

Etipatogenia, diagnóstico e tratamento das infecções de origem dentária: revisão de literatura**Etiopathogenesis, diagnosis and treatment of dental infections: literature review**

DOI:10.34117/bjdv6n7-766

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 29/07/2020

Lívia Mirelle Barbosa

Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.
Doutoranda em Odontologia com área de concentração em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial pela Universidade de Pernambuco - UPE.

Instituição: Universidade de Pernambuco
Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Hospital Universitário Oswaldo Cruz

Departamento de Cirurgia Oral e Maxillofacial. R. Arnóbio Marquês, 310 - Santo
Amaro, Recife - PE, 50100-130. Universidade de Pernambuco - PE, Brasil.

E-mail: dra.liviabarbosa@gmail.com

Ana Maria Freitas Cavalcanti

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Instituição: Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão-PE,
CEP: 55612-275, Brasil.

E-mail: afreitascavalcanti@gmail.com

Ana Paula De Medeiros Silva

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Instituição: Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão-PE,
CEP: 55612-275, Brasil.

E-mail: paula_andrade_10@hotmail.com

Laiana Danielle De Melo Nogueira

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Instituição: Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão-PE,
CEP: 55612-275, Brasil.

E-mail: laiananogueira199@hotmail.com

Jeremias Anísio Dos Santos França

Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Instituição: Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão-PE,
CEP: 55612-275, Brasil.

E-mail: jeremiasaf2@gmail.com

Manuely Pereira De Moraes Santos

Doutora em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada pela
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.
Instituição: Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão-PE,
CEP: 55612-275, Brasil.

E-mail: manuelyp@hotmail.com

Marília Gabriela Mendes De Alencar

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade de
Pernambuco – UPE.

Mestre em Odontologia com área de concentração em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial pela Universidade de Pernambuco - UPE.

Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.
Instituição: Centro Universitário FACOL-UNIFACOL.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão-PE,
CEP: 55612-275, Brasil.

E-mail: mariliagma@gmail.com

Jhony Herick Cavalcanti Nunes

Doutorando em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada pela Universidade
Federal de Pernambuco – UFPE.

Professor substitute do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da UFPE.

Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário FACOL – UNIFACOL.
Instituição: Universidade Federal de Pernambuco.

Endereço: R. Pedro Ribeiro, 85 – Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão – PE, CEP 55612-
275, Brasil.

E-mail: jhonyherick@gmail.com

José Rodrigues Laureano Filho

Doutor em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP,
Brasil.

Pós-Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Kaiser Permanente Oakland Medical
Center, OMFS, Estados Unidos.

Professor Associado da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial -
Universidade de Pernambuco - UPE.

Instituição: Universidade de Pernambuco
Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Hospital Universitário Oswaldo Cruz

Departamento de Cirurgia Oral e Maxillofacial. R. Arnóbio Marquês, 310 - Santo
Amaro, Recife - PE, 50100-130. Universidade de Pernambuco - PE, Brasil.

E-mail: laureano.filho@upe.br

RESUMO

As infecções de origem dentária podem causar graves problemas à saúde do indivíduo, tratando-se de uma preocupação de saúde pública. Essas infecções podem ser originadas de diversos meios, sejam estes, através da necrose pulpar, por cárie ou decorrente da invasão bacteriana para os tecidos periapicais, além de bolsas periodontais profundas, pericoronarite ou através de traumatismo dentário. A abordagem terapêutica dessas infecções variam de acordo com a forma de evolução, organismo

causador, além das estruturas anatômicas comprometidas, com isso quando o fator etiológico for eliminado, o processo inflamatório desaparecerá. O objetivo deste artigo é discutir sobre a etiopatogenia, classificação, sintomatologia, diagnóstico e tratamento apropriado das infecções de origem dentária. Este artigo se trata de uma revisão integrativa de literatura. Conclui-se que uma infecção de origem dentária pode ser combatida a partir de diversas condutas, tanto pelo próprio organismo do hospedeiro através de mecanismos da resposta imunológica quanto por condutas clínicas e terapêuticas, sendo essencial a prescrição correta e segura de antibióticos.

