

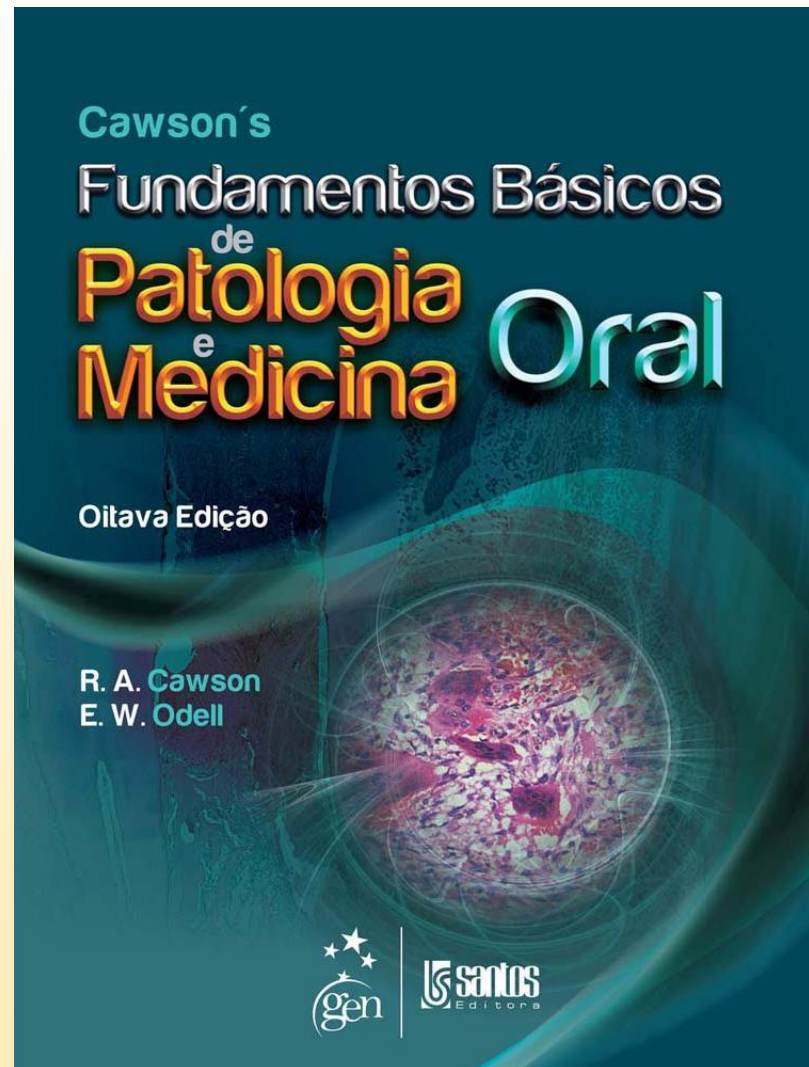
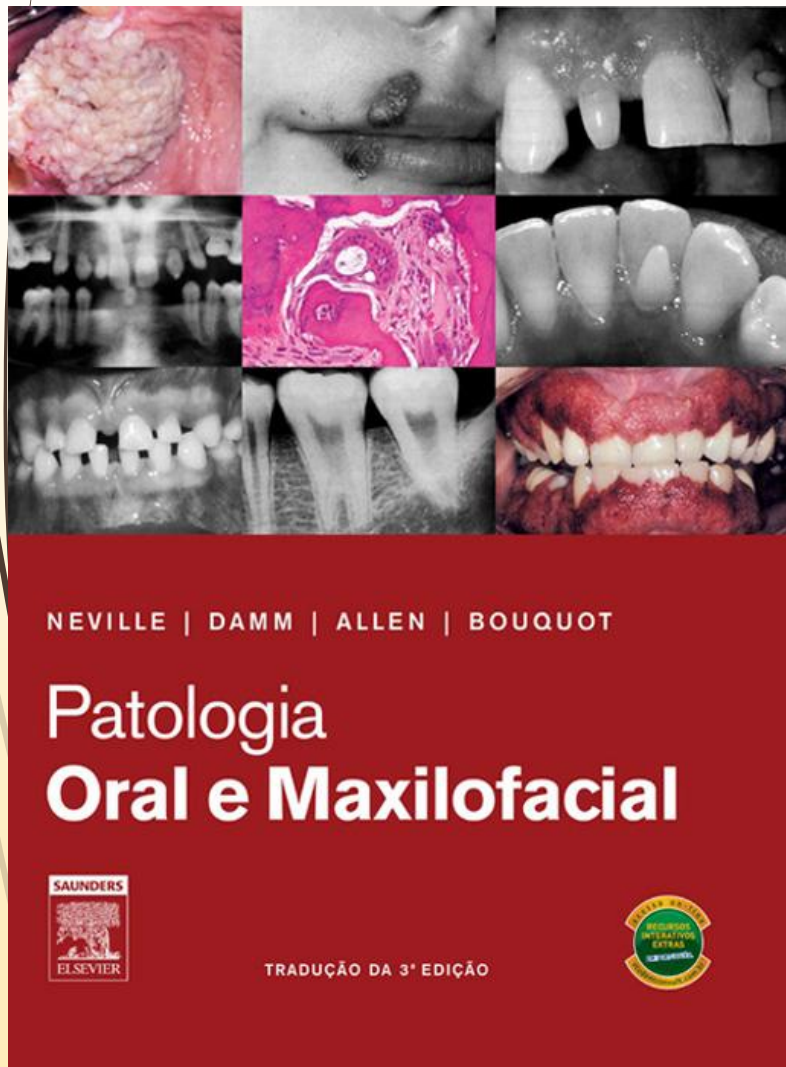
PROCESSOS PURULENTOS

Prof. Giuliane Nunes de Souza Passoni

Especialista em Implantodontia

Mestre em Odontologia clínica

Indicação de Leitura



Atlas de PATOLOGIA ORAL



Sook-Bin Woo



Infeções Bacterianas

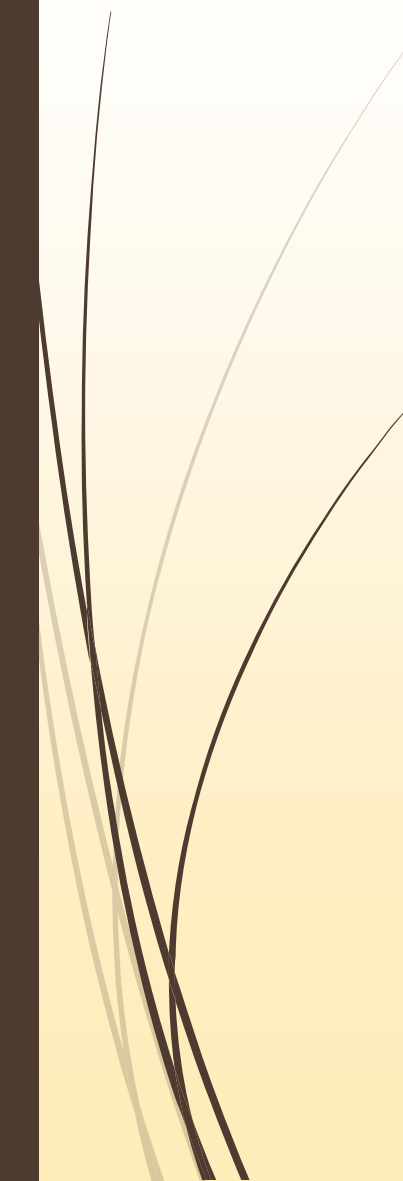
- Impetigo
- Erisipela
- Faringite e tonsilite estreptocócica
- Febre escarlate
- Concreções amigdalianas e tonsilolitíase
- Difteria
- Sífilis
- Gonorréia
- Tuberculose
- Hanseníase
- Noma
- Actinomicose
- Doença da arranhadura do gato
- Sinusite
- Osteomielite aguda e crônica
- osteonecrose

