

## **Cuidados na utilização da antibioticoterapia no tratamento das infecções odontogênicas ”**

Prof. Gerson Hayashi, CD, MS, PhD.

Doutor em Cirurgia BMF-UFRJ, Prof. Titular da FO.UVA, Chefe do Serviço de CBMF do Centro de Tratamento das Anomalias Crânio-Faciais do Rio de Janeiro – REVIVA e Cirurgião BMF do Hospital Municipal Miguel Couto – SMS/RJ, Membro Titular do Colégio Brasileiro de CTBMF e Fellow of International Association of Oral and Maxillofacial Surgery.

(Artigo Científico para o informativo ABCD/RJ de Fevereiro de 2005)

O manuseio das infecções odontogênicas e a utilização da antibioticoterapia é um dos assuntos mais importantes na clínica odontológica diária, pois a grande maioria dos Cirurgiões-Dentistas se deparam diariamente com pacientes portadores deste tipo de quadro, independente de sua especialidade.

O que podemos observar, que normalmente, durante o tratamento destes pacientes, existem alguns questionamentos que geralmente são feitos, tais como: O tipo e o momento ideal do tratamento clínico ou cirúrgico a ser realizado, qual o antibiótico a ser utilizado ou quanto tempo devemos manter esta medicação. Logicamente cada paciente necessita de uma rotina específica para o seu caso, embora possamos constatar na literatura especializada, que existem protocolos, que respondem de forma extremamente objetiva a estes questionamentos básicos.

Um dos principais pontos que deve ser abordado durante o tratamento das infecções odontogênicas, é o princípio básico de tratamento de uma infecção. Segundo a literatura qualquer que seja a infecção, oral ou maxilofacial, o tratamento deve seguir a seguinte rotina: Primeiro a remoção da causa, ou seja, tratamento endodôntico ou periodontal do dente ou a sua extração. Em segundo lugar, se já existir coleção purulenta, devemos realizar a sua drenagem, intra-oral ou extra-oral, de acordo com a necessidade, e por último, se estiver indicado, a utilização da antibioticoterapia. Seguindo esta rotina, dificilmente o profissional não evoluirá em êxito em seu tratamento, embora podemos observar que muitas vezes a indicação correta da antibioticoterapia é uma das maiores dúvidas dos profissionais, durante esta rotina de tratamento das infecções.

A utilização dos antibióticos no tratamento das infecções odontogênicas é um fator coadjuvante ao tratamento cirúrgico, e não deve ser utilizado como principal forma de tratamento ou utilizado de forma isolada do tratamento cirúrgico. Muitas vezes podemos observar que os profissionais esquecem que o paciente possui sua defesa própria, e que a simples remoção da causa já é o suficiente para restabelecer o equilíbrio dos tecidos, sem a necessidade da utilização de antibióticos, ou seja, casos simples, onde o paciente não apresenta nenhum tipo de comprometimento sistêmico ou local importante, a remoção da causa é o tratamento definitivo, sem necessitar de antibioticoterapia.

A antibioticoterapia deve ser utilizada em conjunto com o tratamento cirúrgico, nos casos em que além da infecção local, o paciente apresente um ou mais dos seguintes fatores:

- Febre persistente por mais de 24 horas;

- Presença de trismo mandibular;
- Paciente com fadiga, fraqueza, respiração acelerada, tonturas ou outras debilidades;
- Celulites ou infecções extensas;
- Infecções em pacientes sistemicamente comprometidos.