Palavras-chave: Abscesso, Infecção Focal Dentária, Antibióticos.

ABSTRACT

Infections of dental origin can cause serious problems to the health of the individual, being a public health concern. These infections can originate from different means, whether through pulp necrosis, caries or due to bacterial invasion into the periapical tissues, in addition to deep periodontal pockets, pericoronitis or through dental trauma. The therapeutic approach of these infections varies according to the way of evolution, the causative organism, in addition to the compromised anatomical structures, so when the etiological factor is eliminated, the inflammatory process will disappear. The purpose of this article is to discuss the etiopathogenesis, classification, symptomatology, diagnosis and appropriate treatment of infections of dental origin. This article is an integrative literature review. It is concluded that an infection of dental origin can be fought through different conducts, both by the host's own organism through mechanisms of the immune response and by clinical and therapeutic conducts, being the correct and safe prescription of antibiotics essential.

Keywords: Abscess, Focal Dental Infection, Antibiotics

1 INTRODUÇÃO

A infecção de origem dentária trata-se de uma preocupação de saúde pública, em consequência da grande morbidade gerada nos pacientes, além dos altos custos hospitalares para a realização do tratamento (CAMARGOS *et al.*, 2016). Sua epidemiologia é de grande relevância, embora existam poucas evidências científicas que auxiliam no suporte para padronizar a terapêutica da doença. Identificar o perfil dos pacientes acometidos permite a progressão de protocolos terapêuticos modificados, em concordância com a realidade de cada centro (SÁNCHEZ *et al.*, 2011).

Tais infecções tem sua origem por meio de necrose da polpa em decorrência da cárie dentária e também devido as bactérias que invadem tecidos periapicais, além de bolsas periodontais profundas, processos inflamatórios envolvendo o terceiro molar parcialmente erupcionado e traumatismo dentário, podendo resultar no desenvolvimento de coleções purulentas. A maioria é de natureza multimicrobiana devido à grande variedade da flora residente da cavidade oral (SAITO *et al.*, 2011). Alguns processos infecciosos se desenvolvem de forma leve, sendo resolvidos rapidamente e outros podem se tornar infecções graves de região da cabeça e pescoço (FATING; SAIKRISHNA; KUMAR, 2014).

As diferentes maneiras de abordagem terapêutica das infecções de origem dentária variam de acordo com a forma de evolução (aguda ou crônica), organismo causador, (vírus, bactérias, fungos e protozoários), além das estruturas anatômicas comprometidas (glândulas salivares, osso, dente ou tecido sanguíneo) (WITHEROW *et al.*, 2004).

As manifestações sistêmicas predominantemente associadas a estas infecções são febre, celulite facial, falta de ar, dor ao deglutir e fadiga, que implica na hospitalização e no uso de antibióticos, tendo em vista que estas complicações podem ser agravadas (HARTMANN JUNIOR; RICHARD, 1999). Trismo e disfagia aplicam-se como indicadores de infecção de origem dental grave (FLYNN *et al.*, 2006).

Essas infecções de modo geral são leves e de fácil tratamento, sendo necessário apenas o uso de antibióticos. Em casos mais críticos pode ser necessária a hospitalização, o uso de antibióticos, incisão para a realização de drenagem cirúrgica e um acompanhamento multidisciplinar (CARTER; LAYTON, 2009).

Geralmente são bem localizadas e apresentam uma resposta satisfatória ao tratamento ambulatorial. Contudo, se as defesas do hospedeiro apresentarem falhas, os planos maxilofaciais profundos podem ser acometidos, permitindo a disseminação do processo infeccioso, tendo como consequência o agravamento da situação, necessitando assim de tratamento hospitalar (DE MENDONÇA *et al.*, 2016). Estas infecções são apontadas como os meios mais comuns à propagação das infecções maxilofaciais (PYNN; SANDS; PHAROAH, 1995). Vale ressaltar que os casos que ocorre um diagnóstico prévio e um recurso terapêutico adequado, são de grande relevância para que se obtenha êxito no tratamento desse tipo de infecção. (OPITZ *et al.*, 2015).

