

Infecção odontogênica complexa: relato de dois casos

Complex odontogenic infection: report of two cases

Infecção odontogênica complexa: informe de dos casos

RESUMO

As infecções odontogênicas têm origem nos dentes e tecidos de suporte, podendo disseminar-se pelos espaços fasciais profundos. Desse modo, o objetivo deste trabalho é abordar dois casos complexos tratados em âmbito hospitalar. Relatos: O primeiro caso se trata de um paciente do sexo masculino, 33 anos, admitido no Hospital Maria Aparecido Pedrossian, encaminhado à equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, apresentando sinais e sintomas sugestivos de abscesso envolvendo a região submandibular esquerda. À avaliação inicial, dor e edema cervicofacial, disfagia, odinofagia, hiporexia, aumento de volume endurecido à palpação e trismo. O exame intra-bucal revelou edema, hiperemia em pilar amigdaliano, palato mole e destruição coronária do elemento 36. No segundo caso, um homem de 26 anos deu entrada ao mesmo hospital, apresentando dor, edema na região submandibular esquerda, limitação da mobilidade cervical, dispneia, disfagia, odinofagia e febre. Ao exame físico, aumento de volume endurecido à palpação, cerca de 7 cm, sinais de exodontia recente do elemento 37 e cárie extensa no elemento 38. O tratamento proposto envolveu a antibioticoterapia, remoção cirúrgica da causa e drenagem do abscesso, além de cuidados complementares. Dada sua relevância, é fundamental compreender a etiologia, o correto diagnóstico e aplicar o tratamento adequado para as infecções odontogênicas. **Palavras-chaves** Infecção Focal Dentária; Antibacterianos; Drenagem.

Bruna Ramires Volpato

ORCID: 0009-0009-3540-4818

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil.

E-mail: bruna.volpato@ufms.br

Ellen Cristina Gaetti Jardim

ORCID: 0000-0003-2471-465X

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: ellen.jardim@ufms.br

Gustavo Silva Pelissaro

ORCID: 0000-0003-3475-6001

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil

E-mail: gustavopelissaro@hotmail.com

Alana Oswaldina Gavioli

Meira dos Santos

ORCID: 0000-0002-5591-5262

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: nagavioli@gmail.com

Francielly Thomas Figueiredo

ORCID: 0000-0003-0196-1172

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil

E-mail: francielly.thomas@ufms.br

Júlio Cesar Leite Da Silva

ORCID: 0009-0007-5567-727X

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: julio.silva@ufms.br

ENDEREÇO DO AUTOR

PARA CORRESPONDÊNCIA:

Bruna Ramires Volpato
Cidade Universitária, Av. Costa e Silva –
Pioneiros, MS, 79070-900
E-mail: bruna.volpato@ufms.br

ABSTRACT

Odontogenic infections originate in teeth and supporting tissues and can spread through deep fascial spaces. Therefore, the objective of this work is to address two complex cases treated in a hospital setting. Reports: The first case is a 33-year-old male patient, admitted to the Maria Aparecido Pedrossian Hospital, referred to the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology team, presenting signs and symptoms suggestive of an abscess involving the left submandibular region. At initial assessment, cervicofacial pain and edema, dysphagia, odynophagia, hyporexia, increased hardness on palpation and trismus. The intra-oral examination revealed edema, hyperemia in the tonsillar pillar, soft palate and coronary destruction of element 36. In the second case, a 26-year-old man was admitted to the same hospital, presenting pain, edema in the left submandibular region, limitation of cervical mobility, dyspnea, dysphagia, odynophagia and fever. On physical examination, an increase in hardened volume on palpation, approximately 7 cm, signs of recent extraction of element 37 and extensive caries in element 38. The proposed treatment involved antibiotic therapy, surgical removal of the cause and drainage of the abscess, in addition to complementary care. Given its relevance, it is essential to understand the etiology, correct diagnosis and apply appropriate treat-

ment for odontogenic infections. **Keywords:** Focal Infection, Dental; Anti-Bacterial Agents; Drainage.

