



**UEPB**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS E SUAS COMPLICAÇÕES: REVISÃO DE  
LITERATURA**

CAMPINA GRANDE/PB

2017

**VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS E SUAS COMPLICAÇÕES: REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Odontologia pelo  
Curso de Odontologia da Universidade  
Estadual da Paraíba – Campus I.

**Orientador:** Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima

CAMPINA GRANDE/PB

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586i Silva, Vinicius Rodrigues da.  
Infecções odontogênicas e suas complicações [manuscrito] :  
revisão de literatura / Vinicius Rodrigues da Silva. - 2017.  
16 p.  
  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas  
e da Saúde, 2017.  
"Orientação: Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima,  
Departamento de Odontologia".

1. Infecções orais. 2. Patologia bucal. 3. Maxila. 4.  
Mandíbula. I. Título.

21. ed. CDD 617.634

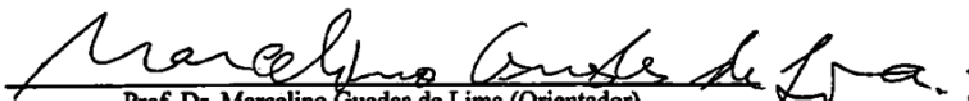
**VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**


**INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS E SUAS COMPLICAÇÕES – REVISÃO DE  
LITERATURA**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Odontologia pelo Curso de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba – Campus I.

Aprovado em: 26 / 04 / 2017

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Darlene Cristina Ramos Eloy Dantas  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## DEDICATÓRIA

A **Deus**, que é a minha força e refúgio, sempre me ajudando a trilhar os melhores caminhos e compreendendo os meus erros. Não existem palavras e expressões que consigam definir o seu grande amor.

Aos meus pais **Severino** e **Lucia** por investirem tudo em minha vida e acreditarem na minha capacidade, por me darem exemplo de como ser um homem honrado.

Às minhas irmãs, **Danielle** e **Luziane**, às minhas amadas sobrinhas, **Ana Beatriz** e **Gabrielle**, minhas quase-filhas.

À minha noiva, **Deyse**, por sempre estar comigo nas mais diversas situações, por ser minha amiga fiel, por me ensinar o que é verdadeiramente o amor.

Ao meu padrinho, **José de Aquino** (in memoriam), por ser meu outro pai, por seus ensinamentos e por me mostrar como ser uma boa pessoa, sempre será o meu exemplo. À minha madrinha **Vilma**, por me amar como se fosse minha mãe, por ser uma mulher de fé e por me mostrar como um profissional da saúde deve ser.

*“Mesmo onde existam muito ouro e pedras preciosas, os lábios que comunicam sabedoria são mais valiosos que uma jóia rara.”*

*Provérbios 20:15.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Marcelino Guedes de Lima**, por me acolher como um filho, por me ensinar a amar a cirurgia bucomaxilofacial cada dia mais e por me fazer pensar no paciente como um todo, enxergando-o além da cavidade oral. Sou muito grato pelos dias que o acompanhei no hospital de trauma de Campina Grande, por me proporcionar a prática cirúrgica e, por fim, por confiar em mim em todas as atividades que desenvolvemos juntos.

À professora **Darlene Cristina Ramos Eloy Dantas** por, gentilmente, ter aceitado o convite de compor a banca de avaliação deste trabalho, por me ensinar com excelência a buscar os melhores resultados para os pacientes, sempre se baseando em evidências científicas.

Ao professor **Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho**, por ser mais que um professor, por ser um grande amigo. Por ter aceitado compor a banca de avaliação deste trabalho e pelos momentos saudáveis de convivência.

Ao meu amigo **Ítalo de Lima Farias**, por me aguentar por todos esses tumultuados anos de graduação, por ter me dado a honra de ser sua dupla de clínica. Por me fazer ver na prática o que a palavra de Deus diz: Que existem amigos mais chegados que irmãos.

