

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO SUBMENTONIANO ASSOCIADO A
CORPO ESTRANHO, PÓS TRAUMA EM FACE E AVULSÃO TECIDUAL:
RELATO DE CASO**

**SURGICAL TREATMENT OF SUBMENTONIAL ABSCESS ASSOCIATED WITH
FOREIGN BODY, POST TRAUMA TO THE FACE AND TISSUE AVULSION: CASE
REPORT**

Igor Pereira Bilésimo¹

Orcid – 0000-0002-8473-8218

E-mail – igorbilesimo07@gmail.com

Telefone – 48 996955014

Instituição - Universidade do Extremo Sul Catarinense

Eron José Baroni²

E-mail – eron.jb@unesc.net

Telefone – 48 999848526

Instituição - Universidade do Extremo Sul Catarinense

Luiz Gustavo Teixeira Martins³

E-mail – luizgustavomartins@unesc.net

Telefone – 48 996466699

Instituição - Universidade do Extremo Sul Catarinense

Muryel da Rosa Bortot⁴

E-mail – muryelbortot@unesc.net

Telefone – 48 999070078

Instituição - Universidade do Extremo Sul Catarinense

José Augusto de Bem Pereira⁵

E-mail – augustodebem@autlook.com

Telefone – 48 988254047

Instituição - Universidade do Sul de Santa Catarina

Revista para publicação: Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery (Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial).

**CRICIÚMA/SC
2023**

IGOR PEREIRA BILÉSIMO

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO SUBMENTONIANO ASSOCIADO A
CORPO ESTRANHO, PÓS TRAUMA EM FACE E AVULSÃO TECIDUAL:
RELATO DE CASO**

Projeto de Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, no Curso de Odontologia, submetido para aprovação pela disciplina de Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador Prof. Dr. Eron José Baroni.

Criciúma, 20 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Eron José Baroni - Orientador
Esp. José Augusto de Bem Pereira
Prof. Dr. Luiz Gustavo Teixeira Martins
Prof. Ms. Muryel da Rosa Bortot

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC por toda a estrutura de ensino proporcionada aos alunos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Arquiteto do universo pela experiência da vida e pela grande obra que é a existência.

Agradeço aos meus familiares, pelo apoio e amor incondicional durante todas as etapas de minha vida, em especial ao meu pai, Sandro Bilésimo, minha mãe, Rosa Mônica Pereira Bilésimo, e ao meu irmão, Argel Pereira Bilésimo.

Sou grato também a todos os meus colegas de graduação, todos os professores, funcionários da faculdade e pacientes.

Agradeço minha namorada, Flávia Serafin Daros, por toda a ajuda tanto em minha vida pessoal quanto profissional.

Agradeço ao Esp. José Augusto Pereira de Bem por disponibilizar o caso clínico e pela oportunidade de acompanhá-lo durante dois anos de graduação onde pude enriquecer meus conhecimentos.

Agradeço ao Professor Dr. Luiz Gustavo Teixeira Martins e o Professor Ms. Muryel da Rosa Bortot por todo ensinamento durante a minha graduação.

Agradeço especialmente ao Professor Ms. Eron José Baroni, por me orientar nesse trabalho e por toda a ajuda desde o meu início na graduação até o momento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura A – Vista anterior.....	22
Figura B – Vista lateral.....	22
Figura C – Abordagem inicial.....	22
Figura D – Após remoção de sutura.....	22
Figura E – Após divulsão e limpeza da ferida.....	23
Figura F – Após divulsão e limpeza da ferida.....	23
Figura G – Sutura interna.....	23
Figura H – Sutura externa.....	23
Figura I - Pós-operatório de 25 dias.....	24
Figura J – Pós-operatório de 9 meses.....	24
Figura K – Laudo histopstológico.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNESC Universidade do Extremo Sul Catarinense
CTBMF Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
TC Tomografia Computadorizada
RM Ressonância Magnética

