

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**NATALIA FERNANDES DE OLIVEIRA DANTAS
JONATHAN RIBEIRO DA SILVA**

**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS NOS ESPAÇOS FASCIAIS,
CELULITE X ABSCESSO: RELATO DE CASO.**

Rio de Janeiro

2020

INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS NOS ESPAÇOS FASCIAIS, CELULITE X

ABSCESSO: RELATO DE CASO.

ODONTOGENIC INFECTIONS IN FASCIAL SPACES, CELLULITIS X ABSCESS: CASE REPORT.

NATALIA FERNANDES DE OLIVEIRA DANTAS

Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário São José

Acadêmica Bolsista da Prefeitura RJ - Hospital Municipal Lourenço Jorge

JONATHAN RIBEIRO DA SILVA

Doutor em CTBMF - UNESP

Professor de Anatomia e CTBMF - UNISJ, UNIFESO, ISNF - UFF

Coordenador da Especialização em regime de Residência - HCTCO/ UNIFESO

Fellow AOCMF " Hospital Universitário Doce de Outubro" - Madri

Membro Titular e Coordenador do CAP VII do Colégio Brasileiro de CTBMF

RESUMO

Os casos de infecções de origem odontogênicas nos espaços fasciais necessitam de uma abordagem específica do cirurgião dentista no qual precisa obter o devido conhecimento anatômico, clínico e farmacológico, realizando um minucioso atendimento clínico ambulatorial ou emergencial, interferindo na progressão do processo infeccioso e impedindo que o mesmo ganhe áreas nobres e vitais do organismo. Esse trabalho tem objetivo de apresentar através de uma pesquisa bibliográfica os conceitos para que se realize um correto diagnóstico diferencial, referenciando e direcionando o devido tratamento para os casos clínicos de celulites e abscessos de origem odontogênica. Utilizando uma metodologia descritiva com fontes primárias e relatando dois casos clínicos para exemplificar e ajudar no direcionamento da abordagem clínica realizada pelo cirurgião dentista.

Palavras-chave: Infecção Odontogênicas, celulite e abscesso.

ABSTRACT

Cases of odontogenic infections in the fascial spaces require a specific approach from the dental surgeon who needs to obtain the proper anatomical, clinical and pharmacological knowledge, performing a thorough outpatient or emergency care, interfering with the progression of the infectious process and preventing it gain noble and vital areas of the organism. This work aims to present, through a bibliographic search, the concepts for a correct differential diagnosis, referencing and directing the appropriate treatment for clinical cases of cellulite and odontogenic abscesses Using a descriptive methodology with primary sources and reporting two clinical cases to exemplify and help guide the clinical approach performed by the dental surgeon.

Keywords: Odontogenic infection, cellulitis and abscess.

INTRODUÇÃO:

Grande parte das infecções odontogênicas requerem tratamento simples, sendo na maioria das vezes abordadas através da remoção da causa por procedimento cirúrgico apropriado e antibióticoterapia quando indicado. Contudo, em alguns casos a infecção atinge os espaços fasciais profundos quando vão necessitar de tratamento especializado, por cirurgias orais e maxilofaciais. Esses profissionais possuem experiência e treinamento para nesses casos, além de viabilizarem o atendimento em ambiente hospitalar.

Para entendermos bem o trajeto das infecções odontogênicas, devemos ter um bom conhecimento da anatomia e dos espaços fasciais, que são áreas delimitadas pelas fascias e músculos. Cada elemento dentário que passa um processo infeccioso terá a tendência a drenar seu exudato purulento para uma determinada direção seguindo a anatomia facial.

Quando o processo infeccioso alcança a região periapical, ele tende a se difundir para todos os lados, procurando as regiões menos resistentes. Assim, o processo irá se espelhar pelo osso esponjoso da maxila e da mandíbula até encontrar uma cortical óssea mais próxima (TEIXEIRA et. al., 2012). A partir de então, a infecção tentará perfurar esta cortical, espalhando-se pelos tecidos moles adjacentes.

Para infecção se tornar ou não um abscesso vestibular ou do espaço fascial profundo será determinado prioritariamente pela relação da inserção muscular com o ponto onde houve a perfuração da lâmina cortical ou se a infecção penetrará diretamente dentro dos espaços fasciais profundos (HUPP et.al., 2009).

