



**NATANI BALDISSERA**

**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS**

**Sinop/MT  
2019**

**NATANI BALDISSERA**

**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Marcos M. Suzuki

**Sinop/MT  
2019**

**NATANI BALDISSERA**

**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em

---

**Marcos M. Suzuki**

Professor(a) Orientador(a)

Departamento de Odontologia – FASIPE

---

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Odontologia – FASIPE

---

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Odontologia – FASIPE

---

**Giuliane Passoni**

Coordenadora do Curso de Odontologia

FASIPE - Faculdade de Sinop

**Sinop-MT  
2019**

BALDISSERA, Natani. **Infecções Odontogênicas**. 2019. Trabalho de conclusão de curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

## RESUMO

As infecções odontogênicas são condições clínicas graves que se dissipam para tecidos adjacentes e espaços faciais de cabeça e pescoço. São originadas a partir de um dente ou das estruturas de suporte e são consideradas as infecções mais frequentes do complexo maxilofacial. Essas infecções necessitam de uma abordagem multifatorial, que vai desde avaliar o paciente, descobrir a causa da infecção, observar aspectos anatômicos, intervenções cirúrgicas e a realização da terapia antimicrobiana apropriada. O tratamento é realizado através de remoção da causa da infecção, incisão cirúrgica para drenagem da coleção purulenta e prescrição de antibioticoterapia específico para o tipo de microrganismo presente. O objetivo deste estudo foi, através da revisão de literatura sobre infecções odontogênicas, abordar a progressão da infecção, a etiologia, diagnóstico e as modalidades de tratamento disponíveis. Portanto, conclui-se que se esse tipo de lesão, se não for diagnosticado nos estágios iniciais podem evoluir para condições extremamente debilitantes, podendo causar até mesmo óbito.

**Palavras-chave:** Antibioticoterapia. Drenagem. Infecções odontogênicas. Procedimentos cirúrgicos.

## ABSTRACT

Odontogenic infections are serious clinical conditions, which dissipate into adjacent tissues and facial spaces of the head and neck. These are originated from a tooth or supporting structures and these are considered the most frequent infections of the maxillofacial complex. Thus, these infections require a multifactorial approach, ranging from evaluating the patient, finding out the cause of the infection, observing anatomical aspects, surgical interventions, and conducting appropriate antimicrobial therapy. The treatment has been performed by removing the cause of infection, through surgical incision for drainage of the purulent collection and prescription of specific antibiotic therapy for microorganism resident type. The objective of this study, through literature reviewing about odontogenic infections, was to approach progression of the infection, the etiology, the diagnosis and the treatment modalities available. Therefore, in conclusion, if this type of lesion is not diagnosed in the early stages it can progress to extremely debilitating conditions, and may even cause death.

**Keywords:** Antibiotic therapy. Drainage. Odontogenic infections. Surgical procedures.

## INTRODUÇÃO

As infecções odontogênicas são processos infecciosos que se originam de tecidos dentais ou de suporte, possuem natureza polimicrobiana e estão envolvidas no desequilíbrio da microbiota. Essa infecção pode evoluir rapidamente tornando necessária a internação do paciente<sup>1</sup>.

Essas infecções representam um dos problemas mais graves de se tratar na Odontologia<sup>2</sup>. Elas podem ser determinadas pela proliferação nociva de microrganismos nos indivíduos que modificam e acabam com as células gerando sinais e sintomas locais<sup>3</sup>. Esse fato ocorre quando há uma ruptura no equilíbrio entre o sistema de defesa humana e o mecanismo bacteriano, gerando, assim, um processo infeccioso<sup>4</sup>.

As diversas formas de infecção oral que ocorrem no ser humano podem ser classificadas, de acordo com a evolução, como aguda ou crônica; organismo causador como vírus, bactérias, fungos ou protozoários; e estão relacionadas a glândulas salivares ou outra estrutura anatômica tal como osso ou dente<sup>5</sup>. Essas infecções podem ser de duas origens: odontogênicas e não odontogênicas. As odontogênicas originam-se de estruturas dentais como a cárie, necrose, bolsas periodontais ou um dente parcialmente irrompido. Por outro lado, as infecções de origem não odontogênicas são provenientes de glândulas salivares ou então de infecções da mucosa oral<sup>6</sup>.

