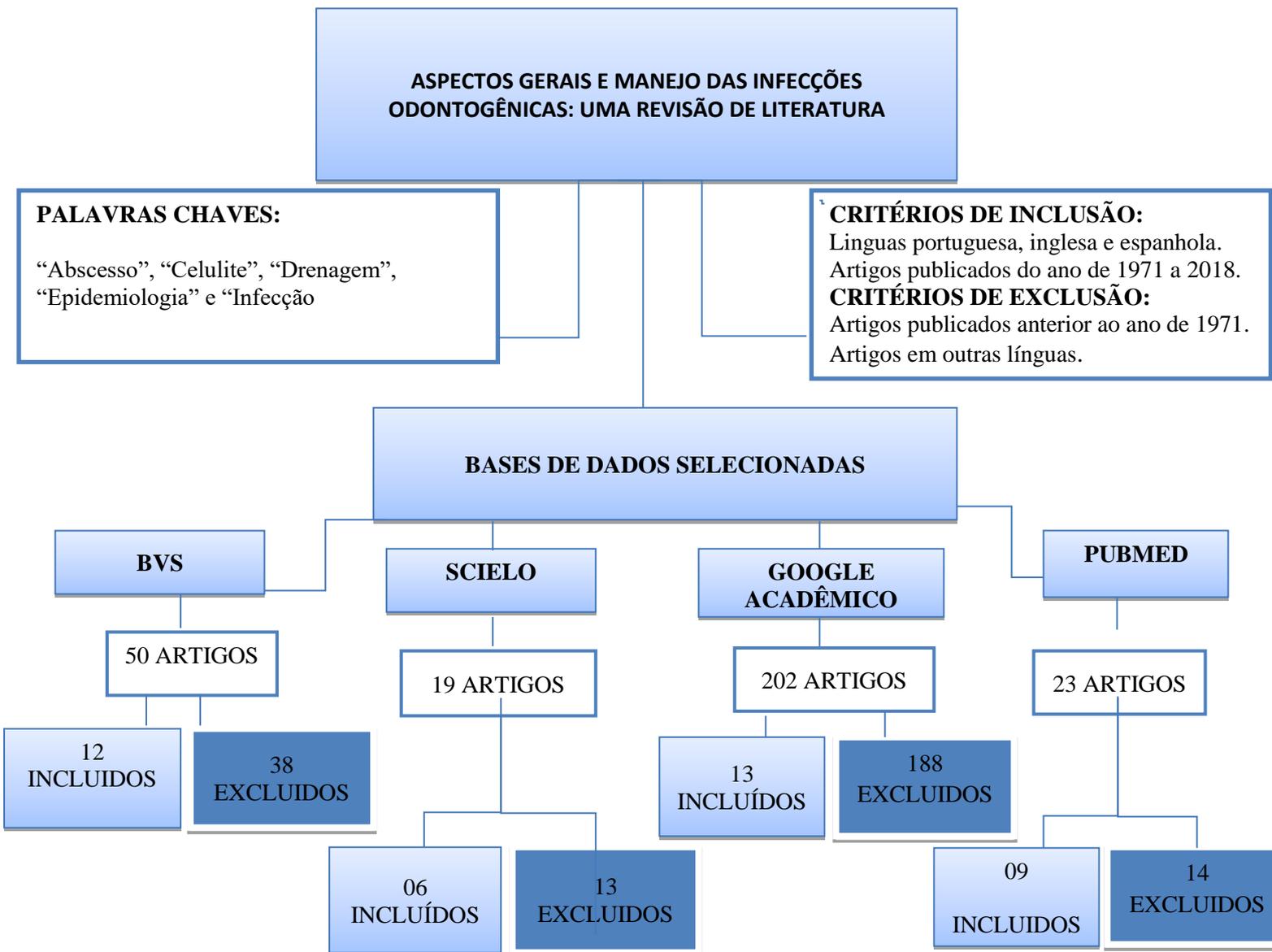
Os casos de infecções são comuns na prática odontológica e um dos principais motivos de consulta na atenção primária em saúde. Apesar da relevância dessas infecções, poucos estudos na literatura examinaram suas características epidemiológicas e/ou microbiológicas, e há pouca evidência científica que suporta protocolos representados para o tratamento dessa patologia (SÀNCHEZ et al., 2011).