Infeções Bacterianas

- Osteorradioneecrose
- Osteíte alveolar
- Ilhotas de osso esclerótico
- Espaço fascial (celulite cêrvicofacial)
- Fasceíte necrosante
- Trombose cavernosa do seio



Infecções sistêmicas por bactérias bucais

- Endocardite infecciosa
 - Abscessos de pulmões e cérebro
 - Estados imunodeficientes
- 

Impetigo = ataque (latim)

- Infecção superficial da pele causada por *streptococcus pyogenes* e por *staphylococcus aureus*
- origina-se em áreas previamente lesadas, como em dermatites pré-existentes, cortes, abrasões ou picadas de insetos
- Maior prevalência em pacientes com condições sistêmicas debilitadas (HIV+, diabetes tipo 2 e diálise)

Classificação

bolhoso

- estafilocócico
- Acomete extremidades, tronco e face
- Recém-nascidos e bebês

Não
bolhoso

- Contagioso / streptococos
- Mais comum
- Pernas, tronco, couro cabeludo e face
- Crianças na idade escolar

Características da lesão

bolhoso

- Vesículas superficiais que crescem rapidamente e formam grandes bolhas flácidas. Purulenta. “laca”

Não
bolhoso

- Máculas ou pápulas vermelhas, vesículas frágeis, que se rompem rapidamente, cobertas por crosta âmbar espessa; flocos de milho grudados à superfície

Impetigo bolhoso

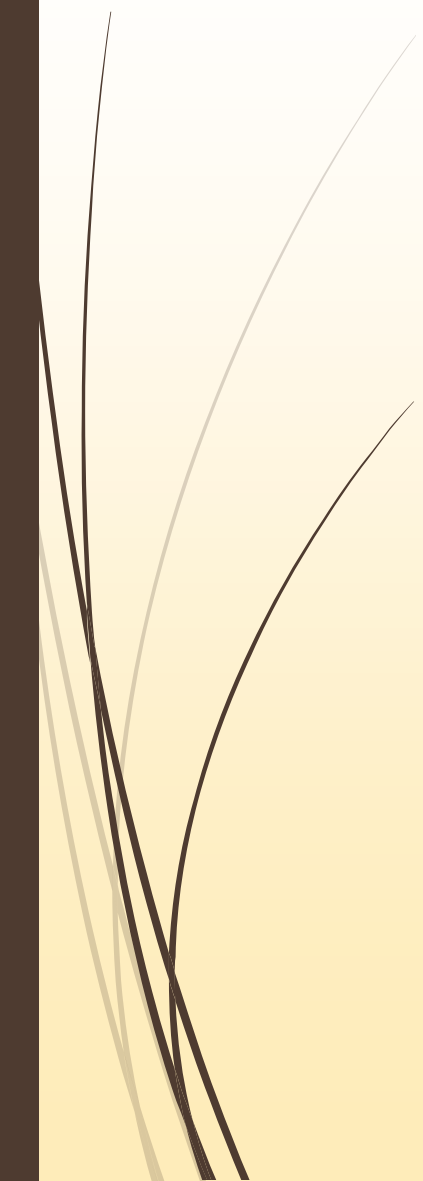


Impetigo não bolhoso





tratamento

- Remover as crostas com toalha, sabão e água morna
 - Medicação antibiótica sistêmica (cefalexinas ou amoxicilina + ácido clavulânico)
 - Importante: em casos prolongados podem ocorrer glomerulonefrites agudas
- 

Erisipela

“fogo de St. Antônio”



- Infecção superficial da pele, mais comumente associada aos estreptococos beta-hemolíticos.
- A infecção dissemina-se rapidamente pelos canais linfáticos, que se tornam preenchidos por fibrina, leucócitos e estreptococos.
- **Diagnóstico diferencial:** infecção odontogênica, lúpus eritematoso, angioedema
- A infecção pode ocorrer em qualquer parte da pele, especialmente nas áreas de trauma prévio.



- No rosto (bochechas, pálpebras e dorso do nariz)
- Braços e pernas
- Área afetada dolorida, vermelho-brilhante, bem-delimitada, aumentada, endurecida e quente.
- Febre alta e linfadenopatia

Faringite e tonsilite estreptocócica

- Comum
- Estreotococos beta-hemololíticos do grupo A, adenovírus, enterovírus, influenza, parainfluenza e vírus Epstein-Barr
- Disseminação: gotículas respiratórias ou secreções orais, período de incubação de 2-5 dias
- Maior prevalência entre 5-15 anos
- Inverno ou início da primavera
- Dor de garganta, febre, disfagia, hiperplasia tonsilar, vermelhidão da orofaringe e amígdalas, petéquias palatinas, linfadenopatia cervical e exsudato tonsilar amarelado, aumento da úvula



Faringite



Tonsillite

Febre escarlata

- Infecção sistêmica causada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A
- Começa como tonsilite e evolui pois os microorganismos elaboram uma toxina eritrogênica que atacam os vasos sanguíneos e produz um exantema cutâneo característico
- Mais comum em crianças de 3-12 anos
- Ocorre em pacientes que não possuem anticorpos antitoxina.
- Incubação 1-7 dias
- Febre, enantema, exantema

Enantema = erupção que se localiza nas mucosas, esp. na face interna das bochechas e garganta.
Exantema = erupção cutânea que ocorre em doença aguda provocada por vírus ou coco (p.ex.: sarampo, escarlatina etc.