RESUMEN

Las infecciones odontogénicas se originan en los dientes y los tejidos de soporte y pueden propagarse a través de espacios fasciales profundos. Por tanto, el objetivo de este trabajo es abordar dos casos complejos tratados en el ámbito hospitalario. Reportes: El primer caso es un paciente masculino de 33 años, ingresado en el Hospital María Aparicio Pedrossian, remitido al equipo de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, presentando signos y síntomas sugestivos de absceso que involucra la región submandibular izquierda. En la valoración inicial destaca dolor y edema cervicofacial, disfagia, odinofagia, hiporexia, aumento de la dureza a la palpación y trismo. El examen intraoral reveló edema, hiperemia en pilar amigdalino, paladar blando y destrucción coronaria del elemento 36. En el segundo caso, un hombre de 26 años ingresó al mismo hospital presentando dolor, edema en submandibular izquierda región, limitación de la movilidad cervical, disnea, disfagia, odinofagia y fiebre. Al examen físico se aprecia aumento del volumen endurecido a la palpación, aproximadamente 7 cm, signos de extracción reciente del elemento 37 y caries extensa en el elemento 38. El tratamiento propuesto implicó antibioterapia, extirpación quirúrgica de la causa y drenaje del absceso, además a cuidados complementarios. Dada su relevancia, es fundamental comprender la etiología, corregir el diagnóstico y aplicar el tratamiento adecuado de las infecciones odontogénicas. **Palabras clave:** Infección Focal Dental; Antibacterianos; Drenaje.

INTRODUÇÃO

As infecções odontogênicas complexas são infecções graves, sendo vistas como um problema de saúde pública, baseando-se em sua casuística e grande taxa de morbimortalidade. Elas iniciam-se nos dentes e tecidos de suporte e podem evoluir para os espaços fasciais, por isso requerem cuidados especiais haja vista a recorrência de casos graves e sua rápida evolução, podendo levar o paciente ao óbito.¹

De acordo com o perfil epidemiológico, tais infecções podem acometer quaisquer indivíduos, independente do sexo, classe econômica ou nível de instrução⁽²⁻⁴⁾, somado a isso, o período pós-Covid 19 foi impactado negativamente em relação à demanda reprimida de casos eletivos que foram postergados para situações de extrema

necessidade, o que aponta para um aumento de casos urgentes e, com isso, de tratamentos menos conservadores.⁵ Em relação à sua etiologia, pode ser resultante de múltiplos fatores, como: necrose pulpar decorrente de cárie dentária, pericoronarite, osteíte alveolar, infecções pós cirúrgicas, doença periodontal avançada, entre outras, sendo a primeira a causa mais recorrente.^(3,6)

Geralmente, dentre a etiologia mais comum -periapical- a evolução das infecções ocorre pela migração de bactérias da polpa dentária que vão dos canais radiculares para a região do ápice e periápice dos dentes, invadindo os planos fasciais superficial ou profundamente.² Com isso, o grau de infecção pode ser leve, se ela for mais localizada, ou grave, com caráter emergencial, o que vai ser definido por fatores como a virulência do microorganismo envolvido, a quantidade do patógeno no interior dos tecidos, a anatomia da região acometida, e pode ser acentuada, ainda, por fatores pré-existentes que podem diminuir as defesas do hospedeiro, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), *diabetes mellitus*, obesidade, alcoolismo, hepatite, cirrose, imunossupressão secundária a transplante de órgãos, sessões de quimioterapia, radioterapia e lúpus eritematoso sistêmico.^(3,7)

A natureza da infecção odontogênica é polimicrobiana, composta por bactérias aeróbias e anaeróbias, sendo que as bactérias aeróbias, a exemplo dos *Streptococcus* e *Staphylococcus*, são mais frequentemente encontradas.⁶ Sendo assim, a infecção passa pela fase de inoculação e pode desenvolver para a fase de celulite e abscesso propriamente dito, sendo ele agudo ou crônico.⁸

Ao buscar atendimento com uma infecção grave, o paciente passa pela avaliação clínica juntamente aos exames complementares. Uma anamnese completa deve ser realizada a fim de analisar a saúde geral do paciente, reconhecer sinais e sintomas e, além do mais, os exames complementares por imagem e laboratoriais serão responsáveis por uma avaliação pormenorizada do quadro clínico do indivíduo. As características clínicas e sintomatológicas encontradas são, na maior parte das vezes, dor localizada acompanhada de calor e edema na região afetada, vermelhidão e perda de função como o trismo, disfagia, dislalia, dispneia, entre outros.^{2,3}