Outra questão importante para o sucesso do tratamento, é a escolha correta do antibiótico a ser utilizado. Ao iniciarmos uma antibioticoterapia devemos escolher sempre que possível, uma droga de pequeno espectro e que seja específico para a flora que iremos atuar. No caso das infecções de origem odontogênicas, sabemos que estamos tratando de uma infecção, na maioria dos casos, de flora mista, ou seja, aeróbia e anaeróbia. Normalmente iremos ter bactérias aeróbias facultativas (como streptococcus e staphylococcus) e anaeróbias do tipo cocus gram + (como peptococcus e peptoestreptococcus) e bacilos gram – (como fusobacterius e bacterioides fragiles). Sabendo desta flora bacteriana, devemos levar ainda em consideração que o antibiótico de primeira escolha deve possuir baixa toxicidade, poucos efeitos colaterais e baixo custo. Tendo em vista todos estes fatores o antibiótico de primeira escolha nas infecções odontogênicas é a PENICILINA, por esta reunir a maior quantidade de características positivas.

Logicamente outros antibióticos, tais como: MACROLÍDEOS (Eritromicina), TETRACICLINAS (Doxiciclina), CEFALOSPORINAS (Cefalexina), LINCOSAMINAS (Clindamicina), METRONIDAZOL (Metronidazol), podem fazer parte do armamentário de drogas a serem utilizadas, de acordo com: a possibilidade de alergia à PENICILINA, insucesso na sua utilização, severidade da infecção ou necessidade de associações.

Como vimos a PENICILINA é a droga de primeira escolha ao iniciarmos uma antibioticoterapia. De acordo com a severidade da infecção (leve, moderada ou severa), iremos utilizar antibióticos por via oral (leve e moderada) ou por via paraenterral (severa). As penicilinas utilizadas por via oral são AMOXICILINA e AMPICILINA em suas respectivas posologias (Quadro I). Por via paraenterral, ou seja, venosa, a droga utilizada é a PENICILINA G CRISTALINA de 5 milhões de U.I.. Esta droga normalmente é utilizada em infecções graves (severas), onde o paciente necessita de internação hospitalar. É bom salientar que, apesar de ainda ser freqüentemente utilizada, a PENICILINA G BENZATINA (Benzetacil), outro tipo de PENICILINA G, não é uma droga que de forma alguma combata as infecções odontogênicas, por se tratar de um antibiótico de depósito, ou seja, permanece em baixas concentrações sanguíneas por um longo período de tempo, características que não contribuem para o sucesso do tratamento de uma infecção aguda. Sua indicação é exclusiva para o tratamento da sífilis e na profilaxia da febre reumática.

Pacientes que apresentam alergia a PENICILINA, possuem as seguintes opções de antibióticos: Nos quadros de infecções leves podemos utilizar os MACROLÍDEOS ou as TETRACICLINAS, e em casos de infecções moderadas ou graves a CLINDAMICINA, em suas respectivas posologias (Quadro I). Alguns autores ainda colocam as CEFALOSPORINAS como uma opção de tratamento em casos de pacientes alérgicos, embora não acreditemos que esta seja uma boa opção, já que em média 15% dos pacientes alérgicos a PENICILINA também são alérgicos a CEFALOSPORINA. Além deste fato, esta droga não possui grande especificidade com a flora da infecção odontogênica, ficando muito restrito o seu uso.

Em casos onde a terapêutica inicial com a PENICILINA evoluiu com insucesso, algumas medidas devem ser tomadas, tais como: A revisão do tratamento cirúrgico em busca de falhas e sua correção. A troca do antibiótico, caso o tratamento cirúrgico não tenha apresentado falhas e a realização de uma coleta de material para exame laboratorial, ou seja, cultura bacteriana, bacterioscopia e antibiograma. Neste caso a droga de escolha é a CLINDAMICINA, droga que cobre de maneira muito eficaz a flora das infecções odontogênicas em sua correta posologia (Quaro I). Um dos efeitos colaterais mais freqüentes durante a terapia com a CLINDAMICINA, 30% dos casos, é o aparecimento da colite pseudo-membranosa (diarréia), que deve ser diagnosticada e tratada imediatamente ao seu aparecimento, através da utilização de Lactobasilos Ativos e drogas de reestabelecimento da flora intestinal (Floratil 200mg cápsulas). Em casos mais graves a utilização da CLINDAMICINA deve ser suspensa e trocada pela VANCOMICINA, droga que além de tratar a colite, também mantém o tratamento da infecção odontogênica.