Língua em “morango” branca

02 primeiros dias



Papilas fungiformes

Língua em “morango” vermelha



Papilas fungiformes hiperplásicas

- Diagnóstico diferencial: difteria
- Cultura de secreções da garganta para confirmar diagnóstico
- Tratamento: penicilina via oral, ibuprofeno



Concreções amigdalianas (cáseos) e tonsilolitíase



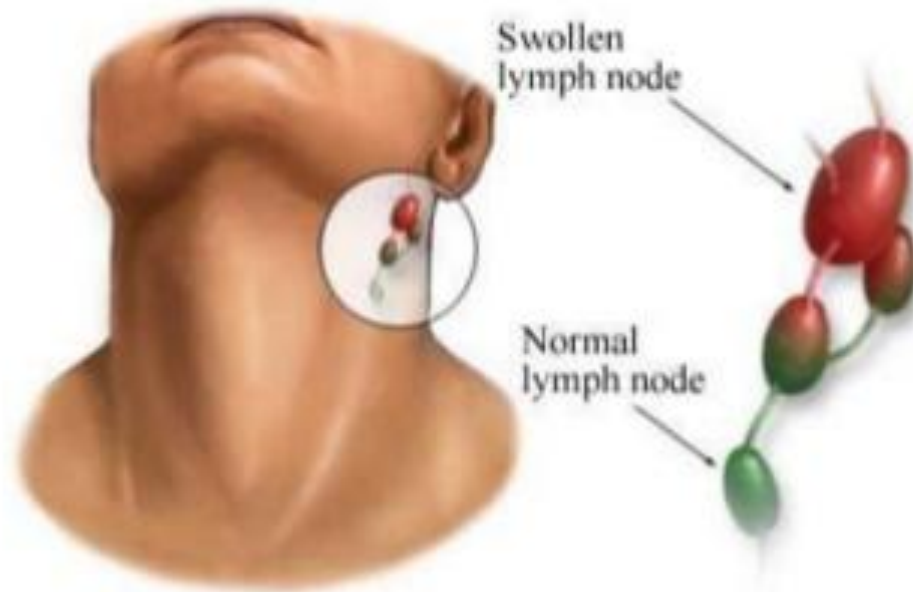
Tonsialolitos

- ▶ Detritos necróticos condensados e bactérias sofrem calcificação distrófica e formam tonsialolitos.



DIFTERIA

- Popularmente conhecida como “crupe”, é uma doença infectocontagiosa provocada por uma bactéria chamada de *Corynebacterium diphtheriae* e que pode acometer tanto a pele como as **amídalas, a faringe, a laringe, o nariz e diversas mucosas**.





Sífilis



Neville, 2016

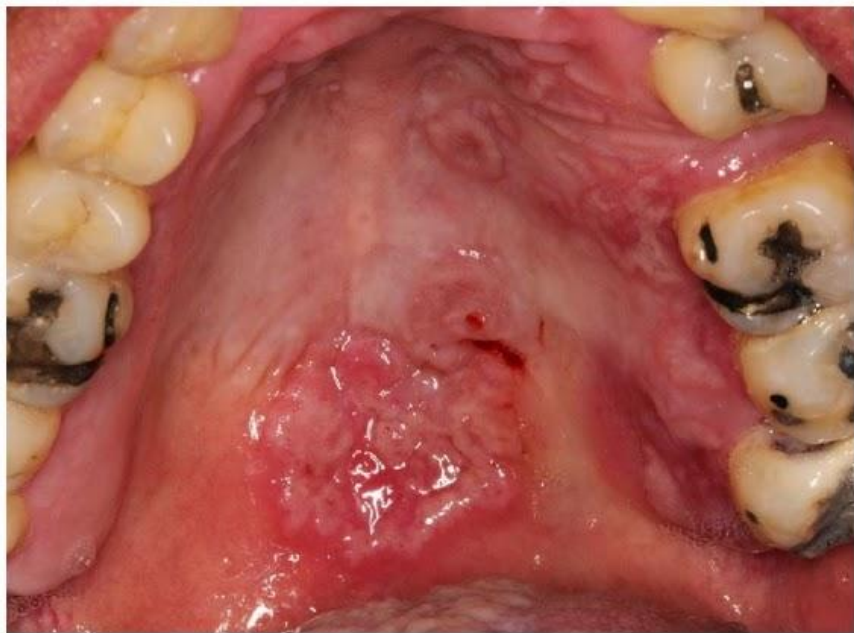
Sífilis

- É uma infecção crônica causada pelo ***Treponema pallidum*** (bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, anaeróbia facultativa em forma de espiral)



Características clínicas

- A lesão primária (cancro) ocorre em 3 a 90 dias da exposição inicial, se desenvolve no local da inoculação, e o local extragenital mais comum é a boca. (felação e cunilíngua). Cicatriza após 3 a 8 semanas
- Os cancros habitualmente são solitários e iniciam como lesões papulares com uma ulceração central.
- 85% são em áreas genitais, 10% anais, 4% orais e 1% outras regiões extragenitais.
- Linfadenopatias bilaterais





Úlceras genitais da sífilis primária (cancro duro)



Sífilis secundária



Sífilis terciária

Sífilis secundária



Sífilis secundária

Características clínicas

- A sífilis secundária ocorre em 4 a 10 semanas após o aparecimento da lesão primária. Resultado da disseminação hematogênica (rash cutâneo eritematoso), placas acinzentadas na boca (palato mole e língua)
- Linfadenopatia indolor, dor de garganta, mal-estar, cefaléia, perda de peso, febre e dor musculoesquelética.
- Se não tratada resulta em lesões terciárias (granulomatosas)



Placa mucosa



Placa mucosa

SÍFILIS TERCIARIA

- El Goma es un granuloma indoloro localizado en el paladar que destruye el hueso subyacente .



Sífilis Terciária

Após a sífilis secundária os pacientes entram em uma fase livre de lesões e sintomas, conhecida como sífilis latente.

Pode durar de 01 a 30 anos.

Em 30% dos pacientes pode ocorrer a sífilis terciária.

Envolvimento do SNC – pode levar à paralisia generalizada, psicose, demência, paresia e morte.

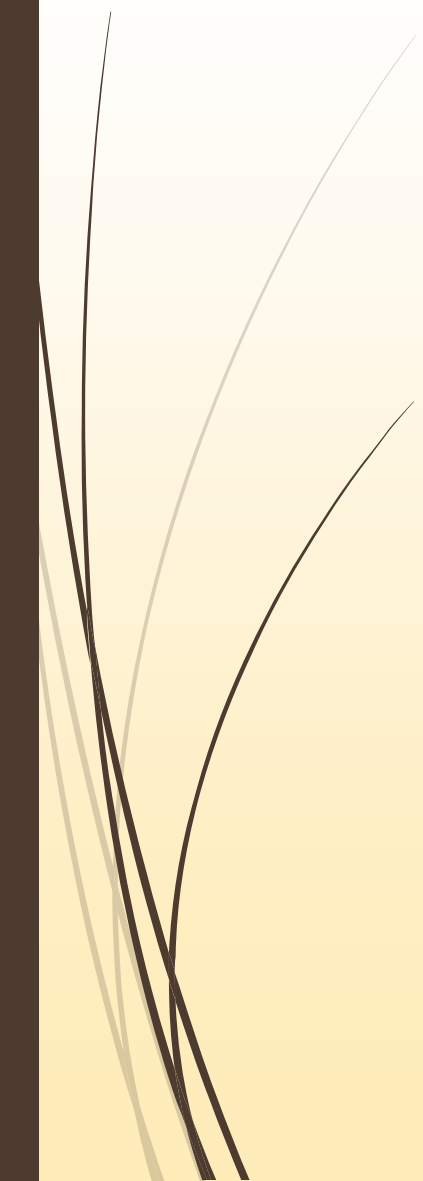
Lesões oculares, inflamações granulomatosas (Goma), glossite intersticial (lobulada, formato irregular, glossite luética (atrofia difusa e perda das papilas do dorso da língua)