Devido à morbidade apresentada pelos pacientes e a necessidade de custos elevados para realizar o tratamento em ambiente hospitalar, torna-se um problema de saúde pública. É de grande importância conhecer e uniformizar o tratamento da infecção odontogênica, criando um protocolo de atendimento que auxiliaria o profissional no momento do atendimento, quando diagnosticada e tratada inicialmente tem um excelente prognóstico (CAMARGOS et al., 2016).

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as infecções de origem odontogênicas, descrevendo fatores etiológicos, gravidade e formas de abordagem terapêutica. Neste contexto direciona-se para as ações desde o diagnóstico e tratamento nos diversos níveis de atenção em saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo transversal, realizando uma busca de artigos nas bases de dados Scielo, BVS, Pubmed e google acadêmico. As palavras-chave utilizadas foram “Abscesso”, “Celulite”, “Drenagem”, “Epidemiologia” e “Infecção” e os idiomas a língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram encontrados na íntegra 294 artigos para leitura e 38 artigos utilizados como referência bibliográfica para a revisão de literatura. Os critérios de inclusão artigos publicados de 1997 a 2018 e excluídos artigos publicados anterior ao ano de 1997.



3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Conceito

As infecções se desenvolvem quando ocorre uma perda de equilíbrio entre o mecanismo de defesa do hospedeiro e o mecanismo da infecção bacteriana, são encontradas principalmente a presença de anaeróbios e bactérias gram-positivo. Originam-se dos tecidos dentais e dos tecidos de suporte, podendo trazer riscos à vida do paciente, sendo extremamente importante que os profissionais conheçam as características da infecção odontogênica, suas possíveis complicações e as suas formas de agravo (NAVARRO, 2009; AZENHA et al., 2012; CHANG et al., 2013).

No processo de avaliação clínica do paciente, deve ser levado em consideração o histórico familiar, a história odontológica pregressa e possíveis tratamentos realizados. Os sinais e sintomas comumente relacionados a esse quadro são edema, febre, dor no assoalho bucal, sialose, odinofagia, disfagia, odontalgia, trismo e respiração fétida (JARDIM et al., 2011).

3.2 Epidemiologia

A infecção odontogênica em pacientes adultos tem uma predileção pela região dos molares inferiores, é atípica a infecção está relacionada com os dentes anteriores da maxila. A infecção quando perfura a região lingual, forma um edema que atinge a região do músculo digástrico e posteriormente atingindo o osso hióide. Nos pacientes infantis há uma inversão, sendo mais propenso ocorrer na região superior (REHER et al., 2001; NETO et al., 2009)

O paciente que apresenta imunodeficiência, alteração sistêmica não controlada e pacientes pediátricos que ainda tem o sistema imunológico imaturo, o processo infeccioso tem uma rápida progressão tornando o tratamento de maior complexidade. Pacientes diabéticos apresentam alterações fisiológicas, como diminuição da capacidade imunológica, aumento dos mediadores da inflamação e quando submetidos a infecções graves sofrem com o aumento do tempo de hospitalização (ESLAVA et al., 2012; GOMES et al., 2015; LIMA et al., 2018).

Existem agravantes que estão correlacionados com a disseminação da infecção, dentre eles a falta de higienização bucal que favorece o acúmulo e seletividade das bactérias e auxilia no quadro infeccioso, o uso indiscriminado de medicamentos sem prescrição, principalmente antibióticos, que propicia a resistência e maior virulência de microorganismos, e a demora em

procurar tratamento, uma vez que o tempo é uma condição crucial para melhoria do quadro de saúde do paciente (IGOUMENAKIS et al., 2014).

A habilidade profissional é fundamental como método de prevenção na ocorrência da infecção, podendo associar as causas mais comuns relacionadas a esse quadro clínico e assim orientando aos pacientes, evitando a instalação da infecção através de medidas preventivas. O diagnóstico precoce também evita a disseminação para outros espaços de maior gravidade, sendo necessário o tratamento em ambiente hospitalar (SANCHEZ et al., 2011; MARTINI et al., 2012).

