

# Perfil clínico-epidemiológico das infecções bucomaxilofaciais graves em hospital público baiano (2018-2024)

*Clinical and epidemiological profile of severe bucomaxillofacial infections in a public hospital in Bahia (2018–2024)*

*Perfil clínico-epidemiológico de las infecciones bucomaxilofaciales graves en un hospital público de Bahía (2018–2024)*

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por infecções bucomaxilofaciais graves, no Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana, na Bahia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e observacional com corte transversal que consistiu na análise de 309 prontuários, dos quais foram selecionados 233, de pacientes com diagnóstico conclusivo de infecção bucomaxilofacial, no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2024. **Resultados:** Houve uma maior prevalência em homens (52,8%) com menos de 40 anos (70%). 76,8% dos casos apontaram para infecções de origem odontogênica. O espaço fascial mais acometido foi o submandibular (77,7%). O abscesso agudo foi o diagnóstico mais frequente (39,1%), seguido pela celulite odontogênica (28,3%). Angina de Ludwig e Fascíte Necrosante foram às complicações mais descritas. O tratamento cirúrgico associado ao medicamentoso foi preconizado em 73,8% dos casos. Os antibióticos mais utilizados foram a Ceftriaxona (66,5%) e a Clindamicina (64,8%). **Conclusão:** As infecções bucomaxilofaciais acometeram majoritariamente homens jovens, sendo, em sua maioria, de origem odontogênica e com necessidade de intervenção cirúrgica e antibiótica. Observou-se uma escassez de estudos epidemiológicos publicados no Brasil, especialmente na Bahia, o que reforça a necessidade de novas pesquisas com essa abordagem. **Palavras-Chave:** Infecção focal dentária; Epidemiologia; Perfil de Saúde; Terapêutica.

## ABSTRACT

**Objective:** To delineate the clinical and epidemiological profile of patients affected by severe bucomaxillofacial infections at Clériston Andrade General Hospital in Feira de Santana, Bahia. **Methodology:** This descriptive, cross-sectional observational study analyzed 309 medical records, of which 233 met the inclusion criteria — patients with a definitive diagnosis of bucomaxillofacial infection between December 2018 and December 2024. **Results:** A higher prevalence was observed among males (52.8%) under the age of 40 (70%). Odontogenic origin accounted for 76.8% of cases. The submandibular space was most frequently affected (77.7%). Acute abscesses were the most common diagnosis (39.1%), followed by odontogenic cellulitis (28.3%). Ludwig's angina and necrotizing fasciitis were the most frequently reported complications. Combined surgical and pharmacological treatment was employed in 73.8% of cases. Ceftriaxone (66.5%) and Clindamycin (64.8%) were the predominant antibiotics used. **Conclusion:** Bucomaxillofacial in-

**Fernanda Alves Cirqueira de Miranda**  
ORCID: 0009-0002-7755-3402  
Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil  
E-mail: fernanda.a.15@outlook.com

**Fabielle Silva Dantas**  
ORCID: 0009-0009-6337-4986  
Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil  
E-mail: fabielledantas@hotmail.com

**Juliana Andrade Cardoso**  
ORCID: 0000-0002-6502-8667  
Mestre em Estomatologia Clínica pela PUC-RS e Professora do Centro Universitário UNIME, Lauro de Freitas, Brasil  
E-mail: juliana.cardoso@cogna.com.br

**Claudia Cerqueira Graça Carneiro**  
ORCID: 0000-0002-1198-4557  
Doutora em Saúde Pública, pelo Instituto de Saúde Coletiva – UFBA e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil  
E-mail: ccgcarneiro@uefs.br