SÍFILIS CONGÊNITA





Tríade da Sífilis Congênita

- ▶ Dentes de Hutchinson
 - ▶ Ceratite ocular intersticial
 - ▶ Surdez associada ao comprometimento do oitavo par de nervos cranianos.
- 

Incisivos de Hutchinson
Forma de chave de fenda



Sífilis congênita

@ODONTOEMFOCO

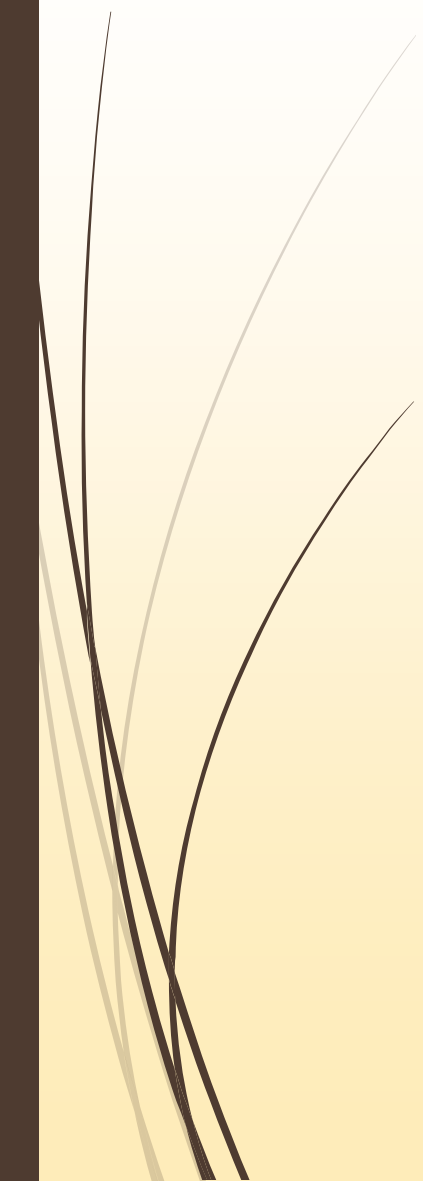
Molares de Fournier
Forma de amora



Sífilis
congênita

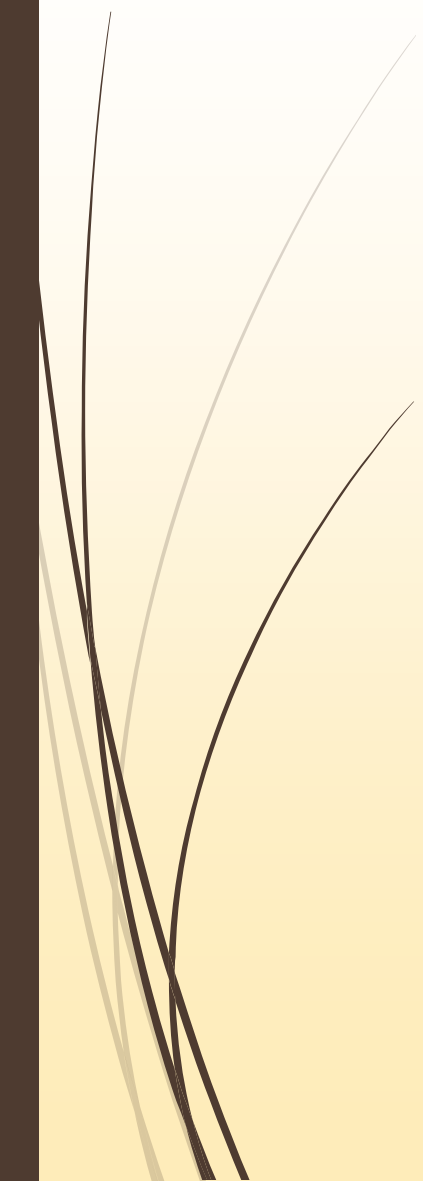


etiopatogenia

- ▶ *Treponema pallidum*
 - ▶ DST
 - ▶ Testes laboratoriais: PCR, VDRL, RPR – teste de reagina plasmática rápida, FTA-abs
- 



tratamento

- ▶ Penicilina G via intramuscular
(tetraciclina, doxiciclina e azitromicina)
 - ▶ Encaminhamento médico
- 

Gonorréia

- DST (dissemina-se pelo contato sexual direto e a maioria das lesões ocorre na região genital)
- Causada pela bactéria ***Neisseria gonorrhoeae***
- É uma doença epidêmica
- As mulheres são geralmente mais afetadas
- Período de incubação 2 a 5 dias
- Homens: local mais frequente – uretra (secreção purulenta e disúria)
- Mulheres: colo uterino – aumento da secreção vaginal, sangramento, ardência e disúria pode levar à Doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade

- ▶ Pode ser transmitida pelo beijo, cunilíngua, felação (gonorreia faringéa) – assintomática
- ▶ Região mais envolvida – faringe, amígdalas e úvula
- ▶ Pode simular uma GUN (gengivite ulcerativa necrosante) sem odor da GUN





Figura 2 - Corrimento uretral abundante em paciente com gonorréia (Foto gentilmente cedida pelo Professor Sinésio Talhari).

Oftalmia gonocócica neonatal

(pode causar perfuração do globo ocular e cegueira)



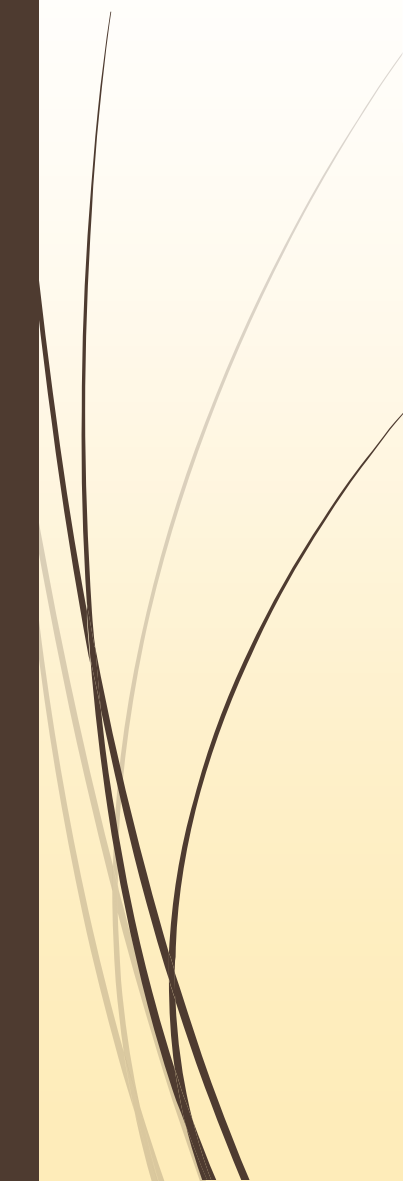


Tratamento = médico



Fluoroquinolonas

(ciprofloxacina, levofloxacina ou ofloxacina)