3.3 Classificação

Tab. 1 – Classificação das infecções odontogênicas.

Tipos de Infecção	Características	Severidade	Hospitalização	Referências
Abscesso Agudo	O abscesso é a forma mais branda da infecção, tem presença de pus, devido a isso sua consistência é flutuante, localizado, com o centro brilhante e não trás maiores riscos a vida do paciente. O acúmulo do liquido no interior dos tecidos é responsável pelas tumefações presentes, podendo ser local ou generalizada, dolorosa ou não.	Nos abscessos difusos o sintoma é de dor intensa, já nos abscessos localizados, devido ao absoluto controle do organismo em localizar a coleção de pus, a dor é moderada e o paciente não apresenta sinais sistêmicos da disseminação da infecção (ex: febre, edema, linfadenite)	Avaliar espaços comprometidos e gravidade.	(HUPP et al., 2009; MARTINI et al., 2012).
Angina de Ludwig	É uma celulite aguda, difusa, de rápida progressão, de consistência firme (lenhosa) e abrange os três espaços faciais: sublingual, submandibular e submental, provocando problemas no sistema estomatognático.	É uma infecção agressiva, não localizada, de rápida evolução e acomete espaços faciais inferiores.	Encaminhamento hospitalar	(SIMIÃO, 2015)
Celulite	Definida como infecção dos tecidos celulo adiposo localizado em interstícios e associada ao músculo fascial, neurovascular e estruturas viscerais. Clinicamente se manifesta como infecção difusa, inchaço doloroso, endurecido e eritematoso.	A apresentação clínica consiste em edema localizado, dor ou ausência dolorosa, dependendo do quadro.	Encaminhamento hospitalar	(ESLAVA et al., 2012).
Pericoronarite	É caracterizada por um processo inflamatório, infeccioso ou não, que está localizado envolta de uma coroa dentária, normalmente em terceiros molares.	O quadro clínico mais crítico é quando existe o avanço infeccioso para os espaços faciais.	Avaliar espaços comprometidos e gravidade.	(DUARTE et al., 2007)
Mediastinite	Normalmente ocorre por infecção após um procedimento cirúrgico cardíaco. É um tipo de infecção rara, embora possa ter origem da Angina de Ludwig.	A forma mais agressiva e letal dessa infecção é a descendente necrosante, porém, não é tão comum.	Encaminhamento hospitalar	(MEDEIROS et al; 2011.)

Fasceíte	É uma infecção bacteriana localizada em tecidos moles. Tem como origem na maioria dos casos, a infecção odontogênica que pode evoluir para uma formação gasosa tecidual nos espaços subjacentes.	Apresenta grande carga microbiana, sendo classificada em tipo I flora mista e tipo II presença de Streptococcus e Staphylococcus áureos.	Encaminhamento hospitalar	(BROMMELSTR OET et al., 2001)
-----------------	--	--	---------------------------	-------------------------------

3.4 Disseminação

A disseminação ocorre através do osso esponjoso, a perfuração óssea e penetração nos tecidos moles depende da espessura da lâmina cortical. O local da infecção é determinado por dois fatores, a espessura do osso sobreposto ao ápice do elemento dentário e a relação das inserções musculares com o local em que houve a perfuração óssea. Se estiver superior a inserção muscular do bucinador a infecção será no espaço bucal, se estiver inferior será na vestibular. Na mandíbula é definido pela inserção do músculo milo-hioideo, se estiver superior será no espaço sublingual e inferior no espaço submandibular. Nos casos de caninos com raízes longas pode ocorrer superior ao músculo elevador do ângulo da boca, causando assim uma infecção no espaço infraorbitário, esses espaços são classificados como primários (HUPP et al., 2009).