**Jener Gonçalves de Farias**  
ORCID: 0000-0001-8968-5349  
Doutor em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba e Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil  
E-mail: jgfarias@uefs.br

fections primarily affected young males, were largely odontogenic, and typically required surgical and antibiotic intervention. The observed paucity of epidemiological studies in Brazil, particularly in Bahia, high light the pressing need for further search in this field. **Keywords:** Focal Infection Dental; Epidemiology; Health Profile; Therapeutics.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes afectados por infecciones bucomaxilofaciales graves em el Hospital General Clériston Andrade, en Feira de Santana, Bahía. **Metodología:** Se trata de um estudo descritivo y observacional de corte transversal que consistió em el análisis de 309 historias clínicas, de las cuales se seleccionaron 233, correspondientes a pacientes con diagnóstico concluyente de infección bucomaxilofacial, em el período comprendido entre diciembre de 2018 y diciembre de 2024. **Resultados:** Se observó una mayor prevalência em hombres (52,8%) menores de 40 años (70%). El 76,8% de los casos presentó infecciones de origen odontogénico. El espacio-facial más comprometido fue el submandibular (77,7%). El diagnóstico más frecuente fue el absceso agudo (39,1%), seguido de la celulitis odontogénica (28,3%). La angina de Ludwig y la fascitis necrosante fueron las complicaciones más reportadas. Em el 73,8% de los casos se indicó tratamiento quirúrgico asociado a terapia medicamentosa. Los antibióticos más utilizados fueron la ceftriaxona (66,5%) y la clindamicina (64,8%). **Conclusión:** Las infecciones bucomaxilofaciales afectaron predominantemente a hombres jóvenes, siendo em su mayoría de origen odontogénico y requiriendo intervención quirúrgica y tratamiento antibiótico. Se observó una escasez de estudios epidemiológicos publicados em Brasil, especialmente em el estado de Bahía, lo que refuerza la necesidad de nuevas investigaciones con este enfoque. **Palabras clave:** Infección Focal Dental; Epidemiología; Perfil de Salud; Terapéutica.

## INTRODUÇÃO

As infecções que afetam o complexo maxilofacial caracterizam-se pela propagação de microrganismos patogênicos para os tecidos vizinhos, atingindo estruturas vitais das regiões da cabeça e pescoço.<sup>1</sup> Sua etiologia pode ser dividida em dois grandes grupos: as infecções odontogênicas, originadas de focos dentários, como lesões periapicais, periodontais, pericoronárias e de pulpites; e as infecções não odontogênicas, relacionadas a condições como traumas, infecções da mucosa oral, processos pós-cirúrgicos,

acometimento das glândulas salivares e presença de corpos estranhos.<sup>2</sup> A maioria desses quadros infecciosos tem origem odontogênica.<sup>2,3</sup>

Diversos fatores influenciam no início e na progressão do processo infeccioso, entre eles a anatomia da região acometida, a virulência do microrganismo, além das condições sistêmicas e imunológicas do paciente.<sup>4</sup>

O sistema imune dos pacientes acometidos por doenças sistêmicas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), se mostra vagaroso na resposta às agressões microbianas, tornando o indivíduo mais propício ao desenvolvimento das formas graves das infecções.<sup>5</sup> Nas infecções odontogênicas, o perfil bacteriológico é predominantemente polimicrobiano, com predomínio de bactérias anaeróbias.<sup>6,7</sup>

Quando não tratadas adequadamente, essas infecções podem disseminar-se para os tecidos adjacentes por meio das áreas mais delgadas do osso alveolar.<sup>4</sup> Além da propagação pelos espaços fasciais, o foco infeccioso pode se espalhar por via hematogênica, linfática ou por contiguidade, atingindo estruturas vitais e comprometendo funções sistêmicas.<sup>4</sup>

A disseminação ocorre, preferencialmente, pela face lingual da mandíbula e pela parede vestibular na maxila.<sup>4</sup> Dependendo da extensão e profundidade, o quadro pode evoluir para acometimentos intra ou extrabuciais, o que pode culminar em complicações críticas, como fasciíte necrosante, angina de Ludwig, trombose do seio cavernoso, abscesso cerebral, mediastinite e, em casos extremos, levar ao óbito.<sup>4,8</sup>

Entre os sinais clínicos mais comuns observados estão os sinais inflamatórios de localização, edema, aumento da temperatura na região, rubor e limitação funcional, manifestando-se frequentemente como trismo, disfagia ou dispneia.<sup>2</sup>