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 METODOLOGIA.....	8
3 RELATO DE CASO.....	9
4 DISCUSSÃO.....	13
5 CONCLUSÃO.....	17
6 REFERÊNCIAS.....	18
7 IMAGENS.....	22

RESUMO

Introdução: As infecções maxilo faciais são condições clínicas graves, caracterizadas pela rápida disseminação do processo infeccioso aos tecidos adjacentes e espaços faciais na região da cabeça e pescoço, podendo resultar em complicações diversas ou mesmo levar ao óbito. **Relato de caso:** Paciente, L.D.J., 32 anos, masculino, vítima de acidente motociclístico, sem uso de capacete, politraumatizado. Atendimento primário emergencial realizado em ambiente hospitalar, recebendo alta após cuidados paliativos. Procurou clínica privada de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) 48 horas após o trauma, apresentando sinais flogísticos e de toxemia. Clinicamente, observou-se ferimentos corto contusos em face, hematomas múltiplos, e aumento de volume em região submentoniana bilateral. Ao exame intraoral, ampla ferida em fundo de sulco e mucosa labial inferior, deiscência de sutura prévia, e fístulas ativas. Após a abordagem cirúrgica da ferida, foram realizadas divulsões dos tecidos, remoção de corpo estranho, reconstrução da mucosa alveolar e musculatura labial visando um fechamento primário. **Conclusão:** Torna-se imprescindível que especialmente em feridas contaminadas, a irrigação e o debridamento sejam realizados de maneira abundante já no atendimento primário. O uso de soluções isotônicas e antimicrobianas deve ser considerado, além de um protocolo maciço de antibioticoterapia. A correta abordagem inicial pode prevenir a evolução do quadro para infecções a níveis mais profundos.

Palavras-chave: abscesso, avulsão tecidual, trauma em face, reconstrução labial

INTRODUÇÃO

A face abriga estruturas complexas que estão diretamente relacionadas a vários órgãos. Traumas faciais especialmente resultantes de acidentes automobilísticos, devido ao seu alto potencial energético, podem resultar em sequelas funcionais e estéticas ao paciente, especialmente quando não tratados adequadamente. Estruturas como a derme, tecido adiposo, muscular e nervoso também podem ser lesados de maneira irreversível (RECCHIONI; CABRAL; SILVA, SAITO 2022, HUPP 2020 e MILORO 2016).

É importante considerar que a face tem grande relevância na socialização do indivíduo e na autoestima, além das funções fisiológicas como deglutição, mastigação, respiração e comunicação (SANTOS NETO; OLIVEIRA; ALMEIDA; SILVA; PAULA; OLIVEIRA; BARROSO JÚNIOR; PAULA; SILVA, SODRÉ 2023).

Em ferimentos corto contusos faciais, escoriações, ou em fraturas ósseas expostas, as infecções podem surgir invariavelmente dentro de um curto período. A flora bacteriana da cavidade oral é bastante diversificada, o que torna também os ferimentos nesta região, potencialmente contaminados. Quando ocorrem, as infecções maxilo faciais são condições clínicas graves, a depender do local de origem, podem ser caracterizadas pela rápida disseminação da infecção aos tecidos adjacentes (HUPP 2020).

O grau de evolução das infecções maxilo faciais estão relacionadas com a resistência local, limitadas pelas estruturas anatômicas, que são oferecidas pela compactação óssea e forças de inserções musculares. Quanto mais resistente for o tecido, menor será a chance de progressão da infecção. Portanto, as coleções purulentas situam-se em locais específicos onde encontram menores resistências anatômicas (ARAÚJO; GABRIELLI, MEDEIROS 2007, HUPP 2020, MILORO 2016).

