

TRATAMENTO DE ABSCESSO DENTOALVEOLAR EM PACIENTE COM ALCOOLISMO

TREATMENT OF DENTOALVEOLAR ABSCESS IN PATIENT WITH ALCOHOLISM

Ronaldo Célio Mariano *

Willian Moraes de Melo **

Lúcia de Carvalho Freire Mariano ***

Leonardo Rodrigues Magnago ****

RESUMO:

Atualmente a infecção odontogênica tem sido considerada um dos problemas de difícil solução. Trata-se de uma patologia de urgência que requer a intervenção imediata, com objetivo de evitar comprometimentos sistêmicos, mas a condição sistêmica do paciente pode dificultar o tratamento dessas infecções. Os autores descrevem o comprometimento sistêmico do paciente em função do abuso de bebida alcoólica. O tratamento do abscesso se deu a partir da incisão, drenagem e antibioticoterapia empírica, necessitando de abordagens extra-bucais e associação de antimicrobianos para o controle eficaz da infecção odontogênica.

DESCRITORES: Cárie dentária - Infecção focal dentária - Infecção - Controle de infecções dentárias - Drenagem.

ABSTRACT:

Currently the odontogenic infection has been considered one of the problems of difficult solution. It is a pathology of urgency that requires the immediate intervention, with the aim to prevent systemic disease, but the systemic condition of the patient can make it difficult the treatment of these infections. The authors describe the systemic disease of the patient in function of the alcoholic beverage abuse. The treatment of the abscess started with of the incision, draining and empirical antibioticotherapy, needing extra-buccal boardings and antimicrobials association for the efficient control of the odontogenic infection.

DESCRIPTORS: Dental caries - Focal infection, dental - Infection - Infection control, dental - Drainage.

* Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG.

** Cirurgião-dentista e estagiário na Disciplina de Cirurgia da Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG.

*** Cirurgiã-dentista e Mestre em Educação pela Universidade Federal de Alfenas - Unifenas.

**** Acadêmico e monitor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG.

INTRODUÇÃO

As infecções odontogênicas constituem um dos problemas mais difíceis de tratar em Odontologia. Podem variar desde infecções bem localizadas, de baixa intensidade, que exigem apenas tratamento mínimo, a infecções graves nos espaços fasciais que causam risco de vida (Peterson *et al.*¹⁰, 2000).

Na Medicina e na Odontologia, a resposta imune tem papel fundamental na defesa contra agentes infecciosos e se constitui no principal impedimento para a ocorrência de infecções disseminadas, habitualmente associadas ao alto índice de mortalidade (Janeway⁴, 2001).

Na Odontologia, as infecções são principalmente causadas por bactérias extracelulares e nesses casos os mecanismos de defesa estão relacionados primordialmente com às barreiras naturais do hospedeiro, à resposta imune e à produção de anticorpos (Topazian e Goldberg¹⁴, 1981).

As infecções odontogênicas possuem duas origens principais: a periapical, em consequência da necrose pulpar e invasão bacteriana subsequente do tecido periapical, e periodontal, resultante de uma bolsa periodontal profunda, que possibilita a inoculação das bactérias nos tecidos subjacentes (Peterson *et al.*¹⁰, 2000).

Os abscessos agudos representam um tipo de infecção odontogênica e na clínica odontológica geralmente apresentam-se como patologia de urgência, requerendo a intervenção imediata por parte do cirurgião-dentista (Carvalho *et al.*³, 1988). O tratamento primordial dessas lesões é a realização da drenagem e, quando necessária, a instituição da antibioticoterapia, com o objetivo de prevenir uma maior disseminação da coleção purulenta e propiciar ao organismo melhores condições de reparo tecidual (Carvalho *et al.*³, 1988).

Levando-se em consideração a condição sistêmica debilitada do paciente e os riscos de dificuldade de controle da infecção odontogênica, torna-se oportuna a descrição do presente caso, uma vez que se objetiva discutir o método de controle do problema especificamente aplicado ao paciente debilitado pelo alcoolismo crônico.