TUBERCULOSE

- Doença infecciosa crônica, causada pela bactéria ***Mycobacterium tuberculosis***
- 2 bilhões de pessoas infectadas por todo mundo. 2 milhões de óbitos por ano.
- Contaminação: gotículas de saliva de pacientes infectados com a doença ativa
- Pode ficar latente por vários anos

Tuberculose

Primária

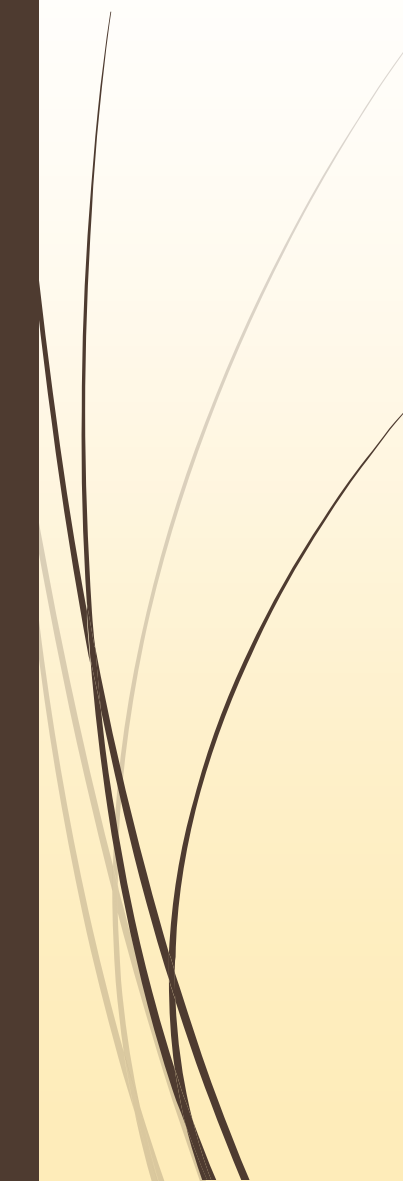
- Ocorre em indivíduos não expostos previamente ao microorganismo, envolvendo quase sempre o pulmão. O microorganismo causa uma resposta inflamatória crônica inespecífica
- Formação de nódulo localizado fibrocalcificado no sítio inicial do envolvimento

Secundária

- Desenvolve-se em uma fase mais tardia. Reativação associada ao comprometimento da defesa do hospedeiro.
- Pode ocorrer disseminação difusa pelo sistema sanguíneo, produzindo múltiplos focos de infecção – tuberculose miliar (aparência radiográfica e macroscópica de sementes de milho)
- Associada a medicamentos imunossupressores, diabetes, idade avançada, pobreza, HIV.

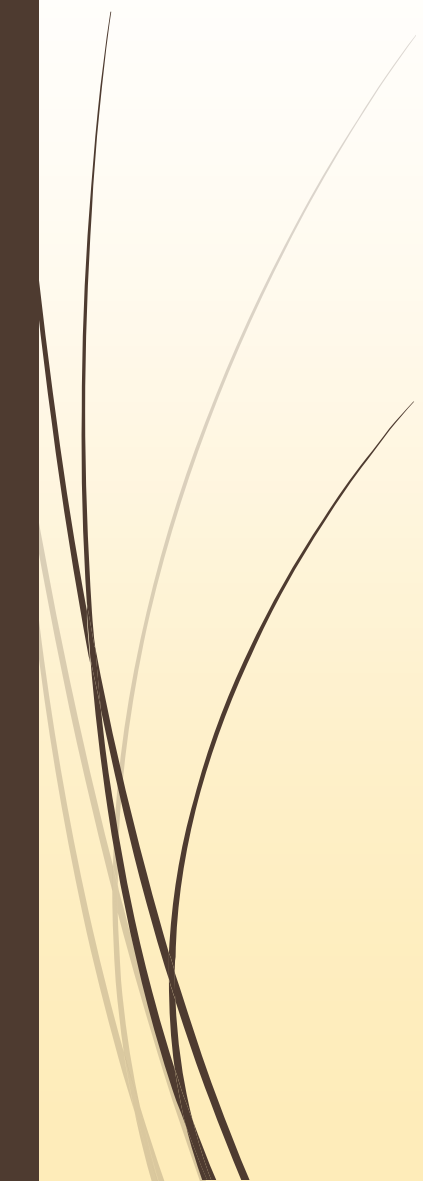


Características clínicas e radiográficas



TB primária – assintomática, mas pode ocorrer febre e efusão pleural (acúmulo de líquido entre as camadas de tecido que revestem os pulmões e a cavidade torácica)

TB secundária – febre baixa, mal-estar, anorexia, perda de peso e sudorese noturna. Tosse produtiva, hemoptise e dor torácica

- 
- 
- ▶ Em pacientes HIV+ podem ocorrer lesões extrapulmonares, atingindo qualquer sistema. Quando envolve a pele chama-se **lúpus vulgar**
 - ▶ pode envolver a cabeça e pescoço nos linfonodos cervicais
 - ▶ As lesões orais da tuberculose são raras – ulceração crônica e indolor. São observadas com maior frequência na língua, palato e lábios
 - ▶ As lesões orais primária estão associadas ao aumento de linfonodos regionais

Osteomielite Específica

Tuberculose

Mal de Pott



Evolução insidiosa:

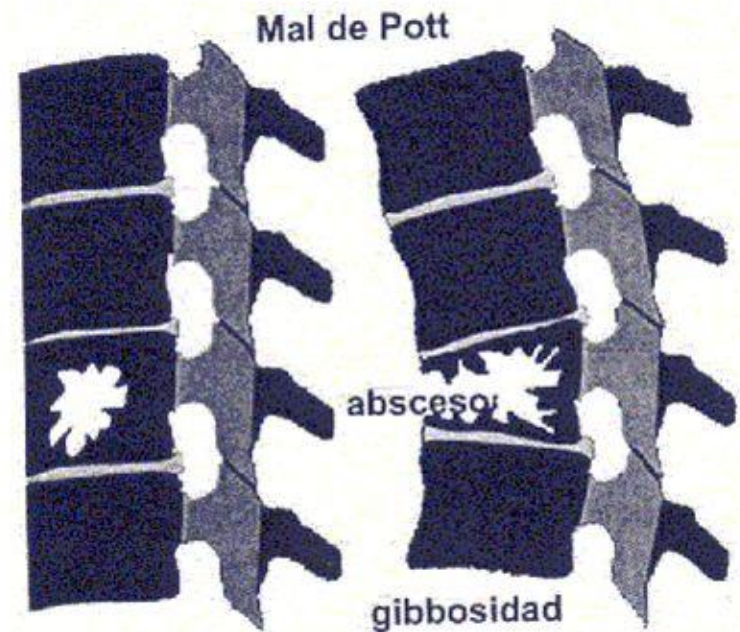
- Febre baixa
- Dor moderada
- Vértebras; joelho e quadril
- Deformidade

Fig 1 : IRM Mal de Pott.