A literatura demonstra que devemos levar em consideração dois pontos primordiais na evolução do processo infeccioso que são a resposta sistêmica do hospedeiro mediante a infecção e a virulência dos microrganismos mediante ao processo inflamatório.

Acredita-se que a resposta do hospedeiro mediante a evolução da infecção influenciará diretamente na gravidade e na severidade da inflamação dos tecidos.

Pacientes sistematicamente comprometidos são mais propícios a ter infecções e com mais frequência, tornado-se mais grave rapidamente. Portanto, para tratar essas infecções de forma mais eficiente, é importante identificar entre os pacientes aqueles que têm o sistema de defesa comprometido (HUPP et.al., 2009).

Para o manejo das infecções odontogênicas o cirurgião deve seguir oito etapas: Determinar a gravidade da infecção, avaliar a defesa do hospedeiro, Decidir sobre o ambiente de atendimento, Tratar cirurgicamente, Dar suporte médico, Escolha e prescrição do antibiótico correto, Administração correta do antibiótico, Avaliação freqüente do paciente (PETERSON et.al., 2005).

Este trabalho teve como base uma pesquisa bibliográfica utilizando as bibliografias referenciadas de autores renomados em Cirurgia Oral, Maxilofacial e Anatomia Aplicada à Odontologia, utilizando uma metodologia descritiva com fontes primárias, baseando-se em conceitos e idéias destas fontes. Portanto, evidenciará a importância dos conhecimentos anatômicos e a identificação da diferenciação entre os diagnósticos abscesso e celulites odontogênicas e alguns tipos de infecções de origem odontogênicas associados à sua evolução, expondo casos clínicos para maior compreensão e entendimento do assunto abordado, ajudando na previsibilidade e no direcionamento do tratamento cirúrgico e farmacológico adequado.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Cáries, doenças periodontais e pulpites são infecções iniciais que podem disseminar além dos dentes para os processos alveolares e para os tecidos profundos da face, da cavidade oral, da cabeça e do pescoço (HUPP et.al., 2009).

As infecções odontológicas são objetos de estudo de várias disciplinas do curso de Odontologia. As bases do conhecimento anatômico são importantes para explicar de que forma estes processos podem se propagar através das diversas estruturas relacionadas (TEIXEIRA et.al., 2012)

O cirurgião bucomaxilofacial tem a obrigação de se manter preparado para ocorrência de infecções odontogênicas graves, mantendo o conhecimento anatômico e

cirúrgico atualizado, permanecendo a par dos desenvolvimentos atuais na microbiologia e antibioticoterapia direcionados para infecções odontogênicas (PETERSON et. al., 2005).

REVISÃO E ETIOLOGIA:

A origem mais freqüentes das infecções odontogênicas é a partir dos tecidos periapicais, resultante de uma necrose pulpar. A segunda origem é a partir dos tecidos periodontais, como resultado de uma bolsa periodontal, na qual as bactérias invadem os tecidos adjacentes (TEIXEIRA et. al., 2012). As fraturas ósseas, as fraturas dentárias e os efeito anacórico também podem ser causadores de uma infecção odontogênica (PÉREZ et. al., 2004). Uma causa negligenciada de infecção é a erupção do 3º molar superior muito vestibularizado, erosando a mucosa e causando infecção de espaço profundo com trismo severo (TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006).

Microbiologia:

As bactérias que causam a infecção odontogênica são bactérias endógenas, que fazem parte da própria flora bacteriana da cavidade oral, que em condições normais vivem em equilíbrio, sem causar dano ao hospedeiro. (PETERSON et al, 2005)

Estudos na microbiologia vêm demonstrando a composição bacteriana dessas infecções. Segundo Hupp et. al. (2009), quase todas as infecções odontogênicas são causados por múltiplas bactérias, por isso é necessário que o clínico compreenda essa natureza polimicrobiana. Essas bactérias são, principalmente, cocos aeróbicos Gram-positivos, cocos anaeróbios Gram-positivo e bastonete anaeróbios Gram-negativos. As bactérias aeróbias facultativa predominantes nas infecções odontogênicas são as do grupo *Streptococcus Milleri*. Por ser facultativa pode iniciar o processo de invasão aos tecidos profundos. Os grupos de bactérias anaeróbicas mais encontradas na infecção são os cocos Gram-positivo *Streptococcus* e *Peptostreptotococcuse* os bastonetes

anaeróbios Gram-negativo *Prevotella* e a *Porphyromonas spp.* Esses microrganismos são os que desempenham uma maior patogenicidade na infecção odontogênica.