A **Christopher França, Alessandro Guimarães e Alexandre Cordeiro**, por serem meus grandes amigos, pelas conversas e brincadeiras, por me apoiarem no momento em que mais precisei de ajuda.

Aos professores **Cassiano Nonaka, Polianna Muniz, Gustavo Godoy e Bárbara Monteiro**, pelos ensinamentos durante os anos que estive no laboratório de patologia oral da UEPB. A **Hellen Bandeira**, por me acompanhar nas atividades de pesquisa e por nunca ter duvidado da minha capacidade como graduando. À toda equipe que trabalha em conjunto no laboratório.

Aos **demais professores do departamento de odontologia**, por me ajudarem a realizar o meu sonho de ser Cirurgião-Dentista.

A meu amigo **Hiarles Brito**, pelos sábios conselhos, pelos momentos descontraídos de convivência e pela confiança no meu proceder.

Aos meus **colegas de turma**, em especial a **Érico Vinícios e Márcio Vasconcelos**.

A todos os meus **familiares**.

Ao **Programa Institucional de Iniciação Científica PIBIC/ CNPq/ UEPB**.

“Não ergas alto um edifício sem fortes alicerces, se o fizeres viverás com medo.”

Sabedoria Persa

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>08</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>08</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>08</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>08</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>

## RESUMO

As infecções odontogênicas (IO's) acometem os alvéolos dentais, os maxilares e a face, que têm sua origem a partir de um dente ou de suas estruturas de suporte e representam as infecções mais frequentes no complexo maxilofacial. O manejo do paciente com infecção odontogênica requer uma abordagem multifatorial, que envolve examinar e avaliar o paciente, identificar a origem do foco infeccioso, considerações anatômicas, intervenção cirúrgica e a terapia antimicrobiana apropriada. O tratamento das IO's consiste basicamente em realizar uma incisão e drenar a secreção purulenta acumulada e prescrever antibióticos adequados para cada situação. Em alguns casos no momento da drenagem, deve-se coletar uma amostra do material drenado e solicitar um exame de cultura, o que facilita a escolha do antibiótico adequado para a infecção. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre as infecções odontogênicas, abordando os tipos bacterianos comumente envolvidos, etiopatogenia, os estágios evolutivos, as vias de propagação, os tipos e as modalidades de tratamento disponíveis para essas lesões. Conclui-se que as infecções odontogênicas são patologias que, em alguns casos podem se apresentar como lesões inócuas, porém, se não forem tratadas em estágios iniciais, podem evoluir para condições extremamente debilitantes para o paciente, inclusive trazendo o risco de morte. Reconhecendo que a origem dessas doenças ocorre a partir do biofilme oral e que a cárie dentária e a doença periodontal fornecem uma porta de entrada para os microrganismos alcançarem os estratos anatômicos mais profundos, é fundamental que o clínico atue em atividades de prevenção, orientando o paciente sobre os riscos que a negligência com a saúde oral pode trazer para o mesmo.

**Palavras-chave:** Infecções; Procedimentos cirúrgicos bucais; Patologia bucal; Maxila; Mandíbula.



## 1 INTRODUÇÃO

As infecções odontogênicas (IO's) contemplam uma ampla gama de doenças que, em casos mais graves, podem evoluir de forma rápida, podendo causar óbito (YUVARAJ, 2016). A principal porta de entrada dos agentes causadores dessas infecções é a câmara pulpar de dentes comprometidos endodonticamente ou bolsas periodontais profundas, as quais permitem a passagem de microrganismos da cavidade bucal para a região periapical, e consequentemente, a disseminação para as estruturas próximas (SANTOSH et al., 2017).

As IO's se desenvolvem em quatro estágios (FLYNN, 2009):

- Inoculação: corresponde à colonização dos tecidos mais profundos pelos microrganismos.
- Celulite: Apresentação mais aguda de uma infecção, sem formação de pus, comum em indivíduos imunocomprometidos.
- Abscesso: Ocorre formação de pus e pode cronicar.
- Resolução: Início do processo de cura e reparo.