RELATO DO CASO

O paciente E. S. C., leucoderma do sexo masculino, com 28 anos de idade, histórico de alcoolismo crônico, apresentou-se à Clínica de Cirurgia da Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais, para avaliação e tratamento. O paciente queixava-se de “dor de forte intensidade” na hemi-mandíbula esquerda. Na anamnese,

durante a avaliação dos sinais vitais, foram constatadas pressão arterial de 150x100 mm Hg, freqüência cardíaca de 95 batimentos/minuto, 25 respirações/minuto e temperatura axilar de 38 °C. Relatou ser fumante e usuário contínuo de bebida alcoólica. Seu aspecto físico era de aparência debilitada e descuidada. Na avaliação extra-bucal observou-se ligeira assimetria facial, com maior alteração volumétrica na região submandibular do lado esquerdo. Clinicamente, o paciente se apresentava com quase todos os dentes irrompidos na cavidade bucal, exceto ausência do dente 15 extraído por lesão cariosa. Foi constatada doença periodontal generalizada e existência de cárie profunda no primeiro molar permanente inferior esquerdo. A mucosa alveolar na área do dente 36 se apresentava edemaciada, caracterizando um aumento de volume flutuante (Figura 1). Realizou-se a palpação nessa região que se mostrou dolorida e permitiu identificar extravasamento de coleção purulenta pelo sulco gengival do dente em questão. Na avaliação radiográfica (Figura 2) foi observada lesão de cárie que envolvia o assoalho da câmara pulpar, com área radiolúcida na região de furca e no periápice do dente 36. O diagnóstico foi de abscesso dentoalveolar envolvendo o dente 36. A princípio foi proposta a realização da incisão e drenagem do abscesso, e num segundo momento cirúrgico, após a regressão do abscesso, a realização da exodontia do 36.

Procedimento cirúrgico

Como medicação pré-operatória, foram administrados 01 hora antes da cirurgia, 1g de amoxicilina (Amoxil[®]) e 500mg de dipirona sódica (Anador[®]). Após anti-sepsia intra e extra-bucal com polivinilpirrolidônio (PVPI) a 10% com 1% de iodo ativo, foi realizada anestesia por bloqueio do nervo alveolar inferior e bucal com lidocaína a 2% e adrenalina 1: 100.000 no fórnix vestibular na região do primeiro molar inferior esquerdo. Executou-se uma incisão de aproximadamente 1cm de comprimento no sentido pôstero-anterior na mucosa alveolar, interessando a vestibular do dente 36. Com pinça hemostática curva do tipo Halstead, fez-se a divulsão dos tecidos moles seguida da ordenha do local para extravasamento de pus. Após isso, procedeu-se à inspeção da cortical óssea alveolar com o uso de uma cureta tipo Lucas e foi possível identificar perfuração já existente da cortical óssea vestibular do 36. Com o uso da pinça hemostática, foi colocado um dreno flexível de borracha dentro dos tecidos moles e fixado com sutura na mucosa alveolar por pontos interrompidos simples com fio de seda 3-0



Fig. 1 - Alteração de volume na região do 36.

(Figura 3). Foram prescritos para o paciente 500mg de amoxicilina (Amoxil®) de 8 em 8 horas, durante 7 dias, e 500mg de dipirona sódica (Anador®) de 4 em 4 horas, durante 2 dias e bochechos suaves, 3 vezes ao dia com digluconato de clorexidina a 0,12% durante 7 dias. No primeiro dia, após a cirurgia de drenagem, o paciente relatou febre e ainda escorria pelo dreno flexível de borracha. No segundo dia após a cirurgia, foi realizada irrigação com soro fisiológico estéril e com solução de digluconato de clorexidina à 0,12%.

No terceiro dia após a cirurgia, o paciente apresentava-se com remissão dos sinais e sintomas do abscesso. Após anti-sepsia intra e extra-bucal com solução de PVPI a 10% e anestesia dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal com lidocaína a 2% e adrenalina 1: 100.000, foi realizada a remoção do dreno e a exodontia do dente 36. O paciente foi medicado com 500mg de dipirona sódi-



Fig. 2 - Radiografia periapical. Lesão de furca e destruição extensa por cárie.