O presente tema constitui-se de uma preocupação de saúde pública devido à morbidade causada nos pacientes e as elevadas taxas hospitalares geradas para seu tratamento. Alguns fatores como a demora na procura do atendimento especializado, antibioticoterapia inadequada, condições sistêmicas descontroladas e virulência do microrganismo podem contribuir para a disseminação rápida da infecção. Esses pacientes necessitam de medidas rápidas de tratamento devido à evolução da infecção, portanto, conhecer o perfil do paciente é de extrema importância, pois possibilita o desenvolvimento de protocolos terapêuticos para prevenir e otimizar o tratamento <sup>7</sup>. O objetivo deste trabalho foi o de descrever o que são infecções odontogênicas, que infecções mais ocorrem, sua forma de diagnóstico e o tratamento para cada tipo de infecção.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

A infecção odontogênica é dividida em duas fases, a pré-antibiótico e a pós-antibiótico. Com o começo da utilização de antibióticos nos anos 40 e o conceito da terapia intensiva, houve uma nítida queda na letalidade por essa infecção. Porém, a infecção odontogênica atualmente é mais preocupante devido à elevada virulência, localização e resistência dos microrganismos que possuem a capacidade de ultrapassar as barreiras fasciais<sup>8</sup>.

A infecção odontogênica pode revelar-se de várias formas, desde infecções bem localizadas e de baixa intensidade, a infecções severas atingindo áreas fasciais, distantes do foco de infecção original<sup>9</sup>. Essas infecções odontogênicas originam-se de tecidos dentais e de suporte, podendo dissipar-se em determinadas ocasiões para espaços faciais subjacentes tornando-se infecções complexas. Os sinais e sintomas relacionados ao quadro infeccioso são a presença do edema, febre, dor no assoalho bucal, disfagia, sialose, trismo, odinofagia e respiração fétida. Pode também ocorrer alteração na fonação, aflição respiratória e cianose que demonstram o comprometimento das vias aéreas, como também infecção sistêmica disseminada<sup>10, 2</sup>.

As bactérias que causam infecções odontogênicas são habitantes da microbiota da cavidade oral, mas vivem em condição normal sem causar doença quando estas estão em equilíbrio<sup>11</sup>. Os gêneros microbianos causadores da infecção odontogênica são basicamente compostos de cocos aeróbicos Gram-positivos, cocos anaeróbicos Gram-negativos e bastonetes anaeróbicos Gram-negativos. A maioria dessas infecções são de origem polimicrobiana e, em alguns casos específicos, deve-se solicitar um exame de antibiograma para fazer a identificação do patógeno<sup>12, 13, 14</sup>.

Quando essas bactérias atingem tecidos subjacentes mais profundos através da polpa necrótica ou bolsas periodontais profundas, tornam-se mais patogênicos, causando infecções odontogênicas<sup>9</sup>. Os pacientes acometidos com essas infecções merecem cuidados hospitalares e medidas de tratamento rápido devido à evolução da doença, como obstrução de vias aéreas, mediastinite ou até mesmo septicemia<sup>15</sup>.

### **Progressão da Infecção**

Uma vez que as bactérias alcançam os tecidos profundos, inicia-se uma infecção ativa, quando acontece a sintetização de hialuronidases, permitindo que as bactérias atravessem o

tecido conjuntivo com mais facilidade. Os metabólitos gerados por esses microrganismos criam um microambiente favorável ao seu desenvolvimento, reduzindo o pH da região, liberando nutrientes essenciais e consumindo oxigênio. Em estado de hipóxia, a proliferação de bactérias anaeróbicas aumenta, causando necrose liquefativa dos tecidos. A infecção propaga-se então extensamente pelo osso medular até encontrar o periósteo e a lâmina óssea cortical<sup>12</sup>. Quando ocorre a perfuração da lâmina cortical do processo alveolar, a infecção se dissemina por localizações anatômicas previsíveis, sendo que passa a ser determinada por dois fatores principais como: a espessura do osso que recobre o ápice do dente, como também a relação do local da perfuração com relação às inserções musculares, tanto da maxila quanto da mandíbula<sup>16</sup>.

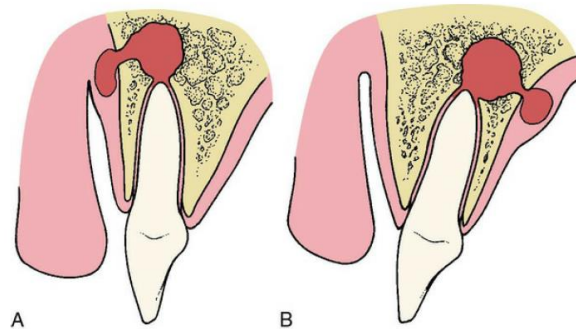
Logo após a invasão microbiana, os leucócitos provenientes do sangue se infiltram no local da infecção, causando lise celular e necrose, resultando, então, em micro abscessos, que podem coalescer e formar um abscesso de maior porte<sup>12</sup>.