Em relação aos exames de imagem, a tomografia computadorizada com contraste e a ressonância nuclear magnética mostram-se de grande valia, já que fornecerão informações sobre a gravidade da doença, enquanto a radiografia panorâmica servirá para identificar a origem do foco infeccioso.³ Os exames laboratoriais, por sua vez, fornecerão informações acerca do comprometimento sistêmico

do paciente, sendo importante avaliar as taxas da série branca, vermelha, glicemia, urina Tipo I, uréia e creatinina, haja vista que as alterações nestes exames irão influenciar diretamente na terapêutica a ser instituída.⁴

O tratamento de infecções graves requer ambiente hospitalar associado a administração da terapia antibiótica que seja assertiva de acordo com os patógenos envolvidos, drenagem da coleção purulenta, remoção dos focos infecciosos e uma equipe multidisciplinar que esteja atenta aos exames laboratoriais, aos sinais e sintomas do paciente e à evolução do mesmo.^{2,6} Quando há falha nas defesas imunológicas do hospedeiro, a infecção pode evoluir para espaços fasciais profundos com a possibilidade de obstrução das vias aéreas, fasciíte necrosante, endocardite bacteriana, trombose do seio cavernoso, infecção torácica, sepse, Angina de Ludwig, mediastinite, entre outros, sendo de grande valia o correto diagnóstico e instituição rápida do tratamento, evitando o óbito.^(1,3)

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar dois casos clínicos de pacientes que buscaram o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato do Sul, com abscessos de origem odontogênica envolvendo a região submandibular, com diferentes tempos de evolução, e seus respectivos tratamentos, para que sirva de auxílio no conhecimento acerca do manejo das infecções odontogênicas complexas.

RELATO DE CASO

CASO 1

Paciente do sexo masculino, 33 anos, transferido de uma Unidade de Pronto Atendimento e admitido em “vaga zero” no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, em Campo Grande, encaminhado para a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, com sinais e sintomas sugestivos de abscesso cervicofacial na região submandibular esquerda com evolução de dois dias. À avaliação inicial, o paciente apresentou disfagia, odinofagia, hiporexia e aumento de volume endurecido à palpação (Figuras 1A e 1B), sem ponto de flutuação, envolvendo região pré-auricular, bucal, submandibular, retromandibular e cervical do lado esquerdo. Ao exame físico intra-bucal, trismo com abertura bucal máxima de 1 cm, sialorréia, edema e hiperemia em pilar amigdaliano e palato mole, não sendo possível visualizar a região de orofaringe; além disso, o elemento dentário 36 estava com destruição coronária por cárie crônica, cujo foco infeccioso contribuiu para tal abscesso.

No exame de tomografia computadorizada (Figuras 1C e 1D) foram evidenciados espaços hipodensos bem delimitados com bordas hiperdensas que se estendem da região de espaço temporal profundo ao espaço bucal esquerdo sugestivo de lojas de coleção purulenta. Corroborando com os achados clínicos, os exames laboratoriais evidenciaram o aumento de leucócitos (17.800) e PCR de 247,03mg/L. À cultura bacteriana, havia a presença de *Streptococcus anginosus*, microrganismo aeróbio Gram-positivo.



Figura 1 - 1A: Vista frontal da face do paciente apresentando edema extenso na região submandibular esquerda. Fig. 1B: Vista lateral da face do paciente apresentando edema extenso na mesma região supracitada. Fig. 1C: Tomografia computadorizada- vista sagital evidenciando desvio dos tecidos às custas do aumento volumétrico. Fig. 1D: Tomografia computadorizada- vista axial evidenciando desvio dos tecidos para a direita e alvéolos mandibulares a esquerda.

CASO 2

Paciente do sexo masculino, 26 anos, deu entrada ao mesmo hospital supracitado, relatando dor na região submandibular esquerda há 3 dias, sugestivo de abscesso na referida região. À consulta inicial, o paciente apresentou trismo, limitação de mobilidade cervical, taquipneia, referindo disfagia progressiva, odinofagia, dispnéia e febre. Apresentava massa endurecida com cerca de 7 cm em região submental, sublingual e submandibular esquerda com aumento de temperatura, dolorido

à palpação, com presença de calor, rubor e dor e ausência de ponto de flutuação, além de enfisema subcutâneo nas pálpebras esquerdas.