Algesia, hipertermia, edema com reflexões funcionais como dispnéia e disfagia, podem representar quadros agudos de infecção, que implicam em uma abordagem terapêutica mais emergencial. As infecções desta magnitude podem se disseminar para espaços fasciais na região de cabeça e pescoço, e para região mediastinal ou ainda se disseminar pelas vias hematogênicas. A velocidade e a severidade de sua evolução podem implicar na obstrução das vias aéreas superiores, como também sepse. (ANTHONY 2022, RECCHIONI; CABRAL; SILVA; SAITO 2022, ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS 2007 e PRADO; SALIM 2009).

As fáscias, juntamente com outras estruturas anatômicas formam os espaços fasciais. Para o cirurgião dentista, o conhecimento a respeito dessas estruturas é essencial pois quando uma infecção supera a defesa do organismo, os espaços fasciais servem como rota para disseminação da mesma. No compartimento em que coexistem os músculos e as porções de tecido fibro-adiposo, apenas os últimos são tratados como espaços fasciais independentes. Em vista do fato de que os espaços fasciais constituem não apenas vias de transmissão de vasos e nervos, mas também aqueles pelos quais as infecções se propagam, o conhecimento completo dos espaços fasciais é indispensável para prever os padrões de disseminação da infecção e como lidar com eles cirurgicamente (KITAMURA 2018).

O espaço submentoniano é limitado lateralmente pelo ventre anterior do músculo digástrico, superiormente pelo músculo milohióideo, e inferiormente pela pele, fáscia superficial, músculo platisma e fáscia cervical profunda. (PRADO; SALIM 2009). A progressão da infecção acontece através da hialuronidase, enzima que fragmenta o ácido hialurônico e favorece sua propagação pelos tecidos subcutâneos. As infecções cervicais profundas são causadas por múltiplas bactérias, sendo assim, classificadas como polimicrobianas (ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS 2007). Anatomicamente ocorre entre a fáscia cervical e o músculo, determinados espaços fasciais ou espaços potenciais que são preenchidos por tecido conjuntivo e gordura (MADEIRA 2012 e HUPP 2020).

A modalidade terapêutica mais importante para as infecções é a drenagem cirúrgica e a remoção do agente causador quando possível. A aspiração com agulha por via extraoral pode ser particularmente útil tanto para amostragem microbiológica quanto para evacuação de pus (ANTHONY 2022).

Pacientes com algum grau de imunocomprometimento estão com risco aumentado quando pensamos na disseminação de infecções orofaciais. A terapia antimicrobiana empírica de amplo espectro nesses pacientes é justificada (ANTHONY 2022).

Torna-se evidente a necessidade de estudos que proporcionem o conhecimento da realidade dos atendimentos odontológicos na área da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, e a sua resolutividade diante da demanda da comunidade. Diante disso, estabeleceu-se como objetivo geral: mostrar evidências disponíveis no manejo do paciente com infecções dos maxilares e a sua disseminação para os espaços fasciais, colocando em risco a vida do paciente.

METODOLOGIA

Quanto a abordagem do estudo se utiliza pesquisa do tipo qualitativo, descritivo, transversal, documental, do tipo relato de caso.

O estudo utiliza informações do prontuário físico e eletrônico de um paciente que foi atendido no primeiro semestre de 2022 em um serviço odontológico privado que cuja localização fica na cidade de Araranguá/SC.

A escolha do paciente ocorreu por meio de critérios de inclusão como ser homem e ter entre 30 e 35 anos, aceitar participar da pesquisa e apresentar um quadro de abscesso submentoniano associado a corpo estranho. Já os critérios de exclusão foram: ter sido atendido por outros motivos, não realizar o tratamento e não assinar o TCLE.

O projeto foi submetido para análise do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UNESC e a coleta de dados ocorreu apenas após aprovação e emissão do Parecer Consubstanciado de número 6.205.969. A coleta de dados foi realizada pelo acadêmico Igor Pereira Bilésimo, do último semestre de graduação, nos arquivos disponíveis em sistema digital, da clínica determinada, que foram pesquisados em um notebook (Dell G15).

