

## CASO CLÍNICO

# Complicação Infecçiosa Severa Pós Remoção de Terceiros Molares: Relato de Caso Clínico

Liane Maciel de Almeida Souza \*, Artur de Oliveira Ribeiro \*\*,

Carlos Emanuel da Silva Silveira \*\*, Igor Sérgio de Almeida Silva \*\*, Jefferson Moura Vieira \*\*

**Resumo:** As infecções são as complicações mais sérias no pós-operatório da extração de terceiros molares. O presente trabalho tem o objectivo de relatar um caso de infecção severa pós extração de terceiros molares inferiores, onde foi necessário internamento e instituição de protocolo terapêutico baseado em antibioticoterapia, hidratação, analgesia, suporte vitamínico e proteico e calor local. A drenagem foi espontânea e o prognóstico foi bom.

**Palavras-Chave:** Infecções; Complicações pós-operatórias; Terceiros molares impactados

**Abstract:** The postoperative infectious are the most serious complications after extraction of impacted third molars. A clinical report about acute postoperative infection is presented, where the patient was needed hospitalization and institution of therapeutic protocol based on antibiotics, hydration, analgesia, protein and vitamin support and local heat. The drainage was spontaneous and the prognosis was good.

**Key-words:** Infections; Postoperative complications; Impacted third molars

(Souza LMA, Ribeiro AO, Silveira CES, Silva ISA, Vieira JM. Complicação Infecçiosa Severa Pós Remoção de Terceiros Molares: Relato de Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2009;50:101-104)

\* Professora Assistente de Cirurgia e Anestesia do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju - SE, Brasil

\*\* Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe, Aracaju - SE, Brasil

## INTRODUÇÃO

As infecções dos espaços cervicais profundos constituem quadros graves que, se não tratados pronta e adequadamente podem determinar o óbito<sup>(1)</sup>.

Avendaño *et al*<sup>(2)</sup> observaram que dos 390 terceiros molares extraídos, 15,6% apresentaram complicações pós-operatórias e a infecção esteve presente em 2,3% dos casos. Blondeau e Nach<sup>(3)</sup> analisando a incidência de complicações após a remoção de 550 terceiros molares, encontraram 6,9% de complicações das quais 3,4% eram infecções pós-operatórias. Estas estavam associadas (92%) aos casos onde a ostectomia e odontosecção foram utilizadas.

A idade do paciente, estado de saúde, técnica cirúrgica, grau de impaction dental, habilidade do cirurgião e tempo da cirurgia têm sido relatados como factores predisponentes a estas complicações<sup>(4)</sup>. O manejo correcto do quadro infeccioso com a instituição de medidas imediatas de antibioticoterapia e abordagem da zona infectada é de fundamental importância para o

restabelecimento do paciente<sup>(5)</sup>.

Assim este trabalho visa relatar uma infecção odontogénica grave pós-remoção de terceiros molares e discutir, baseado na literatura, as medidas terapêuticas empregadas.

## CASO CLÍNICO

Paciente do género feminino, 27 anos, melanoderma, deu entrada no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) portando quadro facial infeccioso grave, pós exodontia das unidades 28 e 38, classificado segundo o grau de severidade (SS) de infecção de Flynn *et al*<sup>(6)</sup> como SS 13. Mostrava comprometimento dos espaços sublingual, submandibular, submassetérico, pré-traqueal, pré-esternal (Figuras 1, 2, 3). Associado ao quadro clínico, a paciente apresentava temperatura axilar de 39°C, dor intensa classificada segundo a Escala Visual Analógica (VAS 0-10cm) no valor 10, dispneia, disfagia, trismo e debilidade geral. Ao exame laboratorial observou-se neutrofilia.

A paciente relatou não ter feito uso de antibioticoterapia



Figura 1 - Trismo severo devido à presença de infecção odontogénica



Figura 2 - Envolvimento dos espaços faciais, aspecto facial de dor



Figura 3 - Envolvimento dos espaços cervicais e pré-externais



Figura 4 - Regressão do quadro infeccioso



Figura 5 - Restabelecimento da abertura bucal

profilática e/ou terapêutica e está fazendo uso de Diclofenaco de Sódio 50mg, via oral de 8/8h. A mesma foi internada e submetida ao protocolo de tratamento de infecções orais do Serviço Buco-Maxilo-Facial do HUSE. Este tratamento consta de hidratação venosa com soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%, antibioticoterapia venosa com Cefalotina de 1g de 6/6h e Metronidazol de 500mg de 8/8h, analgesia venosa com Cloridrato de tramadol de 50mg de 6/6h, suplementação vitamínica com vitamina B e C endovenosa de 12/12h, dieta liquidificada hiperprotéica e hipercalórica e bochechos com soro fisiológico 0,9% morno e água oxigenada na proporção de 3:1.