Nas infecções dos espaços cervicais existe uma prevalência de bactérias gram positivas, principalmente streptococcus e staphylococcus aureus. A anatomia complexa do local dificulta o diagnóstico e a localização precisa da infecção, o percurso mais comum anatomicamente para que a infecção progrida é pelo espaço retrofaríngeo, estendendo-se para o mediastino, quando isso ocorre o sintoma mais comum é a dor torácica e a dificuldade de respirar (BROMMELSTROET et al., 2001; SENNES et al., 2002; GUJRATHI et al., 2016; BRITO et al., 2017).

As infecções dos espaços profundos do pescoço referem-se a uma infecção nos espaços potenciais, seja com formação de abscesso ou celulite. As infecções são oriundas dos dentes ou de suas estruturas de apoio e estão entre as doenças mais comuns na região bucomaxilofacial, principalmente nos países em desenvolvimento (HUPP et al., 2009; GUJRATHI et al., 2016).

A infecção também pode afetar o espaço superior, atingindo estruturas nobres como vasculares e sinusais, tendo potencial de invadir o cérebro ou seio cavernoso. Em situações mais graves podem ocorrer danificações de órgãos vitais. Existe ainda o risco da endocardite bacteriana e de problemas reumáticos, devido à possibilidade da disseminação na corrente sanguínea. Os espaços secundários estão relacionados com a disseminação da infecção para os espaços carotídeos, retrofaríngeo, pré-traqueal e faríngeo lateral, evoluindo para o mediastino, são de alta complexidade e necessitam de um atendimento de urgência. (JIMÉNEZ et al., 2004; HUPP et al., 2009; SIMIÃO, 2015).

Tem como característica a presença de pus na região da cabeça e do pescoço, com taxas significativas de morbidade e mortalidade quando não é realizado um tratamento precocemente. A tomografia computadorizada é o exame de imagem mais indicado para as infecções cervicais, porque mostra o envolvimento dos espaços, facilitando o diagnóstico e tratamento (BROMMELSTROET et al., 2001; SENNES et al., 2002; GUJRATHI et al., 2016; BRITO et al., 2017).

O raio-x da região cervical revela se houve um desvio na região da traqueia, a presença ou não de corpo estranho, a distinção entre as infecções superficiais e profundas. A tomografia computadorizada associada à ressonância nuclear magnética mostra a extensão e a localização da infecção. Os exames laboratoriais também são indispensáveis para o sucesso do tratamento, a solicitação de hemograma completo é imprescindível, sendo incluída série vermelha e branca, ureia e creatina para avaliação das funções renais e também glicemia em jejum (DURAZZO et al., 1997; AZENHA et al., 2012).

3.5 Tratamento

O objetivo do tratamento é a eliminação do agente causador e a drenagem do líquido acumulado no interior dos tecidos, que pode ocorrer intraoral ou extraoral, vai depender da relação entre a inserção muscular direcionada pela anatomia do músculo bucinador na maxila e do músculo milo-hióideo na mandíbula e pela espessura da tábua óssea que se comporta de forma diferente nos maxilares, sendo ossos trabeculados e denso (MARTINI et al., 2012).

Existem alguns critérios para decidir onde será realizado o tratamento da infecção: A progressão rápida, dispnéia e disfagia. Nesses casos, é indispensável à hospitalização desse paciente, por ser uma infecção grave com potencial letal, que trás risco para vida do paciente, sendo necessárias doses intravenosas de antibióticos como tratamento adjuvante (PETERSON et al., 2006; HUPP et al., 2009).

O protocolo básico e bastante enfatizado na literatura é a remoção da causa, drenagem cirúrgica e antibioticoterapia. A eliminação do foco infeccioso pode ser por debridamento pulpar, que é o tratamento endodôntico ou a realização da exodontia. Independente da gravidade do paciente é importante à drenagem e os cuidados básicos de suporte (PETERSON et al., 2006; HUPP et al., 2009).

Os pacientes em estado grave apresentam perda de líquido e aumentam a necessidade calórica diária, sendo fundamental a hidratação e nutrição, com o intuito de fortalecer o mecanismo de defesa do hospedeiro e conseqüentemente melhor resposta no tratamento. O

apoio respiratório também é importante, pois são pacientes com risco de desconforto pela obstrução dos espaços aéreos (RODRIGUEZ et al., 2004).