O plexo estomatognático conta com espaços entre as estruturas inseridas que proporcionam informações do sentido da disseminação da infecção<sup>17</sup>. A infecção odontogênica conta com quatro estágios: estágio da inoculação acontece nos três primeiros dias, ocorrendo a colonização dos tecidos; estágio de celulite entre três a cinco dias quando há uma resposta inflamatória intensa; o estágio de abscesso ocorre entre o quinto e sétimo dia, que é quando há proliferação de microrganismos anaeróbicos e formação de secreção purulenta; e, por fim, o estágio de resolução, que é a fase de drenagem do pus por um trajeto fistuloso ou por uma incisão cirúrgica, o que acelera o processo de cura da infecção e acontece a partir do oitavo dia<sup>12</sup>.

Quando a infecção se propaga pelo osso medular, ela buscará um ponto de menor resistência para perfurar a cortical óssea (Figura 1). Se o ápice do elemento dental está mais para a cortical vestibular, a perfuração ocorrerá pela vestibular. Se o ápice estiver mais para a cortical lingual ou palatina, a perfuração ocorrerá nessa direção. Quando ocorre a perfuração da cortical óssea, a sua exteriorização nos tecidos moles dependerá da posição da perfuração em relação a inserções musculares, por exemplo, se ocorre uma infecção oriunda de um molar superior e causar a perfuração da cortical óssea abaixo da inserção do músculo bucinador, a drenagem se dará pela vestibular, se for uma perfuração acima da inserção, a drenagem acontecerá no espaço bucal (Figura 2). Na maioria dos dentes maxilares, a drenagem ocorre na cortical óssea vestibular. Na mandíbula, as infecções resultantes dos incisivos, caninos e pré-molares resultam em drenagem na região vestibular, mas quando a infecção atingir músculos profundos rompendo a

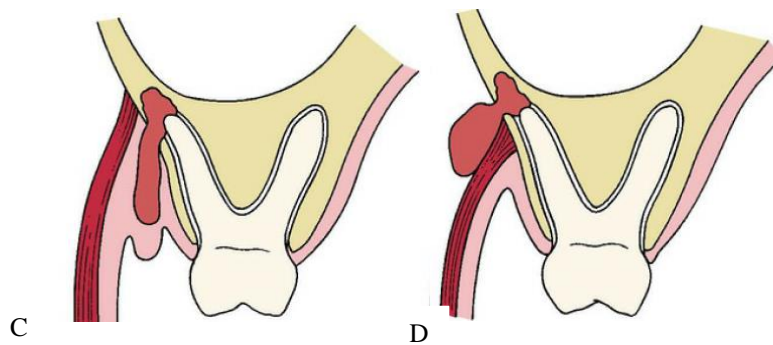
cortical lingual, a infecção atingirá o espaço submentoniano, o que vai necessitar de uma drenagem extrabucal<sup>18</sup>.

Figura 1. Quando a infecção perfura o osso, ela penetra nos tecidos moles através do osso mais delgado. A) O ápice dentário está próximo à fina cortical óssea vestibular, de modo que a infecção perfura vestibularmente. B) O ápice direito está próximo ao aspecto palatino, portanto, o osso palatino será perfurado.



HUPP, et al., 2015

Figura 2. Relação entre o ponto de perfuração óssea e a inserção muscular determina o envolvimento do espaço fascial. C) Quando o ápice dentário estiver abaixo da inserção muscular, resultará em abscesso vestibular. D) Se o ápice estiver acima da inserção muscular: o espaço fascial adjacente será envolvido.



HUPP, et al., 2015

As infecções odontogênicas podem dissipar-se *in loco* ou regionalmente através de diferentes vias como a linfática e hematogênica, mas principalmente por extensão direta descendo até as regiões de fáscias, atingindo e envolvendo diversos espaços cervicais. Essas infecções acometem principalmente regiões submandibulares, sublinguais e submentonianos e, posteriormente, parafaríngeos e mastigatórios<sup>19</sup>.



## **Infecções mais comuns**

As complicações dependem do tipo e da localização do processo infeccioso, do sistema imune do hospedeiro e principalmente do tipo de microrganismo envolvido. As complicações mais frequentes são: Angina de Ludwig, fascíte necrosante, mediastinite, obstrução respiratória superior, trombose da veia jugular, extensão intra-craniana, envolvimento orbital, osteomielite, choque séptico e morte, que ocorre em 30% dos casos<sup>20</sup>.

As celulites representam a disseminação aguda e edemaciada de um processo inflamatório agudo. Dentre elas, duas são extremamente importantes para a prática clínica: a angina de Ludwig e a trombose do seio cavernoso. A angina de Ludwig é uma celulite agressiva que acomete a região submandibular e submental, causa um aumento de volume considerável, provocando protrusão lingual, obstrução das vias aéreas, enrijecimento e sensibilidade do pescoço, ocorre bilateralmente e, se não tratada, pode evoluir para o mediastino resultando em sérias complicações ao paciente<sup>21</sup>. É necessário estar atento a dores torácicas, dispneia e angústia respiratória que podem estar relacionadas ao envolvimento do mediastino<sup>22</sup>.