Foram coletadas informações acerca do perfil demográfico do paciente, além de dados clínicos referentes à saúde geral. Em relação ao serviço de cirurgia, foi observado que o paciente foi submetido a uma abordagem emergencial devido ao quadro clínico em que ele apresentava durante a consulta.

Os dados encontrados foram transcritos em um roteiro de registro de dados, elaborado previamente, com perguntas de acordo com o protocolo da clínica privada.

O nome do paciente, presente no prontuário, foi substituído por siglas, preservando assim seu sigilo. Após transcrição dos dados, foi realizada a categorização dos diagnósticos definitivos que o paciente apresentava, conforme a natureza das lesões, como: infecção em face, avulsão tecidual pós trauma em face.

RELATO DE CASO

Paciente, L.D.J., leucoderma, 32 anos, sexo masculino, vítima de acidente motociclístico na rodovia 447 Meleiro/SC, sem uso de capacete, apresentava-se politraumatizado. Foi encaminhado ao atendimento emergencial devido a politrauma, e após cuidados paliativos da equipe médica recebeu alta hospitalar. Procurou clínica privada de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial em 48 horas após o trauma. Paciente apresentava queixas álgicas relevantes, com sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor e limitação funcional) e sinais de toxemia (estado infeccioso, prostração, dispneico, sonolência). Após avaliação dos exames imaginológicos não foram constatadas fraturas ósseas. Clinicamente observou-se ferimentos corto contusos em face, hematomas múltiplos, e aumento de volume submental bilateral. Ao exame intraoral, ampla ferida em fundo de sulco e mucosa labial inferior, deiscência de sutura prévia, pontos de flutuação e fistulas ativas.

Após anestesia de bloqueio do nervo alveolar inferior bilateral com Articaina 4% com epinefrina 1:100.000.00 foi realizado a remoção da sutura, e divulsão dos tecidos para drenagem do conteúdo infeccioso, realizou-se a remoção das fibras musculares necróticas e corpo estranho com aspecto sugestivo de material de origem vegetal. A reconstrução da mucosa alveolar e musculatura labial foram realizadas por planos, com fio reabsorvível do tipo Vicryl 5-0 na região interna e, não reabsorvível Nylon 5-0 para fechamento da mucosa, objetivando o fechamento total da ferida por primeira intenção, para assim diminuir os riscos de reinfecção.

Foi iniciada antibioticoterapia por via oral com Amoxicilina 1g em intervalos de 12 horas durante 14 dias. O mesmo permaneceu em acompanhamento ambulatorial recebendo alta definitiva após 90 dias de acompanhamento em bom estado geral. Para evitar reinfecção e instituir um tratamento definitivo para infecções é importante, além da intervenção imediata, um exame minucioso eliminando possíveis focos de infecção.

DISCUSSÃO

Ultimamente o uso abusivo e indiscriminado de antibióticos em escala global tem levado a uma crescente preocupação de todos os setores da área saúde. Estamos na iminência de vivenciar a nova era na qual infecções banais não mais poderão ser tratadas com antibióticos (WHO 2012). “O uso excessivo e inadequado de antibióticos é a principal causa de resistência antimicrobiana. Sem antibióticos eficazes e outros antimicrobianos, perderemos nossa capacidade de tratar infecções comuns, como a pneumonia” cita a diretora da OMS em 12 de novembro de 2018.

Para tentar reverter esse processo, a OMS tem adotado uma intensa campanha de orientação para diminuir o risco de resistência a antibióticos e vários países têm aplicado diretrizes, campanhas e até políticas de saúde pública com o intuito de diminuir a prescrição indevida de antibióticos, inclusive o Brasil, onde os antibióticos a partir de 2011 passaram a ser vendidos apenas diante de prescrição médica. Essas medidas foram responsáveis por redução imediata significativa da venda de antibióticos no país.