ca potencializada (Lisador®) de 6 em 6 horas, durante 3 dias e orientado para fazer, 3 vezes ao dia, bochechos suaves com digluconato de clorexidina a 0,12%. Após 7 dias da exodontia, os pontos de sutura foram removidos. Nesse período o paciente não apresentou queixas de dor e não foi observado inchaço na região da exodontia (Figura 4). Após 22 dias da exodontia do 36, o paciente retornou à Clínica de Cirurgia da Universidade Federal de Alfenas-Minas Gerais, queixando-se de dor e inchaço na bochecha no ângulo mandibular e região submandibular esquerda (Figura 5). À palpação, a região apresentava-se de consistência fluida, e com coloração avermelhada. Nesse momento, foi prescrito ao paciente, 1g de amoxicilina (Amoxil®) como dose de ataque e a manutenção de 500mg de amoxicilina (Amoxil®) de 8 em 8 horas; 400mg de metronidazol de 8 em 8 horas,



Fig. 3 - Dreno fixado durante acesso intra-bucal.



Fig. 4 - Aspecto pós-operatório de involução da infecção.



Fig. 5 - Abscesso persistente e disseminado para região submandibular.



Fig. 6 - Drenagem extra-bucal.



Fig. 7 - Aspecto clínico depois de debelada a infecção.

500mg de dipirona sódica potencializada (Lisador[®]) de 6 em 6 horas, por 5 dias e bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12%, 3 vezes ao dia. Em seguida foi realizada anti-sepsia extra-bucal com PVPI a 10%, incisão e drenagem extra-bucal que permitiu extravasamento de considerável quantidade de material purulento (Figura 6). Após o primeiro dia, foi feita troca do curativo oclusivo. O paciente relatou ausência de sintomatologia dolorosa e a ferida cirúrgica drenava pouca quantidade de pus. No segundo dia após, ainda se observava drenagem de pequena quantidade de pus e o paciente não apresentava febre e nem dor. No terceiro dia, após anti-sepsia extra-bucal com PVPI a 10%, o dreno extra-bucal foi removido e o paciente entrou em esquema de proservação clínica (Figura 7). Continuou por mais 72 horas a utilização dos antimicrobianos.

DISCUSSÃO

As infecções odontogênicas podem necessitar apenas da administração de um antibiótico, ser mais complexas e requerer incisão e drenagem, ou, ainda, ser muito complicadas e exigir internação do paciente em hospital (Peterson *et al.*¹⁰, 2000). Mas essas infecções podem se tornar de difícil tratamento quando estiverem associadas com alguma alteração sistêmica que permita menor eficácia das células de defesa do paciente (Tonnesen e Kehlet¹³, 1999).

Uma vez identificado o dente com abscesso dentoalveolar, deve-se tentar a sua conservação, promovendo-se a eliminação da polpa contaminada pelo tratamento endodôntico e/ou raspagem periodontal profunda, e em último caso a extração dental (Topazian e Goldberg¹⁴, 1981). No presente caso, a condição dentária levou à exodontia numa segunda sessão de abordagem em razão da drenagem inicial permitir, primeiramente, o controle inicial do local através da eliminação da coleção purulenta. Para Kruger⁷ (1984), a eliminação da causa da infecção, mediante exodontia, realizada precocemente permite o desaparecimento mais rápido dos sintomas do abscesso além de ser considerada o melhor tratamento da infecção odontogênica (Wang *et al.*¹⁵, 2005).

Topazian e Goldberg¹⁴ (1981) afirmam que os abscessos dentoalveolares devem ser drenados simultaneamente à exodontia. Contudo, no presente caso, a exodontia realizada num segundo tempo cirúrgico quando já houvesse regressão do abscesso, pareceu uma conduta mais racional, pois estaria evitando bactérias signifi-

cativas, principalmente considerando-se o paciente de maior risco de complicações em função de sua debilidade. Schreiber¹² (2001) afirma ser necessário evitar disseminação de risco.