Osteomielite Específica

Tuberculose

Mal de Pott





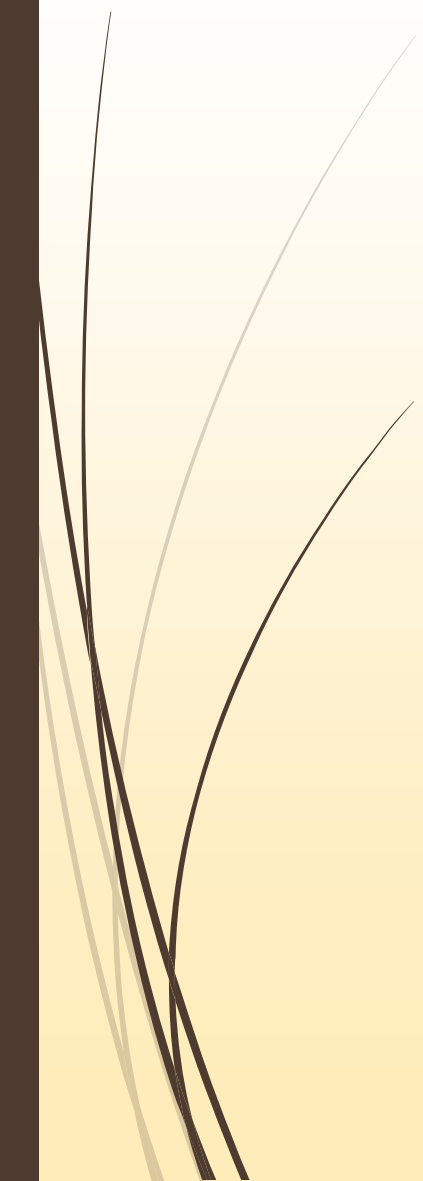
Linfonodos cervicais
(infecção micobacteriana por leite
contaminado – escrófula) necrose caseosa

Diagnóstico

- ▶ Exames laboratoriais (PPD – derivado protéico purificado - teste cutâneo da tuberculina) e PCR (reação em cadeia da polimerase)
- ▶ Indica a exposição ao microorganismo – não a atividade da doença
- ▶ O diagnóstico da doença ativa dever ser confirmado pelas colorações especiais para o microorganismo e pela cultura de tecido infectado ou do escarro



Tratamento

- ▶ Tratamento = Médico – múltiplas drogas
 - ▶ Vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin)
- 

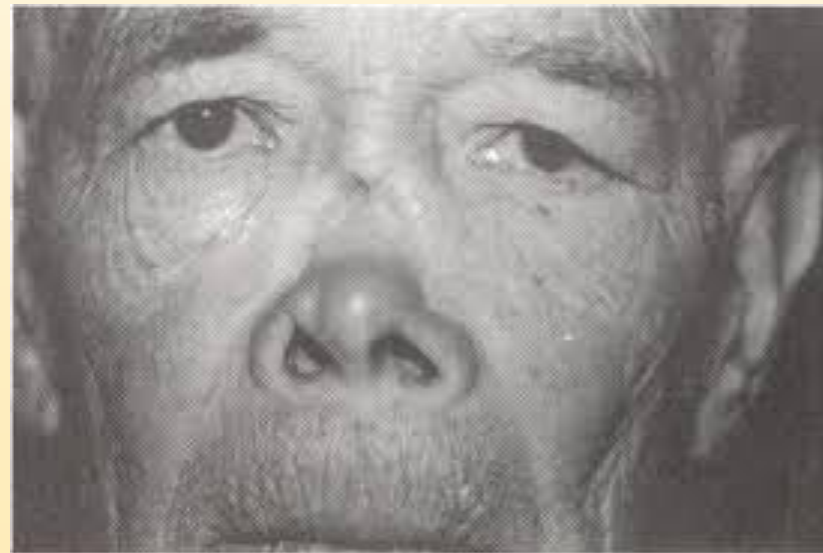
Hanseníase

- ▶ Doença infecciosa crônica causada pelo ***Mycobacterium leprae***
- ▶ Sítio de infecção pode ser a mucosa nasal e orofaríngea
- ▶ Principais locais de lesões são pele, cavidade nasal e palato

Hanseníase Paucibacilar



Hanseníase Multibacilar



Entenda a hanseníase



Fonte: www.morhan.org.br

A doença...

...é transmissível e curável, ataca os nervos periféricos e a pele. Já foi conhecida como lepra, palavra associada a impureza, podridão e repugnância

O tratamento...

...hoje pode ser feito em postos de saúde, sem internação. Os pacientes podem conviver normalmente em sociedade

A causa...

...é um micróbio, o bacilo de Hansen; pode atacar também órgãos como fígado, testículos e olhos

As pessoas...

...curadas, mas com sequelas (deformidades), não transmitem a infecção

Os primeiros...

...sinais da doença são pequenas manchas dormentes e esbranquiçadas ou avermelhadas



O nervo facial e o trigêmeo podem estar envolvidos no processo infeccioso – Paralisia Facial

Facies leonina





NOMA (Cancrum oris, gangrena orofacial, estomatite gangrenosa, Estomatite necrosante)

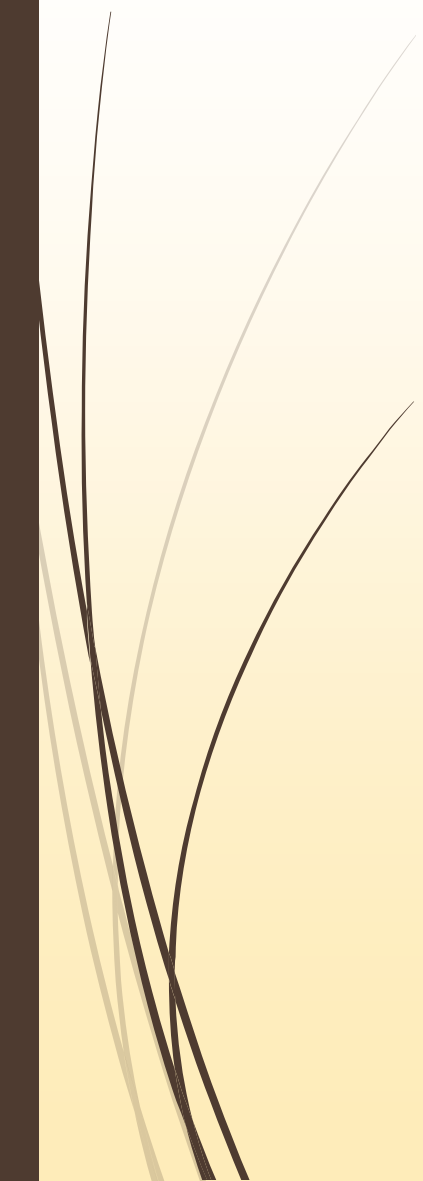
grego – *nomein* = devorar

- Infecção oportunista, de progressão rápida, polimicrobiana, causada por microorganismos da flora oral normal que se tornam patogênicos durante períodos de comprometimento do estado imunológico

Fusobacterium necrophorum* e *Prevotella intermedia



Fatores pré-disponentes

- 
- ▶ Pobreza
 - ▶ Subnutrição ou desidratação
 - ▶ Higiene bucal precária
 - ▶ Condições sanitárias insatisfatórias
 - ▶ Ingestão de água não tratada
 - ▶ Proximidade com criações animais sem tratamento
 - ▶ Doença restante
 - ▶ Doenças malignas
 - ▶ Imunodeficiências, incluindo HIV