A maioria das infecções orofaciais são condições autolimitantes, geralmente apresentando drenagem espontânea (DEL POZO; SOTO; TROISFONTAINES, 2006). Algumas se manifestam mais próximas ao foco infeccioso, como o abscesso periapical, outras vão se disseminando por continuidade, como as osteomielites, a angina de Ludwig e a trombose do seio cavernoso (CHOW; ROSER; BRADY, 1978).

A anatomia maxilofacial fornece informações preciosas para o clínico, pois a disseminação das infecções segue orientada, principalmente, pelas inserções musculares. Os espaços faciais são delimitados por essas inserções, e é neles que as bactérias encontram um ambiente propício para o seu desenvolvimento (FLYNN, 2009; TEIXEIRA; REHER, 2012).

Considerando-se o potencial de evolução e disseminação das IO's o clínico deve compreender a natureza da infecção, identificar corretamente os sinais e sintomas e decidir corretamente por cada modalidade terapêutica disponível, o que obviamente, contribuirá para o maior sucesso no tratamento (DEL POZO; SOTO; TROISFONTAINES, 2006).

O tratamento das IO's consiste basicamente em remover a causa, realizar uma incisão e drenar a secreção purulenta acumulada e prescrever antibióticos adequados para cada situação (SHAH; RAMOLA; NAUTIYAL, 2016; RAMS; VAN WINKELHOFF, 2017). Em alguns casos no momento da drenagem, deve-se coletar uma amostra do material drenado e

solicitar um exame de cultura, o que facilita para o clínico a escolha do antibiótico adequado para tratar a infecção (CHOW; ROSER; BRADY, 1978; DEL POZO; SOTO; TROISFONTAINES, 2006; YUVARAJ, 2016).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Realizar uma revisão da literatura sobre as infecções odontogênicas e suas complicações na região maxilofacial.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Abordar a etiopatogenia das infecções odontogênicas.
- Verificar as complicações pertinentes a esse tipo de infecção.
- Descrever os tipos de infecção e as modalidades de tratamento possíveis para a maioria dos casos.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

As infecções odontogênicas (IO's) acometem os alvéolos dentais, os maxilares e a face, que têm sua origem a partir de um dente ou de suas estruturas de suporte e representam as infecções mais frequentes no complexo maxilofacial (OGLE, 2017). O manejo do paciente com infecção odontogênica requer uma abordagem multifatorial, que envolve examinar e avaliar o paciente, identificar a origem do foco infeccioso, considerações anatômicas, intervenção cirúrgica e a terapia antimicrobiana apropriada (HOLMES; PELLECCIA, 2016). Apesar de na maioria dos casos essas infecções serem tratadas de maneira relativamente simples, o profissional deve sempre considerar que elas podem ter um curso evolutivo rápido, com implicações graves à saúde do paciente, trazendo risco de morte (FLYNN, 2009; SHAH; RAMOLA; NAUTIYAL, 2016; SANTOSH et al., 2017).

As bactérias causadoras das IO's residem na flora bucal normal, sendo principalmente

representadas por cocos aeróbicos Gram-positivos, cocos anaeróbicos Gram-positivos e bastonetes anaeróbicos Gram-negativos (FLYNN, 2009; LYPKA; HAMMOUDEH, 2011; DEL POZO; SOTO; TROISFONTAINES, 2006). Na maioria dos casos as IO's são de origem polimicrobiana, sendo necessária atenção do clínico a este princípio, que em casos específicos deve solicitar um antibiograma para compreender a natureza dos patógenos infectantes (FLYNN, 2009; LYPKA; HAMMOUDEH, 2011; YUVARAJ, 2016).