A trombose do seio cavernoso é resultante da infecção de um dente maxilar caracterizado clinicamente com edema peri orbital, proptose equimose e ptose palpebral. Pode ocorrer por meio de duas vias: uma via anterior em que a infecção alcança o espaço canino, resultando em trombose séptica da veia angular e se espalhando para o seio cavernoso. E uma via posterior, quando a infecção segue a direção vertical e posterior, passando pelo seio maxilar, plexo venoso pterigoideo, seio petroso inferior chegando ao seio cavernoso; esse tipo de via, se não tratada, pode evoluir e chegar ao cérebro e causar micro abscessos ou abscessos<sup>21</sup>. Os sinais e sintomas mais frequentes na trombose do seio cavernoso são: dor ocular, sensibilidade, febre, calafrios, edema, lacrimejamento, pressão ocular, diminuição ou ausência do reflexo corneal (por comprometimento do ramo oftálmico do V par craniano), Oftalmoplegia (por comprometimento dos nervos oculomotor, troclear e trigêmeo)<sup>23</sup>.

De acordo com Neville<sup>21</sup>, outra infecção comum é a osteomielite, elas são decorrentes de infecção bacteriana que causa a destruição lítica e expansiva do osso envolvido e pode ocorrer de diferentes formas:

- Supurativa aguda: ocorre quando um processo inflamatório agudo se alastra através dos espaços medulares do osso e o tempo é insuficiente para que o corpo repare esse processo inflamatório;
- Supurativa crônica: ocorre quando as células de defesas produzem tecido de granulação e formação de um tecido de cicatrização denso, tentando evitar o contato com a infecção,

porém, esse novo tecido de cicatrização dificulta a entrada do antibiótico naquela região, favorecendo a permanência dessas bactérias;

- Esclerosante difusa: essa infecção bacteriana causa uma massa latente de granulação que promove a esclerose do osso circundante;
- Crônica primária: é quando não há uma evidente presença de infecção bacteriana associada à febre, supuração e sequestro ósseo;
- Tendoperiosteíte crônica: está relacionada ao uso excessivo dos músculos da mastigação, masseter e digástrico, associados também a hábitos parafuncionais;
- Osteíte condensante: associada a ápices dentais com pulpíte ou necrose pulpar causando esclerose óssea.

O mediastinite é uma complicação rara de um abscesso de origem odontogênica e também de origem não odontogênica, geralmente oriunda de um molar que apresenta os ápices de suas raízes abaixo do músculo milohióideo. A fáscia cervical profunda é ligada superiormente na região mandibular, facilitando, então, que a coleção purulenta atinja o mediastino com mais facilidade já que o percurso se apresenta livre. Esta complicação apresenta alto índice de mortalidade, sendo assim, o paciente deve ser tratado em um centro de tratamentos e cuidados intensivos para tratamento cardiorácico<sup>5</sup>. Dentro os principais sinais e sintomas da mediastinite, tem-se: odinofagia, edema na região cervical e parte superior da região torácica, hipóxia, dispneia, distensão jugular<sup>24</sup>.

### **Diagnósticos**

O diagnóstico deve ser baseado no estado de saúde geral do indivíduo e nas condições locais. Os sintomas característicos que podem estar associados ao quadro infeccioso são: dor, trismo, febre, tumefação e disfagia. Para que o diagnóstico seja realizado de maneira correta, exames complementares, laboratoriais e de imagem podem ser solicitados, sendo a radiografia periapical a primeira escolha; porém, em casos de trismo, pode ser solicitada uma radiografia panorâmica ou tomadas oclusais. As tomografias computadorizadas, ultrassom e ressonância magnética são necessárias em infecções mais graves quando ocorre envolvimento craniano ou cervical<sup>25</sup>.

A infecção pode apresentar diferentes estágios como: osteíte periapical, celulite e abscesso. Na osteíte periapical, a infecção ainda está confinada ao osso, sem ter ultrapassado a barreira do periosteio e a cortical óssea. O paciente sente dor ao mastigar e a sensação de

extrusão do dente de dentro do alvéolo. Na celulite, a infecção já se disseminou aos tecidos adjacentes, ultrapassando a barreira do periósteo e da cortical óssea, atingindo tecidos circunvizinhos e gerando um processo inflamatório reacional que causa um aumento de volume intenso e difuso. Sendo assim, os sinais cardeais da inflamação estão presentes como: dor, calor, rubor, edema, perda de função, causando disfagia, dificuldade de respiração e mastigação. Apresenta uma consistência endurecida, limites imprecisos e difusos e a dor é generalizada e aguda. Na celulite, não ocorre formação do pus, porém a disseminação é de maneira muito rápida, por isso merecendo atenção redobrada<sup>18</sup>.