- Sarampo pode ser o desencadeante do NOMA
- Início Gengivite ulcerativa necrosante



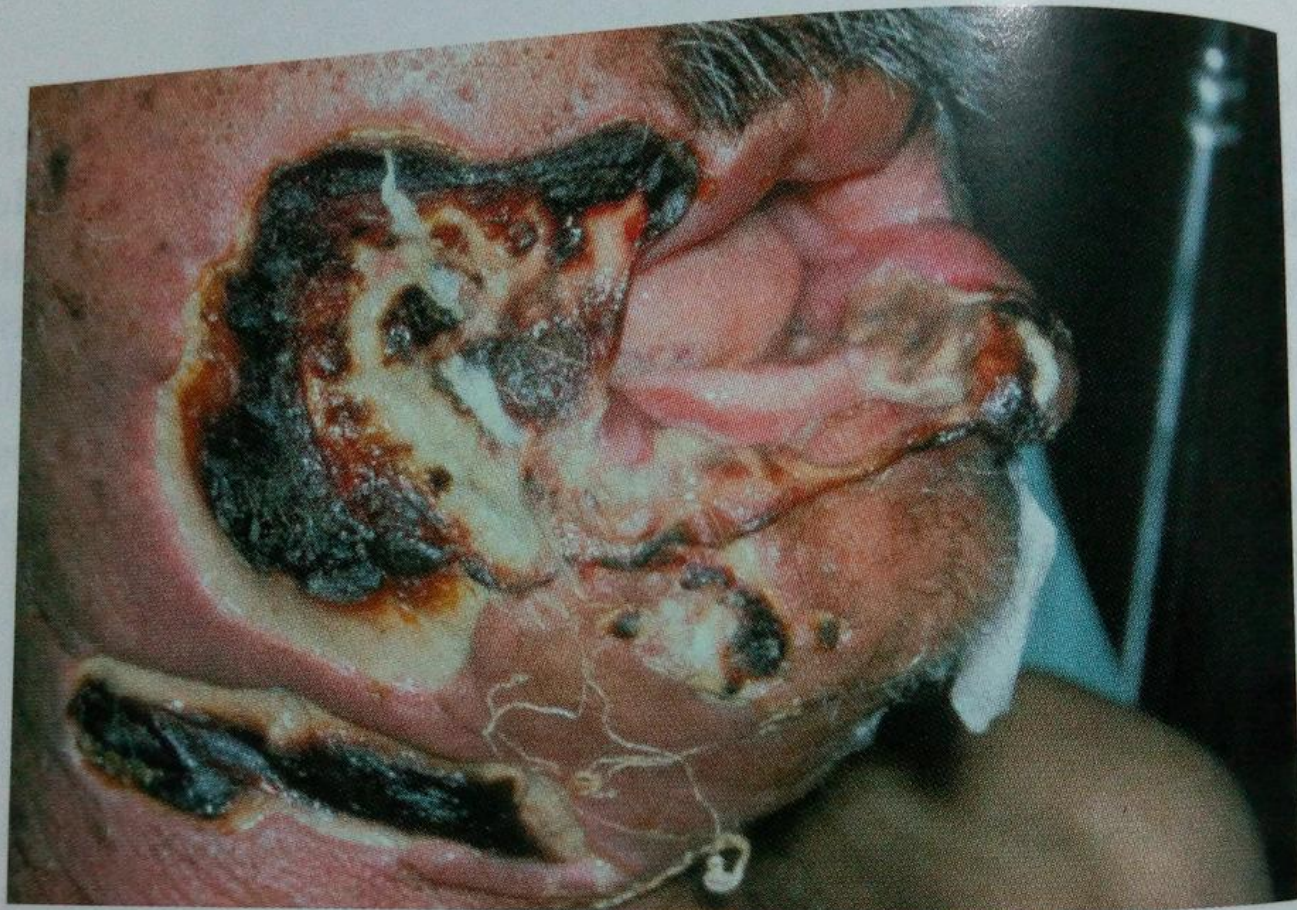
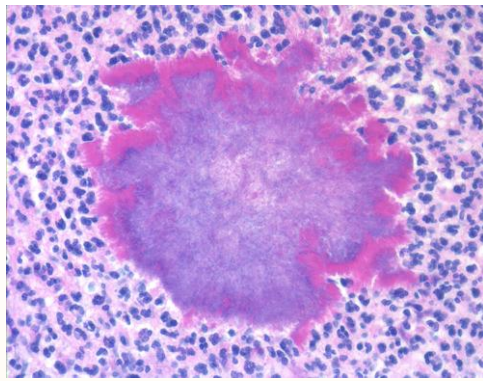


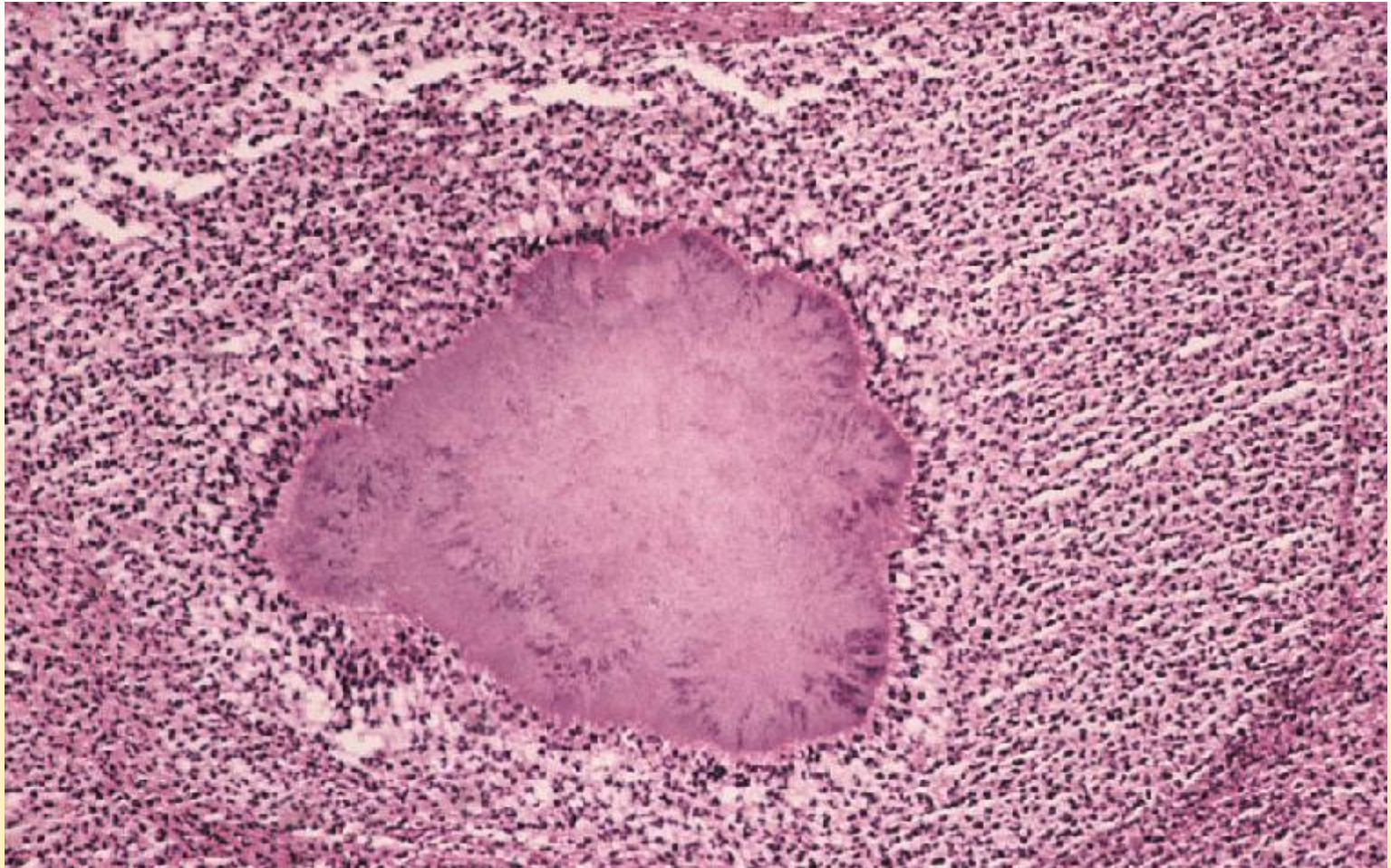
Fig. 5-32 Noma. Necrose orofacial extensa enegrecida na bochecha do lado direito em um paciente imunocomprometido.