O tratamento das infecções bucomaxilofaciais pode envolver antibioticoterapia, intervenção cirúrgica ou a combinação de ambas. A duração do tratamento depende da gravidade do quadro, das condições sistêmicas do paciente e da presença de resistência bacteriana.<sup>9</sup> Esquemas antibióticos mais curtos (3 a 5 dias), quando associados à abordagem cirúrgica, mostraram-se mais eficazes na redução de complicações, resistência microbiana e tempo de internação.<sup>9</sup>

As infecções orofaciais representam um desafio significativo para a saúde pública, devido ao risco de mortalidade, aos elevados custos hospitalares e à grande demanda por atendimento, especialmente entre indivíduos em situação de vulnerabilidade social que recorrem aos serviços públicos de saúde.<sup>2,10</sup> Apesar disso, no Brasil, ainda há escassez de estudos epidemiológicos voltados às infecções que acometem a região de cabeça e pescoço, sobretudo em

hospitais que são referência no manejo de quadros de alta complexidade.

A literatura disponível concentra-se majoritariamente nas infecções de origem odontogênica, deixando uma lacuna na compreensão mais abrangente das infecções bucomaxilofaciais, as quais podem ter múltiplas etiologias. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes acometidos por infecções do complexo bucomaxilofacial atendidos no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), unidade de referência regional em atendimentos de alta complexidade, localizado no município de Feira de Santana – Bahia, no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2024.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, que utilizou dados secundários dos prontuários do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), localizado em Feira de Santana, Bahia. Foram analisados 309 prontuários de pacientes diagnosticados com infecção no complexo bucomaxilofacial, atendidos entre dezembro de 2018 e dezembro de 2024, dos quais foram selecionados 233 para compor o grupo amostral, de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Compuseram a amostra, prontuários completos e com diagnóstico conclusivo; os prontuários mal preenchidos e sem confirmação diagnóstica foram excluídos.

A coleta foi feita por meio de uma ficha (Apêndice 1) elaborada previamente contendo variáveis sociodemográficas (sexo, idade, município de origem) e clínicas (comorbidades, sinais vitais, etiologia, diagnóstico, espaços fasciais acometidos, complicações, tempo de internação, tratamento clínico e cirúrgico).

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel (2019) e analisados por meio de estatística descritiva com o auxílio do software SPSS, versão 21.0, sendo apresentados em frequências absolutas e relativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, conforme parecer n.º 4.779.551 e CAAE 43915821.8.0000.0053 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (CEP-SESAB) sob o parecer de n.º 5.073.275 e CAAE de n.º 43915821.8.3001.0052 (AnexoB).

## RESULTADOS

A partir da coleta de dados, foram incluídos 233 prontuários, dos 309 avaliados, de acordo com os critérios de elegibilidade. Houve uma predomi-

nância pelo sexo masculino (n=123), conforme os dados apresentados na Tabela 1. Observou-se que 163 pacientes (70%) tinham idade inferior a 40 anos, ao passo que 70 pacientes (30%) apresentavam faixa etária superior a 40 (Tabela 1). As comorbidades mais prevalentes foram HAS e DM, com incidência em 38 (16,3%) e 25 (10,8%) indivíduos, respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos valores absolutos e relativos da população investigada acometida por infecções do complexo bucomaxilofacial, de acordo com as variáveis demográficas e sociais, no Hospital Geral Clériston Andrade, 2018 a 2024

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	123	52,8
Feminino	110	47,2
Gestante		
Sim	09	3,9
Não	101	96,1
Idade		
< 40	163	70
> 40	70	30
Município		
Feira de Santana	164	70,4
Outros municípios	69	29,6
Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	25	10,7
Diabetes Mellitus (DM)	12	5,2
HAS e DM	13	5,6
Outras comorbidades	09	3,9
Nega	174	74,7

A etiopatogenia mais frequente foi a de origem odontogênica o que totalizou 179 casos (76,8%), enquanto as de origem não odontogênica corresponderam a 54 casos (23,2%) (Tabela 2). O diagnóstico de abscesso agudo foi o mais relatado, com 91 casos (39,1%) seguido por celulite odontogênica com 66 (28,3%) (Tabela 2).