No presente caso, foi constatada na anamnese que o paciente fazia uso freqüente de bebida alcoólica. Sabe-se que essa condição médica pode resultar em redução das defesas do hospedeiro. Dessa forma essas condições permitem maior ingresso de bactérias nos tecidos ou as tornam mais ativas. Doenças metabólicas graves não controladas, como o alcoolismo crônico, podem resultar na redução da função dos leucócitos, incluindo-se diminuição da quimiotaxia, fagocitose e destruição bacteriana (Peterson *et al.*¹⁰, 2000). Dessa forma, pacientes acometidos por essas doenças são susceptíveis a infecção causada por uma grande variedade de microrganismos gram-positivos e gram-negativos (Topazian e Goldberg¹⁴, 1981). Almeida e Mattos¹ (1997) explicam que essa maior suscetibilidade à infecção no grupo de pacientes alcoolistas está intimamente relacionada com a capacidade diminuída do fígado debilitado em remover as endotoxinas e bactérias, em decorrência da circulação colateral existente e da diminuição da atividade do sistema retículo endotelial, progredindo ao estado de imuno-depressão sistêmica e local representado pelas alterações de complemento, imunoglobulinas e atividade opsônica plasmática e do líquido de ascite. Acredita-se que a persistência da infecção após a drenagem intra-bucal tenha ocorrido principalmente em função das condições sistêmicas debilitadas do paciente. A disseminação se deu, então, para o espaço submandibular, exigindo a drenagem extra-bucal a partir da incisão em pele.

Na clínica odontológica, os abscessos dentoalveolares geralmente apresentam-se como patologia de urgência, requerendo a intervenção imediata por parte do cirurgião-dentista (Carvalho *et al.*³, 1988). Sabe-se que o emprego precoce de antibioticoterapia apropriada, em dosagens adequadas, pode ser extremamente importante numa infecção grave (Kruger⁷, 1984).

Em infecções intraorais as bactérias aeróbias gram-positivas como o *Streptococcus* e bactérias anaeróbias têm sido detectadas. Sasaki *et al.*¹¹ (1997) observaram 40,4% de *Streptococcus* das 1145 culturas de bactérias provenientes de infecções odontogênicas. Infecções mistas também têm sido relatadas (Yoshii *et al.*¹⁶, 2001), demonstrando que o *Streptococcus viridans*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Porphyromonas* e *Fusobacterium* são comumente isolados nas infecções odontogênicas (Kulekci *et al.*⁵, 1996; Ku-

riyama *et al.*⁶, 2000). Kuriyama *et al.*⁶ (2000) constataram em seus estudos que o antibiótico de eleição ainda continua sendo a penicilina, uma vez que é capaz de eliminar um grande espectro de bactérias encontradas em abscessos dentoalveolares. Limeres *et al.*⁸ (2005) corroboram Kuriyama *et al.*⁶ (2000), complementando que o antibiótico eleito para o tratamento de infecção odontogênica deve ter ação em *Streptococcus* e em anaeróbios, e a amoxicilina deve ser o antibiótico selecionado, pois possui efeito bactericida em quase 96% dos *Streptococcus* e boa ação em anaeróbios. Por isso no presente caso, o antibiótico usado foi a amoxicilina associada ao metronidazol, pois de acordo com Limeres *et al.*⁸ (2005), a amoxicilina possui efeito bactericida em quase 96% dos *Streptococcus* e o metronidazol, bactericida contra praticamente todos os bacilos anaeróbios gram-negativos (*Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Eubacterium*, *Peptostreptococcus* e *Peptococcus*) e é muito bem absorvido oralmente, atravessando as barreiras teciduais rapidamente e em grandes concentrações (Andrade², 2000).

Para Andrade² (2000), o uso de antibióticos por via sistêmica somente é recomendado nos casos dos abscessos dentoalveolares agudos que apresentam sinais locais de disseminação do processo infeccioso (linfadenite, celulite, trismo), ou sinais e sintomas de ordem sistêmica (febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral). Por outro lado, Martin *et al.*⁹ (1997) sugerem que os abscessos dentoalveolares agudos podem ser satisfatoriamente tratados com antibioticoterapia, após estabelecimento da via de drenagem, por um período de 2 a 3 dias. Contudo, no presente caso foi realizada antibioticoterapia até um período de 72 horas após a remissão dos sinais e sintomas da infecção, como recomendado por Peterson *et al.*¹⁰ (2000).