Em geral, a etiopatogenia das IO's é conhecida com uma certa precisão. Os microrganismos colonizadores, após chegarem a tecidos mais profundos, sintetizam hialuronidases, que permitem que as bactérias atravessem o tecido conjuntivo com mais facilidade. Os metabólitos destes microrganismos criam um microambiente favorável para o seu desenvolvimento, diminuindo o PH da região, liberando nutrientes essenciais e consumindo o oxigênio (FLYNN, 2009). Com a hipóxia local, as bactérias anaeróbicas proliferam, causando necrose liquefativa dos tecidos. Sucendo-se a invasão microbiana, os leucócitos, provenientes do sangue, se infiltram no local da infecção, causando lise celular e necrose, culminando na formação de microabscessos, que podem coalescer e formar um abscesso de maior porte (FLYNN, 2009).

Basicamente existem quatro estágios de evolução nas IO's: O estágio de inoculação, em que ocorre a colonização dos tecidos, o estágio de celulite, em que ocorre intensa resposta inflamatória, o estágio de abscesso, em que ocorre a proliferação de microrganismos anaeróbicos e formação de secreção purulenta e, finalmente, o estágio de resolução, em que ocorre a drenagem do pus por meio de um trajeto fistuloso ou incisão cirúrgica, o que acelera o processo de cura da infecção (FLYNN, 2009).

As IO's podem se originar a partir de dentes com necrose pulpar e envolvimento periapical ou por bolsas periodontais profundas (CHOW; ROSER; BRADY, 1978; LYPKA; HAMMOUDEH, 2011). A orientação do sentido de propagação da infecção está diretamente ligada às linhas de menor esforço, que são definidas pela espessura das corticais ósseas e pelas inserções musculares no local da infecção (LASKIN, 1964; CHOW; ROSER; BRADY, 1978; FLYNN, 2009). A propagação das IO's pode ocorrer por via linfática, sanguínea, por continuidade (proximidade tecidual) e ao longo de bainhas nervosas (TEIXEIRA; REHER, 2012).

Anatomicamente, o complexo estomatognático possui espaços entre as estruturas inseridas, que fornecem ao clínico informações pertinentes ao sentido de disseminação da infecção (LASKIN, 1964; FLYNN, 2009; TEIXEIRA; REHER, 2012). O espaço bucal, determinado pela inserção do músculo bucinador, pode abrigar infecções provenientes tanto

da maxila, quanto da mandíbula (LASKIN, 1964; FLYNN, 2009; TEIXEIRA; REHER, 2012). O espaço submandibular é englobado por lesões que perfuraram a cortical lingual da mandíbula abaixo do músculo Milo-hióideo. As infecções advindas do espaço submandibular podem se espalhar para a fáscia cervical, ou para a fáscia pré-vertebral, que pode carrear os microrganismos para o mediastino (LASKIN, 1964; FLYNN, 2009; TEIXEIRA; REHER, 2012).

Os principais tipos de IO's clinicamente conhecidos são os abscessos Periapicais, as celulites, que compreendem a angina de Ludwig e a trombose do seio cavernoso (principalmente), e as osteomielites (FLYNN, 2009; NEVILLE et al., 2009).

O abscesso Periapical se origina pelo acúmulo de células inflamatórias agudas na região periapical de um dente não vital, podendo surgir de uma alteração periapical inicial ou pela exacerbação de uma lesão já existente (abscesso fênix). Os abscessos periapicais se tornam sintomáticos à medida que a secreção purulenta se acumula no ápice dentário, e se apresentam clinicamente em dentes sensíveis à percussão vertical, com extrusão e tumefação associadas. Radiograficamente não apresentam alterações consideráveis, algumas vezes aparecendo como imagens radiolúcidas mal definidas (NEVILLE et al., 2009). Histopatologicamente estas lesões se apresentam como um mar de leucócitos polimorfonucleares, permeados por exsudato inflamatório, restos celulares, restos necróticos e colônias de bactérias (NEVILLE et al., 2009). Se não tratada, a infecção pode se espalhar pelos espaços medulares do osso (osteomielite) seguida pela perfuração das corticais e disseminação para os tecidos moles vizinhos (celulites) (NEVILLE et al., 2009; BRUNWORTH, 2011; BALI et al., 2015).