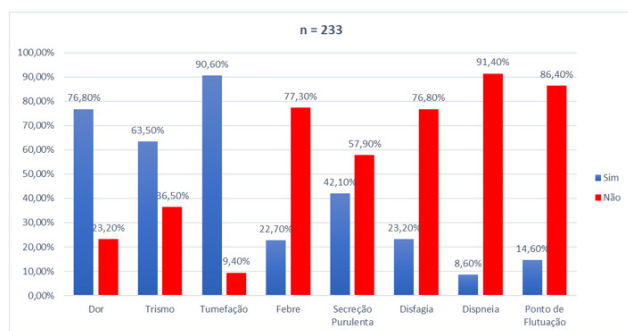
**Tabela 2** - Distribuição dos valores absolutos e relativos da população investigada acometida por infecções do complexo bucomaxilofacial, de acordo com a frequência das infecções do complexo bucomaxilofacial e suas complicações, no Hospital Geral Clériston Andrade, 2018 a 2024

n=233		
Variáveis	n	%
Etiopatogenia		
Odontogênica	179	76,8
Não Odontogênica	54	23,2

Diagnóstico		
Abscesso apical ou dentoalveolar agudo	91	39,1
Abscesso apical ou dentoalveolar crônico	18	7,7
Abscesso não-odontogênico	20	8,6
Celulite não-odontogênica	8	3,4
Celulite odontogênica	66	28,3
Osteomielite	27	11,6
Outro	3	1,3
Complicações		
Angina de Ludwig		
Sim	11	4,7
Não	222	95,3
Fascíte Necrosante		
Sim	11	4,7
Não	222	95,3
Mediastinite		
Sim	5	2,1
Não	228	97,9
Choque Séptico		
Sim	2	0,9
Não	231	99,1
Óbito		
Sim	3	1,3
Não	230	98,7

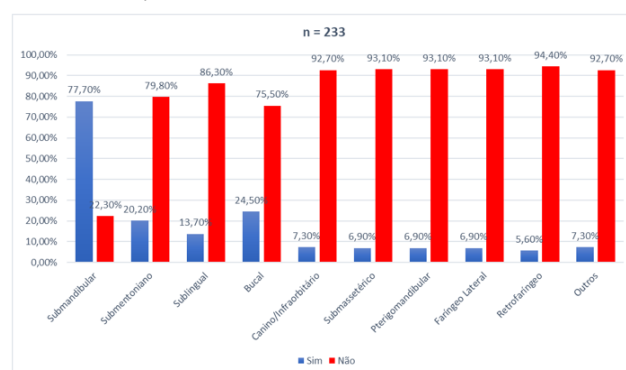
Em relação aos sinais e sintomas descritos no Gráfico 1, a tumefação foi o achado mais predominante, tendo estado presente em 211 indivíduos (90,6%), seguida por dor, que foi registrada em 179 fichas (76,8%), trismo (n=148; 63,5%), e presença de secreção purulenta (n=98; 42,1%).

**Gráfico 1** - Distribuição percentual dos sinais e sintomas dos pacientes acometidos por infecções do complexo bucomaxilofacial, no Hospital Geral Clériston Andrade, 2018 a 2024



Os espaços fasciais mais frequentemente acometidos foram o submandibular, com 181 ocorrências (77,7%), seguido pelo espaço bucal, com 57 registros (24,5%), e pelo submentoniano, com 47 (20,2%). (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Distribuição percentual dos espaços fasciais acometidos por infecção do complexo bucomaxilofacial, no Hospital Geral Clériston Andrade, 2018 a 2024.



Referente às complicações, a Angina de Ludwig e a Fascíte Necrosante, foram as duas mais prevalentes, ambas acometeram 11 casos (4,7%), seguindo-se a mediastinite (n=5; 2,1%) e choque séptico (n=2; 0,9%) (Tabela 2). Considerando os 233 casos, 3 evoluíram para óbito (1,3%) (Tabela 2).