O tratamento da fascíte necrotizante é de urgência, uma vez que o paciente corre risco de vida devido a sua toxicidade e rápida evolução, é baseado primariamente na antibioticoterapia, na maioria dos casos é feita a indicação de mais de um antibiótico de amplo espectro, é realizada a eliminação do foco infeccioso, debridamento cirúrgico e monitoramento do paciente (MEDEIROS et al., 2011; SILVA et al., 2016).

O manejo adequado em pacientes com infecções odontogênicas traz grandes benefícios à saúde, uma vez que são infecções potencialmente graves, com sérios riscos a vida do paciente acometido, tornando-se necessário seguir corretamente o protocolo, proporcionando assim, um tratamento com resultados satisfatórios e aliviando a dor do paciente (ULUIBAU et al., 2005).

Em âmbito hospitalar a associação da clidamicina e a gentamicina podem favorecer o tratamento das infecções odontogênicas graves, explicado pelo não efeito de sinergismo por potenciação de acordo com o espectro de ação de cada droga. Entretanto, novos estudos são necessários, para verificar se os efeitos variáveis observados podem interferir nos resultados clínicos (FIGUEIREDO et al., 2015).

4 DISCUSSÃO

As infecções odontogênicas se tornaram um problema de saúde pública, devido à gravidade de alguns casos e os altos custos de tratamento e hospitalização. Segundo Amponsah et al., (2006) atingem principalmente os países de terceiro mundo, onde a maioria da população tem baixa renda e não conseguem cobrir os custos hospitalares.

De acordo com Azenha et al., (2012) essas infecções podem acometer pacientes em qualquer idade ou gênero e que é multifatorial, sendo a necrose pulpar e a doença periodontal, os principais fatores causadores. Conforme Hupp et al., (2009) a infecção possui duas origens: periapical devido a necrose do canal pulpar e periodontal, proveniente das bolsas profundas. Em relação à microbiologia da infecção odontogênica, existe uma concordância entre os autores onde afirmam que a maioria das infecções são causadas por anaeróbios e aeróbios.

A infecção em pacientes imunodeficientes e sistemicamente comprometidos se apresenta de maneira mais agressiva e duradoura devido ao sistema de defesa desses pacientes está debilitado. Segundo Gomes et al. (2015) existe uma complexidade no tratamento em paciente com alteração sistêmica não controlada e imunodeficientes, devido a infecção se apresentar de maneira mais grave. Confirmado por Seppanen et al., (2008) que acrescenta que os pacientes normosistêmicos, tem um prognóstico mais favorável quando comparado a esses pacientes.

É muito importante a realização de um diagnóstico precoce, evitando o agravamento da infecção e estabelecendo um melhor prognóstico. De acordo com Jardim et al., (2011) e Vasconcelos et al., (2002) é o caminho para o sucesso do tratamento e deve ser realizado de forma multidisciplinar.

Os exames laboratoriais e de imagem são complementos fundamentais nesse processo de diagnóstico e tomada de decisão do tratamento. Segundo Azenha et al., (2012) é fundamental a realização de exames complementares, principalmente de exames por imagem para auxiliar na localização do agente que está causando a infecção e para o planejamento cirúrgico. Carvalho et al., (1988) diz que a associação do exame clínico e dos exames complementares, assegura um diagnóstico definitivo.

A decisão do local do tratamento se em ambiente hospitalar ou ambulatorial está relacionado com a complexidade da infecção. Segundo Hupp et al., (2009) pacientes com dispnéia e disfagia devem ser atendidos no hospital pois correm risco de vida. Villamert et al., (2007) concorda e completa dizendo que pacientes pediátricos também necessitam de hospitalização pois a progressão é mais rápida que em um paciente adulto.

Os pacientes que se apresentam dispnéico e disfágico devido essa condição apresentam perda de líquido e não conseguem se alimentar, de acordo com Rodriguez et al., (2004) a primeira coisa a ser realizada é a manutenção das vias áreas e reposição hídrica e calórica. Langerbrunner et al., (1971) diz que essa conduta deve ser prioridade no tratamento desses casos de maior complexidade.