As celulites correspondem à disseminação aguda e edemaciada de um processo inflamatório agudo. Duas formas de celulite são, particularmente, importantes para o conhecimento do profissional na prática clínica: a angina de Ludwig e a trombose do seio cavernoso (NEVILLE et al., 2009). A angina de Ludwig é uma celulite agressiva que ocupa os espaços submental e submandibular. Apresenta-se clinicamente como um aumento de volume considerável no pescoço, associado a outros sinais, como a protrusão lingual (língua lenhosa) e enrijecimento e sensibilidade no pescoço. Se não tratada, esta infecção pode se disseminar para o mediastino, causando sérias complicações para o paciente. A trombose do seio cavernoso ocorre decorrente da infecção de um dente maxilar e apresenta-se clinicamente como um edema periorbitário, associado à proptose equimose e ptose palpebral. Ocorre por meio de duas vias: uma via anterior, em que a infecção alcança o espaço canino causando trombose séptica da veia angular, se espalhando para o seio cavernoso e uma via posterior, em

que a infecção ganha um sentido vertical e posterior, passando pelo seio maxilar, plexo venoso pterigoideo, seio petroso inferior e, finalmente, alcançando o seio cavernoso (NEVILLE et al., 2009). Se não tratada, esta condição pode se disseminar para o cérebro, causando microabscessos ou abscessos (NEVILLE et al., 2009; AKASHI et al., 2016).

As osteomielites consistem em diferentes apresentações de um processo inflamatório agudo ou crônico dos espaços medulares ou nas corticais do osso, além do sítio de envolvimento. A maioria das osteomielites são decorrentes de infecção bacteriana, que causa uma destruição lítica e expansiva do osso envolvido. Existem vários subtipos de osteomielite (NEVILLE et al., 2009):

- Supurativa aguda: Ocorre quando um processo inflamatório agudo se dissemina através dos espaços medulares do osso e o tempo é insuficiente para permitir a reação do corpo na presença do infiltrado inflamatório.
- Supurativa crônica: Existe quando a resposta de defesa produz tecido de granulação, o qual forma tecido de cicatrização denso, na tentativa de isolar a área infectada. O espaço morto circundado atua como um reservatório para as bactérias e os antibióticos tem grande dificuldade de alcançar esta região.
- Esclerosante difusa: A infecção bacteriana cria uma massa latente de tecido de granulação cronicamente inflamada que estimula a esclerose do osso circundante.
- Cônica primária: Não há uma evidente infecção bacteriana associada, febre, supuração e sequestro ósseo (importante diferenciar das lesões de origem bacteriana).
- Tendoperiostite crônica: Subtipo de osteomielite esclerosante difusa, estando relacionada ao uso excessivo dos músculos da mastigação (masseter e digástrico) e hábitos parafuncionais.
- Osteíte condensante: Esclerose óssea associada a ápices de dentes com pulpíte (cárie ou restaurações profundas) ou necrose pulpar.
- Osteomielite de Garrè: Reação periosteal a presença de inflamação, formando diversas fileiras de osso vital reacional paralelamente (aspecto casca de cebola), expandindo a superfície do osso afetado.

Dependendo do subtipo, a osteomielite pode apresentar sequestro ósseo, expansão do perióstio, supuração e outros sinais e, radiograficamente, algumas apresentam-se como áreas radiolúcidas, com aparência de “roído de traça”, que representam um processo destrutivo, com evidência de sequestro ósseo (BALI et al., 2015). Em alguns casos, o enclausuramento dos microrganismos no osso pode dificultar o acesso dos antibióticos ao local da infecção

(FLYNN; HALPERN, 2003; NEVILLE et al., 2009).