Quanto à abordagem terapêutica, a intervenção cirúrgica combinada com a terapia medicamentosa foi a modalidade mais descrita, sendo aplicada em 172 pacientes (73,8%) (Tabela 3). Os antibióticos mais frequentemente utilizados foram a ceftriaxona, administrada em 155 casos (66,5%), seguida da clindamicina (n=151; 64,8%) e do metronidazol (n=80; 34,3%) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição dos valores absolutos e relativos das formas de tratamento empregadas na população investigada acometida por infecções do complexo bucomaxilofacial, no Hospital Geral Clériston Andrade, 2018 a 2024

n=233		
Variáveis	n	%
Tipo de tratamento		
Cirúrgico	172	73,8
Clínico	61	26,2
Antibióticos utilizados		
Ceftriaxona		
Sim	155	66,5
Não	78	33,5
Clindamicina		
Sim	151	64,8
Não	82	35,2

Metronidazol		
Sim	80	34,3
Não	153	65,7
Cefazolina		
Sim	74	31,8
Não	159	68,2
Amoxicilina + clavulanato		
Sim	2	0,9
Não	231	99,1

## DISCUSSÃO

As infecções que acometem o complexo maxilofacial ocorrem a partir da propagação das bactérias e seus produtos para os espaços fasciais e tecidos da região craniocervical.<sup>1</sup> Dentre as infecções orofaciais, a infecção odontogênica é um achado frequente,<sup>8</sup> e as causas mais comuns desta condição são a cárie dentária, a pericoronarite e a doença periodontal.<sup>4</sup> Os indivíduos acometidos por esse quadro clínico podem ter complicações graves, caso a infecção se espalhe, podendo até mesmo ser fatal.<sup>3</sup> Apesar disso, no Brasil, ainda existe uma escassez de estudos epidemiológicos voltados às infecções que acometem a região de cabeça e pescoço.

Conforme descrito na tabela 2, os dados deste estudo revelam que 76,8% (n=179) das infecções faciais atendidas neste serviço foram de origem odontogênica, semelhante ao que foi observado em demais estudos.<sup>12,16</sup> Devido a isso, é de suma importância que o cirurgião-dentista conheça o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos, os sinais e sintomas e os tratamentos empregados, para poder intervir precocemente de forma assertiva.

Para definir o perfil epidemiológico encontrado neste estudo, utilizando os dados apresentados na Tabela 1, é possível inferir que a diferença no acometimento de infecções pelo sexo masculino (n=123; 52,8%) e feminino (n=110; 47,2%), foi de 5,6%, sendo que o grupo masculino se mostrou mais prevalente em relação ao grupo feminino. Esses resultados são ratificados por estudos conduzidos em Recife/PE,<sup>2,13</sup> uma pesquisa realizada em Goiânia/GO<sup>12</sup> e outra no Irã.<sup>14</sup> Contudo, em outras bibliografias consultadas existe uma discordância, uma vez que o sexo feminino se mostrou predominante.<sup>1,10,15</sup>

Em relação à idade, o grupo mais prevalente apresentou idade inferior a 40 anos (n=163; 70%), estando em concordância com a literatura.<sup>1,12,13,16,17</sup>

DM e HAS são as comorbidades mais presentes em pacientes que desenvolvem infecções complexas.<sup>5</sup> Como exposto na Tabela 1, em relação às co-

morbidades observadas, em torno de 10,8% (n=25) da amostra apresentou pelo menos DM. A presença de doenças como o DM e outras doenças sistêmicas aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos às infecções,<sup>5</sup> podendo tornar o processo infeccioso mais grave.<sup>3</sup> Percentuais semelhantes também foram identificados em obras consultadas.<sup>10,12,18</sup>

Em relação ao número de pacientes acometidos por HAS, pelo menos 38 indivíduos (16,3%) relataram ser portadores da condição. De acordo com os dados apresentados nesta pesquisa, observou-se maior associação entre a prevalência de infecções orofaciais e a HAS, quando comparada ao DM. Um estudo que utilizou metodologia semelhante ao presente estudo, também encontrou níveis comparáveis de prevalência entre HAS e DM.<sup>2</sup> Isso pode estar relacionado aos efeitos da HAS sobre o sistema imunológico, uma vez que a condição provoca aumento da resistência dos vasos sanguíneos, o que dificulta a propagação e a chegada de oxigênio e células de defesa às áreas afetadas, favorecendo, assim, a disseminação do processo infeccioso.<sup>5</sup> No entanto, parte da literatura consultada também apontou uma maior prevalência de DM em comparação à HAS.<sup>12</sup>