O abscesso é originado da aglomeração de células inflamatórias agudas na região periapical de um dente não vital que pode ter originado de uma alteração periapical inicial ou por uma lesão já existente<sup>21</sup>. Ocorre a formação do conteúdo purulento que representa a cronificação do processo infeccioso, sendo menos agressivo e a localização da infecção é bem delimitada e circunscrita, apresenta uma consistência mole e flutuante, pouca distensão dos tecidos e dor local. As bactérias presentes em um abscesso são bactérias anaeróbias<sup>18</sup>.

De acordo com Bascones<sup>26</sup>, os critérios de alerta para internação do paciente são: celulite de progressão rápida, dispneia, disfagia, febre acima de 38 °C, disseminação para espaços fasciais e cervicais profundos, envolvimento severo da condição sistêmica, trismo com distância menor que 10 cm entre os incisivos, tratamentos não terminados, pacientes imunocomprometidos e pacientes não colaborativos ou incapazes de realizar o tratamento por si só.

Quando a infecção odontogênica acontece em crianças, deve-se ter um cuidado mais especial, para que a odontogênese não seja prejudicada por danos causados nos folículos de formação dental. Quando a infecção atinge os centros de crescimento do esqueleto facial da criança, podem ocorrer deformações maxilares permanentes que seguirão com a criança quando estiver em idade adulta, principalmente se atingir a região subcondilar e vomeriana da maxila<sup>23</sup>.

## **Tratamento**

A Odontologia tem atingido grande sucesso quando diz respeito à prevenção e intervenção precoce das infecções odontogênicas. Oito passos foram estabelecidos para que se obtenha um cuidado de alto nível, sendo eles: Determinar a gravidade da infecção, avaliar as defesas do hospedeiro, decidir os cuidados, tratar cirurgicamente, oferecer suporte clínico, escolher e prescrever terapia antibiótica, administrar corretamente o antibiótico e, acima de tudo, avaliar frequentemente o paciente. Além disso, é necessário identificar o tipo de microrganismo

presente e saber interpretar exames laboratoriais e imageológicos. Três importantes fatores determinam a gravidade da infecção como: a localização anatômica, nível de progressão e o comprometimento das vias respiratórias<sup>27</sup> (Figura 3).

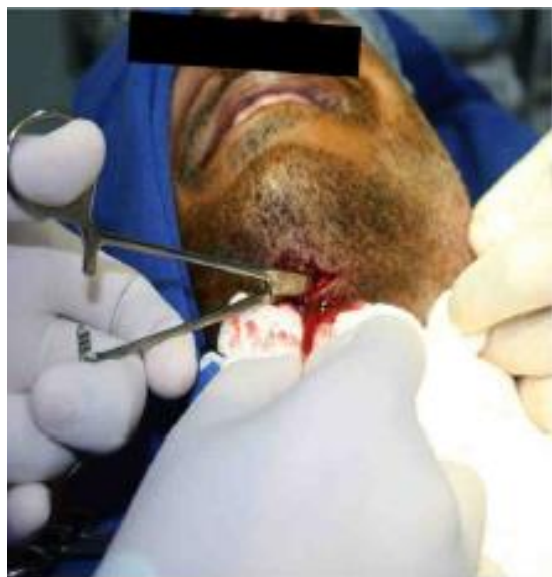
O tratamento das infecções bacterianas é bem variável, alguns respondem bem ao tratamento local e antibioticoterapia, porém outros necessitam de uma abordagem mais invasiva como extrações dentais, quando a origem é odontogênica, seguida de incisão, drenagem e antibioticoterapia endovenosa<sup>28</sup> (Figura 4 e 5). Garantir uma via aérea segura para o paciente é a primeira etapa do tratamento, sendo que a maior parte dos procedimentos são realizados sob anestesia geral por meio de uma intubação endotraqueal, quando a infecção é muito grave há a necessidade de traqueostomia sem possibilidade de intubações<sup>29</sup>.

Figura 3. Infecção odontogênica com coleção purulenta disseminada pelo espaço submandibular, comprometendo a via aérea do paciente.



Fonte: JARDIM et al., 2011

Figura 4. Incisão cirúrgica para drenagem da coleção purulenta. Figura 5. Drenagem da coleção purulenta.