A avaliação dos pacientes com quadros de infecção deve ser baseada especialmente nos achados clínicos, contudo exames laboratoriais podem auxiliar no diagnóstico. (PRADO; SALIM 2009). O histórico da doença, e o tempo de evolução da infecção podem influenciar na escolha do tratamento. A presença de sinais e sintomas a nível sistêmico pode sugerir o estágio em que a infecção se encontra, e seu potencial de disseminação de acordo com a gravidade.

Hupp (2020) e Miloro (2016) citam que os princípios para o tratamento das infecções consistem em além de determinar a severidade da infecção, avaliar também as defesas do hospedeiro. Desta forma, podemos determinar quando um paciente deve ser tratado por um clínico geral ou por uma equipe de especialistas.

Os pacientes portadores de infecção em estágios mais avançados normalmente apresentam-se toxêmicos, com sinais clássicos que incluem: prostração, hipertemia, inapetência e desidratação. Quando esses indivíduos são tratados ambulatorialmente, a antibioticoterapia deve ser impecável quanto a posologia, os cuidados paliativos quanto a hidratação e alimentação devem ser maciços, como também o retorno no consultório dia a dia, ou a cada 48 horas para acompanharmos a evolução do caso. Se não for possível, muitas vezes a internação hospitalar para controle pode ser indicada.

A drenagem cirúrgica dessas infecções, especialmente quando na presença de abscessos muitas vezes torna-se necessária, quando estas não apresentam uma boa resposta somente com as terapias medicamentosas. (HUPP 2020, MILORO 2016, ANTHONY 2022, ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS 2007, RECCHIONI; CABRAL; SILVA, SAITO 2022 e LIMA 2018). A aspiração com uma agulha pode ser útil tanto para cultura microbiana, quanto para evacuação do pus. Não podemos desconsiderar a importância quando em casos de involução da doença, além da melhora nos parâmetros e sinais clínicos, a melhora nos resultados laboratoriais deste doente.

A disseminação das infecções maxilo faciais podem se dar através da via hematogênica ou através dos espaços fasciais. Quando ocorrem, devem ser manejadas com caráter emergencial, já que o risco de óbito ao paciente deve ser considerado. Obstrução das vias aéreas, mediastinite, trombose do seio cavernoso, empiema subdural ou qualquer outro tipo de encefalopatia secundária são algumas das possibilidades de complicação em decorrências destas infecções. (HUPP 2020, MILORO 2016, ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS 2007).

As complicações resultam em hospitalização prolongadas dos pacientes e podem causar mais morbidade com risco de vida e sequelas. (MÜCKE 2015, HUPP 2020, MILORO 2016, ANTHONY 2022, ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS 2007, PRADO; SALIM 2009, RECCHIONI; CABRAL; SILVA, SAITO 2022).

Os exames imaginológicos são fundamentais para avaliarmos a localização da infecção e sua causa. O planejamento da intervenção cirúrgica quando necessária, deve ter esse critério. No que se refere aos diagnósticos de infecções de níveis mais profundos, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são consideradas padrão ouro para avaliação da disseminação da infecção para os espaços fasciais mais profundos (ANTHONY 2022).

Diante da rica flora bacteriana encontrada na cavidade oral, sabemos que as infecções normalmente possuem bactérias anaeróbias e aeróbias. Segundo Hupp (2020) as infecções causadas somente por bactérias aeróbias constituem cerca de 6% de todas as infecções, já as infecções somente com bactérias anaeróbias representam 44%. Por sua vez, as infecções causadas por ambas as bactérias representam 50%. Já para Warnke (2008) em um estudo realizado in vitro com 517 cepas bacterianas coletados de 94 pacientes a prevalência das bactérias foi de 54% aeróbicas/anaeróbias e 53% anaeróbios. Hupp (2020) sugere que o aumento de

volume do abscesso eleva a pressão hidrostática sobre os vasos sanguíneos adjacentes, conseqüentemente comprometendo o fluxo dos vasos sanguíneos que leva a uma isquemia da área, favorecendo a zona de necrose no interior da cavidade do abscesso.