À inspeção intra-oral, paciente apresentava sialorréia, sinal de exodontia recente no rebordo alveolar esquerdo correspondente ao elemento 37, cuja mucosa estava em fase de reparação e elemento 38 com cárie extensa; o paciente apresentava ausência de drenagem espontânea intra-oral neste momento. Na Unidade de Pronto Atendimento de origem o paciente fez uso de metronidazol 1g 12/12h associado a ceftriaxona 2g 24/24h e a dexametasona 10mg, endovenosos.

Foram realizados exames complementares como exames laboratoriais e exame de imagem. Pelos exames laboratoriais, o paciente apresentava os seguintes resultados: leucócitos em 20470 e PCR em 182,79. Pela tomografia, foi possível observar alvéolos dos elementos 35, 36 e 37 com sinal de exodontia recente e elemento 38 destruído coronalmente; compressão das vias aéreas superiores à direita e aumento de volume difuso em região submandibular e sublingual esquerda sugestivo de celulite. Ao exame intra-oral, em um segundo momento, observou-se drenagem ativa de exsudato purulento de origem no elemento 38 e do alvéolo pós-extração do elemento 37. Foi realizada a coleta do exsudato purulento e o envio para a cultura e antibiograma.

mandibular esquerda. Fig. 2B: Tomografia Computadorizada do crânio que apresenta região dos alvéolos pós-exodontia (35 a 37) e presença do elemento 38. Fig. 2C: Tomografia Computadorizada- vista axial demonstrando desvio dos tecidos para a direita, evidenciando desvio das vias aéreas com acometimento do espaço faríngeo lateral.

TRATAMENTO

O tratamento de ambos os casos foi realizado em uma equipe multidisciplinar, com a participação da equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, equipe médica de cabeça e pescoço, fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia, para melhores resultados e regressão rápida do processo infeccioso.

Em ambos os casos o diagnóstico foi de infecção odontogênica complexa de grandes proporções, envolvendo os espaços fasciais primários e secundários, com o envolvimento do espaço temporal profundo no primeiro caso e do espaço faríngeo lateral no segundo. O tratamento de escolha para o primeiro caso foi a manutenção prévia das vias aéreas, associado a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço, a qual realizou a traqueostomia, drenagem do abscesso, remoção dos focos infecciosos e administração antibiótica. Após a traqueostomia, foi feita a drenagem do abscesso com incisão cirúrgica na região submandibular e introdução do dreno de Penrose para drenagem da coleção purulenta.

As exodontias dos elementos 35, 36 e 37 foram realizadas sob anestesia geral para remoção dos focos infecciosos e os antibióticos de escolha foram a ceftriaxona 1g, administrada de 12/12h e clindamicina 600mg, de 08/08h, ambos endovenosos, desde o primeiro dia de internação até o 9º dia de internação. Os anti-inflamatórios de escolha foram a dexametasona 10mg endovenosa, que foi administrada por 3 dias (de 8/8h no primeiro dia, 12/12h no segundo dia e 24/24h no terceiro dia) e o cetoprofeno 1g 12/12h; para analgesia, a escolha foi a dipirona 1g administrada de 4/4h nos primeiros 2 dias e depois de 6/6h; bromoprida 10 mg de 8/8h; omeprazol 20 mg 24/24h, e morfina 10 mg se dor não responsiva a dipirona. Em conjunto, foi instituída a compressa de água morna todos os dias para aumentar circulação de células de defesa no local e diminuição de edema, além da fisioterapia para melhora da abertura bucal, ordenha pelo próprio paciente e bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% 3 vezes ao dia. No 9º dia de internação o paciente recebeu alta hospitalar com regressão da infecção, entrega de orientações pós-operatórias e prescrição medicamentosa.