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo discutir sobre a etiopatogenia, classificação, sintomatologia, diagnóstico e tratamento apropriado das infecções de origem dentária.

2 METODOLOGIA

Este artigo se trata de uma revisão integrativa de literatura, o período de coleta dos estudos foi realizado entre março e abril de 2020, através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (PUBMED), foram incluídos os artigos que compreendessem com o objetivo deste trabalho e foram considerados os com idioma em português, inglês ou espanhol, publicados no período de 1995 a 2020. Como descritores foram utilizados: abscesso, infecção focal dentária e antibióticos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Saez Moreno *et al.* (2019), a etiopatogenia da infecção de origem dental pode ser primária por causas dentárias e peri-dentárias ou secundária por causas iatrogênicas e traumáticas, porém a maioria dessas infecções é de origem primária, sendo a cárie o fator causador mais recorrente. Com a evolução desse processo crônico aparecem os sintomas de uma pulpíte e posteriormente a necrose, que mesmo sendo geralmente assintomática, ela progride para as periodontites e os abscessos, sendo esses os processos iniciais desse tipo infecção.

Dessa forma, Dai *et al.* (2019), relatam que se essas infecções de origem dentária como periodontite periapical aguda, abscesso alveolar e pericoronarite não forem tratadas corretamente no seu estágio inicial, o processo infeccioso pode disseminar-se para outros órgãos, como o crânio, cérebro, cavidade torácica, cavidade abdominal. Portanto, essas infecções podem evoluir para complicações com risco de vida para o paciente, como infecção intracraniana, derrame pleural, empiema, sepse e até morte. Por esse motivo as infecções de origem dentária são uma das principais causas de urgência na prática odontológica (LOPEZ-FERNÁNDEZ; TELLEZ-RODRÍGUEZ; RODRÍGUEZ-RAMÍREZ, 2016).

Viccari *et al.* (2014) definem as essas infecções como situações clínicas críticas de incidência eventualmente comum. Essa condição apresenta uma acelerada propagação do quadro infeccioso para os tecidos próximos e para os espaços faciais da região da cabeça e pescoço, que podem levar à morte. A infecção exibe uma variedade de patógenos diferentes como os: estafilococos, estreptococos, pneumococos, veillonelas, neisserias, actinobactérias, bacilos fusiformes, leptotrix, vibrações e espiroquetas, por isso essa tipo de infecção é considerado polimicrobiano (PEREZ *et al.*, 2003).

Segundo Weise *et al.* (2019), existem várias condições predisponentes que podem intensificar tais infecções, como o HIV (vírus da imunodeficiência humana), diabetes mellitus a longo prazo, obesidade, uso crônico de álcool ou nicotina, hepatite, cirrose hepática, imunossupressão após transplante de órgãos, quimioterapia, radioterapia e lúpus eritematoso sistêmico.

Para Viccari *et al.* (2014), o diagnóstico deve ser realizado pela avaliação do estado geral de saúde do paciente e das condições locais. A avaliação clínica do paciente, o histórico familiar, o tempo de evolução do processo infeccioso e os tratamentos anteriores também devem ser considerados. Na anamnese, devem ser observados os sinais e sintomas como: trismo, edema, fístulas, áreas de coleção purulenta, vias aéreas comprometidas, disfagia, febre, astenia, adinamia, anorexia, diaforese, sonolência, palidez de tegumentos e desequilíbrio hidroeletrólítico (LOPEZ-FERNÁNDEZ; TELLEZ-RODRÍGUEZ; RODRÍGUEZ-RAMÍREZ, 2016). Mesmo a avaliação clínica sendo soberana, é necessário exames complementares de imagem e de laboratório, para uma análise mais detalhada do quadro clínico (VICCARI *et al.*, 2014).