Recchioni, Cabral, Silva e Saito (2022), Araújo, Gabrielli e Medeiros (2007), Hupp (2020) constataram em seus estudos que o antibiótico de primeira escolha para as infecções ainda continua sendo a penicilina, por ser bactericida, de aspecto limitado ao combate dos principais patógenos de infecção, de custo baixo, com poucos efeitos colaterais associados e baixa toxicidade.

Prado e Salim (2009) citam que a escolha do antibiótico deve ser utilizada com parcimônia, em alguns casos nenhum antibiótico pode ser necessário, enquanto em outros, a associação de vários antibióticos é necessária para melhorar a infecção.

Para Kruger (1984) o emprego precoce de antibioticoterapia apropriada, em dosagens adequadas, é importante no tratamento da infecção grave. Em um estudo realizado durante dois anos com 256 pacientes com infecções dos espaços fasciais, mostra que o método de tratamento utilizado foi incisão e drenagem imediata, juntamente com antibiótico intravenoso sob anestesia local ou sedação consciente. Os pacientes foram aliviados dos sinais e sintomas no terceiro dia, porém o trismo pode persistir por 5 a 7 dias. (GUPTA 2010).

Comumente, a penicilina é considerada o medicamento de primeira linha e o padrão ouro para o tratamento de infecções devido ao seu custo-benefício, baixa incidência de efeitos colaterais e atividade antimicrobiana adequada. Para Ahmadi, Ebrahimi e Ahmadi (2021) a dosagem terapêutica utilizada para o tratamento efetivo de infecções leves pode ser considerada a amoxicilina de 500 mg a cada 8 horas ou 1000 mg a cada 12 horas, e para infecções mais graves amoxicilina 875mg mais ácido cluvulânico 125 mg a cada 8 horas ou 2.000/125 mg a cada 12 horas, e a associação com metronidazol pode ser considerada.

A antibioticoterapia é um grande aliado no tratamento das infecções faciais, porém possui um papel coadjuvante, pois deve ser sempre associado a remoção da causa o mais breve possível para permitir uma melhora considerável nos sinais e sintomas do hospedeiro (HUPP 2020). No presente caso, durante o atendimento, foi prescrito ao paciente Amoxicilina 1g a cada 12 horas durante 14 dias, tendo em vista

seu bom potencial de absorção, já que é capaz de atravessar as barreiras teciduais rapidamente e em grandes concentrações.

Souza (1993) sugere que a limpeza da ferida seja feita através de irrigações intensas com solução salina ou sabão anti-séptico, removendo-se todos detritos e corpos estranhos que ali estão aprisionados, já no primeiro atendimento. O desbridamento cirúrgico, deve ser feito com cautela, não esquecendo que a face é muito bem vascularizada.

Devido ao corpo estranho não ter sido removido na primeira abordagem em âmbito hospitalar, causou uma infecção no espaço fascial submentoniano que provocou o aumento do edema em face e de volume da secreção purulenta 48 horas de pós-operatório. Uma nova drenagem e remoção do corpo estranho, fez com que os sinais e sintomas da infecção regredissem, evitando assim, que o paciente viesse a óbito por conta de a infecção comprimir vias aéreas superiores. É importante salientar que um exame minucioso pelos possíveis focos de infecção deve ser realizado em primeiro momento, para instituir tratamento definitivo e eliminar recorrências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento primário para desbridamento e irrigação da ferida deve ser abundante, especialmente quando potencialmente contaminada. O uso de soluções isotônicas e antimicrobianas deve ser considerado, além de um protocolo maciço de antibioticoterapia. A abordagem inicial pode prevenir a evolução do quadro para infecções a níveis mais profundos, por conta disso, as infecções não devem ser negligenciadas.