O tratamento das IO's deve seguir, basicamente, oito princípios básicos por parte do profissional (FYNN, 2009):

- Determinar a gravidade da lesão;
- Avaliar o estado dos mecanismos de defesa do hospedeiro;
- Decidir se o paciente deve ser tratado por um clínico geral ou por um especialista;
- Tratamento cirúrgico da infecção;
- Suporte médico para o paciente;
- Escolher e prescrever os antibióticos apropriados;
- Administrar o antibiótico apropriadamente;
- Avaliar frequentemente o paciente;

Como um dos princípios fundamentais, o tratamento cirúrgico, consiste em realizar uma drenagem da coleção purulenta e eliminar a causa da infecção (LYPKA; HAMMOUDEH, 2011; SHAH; RAMOLA; NAUTIYAL, 2016). O esvaziamento da coleção purulenta diminui a quantidade de bactérias e restos necróticos, que contribui com o aumento das defesas do organismo, bem como reduz a pressão hidrostática na região, o que aumenta o fluxo sanguíneo regional, facilitando a chegada de células de defesa (FLYNN, 2009).

A técnica cirúrgica básica consiste na incisão, drenagem e colocação de um dreno (tipo Penrose) na cavidade. Se for decidido realizar um exame de cultura bacteriológica, este deve ser feito antes da incisão, por meio de uma aspiração com uma agulha de grosso calibre

devendo o cirurgião solicitar ao laboratório uma coloração de Gram, cultura aeróbica e anaeróbica e teste de sensibilidade a antibióticos (FLYNN, 2009). O ponto de escolha para a incisão é diretamente acima do local de máxima tumefação e inflamação e após esta, uma pinça hemostática curva deve ser inserida para dentro da cavidade do abscesso, devendo ser aberta repetidamente em várias direções, com o objetivo de quebrar todas as loculações que possam existir no interior da lesão (FLYNN, 2009). Após a realização da drenagem, um dreno de Penrose de  $\frac{1}{4}$  de polegada deve ser inserido e suturado, com a função de manter a incisão parcialmente aberta e drenar remanescentes de pus (FLYNN, 2009; LYPKA; HAMMOUDEH, 2011). O dreno deve ser irrigado diariamente com solução salina, e sua remoção ocorre, geralmente, após 3 ou 5 dias (LYPKA; HAMMOUDEH, 2011).

Associado à incisão e drenagem deve-se fazer a antibioticoterapia baseada em três princípios: Determinar a gravidade da lesão, determinar se o tratamento cirúrgico ideal pode ser alcançado e considerar o estado de defesa do paciente (FLYNN, 2009). A terapia empírica

é realizada sem necessidade de um exame de cultura e sensibilidade, baseando-se no conhecimento geral da natureza dos microrganismos (SANDOR et al., 1996; FLYNN; HALPERN, 2003; YUVARAJ, 2016). Os antibióticos de escolha para a terapia empírica são as penicilinas, e a amoxicilina (SANDOR et al., 1996). Quando existe envolvimento encefálico, a penicilina G é mais indicada, por ter maior capacidade de ultrapassar a barreira hematoencefálica (FLYNN; HALPERN, 2003) A clindamicina, é utilizada para microrganismos aeróbicos facultativos e metronidazol, para bactérias anaeróbicas estritas (FLYNN, 2009).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- As infecções odontogênicas são patologias que, em alguns casos podem se apresentar como lesões inócuas, porém, se não forem tratadas em estágios iniciais, podem evoluir para condições extremamente debilitantes para o paciente, inclusive trazendo o risco de morte.
- A origem dessas doenças ocorre a partir do biofilme oral e que a cárie dentária e a doença periodontal fornecem uma porta de entrada para os microrganismos alcançarem os estratos anatômicos mais profundos,
- É fundamental que o clínico atue em atividades de prevenção, orientando o paciente sobre os riscos que a negligência com a saúde oral pode trazer para o mesmo.