O exame ultrassonográfico tem sido utilizado no diagnóstico e prognóstico de pacientes com infecções cervicais superficiais para avaliar o acúmulo de líquidos e também para diferenciar abscesso e celulite (VICCARI *et al.*, 2014).

Como definição Lopez-Fernández, Tellez-Rodríguez e Rodríguez-Ramírez, (2016), descrevem a celulite como uma infecção do tecido adiposo situada nos interstícios fasciais, que é vinculada a estruturas musculares, vascular-nervosas e viscerais e se apresenta clinicamente como edema difuso, doloroso, endurecido e eritematoso.

O abscesso por sua vez é o estágio subsequente, é caracterizado pelo acúmulo de secreção purulenta, constituindo-se de uma cavidade com tecido necrótico, bactérias e células que implicam no processo imunológico, essa condição é descrita pela presença de bordas flutuantes, dolorosas e definidas, com hiperemia e hipertermia (Lopez-Fernández, Tellez-Rodríguez e Rodríguez-Ramírez, 2016).

A ultrassonografia é a maneira mais rápida de diagnosticar, porém, esse método apresenta limitações para a observação de secreção purulenta quando ele se espalha para as camadas mais profundas do pescoço como retrofaríngeo, mediastinal, intraorbital ou intracraniana. Dessa forma, a tomografia computadorizada (TC) é utilizada como método de primeira eleição, pois promove uma boa representação dos dentes e do osso circundante, oferecendo assim as informações cruciais para a correta escolha do tratamento (KAKOSCHKE; EHRENFELD; MASTRO, 2020). Para o correto diagnóstico dos microrganismos envolvidos nos processos infecciosos de origem dentária, a execução das culturas antimicrobianas e um antibiograma é extremamente essencial para a correta seleção do antimicrobiano (VICCARI *et al.*, 2014).

Os testes de laboratório apresentam informações sobre a condição sistêmica do paciente. As taxas das séries branca, vermelha e glicose devem ser analisadas, uma vez que suas variações influenciam claramente sobre a terapia a ser escolhida. Isso acontece porque erros de diagnóstico e tratamento incorreto, ou iniciado tardiamente, possibilita que a infecção se espalhe para os espaços anatômicos adjacentes, agravando o quadro sistêmico do paciente (VICCARI *et al.*, 2014).

De acordo com Velasco e Soto (2012), para tratar as infecções de origem dentária, devemos analisar os espaços anatômicos acometidos pela infecção na região de cabeça e pescoço, esses espaços devem ser classificados de acordo com o comprometimento potencial das vias aéreas e/ou de estruturas vitais, como mediastino, coração ou conteúdo craniano.

Os espaços que apresentam risco leve para vias aéreas ou para as estruturas vitais são: ossos maxilares, subperiosteal, mucoso vestibular, submucoso palatino e geniano, os de risco moderado são: submandibular, submentoniano, sublingual, pterigomandibular, submassetérico, temporal e interpterigoideo, os de risco severo: pterigofaríngeo, retrofaríngeo, pterigopalatino e pretraqueal, e os

de risco extremo para as vias aéreas e para as estruturas vitais são: mediastivo, intracranial e prevertebral (VELASCO; SOTO, 2012).

No estágio de infecção, a primeira etapa é a inoculação que dura 2-3 dias, consiste em um processo inflamatório dos espaços anatômicos acometidos e apresenta consistência suave e levemente dolorosa. Entre os dias 2 e 5, o processo infeccioso pode se disseminar com uma consistência endurecida e bastante dolorosa à palpação, constituindo um fleuma ou celulite. O estágio seguinte que pode se desenvolver durante o 5º dia é o abscesso, em que as bordas são mais delimitadas e a consistência da inflamação é mais suave e flutuante. No estágio final pode ser realizado uma drenagem espontânea ou cirúrgica como resolução, ou ocorre a morte do paciente devido ao comprometimento das vias aéreas e/ou à disseminação do processo infeccioso para as estruturas vitais (VELASCO; SOTO, 2012).