Figura 2 - 2A: Vista lateral da face do paciente após traqueostomia, apresentado edema extenso na região sub-

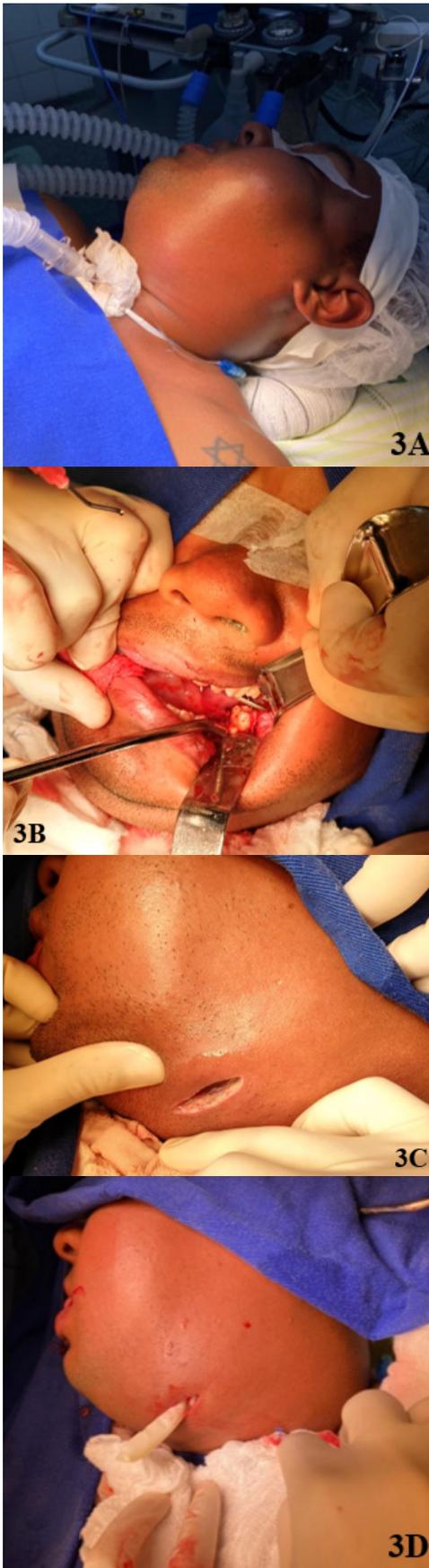


Figura 3 - 3A: Paciente no pré-operatório em centro cirúrgico. Fig. 3B: Transoperatório da exodontia dos elementos 35,36 e 37. Fig. 3C: Incisão cirúrgica para drenagem do abscesso submandibular. Fig. 3D: Dreno de Penrose em posição (extra-oral) para drenagem do exsudato purulento.

Como tratamento do caso 2, a sequência operatória foi a mesma, com antibioticoterapia, traqueostomia, drenagem do abscesso e remoção dos focos infecciosos, sendo que neste caso foi realizada, no mesmo procedimento cirúrgico, a traqueostomia e a cervicotomia exploratória, devido à insuficiência respiratória aguda. Além disso, foi posicionado o dreno de Penrose em espaço retrofaríngeo com exteriorização pela extremidade inferior da ferida operatória.

A escolha terapêutica antibiótica foi a mesma do primeiro caso, sendo ceftriaxona e clindamicina, além do bromoprida 10 mg de 8/8h; tramadol 50 mg de 6/6h e dipirona 1g de 6/6h, todos endovenosos. Foi realizada a drenagem intra-oral do abscesso odontogênico e exodontia do elemento 38, com curetagem do alvéolo do elemento 37 e instalação do dreno de Penrose intra-bucal, sob anestesia local e sedação em centro cirúrgico. Acrescido a isso, foi feita a prescrição medicamentosa, orientação de compressas mornas em face, estímulo de ordenha e bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% 3 vezes ao dia, sendo que no 7º dia de internação o paciente recebeu alta e a data foi marcada para o retorno ambulatorial.



Figura 4 - 4A: Paciente traquesotomizado no pré-operatório em centro cirúrgico. Fig. 4B: Transoperatório da exodontia do elemento 38. Fig. 4C: Dreno de Penrose em posição (intra-oral) para drenagem do exsudato purulento. Fig. 4D: Elemento 38 pós-exodontia com destruição coronária.