A conduta terapêutica das infecções segue um protocolo básico e está diretamente interligado com prognóstico favorável ou desfavorável do paciente. Martini et al., (2012) afirma que o tratamento da infecção é baseado na remoção do agente causador, na drenagem que pode ser intra ou extra oral associado com a antibioticoterapia. Peterson et al., (2000) concorda e diz que deve ser escolhida a área para drenagem preservando quando possível a estética do paciente e a anatomia muscular e vascular, sendo o local da incisão o ponto de flutuação.

Após a remoção da coleção purulenta e protocolo medicamentoso, em alguns casos é necessário a instalação do dreno geralmente nas infecções de maior volume e gravidade para manter a via de drenagem em função. Azenha et al. (2012) afirma que os drenos se manterão de 3 a 5 dias, os pacientes são orientados a fazer limpeza da área com soro fisiológico, trocando diariamente os curativos e fazendo o uso de medicação antibiótica a cada 8 horas e analgésica a cada 6 horas, o que se confirma por Marzola et al. (2006) que acrescenta que a remoção desse dreno deve ser feito de forma gradual e não deve ultrapassar 5 dias.

No protocolo medicamentoso das infecções complexas podem ocorrer associações para potencialização do efeito antimicrobiano e diminuição dos riscos de resistência bacteriana. Segundo Figueiredo et al., (2015) a combinação dos antibióticos clindamicina e getamicina podem contribuir para o tratamento, esclarecido pelo não efeito de sinergismo por potenciação. Augusto et al., (2016) complementa essa afirmação e relata a eficácia da clindamicina no campo da odontologia em infecções complexas e aponta como sendo a primeira linha de escolha para pacientes alérgicos a penicilina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infecções odontogênicas, se tornaram um problema de saúde pública devido ao seu potencial de complexidade e altos custos de tratamento. A realização do diagnóstico precoce oferece ao paciente um melhor prognóstico evitando assim o agravamento da infecção.

Pode-se concluir que o estudo das infecções odontogênicas, abrangendo fatores etiológicos, gravidade e formas de abordagem terapêutica, pode nortear melhor as condutas e assegurar o melhor prognóstico destas afecções, oferecendo ao profissional um melhor direcionamento desde o diagnóstico, até ao tratamento e assim salvaguardar a vida dos pacientes.

É fundamental o estabelecimento de um protocolo no atendimento desses pacientes, principalmente os sistemicamente comprometido, imunosuprimidos e crianças, cuja, a infecção se apresenta de maneira mais agressiva e persistente.

A conduta deve ser vigorosa, objetivando sempre a drenagem, remoção do fator causador e antibióticoterapia e nos casos de maior gravidade o estabelecimento das vias aéreas, reposição hídrica e calórica. É preciso investir em campanhas preventivas da infecção e no preparo dos profissionais nos diferentes níveis de atenção á saúde, em especial os da atenção básica, porta de entrada do sus.

REFERÊNCIAS

AMPONSAH, E.K.; DONKOR, P.; **Life-threatening oro-facial infections**. Ghana Medical Journal, Tarkwa, V. 41, n. 1, P 33-36, 2006.

ARAÚJO, J. A. D.; **Infecção odontogênica: revisão de literatura**, 2010.

AUGUSTO, C.S.D.; **Infecções odontogênicas graves: etiologia microbiana, perfil de citocinas e de suscetibilidade a drogas antimicrobianas**. Departamento de Microbiologia Instituto de Ciências Biológicas Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, 2016.

AZENHA, M.R.; LACERDA A.S.; BIM, A.L.; CALIENTO, R.; GUZMAN, S.; **Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5 casos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** 2012.

BRITO, T. P.; HAZBOUN, I.M.; FERNANDES, F.L.; BENTO, L.R.; ZAPPELINI, C.E.M.; CHONE, C.T.; CRESPO, A.N.; **Deepneck abscesses: study of 101 cases / Abscessos cervicais profundos: estudo de 101. casos** Braz J Otorhinolaryngol., 2017.