A causa mais frequente de morte nos pacientes com infecções de origem dentária é a obstrução das vias aéreas. Essa condição pode ser identificada pela presença de trismo e disfagia, também devemos avaliar a orofaringe, em busca de um possível processo infeccioso, que esteja obstruindo parcialmente as vias aéreas, o paciente com essa condição emitirá sons anormais na respiração, como estridor e chiado no peito, decorrente à passagem turbulenta do ar pelas vias aéreas, nessa situação o paciente inclina a cabeça para frente ou posiciona o pescoço próximo ao ombro no lado oposto para alinhar as vias aéreas e melhorar a ventilação. Se houver obstrução total das vias aéreas, deve ser realizado a intubação endotraqueal de emergência e se possível, ou uma traqueostomia ou cricotireoidotomia (VELASCO; SOTO, 2012).

Nas infecções de origem dentária, o tratamento local consiste sempre na abertura da câmara do dente causal, com ou sem desbridamento dos ductos, para descomprimir a área afetada. Às vezes, deve-se associar com a drenagem através da mucosa, caso haja uma coleção franca do processo supurativo. A drenagem é realizada por incisão ou por necrose ácida da mucosa na área de maior declínio com o ácido tricloroacético. Muitas vezes, nesse tipo de infecção quando há um abscesso limitado ao dente causador, apenas a manobra local é suficiente, por outro lado, se o abscesso for mais difuso, e acometer o fundo do sulco ou se espalhar para outras áreas anatômicas faciais, o tratamento local deve ser complementado com antibioticoterapia a fim de reduzir a propagação do processo infeccioso (CAVIGLIA; TECHERA; GARCIA, 2016).

Geralmente, essas infecções respondem bem as manobras cirúrgicas, como a incisão e drenagem associada a antibioticoterapia (WEISE *et al.*, 2019), o manejo cirúrgico independe da sua gravidade e consiste no esvaziamento dos espaços anatômicos acometidos com a instalação de drenagem e a manutenção adequadas dos cuidados médicos complementares, como a hidratação,

suporte nutricional, analgésico, antipirético e anti-inflamatório (LOPEZ-FERNÁNDEZ; TELLEZ-RODRÍGUEZ; RODRÍGUEZ-RAMÍREZ, 2016).

4 DISCUSSÃO

Nos casos de fatores de risco gerais, locais ou sistêmicos, sempre é necessário uma antibioticoterapia intravenosa, além da incisão cirúrgica e drenagem (BOTTGER *et al.*, 2020). E se necessário, em alguns casos, medidas adicionais no sentido de reabilitação e reconstrução podem ser realizadas (KAKOSCHKE; EHRENFELD; MASTRO, 2020). Se o tratamento local não for realizado adequadamente e apenas administrar-se antimicrobianos, reduzirá a virulência do processo, no entanto, poderá haver agravamento do quadro quando a medicação for interrompida (CAVIGLIA; TECHERA; GARCIA, 2016).

Kakoschke, Ehrenfeld e Mastro (2020), afirmam em seu trabalho que a terapia apropriada para o tratamento de infecções de origem dentária consiste essencialmente em abrir o abscesso e realizar a drenagem adequada, além de remover a causa (ao mesmo tempo ou em uma segunda intervenção), a drenagem do abscesso pode ocorrer transoralmente ou através de acessos externos com drenagem por sucção e irrigação, que é o método minimamente invasivo para a terapia de abscesso. Há controversas na literatura sobre os enxaguamentos regulares, pois eles podem acelerar a deterioração ou trazer benefícios adicionais. A extração dos patógenos por meio de esfregaço ou punção para exame microbiológico com antibiograma deve ser realizada urgentemente para determinar a terapêutica antibiótica adequada.