O METRONIDAZOL é um antibiótico que atinge somente bactérias anaeróbias, com grande eficácia. Logo, como sabemos que as infecções odontogênicas são em sua maioria de flora mista, esta droga tem a sua utilização restrita a infecções onde a flora seja exclusivamente anaeróbia, ou seja, infecções que já tenham passado por avaliação laboratorial e o resultado demonstrou uma flora anaeróbia exclusiva. Também podemos utilizar o METRONIDAZOL em associação com a PENICILINA, em casos de infecção severa e de longa duração, onde há presença maciça de coleção purulenta, o que normalmente esta associada à flora anaeróbia importante. Esta é uma rotina normal no tratamento de pacientes hospitalizados por infecções severas.

Para finalizar, devemos ressaltar alguns cuidados os quais devemos ter durante utilização de uma antibioticoterapia, tais como: A troca de um antibiótico deve ser feito somente em caso de insucesso deste, após 48 a 72h do seu início, tempo o qual, associado a um tratamento cirúrgico eficaz, a infecção deve estacionar sua progressão ou começar a regredir, devido a este tempo ser o necessário para termos a sua concentração sérica ideal. A suspensão ou término da antibioticoterapia deve ser realizada 24 à 48h após o fim de todos os sinais e sintomas do paciente, como por exemplo, febre, trismo, edema severo ou drenagem de secreção purulenta. Não existe assim, um número preciso de dias para uma antibioticoterapia, e sim, o seu acompanhamento clínico e laboratorial que irá determinar o tempo de sua duração.

Com esses cuidados básicos, acreditamos que a utilização dos antibióticos como agentes auxiliares no tratamento das infecções odontogênicas, podem ser cada vez mais eficazes, assim diminuindo as falhas na terapêutica medicamentosa e evitando o aparecimento de floras resistentes ou exposição desnecessária dos pacientes a estes medicamentos.

## **GRUPO NOME APRESENTAÇÃO POSOLOGIA CARACTERÍSTICAS**

AMINOPENICILINA AMOXICILINA 500 mg Cáps. 500 mg à 1 g de 8/8h Primeira escolha por via oral

AMINOPENICILINA AMPICILINA 500 mg Cáps. 500 mg à 1 g de 6/6h Também pode ser utilizado por via paraenteral

PENICILINA G PENICILINA G CRISTALINA 5 milhões U.I Ampôla- Liofilizada 2,5 à 5 milhões de U.I. de 4/4h Para infecções severas por via venosa

TETRACICLINA DOXICICLINA (Vibramicina) 100 mg Comp. 100 à 200 mg de 24/24h Contra-indicado para gestantes, lactentes e crianças

MACROLÍDEO ERITROMOICINA 500 mg Cáps. 500 mg à 1 g de 6/6h Infecções leves em pacientes alérgicos à penicilina

LINCOSAMINA CLINDAMICINA (Dalacin –C) 300 mg Cáps. ou Ampôlas 300 à 600 mg de 6/6h Risco de colite pseudo-membranosa

METRONIDAZOL METRONIDAZOL 500 mg Comp. ou Ampôlas 250 à 500 mg de 8/8h Exclusivo para infecção anaeróbia

## **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS**

1- Haug, R. H. The changing microbiology of maxillofacial infections. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, 15:1:1. Feb. 2003.

2- Flynn, T. R.; Halpern, L. R. Antibiotic selection in head and neck infections. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, 15:1:17. Feb. 2003.

3 – Topazian, R. G.; Goldberg, M. H.; Hupp, J. R. Oral and Maxillofacial infections. Forth Ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 2002.

4 – Newman, M.; Kornman, M. Antibiotic and antimicrobial use in dental practice. Quintessence Books, Chicago, 1990.