A multiplicação das bactérias aeróbias, ocorre um aumento no consumo de oxigênio e uma diminuição de oxigênio local, formando um ambiente favorável para as bactérias anaeróbias, onde então a infecção atinge seu estágio localizado chamado abscesso. (CORTEZZI, 1995; YAGIELA & NEIDLE, 2011).

Os fatores que influenciam na disseminação da infecção odontogênica, podem ser divididos em fatores microbianos e fatores do hospedeiro. Entre os fatores microbianos deve ser considerado quantidade e a virulência das bactérias. (CORTEZZI, 1995).

Localização Anatômica:

Quando a infecção perfura as corticais ósseas, ela irá atingir locais anatomicamente previsíveis. Existem dois fatores puramente anatômicos que sempre devem ser levados em consideração: A espessura óssea em torno dos ápices radiculares e a relação do local de perfuração óssea com as inserções musculares na maxila e na mandíbula (TEIXEIRA et. al., 2012).

Tabela 1: Localização da infecção Maxilar.

Dente	Cortical	Músculo	Relação	Local
Incisivo central	Vestibular	Orbicular da boca	Abaixo	Vestíbulo
Incisivo Lateral	Vestibular/ Palatina	Orbicular/ -----	Abaixo/ -----	Vestíbulo/ -----
Canino	Vestibular	Elevador do ângulo da boca	Abaixo/ Acima	Vestíbulo/ Espaço canino
Pré molares	Vestibular	Bucinator	Abaixo	Vestíbulo

Molares	Vestibular/ Palatina	Bucinator/ -----	Abaixo; Acima/ -----	Vestíbulo; Espaço canino/ Palatino
---------	-------------------------	---------------------	-------------------------	--

Retirado e Modificado de TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006.

Tabela 2: Localização da infecção Mandibular.

Dente	Cortical	Músculo	Relação	Local
Incisivo central	Vestibular	Mental	Acima/ Abaixo	Vestíbulo/ Espaço submentoniano
Canino	Vestibular	Depressor do ângulo da boca	Acima/ Abaixo	Vestíbulo/ Espaço submentoniano
Pré molares	Vestibular	Bucinator	Acima	Vestíbulo
1° e 2° Molares	Vestibular/ Lingual	Bucinator/ Milo-hióide	Acima; Abaixo/ Abaixo	Vestíbulo; espaço bucal/ Espaço sublingual
2° e 3° Molares	Lingual	Milo-hióide	Abaixo	Espaço Submandibular

Retirado e Modificado de TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006.

Os espaços primários são aqueles envolvidos diretamente a partir da infecção odontogênica. Os espaços maxilares primários acometem os espaços caninos, bucais e infratemporais. Já os espaços mandibulares primários acometem os espaços submentonianos, bucais, submandibular e sublingual (TEIXEIRA et. al., 2012).

Clinicamente a infecção do espaço canino é caracterizada por uma massa flutuante no canto interno do olho, e o aumento de volume gera um apagamento do sulco nasolabial (PETERSON et al, 2005; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006).

Quando os seus ápices se localizam acima ou abaixo do músculo bucinador. Este espaço pode se tornar infectado por extensões de infecções de pré-molares e molares tanto superiores como inferiores, mas com maior frequência sua causa é a infecção nos molares superiores (PETERSON et al, 2005). Quando os seus ápices se localizam acima ou abaixo do músculo bucinador. (TEIXEIRA et. al., 2012)

O espaço infratemporal quando envolvido como espaço primário é causado pelo terceiro molar superior, porém é raramente envolvido como espaço primário e sim por infecções mais complexas (TEIXEIRA et. al., 2012). Situa-se posteriormente à maxila, e é limitado medialmente pela lâmina lateral do processo pterigóide do osso esfenóide, superiormente pela base do crânio, e lateralmente pelo tendão do músculo temporal e apófise coronóide da mandíbula, e inferiormente comunica-se com o espaço pterigomandibular (CORTEZZI, 1995; PETERSON et. al., 2005).

No espaço submentoniano as infecções são originadas dos incisivos e caninos com raízes longas quando seus ápices se localizam abaixo do músculo mental (TEIXEIRA et. al., 2012). Situa-se entre os ventres anteriores do músculo digástrico, e entre o músculo milo-hióide e a pele (PETERSON et. al., 2005).