BROMMELSTROET, M.; ROSA, J.F.T.; BOSCARDIM, P.C.B.; SCHMIDLIN, C.A.; SHIBATA, S.; **Mediastinite descendente necrosante pós-angina de Ludwig**, J Pneumol V27(n 5), 2001.

CAMARGOS, F.M.; MEIRA, H.C.; AGUIAR, E.G.; ABDO, E.N.; GLÓRIA, J.N.; DIAS, A.C. S.; **Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** V.16 n.2 , 2016.

CARVALHO, A. C. P.; CARVALHO, P. S. P.; ANDRADE, E. D.; PASSERI, L. A. **Tratamento dos abscessos de origem dental**. Odontol.Mod.V.15, n. 10, P. 34-39, 1988.

CHANG, J.S.; YOO, K.H.; YOON, S.H.; HA, J.; JUNG, S.; KOOK, M.S.; PARK, H.J.; RYU, S.Y.; OH, H.K. **Odontogenic infection involving the secondary fascial space in diabetic and non-diabetic patients: a clinical comparative study**. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2013.

DUARTE, H.N.; SATO, F.R.L.;MORAES, M. Pericoronarite e infecções das vias aéreas superiores: revisão / Pericoronitis and upper airways infection: a review. **Rev. Clín. Pesq. Odontol**, 2007.

DURAZZO, M.D.; PINTO, F.R.; LOURES, M.S.R.; VOLPI, E.M.; NISHIO, S.; BRANDÃO, L.G.; CORDEIRO, A.C.; FERRAZ, A.R. Os espaços cervicais profundos e seu interesse nas infecções da região, **RevAssMed Brasil**, V43(n2), P119-26, 1997.

ESLAVA C.; CASTELLANOS S.; PRETTO, E. F.; SÁNCHEZ V., MÉNDEZI. **Celulitis facial odontogênica severa infrecuente causada por citrobacterfreundii productora de AMPC en un paciente con diabetes mellitus 2. Reporte de caso.** Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, 2012.

FIGUEIREDO, T. B.; **Efeitos da clindamicina e gentamicina sobre amostras isoladas de infecções odontogênicas graves: estudo piloto/** **Effects of clindamycin and gentamicin on strains isolated from severe dental infections: a pilot study.** Belo Horizonte; s.n; 2015.

GOMES, F.V.; GÖELZER, J.G.; MAYER, L.; TORRIANI, M.A.; Severe odontogenic infection: past or reality? a case series report, **Rev Odontol Bras Central**, V 24(n 69),2015.

GUJRATHI, A.B.; VIJAYALAXMI, A.; KATHAIT, P.; **Deep neck space infection e A retrospective study of 270 cases at tertiary care center.** World Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery V 2, P 208-213, 2016.

HUPP, In FLYNN, T. R. J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M.
R. Infecções Odontogênicas Complexas. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5. Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2009.

IGOUMENAKIS, D.; GKINIS, G.; KOSTAKIS, G.; MEZITIS, M.; RALLIS, G.; **Severe Odontogenic Infections: Causes of Spread and their Management**, 2014.

JARDIM, E. C. G.; SANTIAGO JÚNIOR, J.F.; GUASTALDI, F.P.S.; JARDIM JÚNIOR, E.G.; GARCIA JÚNIOR, I.R.; SHINOHARA, E.H.; **Infecções odontogênicas: relato de caso e implicações terapêuticas odontogenic infections: case report and therapeutic implications.** **Revista Odontológica de Araçatuba**, 2011.

JIMÉNEZ, Y.; BAGÁN, J.V.; MURILLO, J.; POVEDA, R.; **Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas / Odontogenic infections. Complications. Systemic manifestations.** **Med. oral patol. oral cir. Bucal**, 2004.

LANGERBRUNNER, D.J.; DAJANI, S.; **Pharyngomaxillary space abscess with carotid artery erosion.** ArchOtol, V 94, P447-452, 1971.