No presente caso, provavelmente em função do paciente fazer uso freqüente de bebida alcoólica, observou-se difícil controle da infecção que mesmo após a eliminação da causa através da extração do 36, o paciente retornou apresentando-se com uma infecção disseminada para o espaço submandibular, necessitando de associação de antimicrobianos com drenagem extra-bucal. Foi pedido ao paciente que não fizesse uso de bebida alcoólica no pré e nem no pós-operatório, entrando num período curto de abstinência. Sabe-se que esse período de abstinência pode aumentar o metabolismo hepático de algumas drogas favorecendo em um menor nível sanguíneo satisfatório para a eficácia da droga empregada (Schreiber¹², 2001). O difícil controle do abscesso den-

toalveolar provavelmente se deu em função da debilidade sistêmica apresentada pelo paciente que provoca estados de imunodepressão, aumento do metabolismo do antibiótico empregado e retardo do processo de reparação tecidual (Schreiber¹², 2001). Nesses pacientes, Schreiber¹² (2001) recomenda o prévio conhecimento da contagem completa das células do sangue, entretanto, no presente caso, não foram realizados essas contagens, uma vez que o tratamento de abscesso dentoalveolar é um patologia de urgência, requerendo a intervenção imediata do cirurgião-dentista (Carvalho *et al.*³, 1988), então necessitando do método clássico de tratamento dessas enfer-

midades que atualmente tem sido considerado a melhor conduta de tratamento (Wang *et al.*¹⁵, 2005), que é a da incisão, drenagem, antibioticoterapia e remoção da causa, por tratamento endodôntico convencional, raspagem periodontal ou a exodontia (Topazian e Goldberg¹⁴, 1981).

CONCLUSÃO

O estabelecimento de vias de drenagem para abscessos odontogênicos, associado a antimicrobianos eficazes possibilita o controle de infecções principalmente em pacientes debilitados, como os alcoolistas crônicos.

REFERÊNCIAS

1. Almeida JFC, Mattos AA. Comportamento dos mecanismos de defesa imunológica em pacientes com hepatopatia crônica descompensada. *Rev. AMRIGS*, 1997 jan-mar; 41(1):13-9.
2. Andrade ED. *Terapêutica Medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas 2000, 188p.
3. Carvalho ACP, Carvalho PSP, Andrade ED, Passeiro LA. Tratamento dos abscessos de origem dental. *Odontol mod* 1988 nov-dez; 15(10):34-9.
4. Janeway CA. How the immune system protects the host from infection. *Microbes Infect.*, 2001 Nov; 3(13): 1167-71.
5. Kulekçi G, Inanç D, Koçak V, Kasapoglu C, Gümrü OZ. Bacteriology of dentoalveolar abscesses in patients who have received empirical antibiotic therapy. *Clin Infect Dis* 1996 Dec; 23 Suppl 1:551-3.
6. Kuriyama T, Karasawa T, Nakagawa K, Saiki Y, Yamamoto E, Nakamura S. Bacteriologic features and antimicrobial susceptibility in isolates from orofacial odontogenic infections. *Oral Surg Oral Méd Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 Nov; 90(5):600-8.
7. Kruger GO. *Cirurgia bucal e maxilo-facial*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 546p.
8. Limeres J, Tomás I, Álvarez M, Diz P. Empirical antimicrobial therapy for odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005 Sep; 100(3):263-4.
9. Martin MV, Longman LP, Hill JB, Hardy P. Acute dentoalveolar infections: an investigation of the duration of antibiotic therapy. *Br Dent J* 1997 Aug 23; 183(4):135-7.
10. Peterson LJ, Ellis E, Hiupp Jr, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 702p.
11. Sasaki J, Kaneko A, Yazaki J, Kobayashi I. Classification of 1145 strains of odontogenic infection-causing organisms identified from March 1993 to December 1995. *Oral Therap Pharmcol* 1997; 16:82-5.
12. Schreiber A. Alcoholism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Aug; 92(2):127-31.
13. Tonnesen H, Kehlet H. Preoperative alcoholism and postoperative morbidity. *Br J Surg* 1999 Jul; 86(7):869-74.
14. Topazian RG, Goldberg MH. *Management of Infections of the oral and maxillofacial regions*. Philadelphia: WB Saunders, 1981.
15. Wang J, Ahani A, Pogrel MA. A five-year retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005 Sep; 34(6):649-9.
16. Yoshii T, Yoshikawa T, Furudoi S, Yoshioka A, Ohtsuka Y, Komori T. Evaluation of oral antimicrobial agent levels in tooth extraction sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Jun; 91(6):643-8.

Recebido em: 07/12/2005

Aceito em 21/10/2006