As infecções no espaço sublingual são provenientes dos molares e pré molares inferiores, a infecção perfura a parede lingual e se espalha acima do músculo milo-hióide (TEIXEIRA et. al., 2012). É limitado inferiormente pelo músculo milo-hióideo, lateral e anteriormente pela face interna do corpo da mandíbula, superiormente pela mucosa oral, posteriormente pelo corpo do osso hióide, e medialmente pelos músculos gênio-hióideo, genioglosso, e estiloglosso (CORTEZZI, 1995; PETERSON et. al, 2005).

As infecções dos espaços submandibulares são causadas pelos segundos e terceiros molares, a infecção perfura parede lingual da mandíbula, abaixo do músculo milo-hióide (TEIXEIRA et. al., 2012). É limitado, lateralmente pela fáscia cervical profunda, medialmente pelos músculos milo-hióideo, hioglosso e estiloglosso, inferiormente pelos ventres anterior e posterior do músculo digástrico, e superiormente

pela face interna da mandíbula e pela inserção do músculo milo-hióideo (CORTEZZI, 1995; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006).

Os espaços fasciais secundários localizam-se posteriormente em relação a maxila e a mandíbula, e mantêm íntimo contato com os espaços fasciais primários. Infecções não tratadas nos espaços primários podem causar infecções dos espaços secundários que são mais severas e perigosas. Relacionados temos os espaços massetéricos, pterigomandibular, temporal superficial e temporal profundo. As infecções dos espaços fasciais secundários podem, por continuidade, dirigir-se posteriormente, atingindo os espaços fasciais cervicais que são os espaços faríngeo lateral, espaço retro faríngeo, espaço pré vertebral e o espaço faríngeo lateral. (TEIXEIRA et. al., 2012)

Diagnóstico Celulite x Abscesso:

O dentista deve realizar a anamnese colhendo toda a progressão histórica da infecção. De acordo com o Hupp 2009 deve-se determinar o início da infecção, a duração e a rapidez do progresso da infecção. A infecção odontogênica parecem passar por quatro estágios. Nos primeiros três dias de sintomas, há uma tumefação branda, levemente endurecida, que represente o estágio de *inoculação*. Após três a cinco dias, a tumefação torna-se mais endurecida, avermelhada e agudamente dolorosa, a flora com infecção mista estimula uma resposta inflamatória intensa representando o estágio de *celulite*. Após cinco a sete dias do início da tumefação, os microrganismos anaeróbicos começam a predominar, causando um abscesso liquefeito ao centro da área de tumefação. Este estágio é o *abscesso*. Por fim, quando o abscesso é drenando espontaneamente por meio da pele ou da mucosa ou é drenando cirurgicamente, o estágio de *resolução* inicia-se e o sistema imune começa a destruir as bactérias infectantes, o que resulta no processo de cura e reparo (HUPP et.al., 2009).

TABELA 3:Diferença entre abscesso e celulite

Característica	Celulite	Abscesso
Duração	Aguda	Crônica

Dor	Intensa e generalizada	Localizada
Tamanho	Grande	Pequeno
Localização	Limites difusos	Bem delimitada
Palpação	Pastosa e endurecida	Flutuante
Presença de pus	Não	Sim
Gravidade	Maior	Menor
Bactérias	Aeróbicas	Anaeróbicas

Fonte: Retirado e modificado de Peterson et al, 2005.

Celulite :

Clinicamente deve-se observar os sinais e sintomas de dor, tumor, calor, rubor e perda de função. Na inspeção da aparência geral do paciente, aqueles que apresentam a infecção um pouco mais extensa, apresentam aspecto fatigado, estado febril e indisposição. Isso é caracterizado como "facies tóxicas".(HUPP et. al., 2009).

O paciente possui uma intensa resposta inflamatória que se apresenta como um aumento de volume difuso, e generalizado (CORTEZZI, 1995; PETERSON et. al., 2005; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006). Os sinais cardinais da inflamação estão sempre presentes, e os tecidos faciais se apresentam distendidos, eritematosos, e doloridos (CORTEZZI, 1995; PETERSON et. al., 2005; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006). Na celulite não há necrose significativa, logo não temos formação de pus e há um predomínio de bactérias aeróbicas (PETERSON et al, 2005; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006). A duração da celulite, em geral, é mais aguda, e é a forma mais grave de apresentação da infecção. A celulite, normalmente, é descrita como mais dolorosa que um abscesso. (HUPP et. al, 2009).