REFERÊNCIAS

1. RECCHIONI, Christian; CABRAL, Lioney Nobre; SILVA, Marco Túllio Brazão; SAITO, Daniel. Abscesso Dentoalveolar e suas complicações. In: RECCHIONI, Christian. **Manual Prático em Cirurgia Bucomaxilofacial**. Belo Horizonte: Nativa, 2022. Cap. 21. p. 387-410.
2. HUPP, James R. Princípios de Tratamento para Dentes Impactados. In: HUPP, James R.; III, Edward Ellis; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2020. Cap. 10.
3. MILORO, Michael et al. **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. 3. São Paulo: Santos Editora, 2016, 1344 p.
4. SANTOS NETO, João Alves dos; OLIVEIRA, Ana Letícia de Albuquerque; ALMEIDA, Euza Maria Pereira; SILVA, Roberval Ferreira da; PAULA, Ricardo Miranda de; OLIVEIRA, Laís Lopes de; BARROSO JÚNIOR, Severino de Souza; PAULA, Emmanuel Borba de; SILVA, Evanio da; SODRÉ, Carlos Daniel dos Santos. Manejo pré e pós-operatório do paciente com trauma crânio-maxilo-facial. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 1-9, 3 fev. 2023. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40228>.
5. ARAÚJO, Antenor; GABRIELLI, Mario Francisco Real; MEDEIROS, Paulo José. **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial: infecções odontogênicas**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007. 322 p.
6. ANTHONY W Chow, et al. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. **Uptodate**, p. 1-29, 2022.
7. PRADO, Roberto; SALIM, Martha. **Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento: infecções odontogênicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2009. 546 p.
8. KITAMURA S. Anatomy of the fasciae and fascial spaces of the maxillofacial and the anterior neck regions. *Anat Sci Int* 93, 1-13 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12565-0394-x>.
9. MADEIRA, Miguel Carlos *et al.* **Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para a prática odontológica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2012. 244 p.
10. WHO. Antibiotic resistance. Geneva, Switzerland: WHO; 2012. Fact Sheet no. 194.

11. Ministério da saúde, Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0020_05_05_2011.pdf/fa3ec1c1-8045-4402-b17f-ed189fb67ac8
12. LIMA, Felipe Gomes Gonçalves Peres et al. Abordagem clínico-cirúrgica de infecção complexa em região maxilo-facial: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 27, n. 81, 2018.
13. MÜCKE, Thomas et al. O valor das incisões intraorais precoces em pacientes com abscessos odontogênicos maxilofaciais perimandibulares. **Revista de Cirurgia Cranio-Maxilofacial**, v. 43, n. 2, pág. 220-223, 2015.
14. WARNKE, Patrick H. et al. Penicilina comparada com outros antibióticos avançados de amplo espectro em relação à atividade antibacteriana contra patógenos orais isolados de abscessos odontogênicos. **Revista de Cirurgia Cranio-Maxilofacial**, v. 36, n. 8, pág. 462-467, 2008.
15. BÖTTGER, Sebastian et al. Indication for an additional postoperative antibiotic treatment after surgical incision of serious odontogenic abscesses. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 48, n. 3, p. 229-234, 2020.
16. Gupta M, Singh V. A retrospective study of 256 patients with space infection. **J Maxillofac Oral Surg**. 2010 Mar;9(1):35-7. doi: 10.1007/s12663-010-0011-1. Epub 2010 Jun 4. PMID: 23139564; PMCID: PMC3453692.
17. AHMADI, Hanie; EBRAHIMI, Alireza; AHMADI, Fatemeh. Antibiotic Therapy in Dentistry. **International Journal Of Dentistry**, [S.L.], v. 2021, p. 1-10, 28 jan. 2021. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2021/6667624>.
18. SOUZA, Luiz Carlos Manganello de. **Traumatismo Buco-Maxilo-Facial**. São Paulo: Livraria Roca Ltda., 1993. 427 p.
19. PESSA, Joel E.. SMAS Fusion Zones Determine the Subfascial and Subcutaneous Anatomy of the Human Face: fascial spaces, fat compartments, and models of facial aging. **Aesthetic Surgery Journal**, [S.L.], v. 36, n. 5, p. 515-526, 23 fev. 2016. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjv139>.
20. Butts SC. Facial Soft Tissue Injury and Healing. **Facial Plast Surg**. 2021 Aug;37(4):415. doi: 10.1055/s-0041-1724050. Epub 2021 Jul 20.
21. MARKS, Melissa; POLECRITTI, Derek; BERGMAN, Ronald; KOCH, Cody A. Emergent Soft Tissue Repair in Facial Trauma. **Facial Plastic Surgery Clinics Of North America**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 593-604, nov. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2017.06.010>.