## ABSTRACT

Odontogenic infections (OI's) affect the dental alveoli, jaws and face, which originate from a tooth or its support structures and represent the most frequent infections in the maxillofacial complex. Management of the patient with odontogenic infection requires a multifactorial approach, which involves examining and evaluating the patient, identifying the source of the infectious focus, anatomical considerations, surgical intervention and appropriate antimicrobial therapy. The treatment of OI's basically consists of making an incision and draining the accumulated purulent secretion and prescribing appropriate antibiotics for each situation. In some cases at the time of drainage, one should collect a sample of the drained material and request a culture examination, which facilitates the choice of the appropriate antibiotic for the infection. The objective of this work is to review the literature on odontogenic infections, addressing the commonly involved bacterial types, etiopathogenesis, evolutionary stages, pathways on tissues, types and treatment modalities available for these lesions. It is concluded that odontogenic infections are pathologies that in some cases may present as harmless lesions, but if not treated in the initial stages, they can evolve to extremely debilitating conditions for the patient, even bringing the risk of death. Recognizing that the origin of these diseases occurs from the oral biofilm and that dental caries and periodontal disease provide a gateway for microorganisms to reach the deepest anatomical strata, it is essential that the clinician acts in prevention activities, guiding the patient About the risks that neglect with oral health can bring to it.

**Keywords:** Infections; Oral surgical procedures; Oral pathology Jaws.



## REFERÊNCIAS

- AKASHI, M. et al. Brain abscess potentially resulting from odontogenic focus: report of three cases and a literature review. **J. Maxillofac. Oral Surg.** v. 16, n. 1, p. 58-64, 2017.
- BALI, R. K. et al. A review of complications of odontogenic infections. **Natl. J. Maxillofac. Surg.** v. 6, n. 2, p. 136-43, 2015.
- CHOW, A. W; ROSER, S. M; BRADY, F. A. Orofacial odontogenic infections. **Ann. Intern. Med.** v. 88, n. 3, p. 392-402, 1978.
- DEL POZO, P. P; SOTO, M. J. B; TROISFONTAINES, E. S. E; Antibiotic prophylaxis in pediatric odontology. An update. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.** v. 11, n. 4; p. E352-7, 2006.
- FLYNN, T. R. Princípios do tratamento e prevenção de infecções odontogênicas. In: Hupp, J. R; ELLIS, E. III; TUCKER, M. R. Editores. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 291-315.
- FLYNN, T. R; HALPERN, L. R. Antibiotic selection in head and neck infections. **Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am.** v. 15, n. 1, p. 17-38, 2003.
- HOLMES, C. J; PELLECCIA, R. Antimicrobial therapy in management of odontogenic infections in general dentistry. **Dent. Clin. North Am.** v. 60, n. 2, p. 497-507, 2016.
- LASKIN, DM. Anatomic considerations in diagnosis and treatment of odontogenic infections. **J. Am. Dent. Assoc.** v. 69; p. 308-16, 1964.
- LYPKA, M; HAMMOUDEH, J. Dentoalveolar infections. **Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am.** v. 23, n. 3, p. 415-24, 2011.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p. 119-52.
- RAMS, T. E; VAN WINKELHOFF, A. J. Introduction to clinical microbiology for the general dentist. **Dent. Clin. North Am.** v. 61, n. 2, p. 179-197, 2017.
- SANDOR, G. K. et al. Antimicrobial treatment options in the management of odontogenic infections. **J. Can. Dent. Assoc.** v. 64, n. 7, p. 508-14, 1998.
- SANTOSH, A. B. R. et al. Epidemiology of oral and maxillofacial infections. **Dent. Clin. North Am.** v. 61, n. 2, p. 217-233, 2017.
- SHAH, A; RAMOLA, V; NAUTIYAL, V. Aerobic microbiology and culture sensitivity of head and neck space infection of odontogenic origin. **Natl. J. Maxillofac. Surg.** v. 7, n. 1, p. 56-61, 2016.

TEIXEIRA, L. M. S.; REHER, P.; REHER, V. G. S. **Anatomia aplicada à odontologia**. 2ª. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.

YUVARAJ, V. Maxillofacial infections of odontogenic origin: epidemiological, microbiological and therapeutic factors in an indian population. **Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.** v. 68, n. 4, p. 396-399, 2016.