Abscesso:

O abscesso, geralmente, tem limites distintos e bem definidos. A consistência à palpação é uma das principais diferenças entre os estágios de infecção. Durante a palpação, o abscesso apresenta-se de maneira flutuante, por ser uma cavidade cheia de

pus entre os tecidos. (HUPP et. al., 2009). A consistência amolecida devido à presença de pus é denominada como flutuação, e as bactérias que predominam no abscesso fazem à via anaeróbica. (PETERSON et. al., 2005; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006).

Os abscessos dentários também podem canalizar-se através da pele sobrejacente e drenar por uma fístula cutânea. (NEVILLE et. al., 2009)

Anamnese e Exame clínico:

Na anamnese e exame físico deve-se avaliar a duração da infecção, toxemia, estágio da infecção, história médica do paciente e gravidade da infecção (CORTEZZI, 1995). Na avaliação um paciente com quadro de infecção, deve-se ouvir a história médica investigando possíveis condições que resultem em diminuição das defesas do hospedeiro (CORTEZZI, 1995; PETERSON et. al., 2005). Doenças metabólicas não controladas, como diabetes não controlado, doença renal em estágio terminal com uremia e grave alcoolismo com desnutrição, resultam na diminuição da função leucocitária, incluindo diminuição da quimiotaxia, fagocitose e morte bacteriana. Leucemia, linfomas e muitos tipos de câncer resultam na diminuição da função dos leucócitos e diminuem a síntese e a produção de anticorpos. (HUPP et. al., 2009).

No exame físico deve ser realizado a inspeção, palpação, percussão, e a pele da face e pescoço devem ser examinadas quanto a edemas, sensibilidade e fístula. O grau de trismo também deve ser observado, e intrabucalmente deve-se buscar a causa específica da infecção (PETERSON et. al., 2005).

Alguns pacientes necessitam de internação hospitalar para adequado tratamento, enquanto outros podem ser tratados ambulatorialmente. Nos casos mais severos é importante alguns fatores que determinarão a necessidade de tratamento especializado, que são: Infecção de progressão rápida, dificuldade respiratória, dificuldade de deglutição, envolvimento dos espaços fasciais, aumento da temperatura corpórea acima de 39°, trismo acentuado, toxemia, pacientes sistemicamente comprometidos. (PRADO & SALIM, 2009).

Exames complementares:

O leucograma fornece uma idéia da virulência da infecção, em uma infecção agressiva, o sistema imune não consegue combater a rapidamente multiplicação bacteriana, produzindo e lançando neutrófilos jovens (metamielócitos e mielócitos) promovendo um quadro chamado desvio para a esquerda onde se caracteriza uma infecção severa (CORTEZZI, 1995).

As indicações para a realização de cultura e teste de sensibilidade são: Infecção em paciente sistematicamente comprometido, pacientes que receberam tratamento por mais de 3 dias sem melhora, suspeita de actinomicose, osteomielite, infecção pós operatória, infecção recorrente, infecção disseminativa de evolução rápida. (TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006). A terapia antibiótica deve ser começado empiricamente, já que os resultados os resultados de cultura e teste de sensibilidade demoram em média 48 horas. (PRADO & SALIM, 2009)

TRATAMENTO PRIMÁRIO:

Os princípios básicos para o tratamento de uma infecção odontogênica são a remoção da causa e a drenagem cirúrgica. O tratamento cirúrgico pode variar desde a simples abertura coronária com a drenagem da infecção via canal até drenagens complexas, que envolvam múltiplas incisões intra ou extrabuciais, com colocação de drenos para contínua drenagem pós-operatória. (PRADO & SALIM, 2009). O Tratamento cirúrgico da infecção odontogênica é o princípio fundamental no manejo das infecções, pois através dele que a infecção é eliminada. A remoção da causa é o objetivo primário no tratamento cirúrgico, e pode ser obtido através da remoção da polpa necrosada, ou extração dentária. A incisão da cavidade do abscesso, proporciona a drenagem do pus e bactérias acumuladas no tecido subjacente, livrando o corpo de materiais tóxicos, resultando em redução na tensão dos tecidos, melhora do suprimento sanguíneo no local, aumentando a chegada de células de defesa e antibióticos (PETERSON et. al., 2005; HUPP et. al., 2009).