Fonte: JARDIM et al., 2011



Fonte: JARDIM et al., 2011

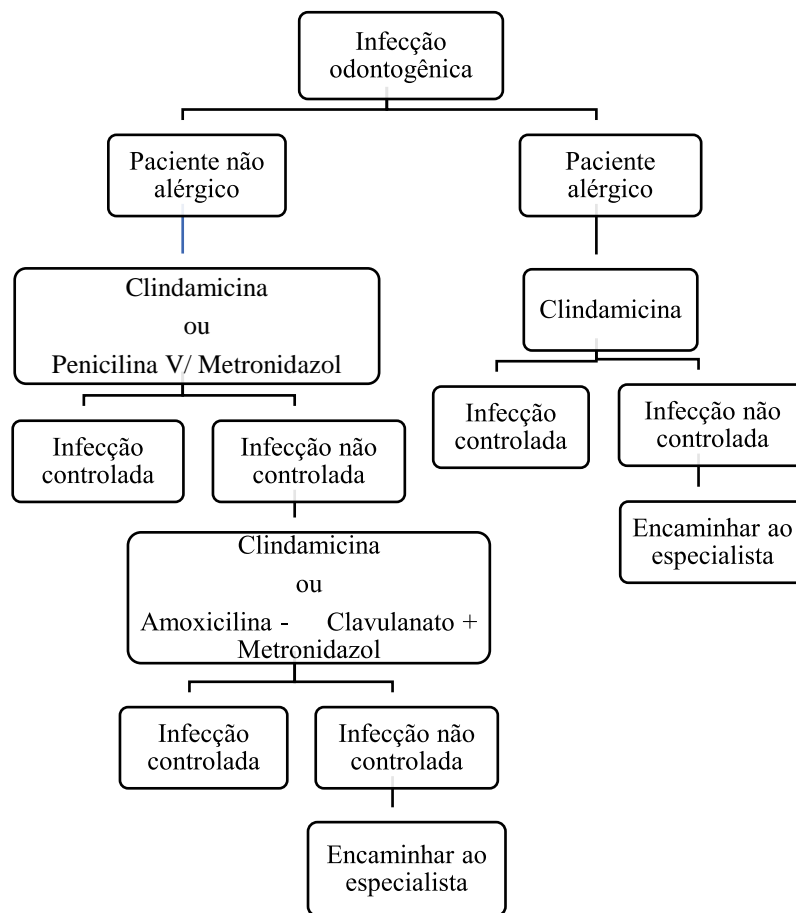
A escolha do melhor antibiótico é baseada no conhecimento sobre a flora patogênica e pelo tempo necessário para a realização de análises laboratoriais<sup>31, 28</sup>.

Após realizar a cultura bacteriana para descobrir o tipo de microrganismo presente, é realizada a prescrição da antibioticoterapia e, para isso, é necessário que este seja eficaz contra os microrganismos presentes de acordo com a sua espécie. Para a eliminação de bactérias Gram-positivas (estreptococos), os melhores antibióticos são: penicilinas G, penicilinas V macrolídeos, lincosaminas, rifamicina e vancomicina. Para as de origem Gram-negativas (prevotelas e porfiromonas): aminoglicosídeos (gentamicina) e as floxacinas (ciproflaxacina). Alguns medicamentos apresentam ação similar contra bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, como por exemplo: ampicilina, amoxicilina, cefalosporina, tetraciclina e cloranfenicol. Os que apresentam ação contra as bactérias anaeróbicas são: penicilina, lincosaminas, tetraciclina, cloranfenicol e metronidazol<sup>32</sup>.

As penicilinas, muitas vezes, são os antibióticos de escolha para essas infecções, sendo que, para alérgicos, a penicilina e a clindamicina deve ser empregada<sup>31, 28</sup>.

Sandor<sup>33</sup>, propuseram alternativas de antibióticos para tratar infecções odontogênicas em pacientes alérgicos e não alérgicos a penicilinas. O esquema abaixo descreve quando se deve tratar o paciente e quando se deve encaminhá-lo ao especialista.

Figura 6. Opções de antibioticoterapia para pacientes alérgicos e não alérgicos à penicilina.



Fonte: Adaptado de SANDOR et al., 1998

Como infecções não odontogênicas tem-se, por exemplo, a infecção de glândulas salivares e sinusite. A infecção de glândulas salivares pode ter etiologia bacteriana ou viral e ser aguda, crônica ou recorrente. As crônicas ou recorrentes são decorrentes da obstrução por sialolito, estreitamento ductal ou até mesmo dobra, o tratamento é a correção da etiologia primária. O tratamento de origem bacteriana aguda refere-se à reposição de fluidos por meio de hidratação intravenosa, terapia com antibiótico, analgésico e antipirético. A escolha do antibiótico leva em conta, em um primeiro momento, os microrganismos mais comuns e para tratar, os mais indicados são: cefalosporinas de primeira geração ou penicilinas semissintéticas que atuam contra as espécies de *Staphylococcus* até o momento em que o resultado da cultura fique pronto. Algumas vezes, é necessária drenagem cirúrgica, sendo realizada a incisão, preservando o nervo facial e os ductos<sup>27</sup>.