Como exposto no gráfico 1, em relação aos sinais e sintomas mais comumente descritos, 211 (90,6%) pacientes apresentaram tumefação, 179 (76,8%) relataram dor, 148 (63,50%) manifestaram trismo, a presença de secreção purulenta estava presente em 98 pacientes (42,10%) e cerca de 54 (23,20%) referiram disfagia. Resultados muito semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada na Índia, evidenciando edema em 99,2% dos casos, seguido de dor (86,7%) e trismo (68%).<sup>17</sup> Assim como apontado em outro estudo desenvolvido no Brasil, que encontrou edema em 82,35% dos casos, seguido de trismo (51,57%) e disfagia (17,64%).<sup>15</sup> Dados que entram em consonância com a literatura.<sup>2,16,18</sup>

Tal como descrito na Tabela 2, a partir da análise dos sinais e sintomas mais prevalentes neste estudo, a maior parte dos casos de infecções maxilofaciais atendidos se encontravam em fases agudas, em que 39,1% (n=91) dos casos foram diagnosticados como abscesso apical ou dentoalveolar agudo e em torno de 31,7% (n=64) diagnosticados com celulite, de origem odontogênica ou não.

A propagação da infecção odontogênica depende diretamente da localização do dente afetado e da resistência oferecida pelos ossos circundantes à região apical.<sup>4</sup> Quando a infecção se propaga para o espaço fascial submandibular, geralmente a origem é associada aos molares inferiores.<sup>4</sup> O gráfico 2 expõe os espaços fasciais mais acometidos, sendo o espaço submandibular o mais prevalente (n=181; 77,7%), o que está de acordo com a literatura.<sup>1,12,16-18</sup> Entretanto,

to, em divergência com outra bibliografia consultada.<sup>15</sup> O segundo espaço mais frequente foi o bucal (n=57; 24,5%), assim como em outro achado relatado.<sup>2</sup> Quando a infecção acomete múltiplos espaços anatômicos, os espaços submandibular e bucal são os mais frequentemente envolvidos.<sup>4</sup>

A angina de Ludwig é uma celulite complexa, de rápida progressão, que pode levar ao bloqueio das vias aéreas,<sup>11</sup> configurando uma fase tardia da infecção odontogênica e, portanto, sendo considerada uma complicação neste estudo, em que 11 pacientes (4,7%) cursaram com essa condição (Tabela 2). Num outro estudo, foi encontrado um percentual semelhante (5,7%) de pacientes que evoluíram com esse quadro clínico.<sup>14</sup> Em outra análise, foi constatado que cerca de 13% dos indivíduos progrediram com esta complicação.<sup>13</sup>

No presente estudo, 11 indivíduos (4,7%) evoluíram com fasciíte necrosante (Tabela 2), tornando a angina de Ludwig e a fasciíte necrosante as duas complicações mais evidentes desta pesquisa. Um estudo paralelo, identificou que 1,6% da amostra foi afetada por essa condição clínica.<sup>17</sup>

No que tange às demais complicações levantadas nesta análise, 5 pessoas (2,1%) cursaram com mediastinite, 2 com choque séptico/sepsis (0,9%) e 3 (1,3%) evoluíram para óbito, conforme dados da tabela 3. O estudo conduzido no Irã, encontrou que 1,4% da sua amostra teve a sepsis como complicação, em semelhança com o presente estudo.<sup>14</sup> Outra referência literária, demonstrou que em torno de 0,8% dos pacientes vieram a falecer, com o percentual similar ao desta pesquisa.<sup>17</sup>