TRATAMENTOS COADJUVANTES:

Calor:

A fisioterapia com calor deve ser estimulada, por promover vasodilatação local, levando a um maior fluxo de sangue, células de defesa e medicamentos. A vasodilatação também promove a permeabilidade vascular e conseqüentemente o aumento da atividade de reabsorção do processo formado. (PRADO & SALIM, 2009).

Antibióticoterapia:

A escolha do antibiótico apropriado para o tratamento da infecção odontogênica deve ser feita cuidadosamente. Quando todos os fatores clínicos são considerados, o clínico pode decidir que não há necessidade de antibiótico. (HUPP et. al., 2009; PRADO & SALIM, 2009). Um erro comum é pensar que todos os casos de infecção odontogênica necessitam do uso de antibiótico. (PETERSON et. al., 2005 ; HUPP et al 2008; PRADO & SALIM, 2009). Os antibióticos devem ser indicados quando o sistema imune do hospedeiro não é capaz de resolver a infecção e o paciente apresenta envolvimento sistêmico como febre, além de toxemia, prostração, dificuldade respiratória, e trismo acentuado, sinalizando gravidade da infecção (PETERSON et al, 2005).

A infecção que evolui rapidamente e que apresente um tamanho considerável com envolvimento dos espaços fasciais também é indicado a antibióticoterapia, pois sinaliza que as bactérias possuem alta virulência e ou o sistema imune do paciente não está sendo capaz de combatê-la. (PETERSON et. al., 2005; TOPAZIAN & GOLDBERG, 2006).

Tabela 4: Indicações para antibioticoterapia

Aumento de volume de evolução rápida
Celulite
Comprometimento das defesas do hospedeiro
Presença de sinais sistêmicos como febre e prostração
Toxemia
Trismo elevado
Dificuldades respiratórias

Retirado e modificado de PETERSON et al, 2005.

Tabela 5:Situações onde não é necessário antibioticoterapia

Abscesso crônico bem localizado
Abscessos reduzidos situados do lado vestibular
Osteíte alveolar
Pericoronarite branda

Retirado e modificado de PETERSON et al, 2005.

As infecções odontogênicas são causadas por um grupo altamente previsíveis de bactérias. A sensibilidade antibiótica desses organismos é consistente e conhecida.(HUPP et. al., 2009). A utilização de culturas e testes de sensibilidade para as infecções odontogênicas de rotina torna-se muitas vezes desnecessária, sendo a antibioticoterapia inicial empírica e baseada no microorganismo predominante. (PRADO & SALIM , 2009). O sucesso do tratamento é determinado essencialmente pela eficácia do antibiótico contra os microorganismos responsáveis pela infecção e por seus parâmetros farmacocinéticos. (ANDRADE,2014). Os antibióticos bactericidas realmente destroem as bactérias, necessitando assim de uma participação menor do sistema de defesa do hospedeiro. (PRADO & SALIM, 2009). Segundo Topazian e Goldberg as vantagens na utilização de antibióticos bactericidas são que a resistência do hospedeiro é menos exigida, age mais rapidamente que as drogas bacteriostáticas, há maior flexibilidade no esquema de intervalos. Os antibióticos bacteriostáticos exigem que as defesas do hospedeiro estejam preservadas, devendo ser evitados nos pacientes com doença sistêmica e defesas orgânicas debilitadas. (PRADO & SALIM, 2009).

A droga de primeira escolha é geralmente a Penicilina. A Clindamicina é a opção de escolha para pacientes alérgicos à Penicilina. A Eritromicina é uma segunda opção para pacientes alérgicos à Penicilina. As Cefalosporinas são drogas úteis quando é necessário um antibiótico de largo espectro. (PRADO & SALIM,2009). A dosagem ideal dos antibióticos é aquela suficiente para ajudar o sistema imune no combate aos patógenos da infecção, com mínimos efeitos adversos na fisiologia. (ANDRADE, 2014). O pico do nível plasmático do medicamento, em geral, deve ser ao menos quatro ou cinco vezes a concentração inibitória mínima para as bactérias envolvidas na infecção. Um estudo mostrou que o tratamento de quatro dias com uso de Penicilina, combinado a cirurgia apropriada, são tão efetivos quanto sete dias de antibiótico. (HUPP et. al, 2009).

A maioria dos antibióticos tem uma variedade de toxicidade e efeitos colaterais que diminuem a sua utilidade. A alergia é o principal efeito colateral da Penicilina, cerca de 2% a 5% da população é alérgico à Penicilina, se manifestando por urticária, coceira ou dificuldade de respirar. A Clindamicina pode causar colite pseudomembranosa. (HUPP et. al, 2009).