Bottger *et al.*, (2020) relatam em seu trabalho que a incisão cirúrgica e a drenagem são o padrão-ouro para um abscesso dentário avançado. Porém, nesse mesmo estudo, houve afirmação que a terapia também é frequentemente acompanhada por antibióticos, administrados de maneira geral, em vez de atingir um patógeno específico. Assim como também há relatos de que a terapêutica deve ser realizada com uma intervenção cirúrgica e o uso de antibióticos. O uso adicional de antibióticos é recomendado em casos de abscesso na posição medial da mandíbula inferior por múltiplas infecções espaciais e doenças generalizadas. Em contraste, outros autores afirmaram que a maioria das infecções purulentas odontogênicas não requerem antibioticoterapia após tratamento cirúrgico (Velasco e Soto (2012).

Velasco e Soto (2012) relatam que o manejo cirúrgico, independe da sua gravidade e consiste em 2 princípios: eliminar o foco etiológico e o esvaziamento cirúrgico dos espaços anatômicos acometidos, realizando uma drenagem adequada. O foco dental causador da infecção deve ser identificado com base nos achados clínicos e de imagem. E a partir do conhecimento da anatomia cirúrgica, conseguimos identificar as possíveis rotas de propagação para outras regiões vizinhas.

Bottger *et al.* (2020), também mostraram que a profilaxia antibiótica pré-operatória deve ser realizada em um período de 120 minutos antes da cirurgia.

Weise *et al.* (2019), afirmaram que os antibiogramas realizados para as infecções de origem dentária incluem os seguintes antibióticos: ampicilina, cefalexima, clindamicina, eritromicina, penicilina, piperacilina e tazobactam. Em estudos realizados por Weise *et al.* (2019), a clindamicina apresenta um índice aumentado de resistência a todos os grupos de microorganismos, enquanto o tazobactam e a piperacilina expressam suscetibilidade a todas as bactérias isoladas.

Para Kakoschke, Ehrenfeld e Mastro (2020), a primeira escolha para antibioticoterapia recai sob a amoxicilina com o ácido clavulânico (0-4% de resistência). A clindamicina, penicilina e fluoroquinolonas (por exemplo, moxifloxacina), também é eficaz para o espectro observado nas infecções de origem dentária. No que diz respeito ao aumento da resistência a clindamicina apresenta (21-50%) e penicilina (7-33%). O risco de efeitos colaterais para as fluoroquinolonas são maiores, as aminopenicilinas são ineficazes em algumas situações. Em particular se houver risco de obstrução das vias aéreas ou complicações sistêmicas, os cuidados médicos devem ser intensivos por medidas de acompanhamento, como intubação, traqueotomia ou diálise.

O tratamento médico-farmacológico tem a penicilina como um antibiótico de escolha, pois os microorganismos aeróbios e anaeróbios Gram-positivos presentes são sensíveis a ela. Outros antibióticos eficazes são: ceftriaxona, clindamicina e metronidazol. O antibiótico que mais penetra nos espaços anatômicos é a clindamicina, ela atinge uma concentração de 33%. Esse fato pode ser explicado pela sua grande utilidade, ela também influencia a penetração do antibiótico nos ossos superiores, o que é outra consideração importante, principalmente na osteomielite (LOPEZ-FERNÁNDEZ; TELLEZ-RODRÍGUEZ; RODRÍGUEZ-RAMÍREZ, 2016).

Perez *et al.* (2003), em seu trabalho afirmaram que as infecções na região maxilofacial são responsáveis por 0,56% dos resultados letais, como trombose do seio cavernoso, abscesso cerebral e sepse generalizada. Dessa forma, o diagnóstico precoce e o tratamento intensivo de tais condições é necessário para o controle do caso. O grau de intoxicação nos abscessos e fleuma da região é altamente oscilante e os microorganismos podem estar associados à microflora oral, idade do paciente e reatividade do organismo.