O tratamento das infecções orofaciais consiste na remoção do fator causal, realização de incisão e drenagem para redução da secreção purulenta, além de controle farmacológico suplementar.<sup>4,7</sup> De acordo com os dados apresentados na tabela 3, o tratamento cirúrgico combinado com o tratamento farmacológico foi o mais empregado, representando 73,8% (n=172) da amostra quando comparado ao tratamento farmacológico/clínico isoladamente, tal como descrito em demais estudos.<sup>1,10,13-16</sup>

Sugere-se que por se tratar de um hospital de referência em emergências, urgências e traumatologia, atuando no nível terciário de atenção do SUS, a abordagem cirúrgica tende a ser a mais comum. Isso se deve ao fato de que, nesse ambiente, são realizados tratamentos de alta complexidade, que demandam tecnologia avançada e recursos especializados.

A antibioticoterapia agiliza o processo de cura frente às infecções, entretanto não deve ser considerada um substituto principal à remoção do foco primário da infecção.<sup>4</sup> Não há convergência de opiniões na literatura sobre a utilização de um protoco-

lo medicamentoso específico frente às infecções orofaciais,<sup>7</sup> entretanto, parte da literatura recomenda o uso de antibióticos de largo espectro como, Amoxicilina e Clindamicina,<sup>19</sup> Ceftriaxona e Metronidazol<sup>7</sup> frente às infecções odontogênicas.

Dos antibióticos utilizados, de acordo com este estudo (Tabela 3), o de maior prevalência foi a Ceftriaxona, em 155 pacientes (66,5%), da classe das cefalosporinas, assim como descrito em outros achados literários.<sup>2,13</sup> O segundo antibiótico mais frequente nesta pesquisa foi a Clindamicina (n=151; 64,8%), da classe das lincosamidas.

O aumento da resistência às penicilinas  $\beta$ -lactâmicas motivou a adoção de penicilinas associadas a inibidores de  $\beta$ -lactamase, como a amoxicilina-clavulanato, e de cefalosporinas de terceira e quarta geração, como a ceftriaxona.<sup>20</sup> Um estudo recente concluiu que os microrganismos demonstraram maior resistência à amoxicilina-clavulanato em comparação à ceftriaxona, sugerindo que a ceftriaxona seja a opção preferencial como antibiótico empírico em infecções graves.<sup>20</sup>

Em dois estudos analisados, o antibiótico mais empregado foi a Ceftriaxona associado à Clindamicina.<sup>12,15</sup> Por outro lado, outra pesquisa realizada apontou que o antibiótico mais empregado foi a Clindamicina.<sup>14</sup> A Ampicilina com Sulbactam foi o antibiótico mais aplicado numa pesquisa adicional,<sup>1</sup> e a Ampicilina com Metronidazol foi o mais prevalente em outra análise.<sup>16</sup>

## CONCLUSÃO

Este estudo descreveu o perfil clínico e epidemiológico de pacientes acometidos por infecções bucomaxilofaciais em um hospital de referência no interior da Bahia, entre 2018 e 2024. Verificou-se predominância do sexo masculino e de pacientes com menos de 40 anos, sendo HAS e DM as comorbidades mais frequentes. A etiologia mais comum foi odontogênica, com destaque para abscesso agudo dentoalveolar e acometimento do espaço submandibular. As principais complicações foram angina de Ludwig e fasciíte necrosante.

O tratamento mais utilizado foi a associação de abordagem cirúrgica com antibioticoterapia, tendo a ceftriaxona e a clindamicina como antibióticos mais prescritos. Os achados reforçam a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado dessas infecções no ambiente hospitalar. A escassez de estudos semelhantes na literatura destaca a relevância de novas pesquisas sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