A sinusite é considerada aguda e bacteriana nos primeiros dez dias e quatro semanas após ao início dos primeiros sintomas; é considerada crônica após oito semanas de sintomas. Os microrganismos bacterianos da sinusite aguda produzem geralmente *Staphylococcus*, *Moraxella*, *Haemophilus* e *Streptococcus*, a de origem crônica produz predominantemente as

mesmas espécies da sinusite aguda. A terapia antibiótica não é recomendada nos primeiros sete dias porque quase todo começo é de origem viral. O tratamento pode ser realizado com antibióticos de primeira linha como a amoxicilina, trimetoprima + sulfametoxazol e doxiciclina. Quando a infecção atinge tecidos circunvizinhos como órbita e face, indica-se que o tratamento se estenda até sete dias após o encerramento dos sintomas para evitar recidiva. Caso ocorra resistência bacteriana ou tenha recebido tratamento com terapia antibiótica anteriormente, os antibióticos de escolha são os de segunda linha, assim como a amoxicilina + clavulanato, moxifloxacino ou a clindamicina. O tratamento continua de três a dez semanas posteriormente ao término<sup>27</sup>.

Para o sucesso do tratamento, é necessário o diagnóstico precoce e uma abordagem multidisciplinar, para realizar a identificação do foco infeccioso<sup>34</sup>. Cuidados como hidratação, suporte nutricional e prescrição de analgésicos e antitérmicos são fundamentais nos casos mais graves<sup>35</sup>.

## **METODOLOGIA**

O trabalho caracteriza-se como uma revisão ordenada de literatura. Foram realizadas pesquisas de artigos científicos originais nas decorrentes bases de dados eletrônicas: BIREME, SCIELO, PUMED. Foram adotados artigos datados de 1995 a 2018, em idioma português e inglês. Os critérios definidos para inclusão dos artigos foram os que abordavam a infecção odontogênica, a anatomia das infecções, microrganismos nativos da cavidade oral, causas da infecção e tratamento. Os critérios de exclusão foram artigos que não se encaixavam dentro dos critérios estabelecidos e artigos que não apontavam relação no atendimento odontológico.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A infecção odontogênica é um problema de saúde pública e pode atingir qualquer pessoa de qualquer faixa etária, independente de sexo, nível de instrução e classe social.

É importante que o diagnóstico e a abordagem em um indivíduo com infecção odontogênica seja realizada o mais precoce possível para que sua evolução seja interrompida visando à melhora do quadro clínico e evitando complicações. Deve ser realizada uma anamnese completa, verificação dos sinais e sintomas do paciente e, além disso, devem-se utilizar exames complementares como um auxílio para fechar o diagnóstico. A etiologia das infecções odontogênicas envolve uma flora bacteriana bastante diversificada; por esse motivo, a cultura bacteriana é de extrema importância para que seja identificado o tipo de microrganismo presente e, então, realizada a terapia antibiótica correta o mais breve possível, porém isso não impede que o profissional realize uma terapia empírica, até que os resultados das análises fiquem prontos.

Sendo assim, além do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, a prevenção é de extrema importância. Campanhas educativas e de conscientização da população devem ser realizadas a fim de tornar conhecida a gravidade da enfermidade e como ela pode ser prevenida através de medidas simples como a higienização oral.

## REFERÊNCIAS

1. Dias AC. Infecções odontogênicas graves: etiologia microbiana, perfil de citocinas e de suscetibilidade a drogas antimicrobianas.
2. Peterson LJ. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. In Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea 2000.
3. Calzadilla OLR, Garcia RFS, Aparecido AR. Infecciones Odontógenas y o Odontógenas. La Habana, 2002.
4. Chang JS, Yoo KH, Yoon SH, Ha J, Jung S, Kook MS, Park HJ, Ryu SY, Oh HK. 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 Aug 1;39(4):175-81.
5. Witherow H, Swinson BD, Amin M, Kalavrezos N, Newman L. Management of oral and maxillofacial infection. Hospital Medicine. 2004 Jan;65(1):28-33.
6. Rajendra AS, Ogle OE, Williams D, Woodbine EF. Epidemiology of Oral and Maxillofacial Infections. Dental Clinics of North America. 2017 Apr;61(2):217-33.
7. Camargos FD, Meira HC, Aguiar EG, Abdo EN, Glória JR, Dias AC. Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2016 Jun;16(2):25-30.
8. Cortezzi W. Infecção odontogênica oral e maxilofacial. In Infecção odontogênica oral e maxilofacial 1995.
9. Topazian RG, Goldberg MH, Rupp JR. Infecções orais e maxilofaciais. Santos; 2006.
10. Akinbami BO, Akadiri O, Gbujie DC. Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria. Journal of oral and maxillofacial surgery. 2010 Oct 1;68(10):2472-7.