O processo infeccioso mostrou regressão após o quinto dia de internamento com drenagem espontânea pelo leito cirúrgico (Figuras 4 e 5). A paciente obteve alta hospitalar no sexto dia pós-internamento e foi medicada para casa com Cefalexina 500mg via oral de 6/6h e Metronidazol de 450mg via oral de 8/8h por sete dias.

## DISCUSSÃO

Com base na literatura, pudemos analisar alguns aspectos importantes do caso em questão. O primeiro se refere à incidên-

cia desta complicação. A infecção dos espaços cervicais profundos tem diminuído consideravelmente nos últimos anos<sup>(1)</sup>. Das infecções odontogênicas severas estudadas por Flynn *et al*<sup>(5)</sup>, 68% envolviam os terceiros molares inclusos. Bui *et al*<sup>(6)</sup> relatam que uma das complicações mais comuns na extração de terceiros molares é a infecção. Fato este que corrobora com a descrição em questão onde se observou extensa infecção pós-operatória relacionada à remoção dos terceiros molares.

As prováveis causas da infecção relatada foram a quebra da cadeia asséptica, a ausência de profilaxia antibiótica e o trauma cirúrgico. Tal fato está em concordância com Brann *et al*<sup>(4)</sup> que relata serem factores predisponentes à infecção pós remoção de terceiros molares, o estado de saúde do paciente, o grau de impactação dental, habilidade do cirurgião e tempo da cirurgia.

Quanto ao uso de profilaxia antibiótica, Yoshii *et al*<sup>(7)</sup> e Delibas *et al*<sup>(8)</sup> afirmam que os antibióticos reduzem a incidência de infecção. Lasaca *et al*<sup>(9)</sup>, em um estudo randomizado, avaliou a eficácia da antibioticoterapia profilática em 225 pacientes submetidos à cirurgia de terceiros molares e chegaram à conclusão que a profilaxia antibiótica é benéfica em procedimentos cirúrgicos simples e deve ser obrigatória no caso onde a ostectomia for realizada.

No entanto, Poeschl *et al*<sup>(10)</sup> relatam não haver necessidade de antibioticoterapia profilática para remoção de terceiros molares. Andrade<sup>(11)</sup> relata a importância da antibioticoterapia no caso de pericoronarite instalada e descarta a necessidade deste protocolo terapêutico em cirurgias não infectadas.

Existe então uma grande controvérsia em relação ao uso ou não de antibioticoterapia. Porém, nos casos onde é impossível se manter a cadeia asséptica, como no serviço público, na presença de complicações sistêmicas ou de infecção instalada ela deve ser utilizada<sup>(12)</sup>.

No presente caso a paciente fez apenas uso de antiinflamatórios no pós operatório, mesmo quando os sinais de infecção já eram evidentes. Andrade<sup>(11)</sup> alerta para o fato de o uso inadequado de antiinflamatório em zonas infectadas poder exacerbar o quadro infeccioso por reduzir as defesas naturais do paciente.

Ao analisarmos a conduta e o protocolo instituídos, tomamos por base cinco aspectos importantes: 1) hidratação, 2) antibioticoterapia, 3) controle da dor, 4) melhora do quadro clínico geral do paciente, 5) drenagem.

A hidratação promove uma maior volemia no paciente, aumenta o fluxo sanguíneo, e favorece a chegada de medicações ao local da infecção, facilitando a redução do processo e as trocas metabólicas<sup>(12)</sup>.

As drogas utilizadas foram a Cefalotina e o Metronidazol. A Cefalotina se mostrou eficaz no controle de infecções por cepas de *Staphylococcus aureus* e sobre cepas de culturas mistas de

microorganismos anaeróbios facultativos e microaerófilos<sup>(13)</sup>. O Metronidazol é efectivo contra bactérias anaeróbias e é utilizado com sucesso associado às Cefalotinas por potencializar seu efeito e aumentar seu espectro de acção<sup>(11)</sup>.

Os nociceptores ficam bastante estimulados no processo infeccioso, seja pela acção das citocinas inflamatórias ou pela compressão das terminações nervosas livres (14). A sensação algica em processos infecciosos severos pode atingir níveis de média a alta intensidade sendo adequado o uso de analgésicos de acção central<sup>(15)</sup>. Tal fato justifica a utilização do Cloridrato de Tramadol como medicação analgésica.