1. Farah GJ, Quinto JHS, Farah IG, Chistoffoli MT, Luppi CR. Estudo epidemiológico de pacientes portadores de infecção do complexo bucomaxilofacial tratados no Hospital Universitário de Maringá: estudo retrospectivo ao longo de 8 anos. *RevFacOdontol UPF*. 2018;23(3):280-3.
2. Silva CCG, Oliveira RAR, Pereira JS Neto, Silva RHA, Monteiro JS, Santos CEA, et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes internados com infecções odontogênicas. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2021;18(2):192-8.
3. Weise H, Naros A, Weise C, et al. Infecções odontogênicas graves com progressão séptica – um desafio constante e crescente: uma análise retrospectiva. *BMC Oral Health*. 2019;19:173.
4. Ogle OE. Odontogenic infections. *Dental Clinics of North America*. 2017;61(2):235-52.
5. Moreira CLF, Barbosa MM, Côrtes DF, Carvalho MF. Perfil clínico e epidemiológico das infecções odontogênicas: revisão de literatura. In: Souza CMM, Leão C, Ferreira JMA. *Pesquisas e debates sobre a saúde coletiva: um intercâmbio entre Brasil e Portugal*. Recife: Omnis Scientia; 2024. p. 364–70.
6. Paiva TC de, Torriani MA. Relato de caso clínico de infecção odontogênica resultando em complicação cervicofacial. *Rev. Ciênc. Plural*. 2024;10(1):1-16.
7. Barbosa G de MRA, Lima JVB, Barbosa MR, Azevedo LPM de, Moura ACV, Flores FM, et al. Clinical management in the diagnosis and treatment of odontogenic infections: an integrative literature review. *Res Soc Dev*. 2023;12(4):e13512441003.
8. Blankson PK, Parkins G, Boamah MO, Abdulai AE, Ahmed AM, Bondorin S, et al. Severe odontogenic infections: a 5-year review of a major referral hospital in Ghana. *Pan Afr Med J*. 2019;32:71.
9. Ribeiro ED, de Santana IHG, Viana MRM, Fan S, Mohamed A, Dias JCP, et al. Optimal treatment time with systemic antimicrobial therapy in odontogenic infections affecting the jaws: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):253.
10. Camargos FM, Meira HC, Aguiar EG, Abdo EN, Glória JR, Dias ACS. Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. *Rev Cir-Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2016;16(2):25-30.
11. Simião M Neto. Infecções odontogênicas complexas: revisão de literatura [monograph]. Minas Gerais: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Minas Gerais; 2015. 43 p.
12. Paula LMde, Zancopé E. Perfil microbiológico e sensibilidade aos antibióticos em infecções maxilofaciais em um hospital de emergência. *Rev Bras Odontol*. 2024;23(00):e242836.
13. Sena WG de, Maia GF de A, Carneiro SC de AS, Fragoso RE de L, Ribeiro WHV. Análise de prontuários de pacientes com infecções odontogênicas atendidos no serviço hospitalar. *Rev Cir-Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2022;22(1):13–16.
14. Eshghpour M, Sabouri M, Labafchi A, Shoostari Z, Samieirad S. Maxillofacial infections: a 5-year assessment of the epidemiology and etiology in an Iranian population. *J Maxillofac Oral Surg*. 2021;23:1470–1477.
15. Aguilera M de O, Figueiredo FT, Pelissaro GS, Oliveira JP, Gaetti Jardim EC. Caracterização dos pacientes internados por infecção odontogênica em unidade hospitalar. *Rev Cir-Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2024;24(1):14–19.
16. Martini MZ, Migliari DA. Epidemiologia das infecções maxilofaciais tratadas num hospital público da cidade de São Paulo. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2012;66(1):66–72.
17. Gadicherla S, Manglani K, Pentapati KC, Kudva A, Aramanadka C, Chandravel R. Perfil de pacientes com infecções do espaço maxilofacial e fatores de risco associados. *Sci World J*. 2024;9304671.
18. Ballesteros GB, Dib JE. Estudio epidemiológico de las infecciones maxilofaciales en un Hospital de referenciado del Centro Oeste de Brasil. *Rev Estomatol*. 2023;31(1):e12809.
19. Costa SM. Infecções odontogênicas: estudo retrospectivo de 20 anos [thesis]. Ribeirão Preto: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2023. 115p.
20. Adamson OO, Adeyemi MO, Gbotolorun OM, Oduyebo OO, Odeniyi O, Adeyemo WL. Comparison of sensitivity of bacteria isolated in odontogenic infection to ceftriaxone and amoxicillin-clavulanate. *African Health Sciences*. 2019;19(3):2414-2420.