11. Prado R, Salim MA. Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. In Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento 2009.
12. Prado R, Salim MA. Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. In Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. 2013;262.
13. Flynn TR. Principios do tratamento e prevenção de infecção odontogênicas. In: Hupp JR, Ellis E III, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro 2015, 15 (6): 286-308.
14. Lypka M, Hammoudeh J. Dentoalveolar infections. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics. 2011 Aug 1;23(3):415-24.
15. Yuvaraj V. Maxillofacial infections of odontogenic origin: epidemiological, microbiological and therapeutic factors in an Indian population. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2016 Dec 1;68(4):396-9.
16. Bakathir AA, Moos KF, Ayoub AF, Bagg J. Factors Contributing to the Spread of Odontogenic Infections: A prospective pilot study. Sultan Qaboos University medical journal. 2009 Dec;9(3):296.
17. Hupp J, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Elsevier Brasil; 2015 Apr 23.
18. Teixeira LM, Reher P, Reher VG. Anatomia aplicada à odontologia. In Anatomia aplicada à odontologia 2017.
19. Sennes LU, Imamura R, Vúnior FV, Simoceli L, Frizzarini R, Tsuji DH. Infecções dos espaços cervicais: estudo prospectivo de AC casos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002 May;68(3):388-93.
20. de Mendonça JC, Masocatto DC, Oliveira MM, dos Santos CM, Macena JA, Teixeira FR, Hassumi JS, Jardim EC. Infecção cervical grave de origem dentária: relato de caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION. 2016 Jan 31;4(6).
21. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, cap. 2009;8:301-5.

22. Tavares SS, Tavares GR, Cavalcanti MD, Carreira PF, Cavalcante JR, Paiva MA. Angina de Ludwig: revisão de literatura e relato de caso. *Rev.cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2009;9(3).
23. García-Villarmet CI, de la Teja-Ángeles E, Ceballos-Hernández H, Ordaz-Favila JC. Infecciones faciales odontogénicas. Informe de un caso. *Acta Pediátrica de México.* 2007;28(3):95-100.
24. Kinzer S, Pfeiffer J, Becker S, Ridder GJ. Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment. *Acta oto-laryngologica.* 2009 Jan 1;129(1):62-70.
25. Gutiérrez-Pérez JL, Perea-Pérez EJ, Romero-Ruiz MM, Girón-González JA. Orofacial infections of odontogenic origin. *Medicina oral: organo oficial de la Sociedad Espanola de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal.* 2004;9(4):280-7.
26. Bascones Martínez A, Aguirre Urizar JM, Bermejo Fenoll A, Blanco Carrión A, Gay-Escoda C, González-Moles MA, Gutiérrez Pérez JL, Jiménez Soriano Y, Liébana Ureña J, López-Marcos JF, Maestre Vera JR. Consensus statement on antimicrobial treatment of odontogenic bacterial infections. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004 Dec;9(5):369-76.
27. Miloro M. Principios de cirugía bucomaxilofacial de Peterson. 2016;(3):641-700.
28. Stefanopoulos PK, Kolokotronis AE. The clinical significance of anaerobic bacteria in acute orofacial odontogenic infections. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* 2004 Oct 1;98(4):398-408.
29. Peterson L, Ellis III E, Hupp J, Tucker M. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.* 4ªed.
30. Jardim EC, Júnior S, Ferreira J, Guastaldi FP, Jardim Júnior EG, Garcia Júnior IR, Shinohara EH. Infecções odontogénicas: relato de caso clínico e implicações terapêuticas. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2011:40-3.
31. Cai XY, Zhang WJ, Zhang ZY, Yang C, Zhou LN, Chen ZM. Cervical infection with descending mediastinitis: a review of six cases. *International journal of oral and maxillofacial surgery.* 2006 Nov 1;35(11):1021-5.

32. Brigantini LC, Marques GJ, Gimenes M. Antibióticos em odontologia. *Revista Uningá*. 2018 Jan 8;49(1).
33. Sandor GK, Low DE, Judd PL, Davidson RJ. Antimicrobial treatment options in the management of odontogenic infections. *Journal of the Canadian Dental Association*. 1998 Jul;64(7):508-15.
34. Opitz D, Camerer C, Camerer DM, Raguse JD, Menneking H, Hoffmeister B, Adolphs N. Incidence and management of severe odontogenic infections—a retrospective analysis from 2004 to 2011. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2015 Mar 1;43(2):285-9.
35. de Vicente-Rodríguez JC. Celulitis maxilofaciales. *Med Oral Patol Oral Cir Buccal*. 2004;9:126-33.