22. GHOSH, Rajarshi; GOPALKRISHNAN, Kulandaswamy. Facial Fractures. **Journal Of Craniofacial Surgery**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 334-340, jun. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/scs.0000000000004269>.
23. CAVALCANTE, Darlan Kelton Ferreira; VELOSO, Sirley Raiane Mamede; DURÃO, Márcia de Almeida; MELO, Vanessa de Carvalho; MONTEIRO, Gabriela Queiroz de Melo; PORTO, Gabriela Granja. Do Helmet Use and Type Influence Facial Trauma Occurrence and Severity in Motorcyclists? A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 79, n. 7, p. 1492-1506, jul. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2021.02.028>.
24. Siqueira EJ, Alvarez GS, Laitano FF, Martins PDE, Oliveira MP. Estratégias em reconstrução do lábio inferior. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. 2012; 27 (4): 536-541.
25. Piltcher OB, Kosugi EM, Sakano E, Mion O, Testa JR, Romano FR, et al. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018;84:265-79.
26. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010-2011. **JAMA**. 2016;315:1864-73.
27. Lawrence C, Ferguson E. Public health messages about antibiotic treatment for respiratory tract infection may increase perceived symptom severity reporting. *J Health Psychol*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316683242>.
<http://dx.doi.org/10.1177/1359105316683242>
28. DINIZ, D.; SILVA, ALI.; ANGELIM, L.V.; MENDONÇA, TLR.; NASCIMENTO, VHS do.; SILVA, CCG.; GONÇALVES, KKN.; SOUZA JÚNIOR, FA de.; CUNHA, J. da S.; CARNEIRO, SC de AS. Infecção odontogênica em espaços cervicais profundos: diagnóstico e tratamento. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 13, pág. e365101321094, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i13.21094. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21094>.
29. Weise, H., Naros, A., Weise, C. et al. Infecções odontogênicas graves com evolução séptica – um desafio constante e crescente: uma análise

retrospectiva. BMC Saúde Oral **19**,
(2019). <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0866-6>

173

IMAGENS



Figura A e B: Fotos realizadas por familiares do paciente, ainda em âmbito hospitalar, após acidente. Observe que a bandagem realizada comprime a via aérea do mesmo. **Figura A:** Vista anterior do paciente. **Figura B:** Vista lateral.



Figura C: Abordagem inicial. **Figura D:** Após remoção de sutura.



Figura E e F: Após divulsão e limpeza da ferida.



Figura G: Sutura interna. **Figura H:** Sutura externa.



Figura I: Pós-operatório de 25 dias. **Figura J:** Pós-operatório de 9 meses.

K

DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO: FRAGMENTOS DE TECIDO CONJUNTIVO COM INFILTRADO INFLAMATÓRIO AGUDO ASSOCIADO A CORPO ESTRANHO COM ASPECTO HISTOPATOLÓGICO SUGESTIVO DE MATERIAL VEGETAL.

Figura K: Laudo Histopatológico.