DISCUSSÃO

A infecção de origem dentária é um problema de saúde pública, já que suas formas mais graves

estão relacionadas ao tratamento em âmbito hospitalar, haja vista a evolução da doença. Desse modo, há consequências como as altas despesas hospitalares, pois aumentam as demandas por profissionais especializados e recursos materiais, como nos casos apresentados.^{2,3} Sabe-se, ainda, que apesar de tais infecções serem limitadas e de fácil tratamento, há casos fatais devido a complicações como obstrução das vias aéreas, podendo evoluir rapidamente se não houver um tratamento adequado.³

É importante ressaltar que anatomia facial é composta por espaços que se comunicam, então o exsudato purulento pode migrar dos espaços fasciais primários (espaços canino, infratemporal, bucal, submental, submandibular e sublingual) para os espaços fasciais secundários (espaços temporal, massetérico e pterigomandibular) e até progredir para abscessos profundos cervicais, como mediastinite e abscesso cerebral caso haja dificuldade em conter a evolução da doença.^{3,9} Assim, a secreção purulenta presente pode causar a compressão das vias aéreas superiores e/ou assimetria da face, como exemplificado no relato dos dois casos, aumentando o risco de óbito por asfixia.¹⁰

Han et.al., em um estudo publicado em 2016, demonstraram que mais da metade das infecções maxilofaciais tinha sua etiologia relacionada aos elementos dentários, de origem periapical. A região mais afetada foi a região de molares mandibulares do lado esquerdo, o que está relacionado aos casos mencionados neste trabalho.⁶ Ademais, nos mesmos casos, os pacientes haviam passado por intervenção cirúrgica para exodontia dias antes do início dos sintomas, o que está de acordo com a pesquisa realizada por Camargos FM, et al. (2016), na qual 26% dos casos de infecções odontogênicas complexas pesquisados resultaram de infecções pós-exodontia.¹¹

A literatura indica que a presença de comorbidades preexistentes e a idade avançada podem ser fatores facilitadores para a evolução agressiva da infecção, entretanto, outros estudos mostram que independente de tais fatores a doença pode evoluir em pessoas que vivem sob estresse contínuo ou apresentam imunodeficiência.³ Os pacientes dos casos relatados não eram comprometidos sistemicamente, tampouco possuíam idade avançada, perfil que mostrou-se presente em 76% dos casos da literatura.¹¹ Outrossim, o tempo de internação variou entre 9 dias no primeiro caso para 7 dias no segundo caso, sendo que a diferença no tempo de internação, mesmo que pequena, ocorreu pela demora em regressão dos sinais e sintomas no primeiro caso,

além dos exames laboratoriais indicarem glóbulos brancos e PCR em alta.

O tratamento proposto tanto no caso 1 quanto no caso 2 levou em consideração os riscos da infecção para as vias aéreas, o qual foi confirmado tanto pelo exame clínico quanto pelo exame complementar de imagem realizado através da tomografia computadorizada. No primeiro caso, havia a presença de edema e hiperemia em pilar amigdaliano, além das lojas de coleção purulenta evidenciadas pelo exame de imagem, o que apresentava risco às vias respiratórias; e, no segundo caso, a tomografia computadorizada apresentou compressão das vias aéreas pelo abscesso e risco de hipóxia, sendo instituída a traqueostomia para melhora do quadro respiratório de ambos, sendo imprescindível, haja vista a alta probabilidade de óbito por asfixia.³ Não obstante, o êxito do tratamento de infecções complexas requer o conhecimento sobre o trajeto da infecção, os espaços envolvidos, os microrganismos encontrados, o impacto no sistema imunológico, a interpretação correta dos exames laboratoriais e de imagem, uma compreensão sólida da antibioticoterapia contemporânea e a implementação dos cuidados de suporte.⁴

O tratamento indicado para os casos de infecções odontogênicas complexas inclui a antibioticoterapia, drenagem das coleções purulentas, remoção dos focos infecciosos, além de cuidados suplementares como compressas aquecidas. É importante que seja realizada a remoção da causa e a incisão do abscesso, a qual propicia a exsudação do pus e bactérias acumuladas no tecido subjacente, redução na tensão dos tecidos, melhora no suprimento sanguíneo local e fornece mais células de defesas do hospedeiro à área. Igualmente importante, o posicionamento do dreno de Penrose impede o fechamento da incisão, garantindo uma via de eliminação do exsudato, permanecendo suturado, em média, de 2 a 5 dias. Nos casos descritos, foram seguidos esses passos operatórios, com a remoção dos focos infecciosos e drenagem local e introdução do dreno de Penrose como via de eliminação do exsudato, haja vista que a não drenagem do abscesso implica em piora da infecção, independente do uso do antibiótico.⁸