O processo infeccioso em si debita o paciente, o mesmo tem a necessidade de um suporte vitamínico e proteico par sua reabilitação mais rápida<sup>(14)</sup>. Esta observação está em concordância com o suporte vitamínico e a dieta usada pelo paciente do caso em questão.

No presente relato houve a drenagem espontânea da infecção pelo leito cirúrgico. Flynn *et al*<sup>(5)</sup> e Topazian *et al*<sup>(14)</sup> relataram a importância da drenagem para resolução dos quadros infecciosos, pois ela retira o pus localizado no interior dos espaços faciais, promove uma descompressão e facilita a reabilitação do paciente.

O uso de bochechos mornos serve para provocar uma vasodilatação e promover uma drenagem mais rápida e pelo interior da boca, evitando danos estéticos associados à drenagem extra-oral<sup>(14)</sup>. Neste relato, o protocolo empregado se mostrou eficaz no controle do processo infeccioso e no restabelecimento da saúde oral do paciente.

## CONCLUSÕES

As infecções dos espaços faciais são complicações graves pós-extrações de terceiros molares inclusos.

Quando o trismo, a disfagia e a debilidade geral estão presentes o quadro requer internamento hospitalar.

A conduta terapêutica baseia-se em hidratação, antibioticoterapia, analgesia, suplementação vitamínica e proteica.

O calor local intra-oral facilita a drenagem e em muitos casos evita o acesso extra-oral para resolução do problema.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 - Durazzo MD, Pinto FR, Loures MS, Volpi EM, Nishio S, Brandão LG, Cordeiro AC, Ferraz AR . Os espaços cervicais profundos e seu interesse nas infecções da região. *Rev Ass Med Brasil* 1997;43:119-126.
- 2 - Adevanõ AVC, García SP, Castellón EV, Aytés LB, Gay-Escoda C. Morbilidad de La extracción de los terceros molares em pacientes entre 12y18 años de edad. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2005;10:422-431.
- 3 - Blondeau F, Nach GD. Extaction of Impacted Mandibular Third Molars: Postoperative Complications and Their Risk Factors. *JCDA* 2007; 73:325-325.
- 4 - Brann CR, Brickey MR, Sheppherd JP. Factors Influencing nerve damage during lower third molar surgery. *Br Dent J* 1999;186: 514-516.
- 5 - Flynn TR, Shanti RM, Hayes C. Severe Odontogenic Infections, Part 2: Prospective outcomes study. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1104-1113.
- 6 - Bui CH, Seldin ED, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1379-1389.
- 7 - Yoshii T, Hmamoto Y, Muraoka S, Furudoi S, Komori T. Differences in postoperative morbidity rates, including infection and dry socket, and differences in the healing process after mandibular third molar surgery in patients receiving 1-day-or 3-day prophylaxis with ampicillin. *J Infect Chemother* 2002;8:87-93.
- 8 - Delibasi C, Saracoglu U, Keskin A. Effects of 0,2% clorhexidine gluconate and amoxicillin plus clavulanic acid n the prevention of alveolar osteitis following mandibular third molar extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94:301-304.
- 9 - Lasaca JM, Jiménez JA, Ferrás V, Bossom M, Sóla-Morales O, García-Rey C et al. Prophylaxis versus pre-emptive treatment for infective and inflammatory complications of surgical third molar removal: a randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical trial with sustained release amoxicillin/clavulanic acid (1000/62.5 mg). *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007;36:321-327.
- 10 - Poeschl PW, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery are necessity? *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:3-8.
- 11 - Andrade ED. *Terapêutica Medicamentosa em odontologia*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2006.
- 12 - Arteagoitia I, Diez A, Barbier L, Santamaría G, Santamaría J. Efficacy of amoxicillin/clavulanic acid in preventing infectious and inflammatory complications following impacted mandibular third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:E11-8.
- 13 - Santos LD, Cavalcanti MB, Speranca PA Andrade MC. Drogas antimicrobianas sistêmicas indicadas no tratamento das osteomielites do complexo maxilo-mandibular. *Considerações Microbiológicas atuais. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial* 2003;3:1-5.
- 14 - Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR *Infecções orais e maxilofaciais*. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2006.
- 15 - Gay-Escoda C, Piñera-Penalva M, Velasco-Vivancos, Berini-Aytés L. Cordales incluídos. *Patología, clínica y tratamiento Del tercer molar*. En: *Tratado de Cirurgia Bucal*. Tomo I, Gay-Escoda C, Berini-Aytés Leds Madrid:Ergon; 2004 .p.3555-385.