LIMA, F.G.G.P; RIOS, L.G.C; CUNHA, L.T.M.Q; ROCHA, F.S; BATISTA, J.D. Abordagem clínico-cirúrgica de infecção complexa em região maxilo-facial: relato de caso. **RevOdontolBras Central**, V. 27(n 81), P.112-116, 2018.

MARTINI, M.Z.; MIGLIARI, D.A.. Epidemiologia das infecções maxilofaciais tratadas num hospital público da cidade de São Paulo. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, V.66, n.1 ,Jan./Mar. 2012.

MARZOLA, C.; PASTORI, M. Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos da cavidade bucal - infecções odontogênicas. **Rev.Odont.Acad.TiradentesOdont**, p. 223-233, 2006.

MEDEIROS, R. J.; MELO, A.R. M.; OLIVEIRA, H.F.L.O.; CARDOSO, S.M.O.; LAGO, C.A.P.. **Fasceíteneccrosantecérvico-torácica facial odontogênica.** Braz J Otorhinolaryngol, V77, (n6)P 805.2011.

NAVARRO, D. M..Comportamiento clínico de las celulites facial odontógena. Hospital universitario “General Calixto García”. **Revista Cubana de Estomatologia**, 2009.

NETO, N.C; SPAGNOL, G.; CAMPOS, J.A.D.B.; GABRIELLI, M.A.C.; FILHO, V.A.P. Infecções bacterianas da cabeça e pescoço: estudo retrospectivo; **Revista Odonto**, v. 17, n. 34, 2009.

PETERSON, L. J. **Infecçõesodontogênicas complexas.** In: PETERSON, L. J. et al. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,. V 17, p. 412-425.2000.

PETERSON, L. J. TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H.; HUPP, J. R. **Princípios do Tratamento Cirúrgico e Farmacológico de Infecções.** Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2006.

REHER, P.; TEIXEIRA L. M. S. **Anatomia aplicada à propagação de infecções odontogênicas.** In: TEIXEIRA L. M. S.; REHER, P.; REHER, V. G. S. Anatomia aplicada à odontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUEZ, V.J.C.; Celulitismaxilofaciales / Maxillofacialcellulitis. **Med. oral patol. oral cir. bucal**, 2004.

SÁNCHEZ, R.; MIRADA, E.; ARIAS, J.; PAÑO, J.R.; BURGUEÑO, M.
Severe odontogenic infections: Epidemiological, microbiological and therapeutic factors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2011

SENNES, L.U.; IMAMURA, R.; JÚNIOR, V.A.; SIMOCELI, L.; FRIZZARINI, R.; TSUJI, D.H. Infecções dos espaços cervicais: estudo prospectivo de 57 casos.
Rev Bras Otorrinolaringol, 2002.

SEPPANEN, L.; LAUHIO, A.; LINDGVIST, C.; SUURONEN, R.; RAUTEMAA, R.. **Analysis of systemic and local odontogenic infection complications requiring hospital care.** Journal of Infection, Jul. 2008.

SILVA, F.B.; LIMA, V.N.; MOMESSO, G.A.C.; QUEIROZ, S.B.F.; FAVERANI, L.P. **Fasceíte necrotizante de origem odontogênica: relato de caso.** JORNADA ODONTOLÓGICA DOS ACADÊMICOS DA CATÓLICA – JOAC, v. 2, n. 2, 2016.

SIMIÃO, M.N.; **Infecções odontogênicas complexas: revisão de literatura / Odontogênicas complex infections: literature review**, s.n, 2015.

ULUIBAU, I.C.; JAUNAY, T.; GOSS, A.N. **Severe odontogenic infections.** Aust Dent J. 2005.

VASCONCELLOS, B. C. E.; CAUÁS, M.; ALBERT, D.G.M; NASCIMENTO, G.J.F.; HOLANDA, G.Z.; Disseminação de infecção odontogênica através das fascias cervicais profundas-relato de caso clínico. **Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial**, 2002.

VILLAMERT, C.G.; ÁNGELES, E.T.; HERNÁNDEZ, H.C.; FAVILA, J.C.O.; **Infecciones faciales odontogênicas. informe de un caso**, V 28, n. 3, P. 95-100, 2007.