Em relação a terapia antibiótica, tanto no primeiro quanto no segundo caso, foi realizada uma terapia empírica e, após aspiração do pus para teste de sensibilidade no primeiro caso, foi observado que os antibióticos usados inicialmente eram satisfatórios em combater os microrganismos presentes e, portanto, a terapia instituída foi mantida.⁸ Estudos relatam o uso da clindamicina

para infecções graves cujos microrganismos podem ser resistentes à penicilina. Adicionalmente, a ceftriaxona, cefalosporina de 3ª geração, possui ampliado espectro de ação contra bactérias Gram-negativas e Gram-positivas.⁶

É importante observar, nos casos descritos, que a escolha dos dois antibióticos supracitados foi assertiva e resolutiva, pois juntamente à drenagem do abscesso e remoção dos focos infecciosos, além dos cuidados complementares, resultou em remissão da infecção, com alta hospitalar dos pacientes e baixa nos valores de PCR de 247,03 para 14,40, no primeiro caso e de 182,79 para 107,36, no segundo caso, acompanhados à diminuição dos glóbulos brancos.

CONCLUSÃO

A infecção odontogênica é um problema de saúde pública e casos graves requerem tratamento hospitalar, acarretando altos custos. A maior parte destas infecções advém de necrose pulpar por lesões cáries e assim, ações preventivas podem evitar procedimentos mais invasivos em casos de urgência, como a traqueostomia. Além disso, cuidados pré, trans e pós-operatórios em cirurgias dentárias podem auxiliar na redução de complicações como infecções odontogênicas pós-cirúrgicas, reduzindo custos adicionais, incidência de infecções, o uso de antibióticos de forma indiscriminada e, por conseguinte, o surgimento de bactérias resistentes. Por fim, ressalta-se uma abordagem cirúrgica adequada, antibioticoterapia apropriada e drenagem do abscesso como tratamento para tais infecções.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues CM de C, Santos DM, Maciel Oliveira MM, de Almeida VL, Soares dos Reis DC, Batista JD. Infecção facial grave de origem odontogênica – relato de caso. *Rev Fac Odontol UPF*. 2021;25(2):254-259.
2. Faverani LP, Ferreira GR, Garcia-Junior IR, Souza FA, Ibrahim GMF, Jardim ECG. Tratamento cirúrgico de abscesso odontogênico em nível hospitalar. *Arch Health Invest*. 2020;9(4):382-84.
3. Fonseca ELG, Francisco MA, Santos MABDS, Lira JS, Tenório LF, Santos MPDM, et al. Infecções odontogênicas, da etiologia ao tratamento: uma revisão da literatura. *Braz. J. of Develop*. 2020;6(7):44396-44407.

4. Jardim, ECG, Santiago-Júnior JF, Guastaldi, FPS, Jardim-Junior EG, Garcia-Junior, IR, Shinohara, EH. Infecções odontogênicas: relato de caso e implicações terapêuticas. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2011; v. 32, n. 1, p. 40-43.
5. Lucena, EHGD, Freire AR, Freire, DEWG, Araújo, ECFD, Lira, GNW, Brito, ACM, et al. Access to oral health in primary care before and after the beginning of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2020, v. 3.
6. Han X, An J, Zhang Y, Gong X, He Y. Risk Factors for Life-Threatening Complications of Maxillofacial Space Infection. *J Craniofac Surg*. 2016;27(2):385-90.
7. Boscolo-Rizzo P, Stellin M, Muzzi E, et al. Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012;269(4):1241-1249.
8. Peterson LJ, Peterson TEM, Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. Reparação das feridas. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3.ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2000; p. 576712.
9. Vasconcellos, I.; Andrade, L.; Silva, F.; Resende, R.; Barros, R. Atualização sobre etiologia e terapia das infecções cervicofaciais de origem odontogênica. *Revista Fluminense De Odontologia*. 2019; n.52, p.102.
10. Lima, FGGP, Rios, LGCR, Cunha, LTMQ, Rocha, FS, Batista, JD. Abordagem clínico-cirúrgica de infecção complexa em região maxilo-facial: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central* 2018; 27(81): 112-116.
11. Camargos, FDM, Meira, HC, Aguiar, EGD, Abdo, EM, Glória, JRD, Dias, ACS. Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 2016; 16(2): 25-30.