RELATO DE CASO:

Os casos clínicos fornecidos pelo professor Jonathan Ribeiro, ocorridos no Centro Universitário Serra dos órgãos no Hospital das clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, realizado pelo Serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

Relato de caso 1: Caso clínico de Abscesso

Paciente A.A.O., sexo feminino, 38 anos. Deu entrada no serviço hospitalar com queixa principal de " inchaço e dor ",em anamnese paciente nega patologias de base e alergias, relatando exodontia há aproximadamente 14 dias. Ao exame físico realizado, paciente apresenta alvéolo dentário em cicatrização em região posterior da maxila, apresentando trismo e aumento de volume em região submandibular a esquerda. Mediante todas as informações clínicas colhidas e observadas, foi constatado o

diagnóstico de abscesso de origem odontogênica a esquerda. A paciente foi submetida a internação hospitalar para a intervenção cirúrgica sobre o devido planejamento da equipe bucomaxilofacial. No transoperatório foi realizado a intubação nasotraqueal, incisão extraoral em região submandibular esquerda, realizado a drenagem do abscesso e sutura com instalação do dreno de Penrose e tratamento coadjuvante de antibióticoterapia. No pós operatório paciente apresentou boa recuperação sistêmica, diminuição do aumento de volume submandibular e recuperação da abertura bucal.

Fotos do pré operatório:

Figura: 1



Figura: 2

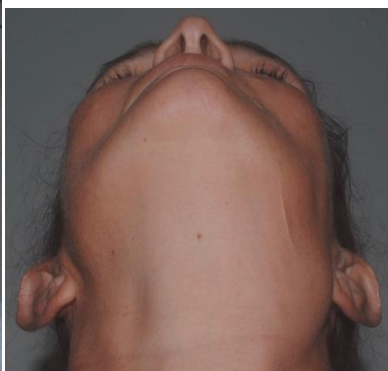


Figura: 4

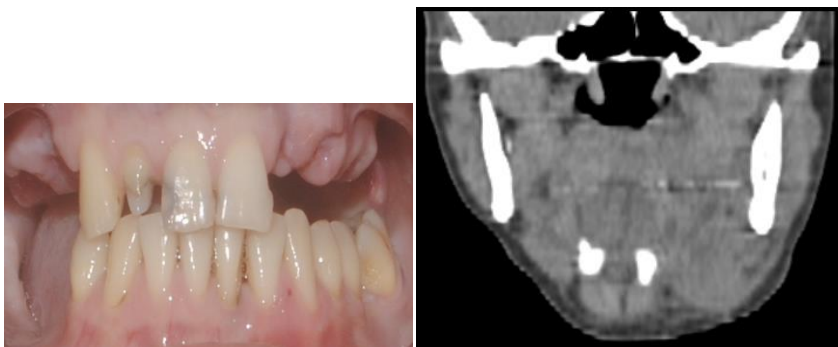


Figura: 3

Foto do Transoperatório:

Figura: 5



Fotos do pós operatório:



Figura: 6



Figura: 7

Relato de caso 2: Caso clínico de celulite

Paciente J.D.S., 41anos, sexo masculino. Deu entrada no serviço hospitalar com queixa principal de " inchaço, dor, febre, sem conseguir abrir a boca ". Ao exame clínico realizado, paciente apresentava aparência Tóxica, trismo severo, com aumento de volume de evolução rápida em região submandibular, sublingual e submentoniana bilateralmente. Solicitado tomografia computadorizada para avaliação dos espaços acometidos pela infecção, sendo observado acometimento dos espaços submandibular, sublingual, submentoniana bilateralmente e sinusite. Mediante todas as informações clínicas colhidas e observadas, foi constatado o diagnóstico de celulite de origem odontogênica com evolução para Angina de Ludwig. O paciente foi submetido a internação hospitalar para a intervenção cirúrgica sobre o devido planejamento da equipe bucomaxilofacial. No transoperatório foi realizado a intubação por broncofibroscopia pela limitação severa de abertura de boca, incisão extraoral em região submandibular direita, realizado a drenagem e a exodontia do elemento 47 , sutura com instalação do dreno tubular e tratamento coadjuvante de antibióticoterapia. No pós operatório paciente apresentou boa recuperação sistêmica, diminuição do aumento submandibular, sublingual e submentoniano e recuperação da abertura bucal.