Dessa forma, para Perez *et al.* (2003), apesar da infecção de origem dentária ser habitualmente fácil de conter, em alguns casos, conforme as circunstâncias que as infecções serão tratadas, podem-se desenvolver uma série de complicações que fazem com que esse processo da doença adquira uma gravidade até que se torne fatal. A maneira de impedir essa condição grave é um diagnóstico correto e tratamento eficaz. O fato de termos uma multiplicidade de antibióticos eficazes, não implica que o nosso desempenho seja minimizado.

Para a prevenção da cárie e conseqüentemente a sua progressão para uma possível infecção de origem dentária, a má higiene bucal é o principal fator de risco, por isso, devemos realizar uma adequada higienização bucal, com a escovação, uso do fio dental, e controle químico (SAEZ MORENO *et al.*, 2019). Deve-se evitar o tabaco e nicotina e também a ingestão de alimentos cariogênicos. Em relação aos medicamentos, devem ser levados em consideração àqueles que causam diminuição na quantidade e qualidade da saliva, bem como aqueles que alteram a mucosa gengival (corticosteróides, AINEs, antiepiléticos, imunossupressores, contraceptivos orais e certos anti-hipertensivos, sendo o mais frequente a nifedipina. Outros fatores associados para o aparecimento da cárie seria as más posições dentárias, bruxismo, gravidez, doenças sistêmicas e crônicas (SAEZ MORENO *et al.*, 2019).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se a partir desta revisão de literatura que um diagnóstico antecipado e correto das infecções de origem dentária aborda uma conduta terapêutica célere, evitando com isso diversas formas de complicações para o paciente, devido à sua destacada morbidade. Doenças que são consideradas comuns na prática clínica odontológica como a cárie dentária, pericoronarite e outras, quando não tratadas, podem evoluir para complicações sistêmicas complexas e provocar danos graves de saúde. Diante do exposto, é possível descrever que uma infecção de origem dentária pode ser combatida a partir de diversas condutas, tanto pelo próprio organismo do hospedeiro através de mecanismos da resposta imunológica ou por condutas clínicas e terapêuticas, sendo essencial a prescrição correta e segura de antibióticos.

REFERÊNCIAS

- BOTTGER, S.; LAUTENBACHER, K.; DOMANN, E.; HOWALDT, H-P.; ATTIA, S.; STRECKBEIN, P.; WILBRAND, J-F. **Indication for an additional postoperative antibiotic treatment after surgical incision of serious odontogenic abscesses.** Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 2020.
- CAMARGOS, F. M.; MEIRA, H. C.; DE AGUIAR, E. G.; ABDO, E. N.; DA GLÓRIA, J. R.; DIAS, A. C. S. **Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico.** Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, v. 16, n. 2, p. 25-30, 2016.
- CARTER, L. M.; LAYTON, S. **Cervicofacial infection of dental origin presenting to maxillofacial surgery units in the United Kingdom: a national audit.** British dental journal, v. 206, n. 2, p. 73-78, 2009.
- CAVIGLIA, I.; TECHERA, A.; GARCIA, G. **Terapias antimicrobianas en infecciones odontogênicas en niños y adolescentes Revisión de la literatura y recomendaciones para la**

clínica: Literature review and clinical recommendations. *Odontostomatología*, v. 18, n. 27, p. 4-15, 2016.

DAI, T-G.; RAN, H-B.; QIU, Y-X.; XU, B.; CHENG, J-Q.; LIU, Y-K. **Fatal complications in a patient with severe multi-space infections in the oral and maxillofacial head and neck regions: A case report.** *World Journal of Clinical Cases*, v. 7, n. 23, p. 4150, 2019.

DE MENDONÇA, J. C. G.; MASOCATTO, D. C.; OLIVEIRA, M. M.; SANTOS, C. M.; MACENA, J. A.; TEIXEIRA, F. R.; HASSUMI, J. S.; GAETTI JARDIM, E. C. **Infecção cervical grave de origem dentária: relato de caso.** *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 4, n. 6, 2016.

FATING, N. S.; SAIKRISHNA, D.; KUMAR, G. S. V. **Detection of Bacterial Flora in Orofacial Space Infections and Their Antibiotic Sensitivity Profile.** *Journal of maxillofacial and oral surgery*, v. 13, n. 4, p. 525-532, 2014.

FLYNN, T. R.; SHANTI, R. M.; LEVI, M. H.; ADAMO, A. K.; KRAUNT, R. A.; TRRIEGER, N. **Severe odontogenic infections, part 1: prospective report.** *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 64, n. 7, p. 1093-1103, 2006.

HARTMANN JR, R. W. **Ludwig's angina in children.** *American family physician*, v. 60, n. 1, p. 109-112, 1999.

KAKOSCHKE, T. K.; EHRENFELD, M.; MASTRO, G. **Severe bacterial soft tissue infections in the head and neck region: Overview of the causes, pathogenesis, diagnostics, treatment and possible sequelae.** *Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizen*, v. 91, n. 4, p. 283-292, 2020.

LOPEZ-FERNÁNDEZ, R. M.; TELLEZ-RODRÍGUEZ, J.; RODRÍGUEZ-RAMÍREZ, A. F. **Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas.** *Acta pediátrica de México*, v. 37, n. 5, p. 302-305, 2016.

OPITZ, D.; CAMERER, C.; CAMERER, D-M.; RAGUSE, J. D.; 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*, v. 43, n. 2, p. 285-289, 2015.

PEREZ, G-R. O.; PEÑA, J. L. Z.; ROSQUETE, L. D.; MORENO, A. C. **Infeción odontogénica grave: Posibles factores predictores.** *Revista Cubana de Estomatología*, v. 40, n. 1, p. 0-0, 2003.

PYNN, B. R.; SANDS, T.; PHAROAH, M. J. **Odontogenic infections, part I: anatomy and radiology.** *Oral Health*, v. 85, n. 5, p. 7-10, 13, 1995.

SAEZ MORENO, M. G.; ZETA, A. C. C.; DÍAZ, M. C.; HIDALGO, J. L-T. **Abordaje de las infecciones odontogénicas por el Médico de Familia.** *Revista Clínica de Medicina de Familia, Albacete*, v. 12, n. 2, p. 82-86, 2019.

SAITO, C. T.; GULINELLI, J. L.; MARÃO, H. F.; GARCIA JUNIOR, I. R.; MAGRO FILHO, O. M.; SONODA, C. K. **Occurrence of odontogenic infections in patients treated in a postgraduation program on maxillofacial surgery and traumatology.** *Journal of Craniofacial Surgery*, v. 22, n. 5, p. 1689-1694, 2011.

SÁNCHEZ, R.; MIRANDA, E.; ARIAS, J.; PAÑO, J. R.; BURGUEÑO, M. **Severe odontogenic infections: Epidemiological, microbiological and therapeutic factors.** *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 16, n. 5, p. e670-e676, 2011.

VELASCO, I.; SOTO, R. **Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad.** Revista chilena de cirugía, v. 64, n. 6, p. 586-598, 2012.

VICCARI, T.; DONADUZZ, L.; RUIZ, G.; RODRÍGUEZ, L. J. V.; D'AVILA JUNIOR, V. B.; DE CONTO, F. **Visión Contemporánea de las Infecciones Odontogénicas.** Revista Costarricense de Salud Pública, v. 23, n. 1, p. 75-79, 2014.

WEISE, H.; NAROS, A.; WEISE, C.; REINERT, S.; HOEFERT, S. **Severe odontogenic infections with septic progress—a constant and increasing challenge: a retrospective analysis.** BMC oral health, v. 19, n. 1, p. 173, 2019.