Fotos do pré operatório:

Figura: 8



Figura: 9

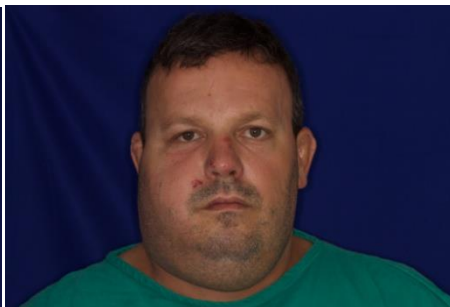


Figura: 10

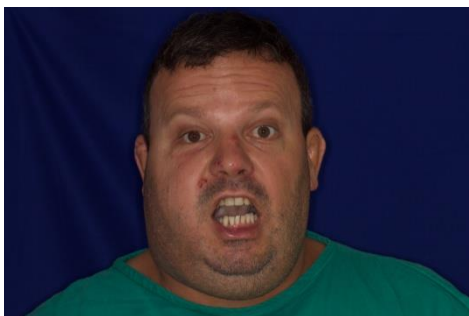


Figura: 11



Fotos do transoperatório:

Figura: 12



Figura: 13



Figura: 14



Figura: 15



Figura: 16

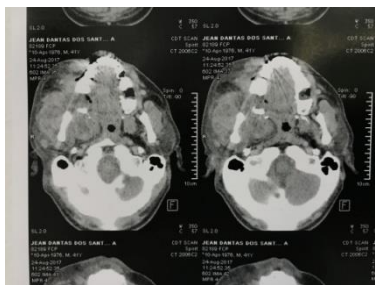


Figura: 17



Figura: 18



Fotos do pós operatório:

Figura: 19



Figura: 20



Fotos do Pós operatório, após 10 dias:

Figura: 21



Figura: 22



CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As infecções de origem odontogênicas que progridem para os espaços fasciais requerem uma abordagem especializada dos cirurgiões dentistas que devem estar

preparados e munidos do conhecimento anatômico, clínico e farmacológico. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de renomados autores na área da Cirurgia Oral, Maxilofacial e Anatomia Aplicada à Odontologia, utilizando uma metodologia descritiva com fontes primárias, baseando-se em conceitos e idéias destas fontes, com o objetivo orientar os profissionais no atendimento e na abordagem clínica e cirúrgica, utilizando 2 casos clínicos como referência para facilitar a compreensão do leitor.

O cirurgião dentista deverá realizar o devido diagnóstico diferencial entre celulite e abscesso, avaliar condições sistêmica, solicitar exames complementares e intervir utilizando o tratamento primário com a remoção da causa da infecção, caso seja indicado o tratamento coadjuvante utilizando a aplicação de calor e antibioticoterapia. A devida abordagem clínica e cirúrgica previne que essas infecções se disseminem para espaços fasciais profundos atingindo áreas nobres e vitais do organismo podendo evoluir para quadros gravíssimos com risco eminente de morte.

Diante destes casos podemos observar a importância dos conhecimentos teóricos e práticos iniciados ainda no início da graduação acadêmica como o estudo da anatomia aplicada e da farmacologia aplicada à odontologia se estendendo a importância da experiência acadêmica no ambiente ambulatorial e hospitalar.

REFERÊNCIAS:

- ANDRADE, E. D., **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3° ed. São Paulo, SP: Artes médicas, 2014.
- CORTEZZI, W., **Infecção Odontogênica Oral e Maxilofacial**. 1° ed. Rio de Janeiro: Pedro I, 1995.
- HUPP, J. R. et. al., **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 5° ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009.

- NEVILLE, B. et. al., **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3° ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009.
- PÉREZ, S. L. et. al., **Infecciones Orofaciales de Origen Odontogênico**. Medicina y Patologia oral, Espanha n9, 2004.
- PETERSON, L. J., **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 4° ed. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2005.
- PRADO, R.; SALIM, M. A. A., **Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento**. 1° ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2009.
- TEIXEIRA, L. et. al., **Anatomia Aplicada à Odontologia**. 2° ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2012.
- TOPAZIAN, R. G.; GOLDEBERG, M. H., **Infecções Oraís e Maxilofaciais**. 4° ed. São Paulo, SP: Santos, 2006.
- YAGIELA, J. A. et. al. **Farmacologia e terapêutica para dentistas**. 6° ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2011.