ACTINOMICOSE

- Infecção causada por bactérias anaeróbias gram-positivas, filamentosas e ramificadas.
Actinomicetos
- ***Actinomyces israeli*** e ***Actinomyces viscosus***
- Pode se apresentar tanto como uma infecção aguda, com progressão rápida, ou como uma infecção crônica, de disseminação lenta associada à fibrose.
- 55% dos casos região cervicofacial
- A reação supurativa da infecção pode liberar grandes partículas amareladas – **grânulos sulfúricos**

Actinomicose – as colônias consistem em filamentos em forma de clava que formam um padrão de roseta radiada, circundada por leucócitos polimorfonucleares.





Actinomicose

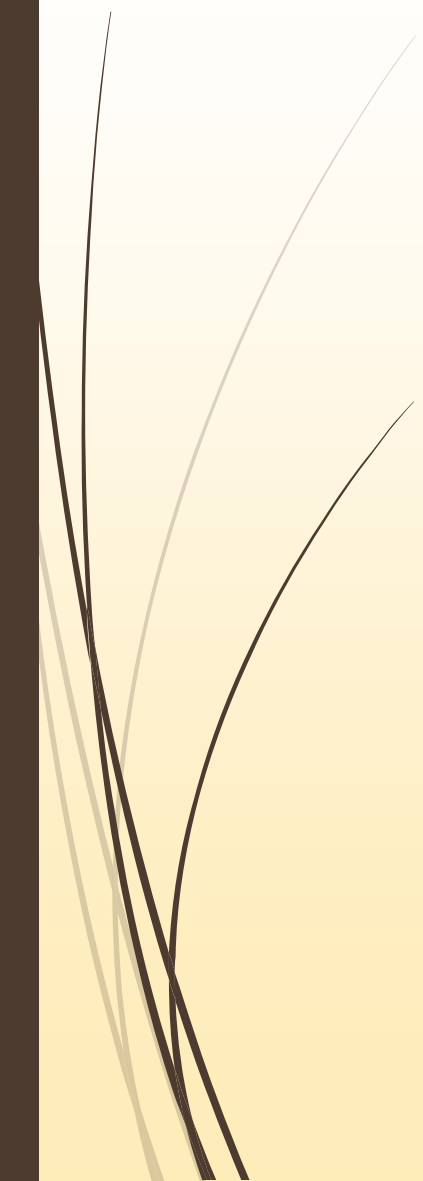
- Penetra no tecido através de uma área de trauma prévio (lesão de tecido mole, bolsa periodontal, dente desvitalizado, alvéolo dentário pós-extração ou amígdala infectada).
- Sítio comuns: região submandibular, submentoniana e geniana
- Área endurecida, com aspecto “lenhoso”, ao final forma área mais macia de abscesso.
- Pode ocorrer osteomielite por actinomicose



Diagnóstico

- ▶ Punção aspirativa por agulha fina

Tratamento

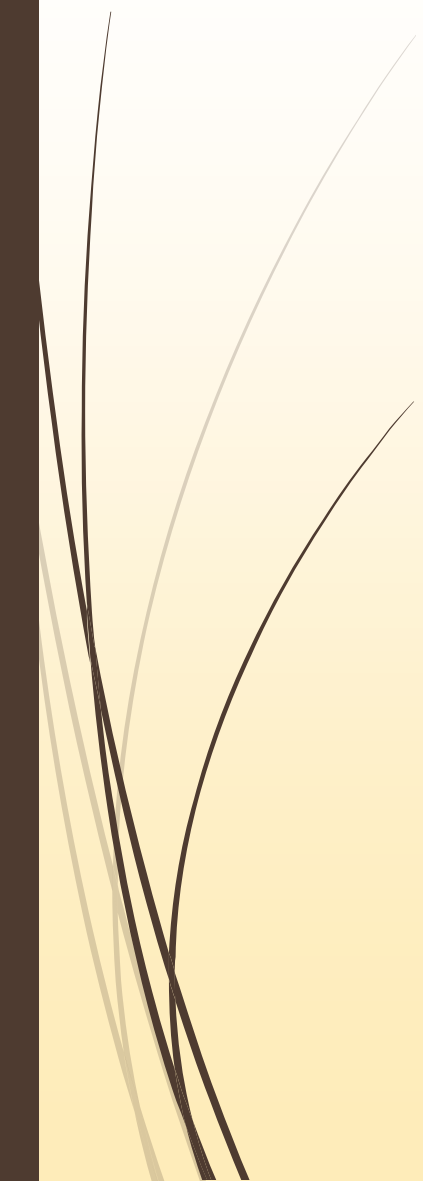
- ▶ Altas doses de antibióticos por tempo prolongado, associado à drenagem do abscesso e excisão da fístula
 - ▶ Penicilinas ou Tetraciclina – 5 a 6 semanas
 - ▶ Em casos de osteomielite – fazer debridamento cirúrgico
 - ▶ Tonsilectomia
- 

Doença por arranhadura do gato

- Doença infecciosa que começa na pele e se dissemina para os linfonodos adjacentes
- Linfadenopatia crônica causada pelo ***Bartonella henselae***
- Surgem após contato com gato filhote (arranhões, lambidas ou mordidas de gatos domésticos)



Características clínicas



- ▶ Lesão de inoculação
- ▶ Adenomegalia
- ▶ Doença disseminada
 - Infecção hepática / baço
 - Infecção do sistema nervoso central
 - Acometimento ocular

Quadro Clínico

3 a 50 dias

⦿ Contato com gato



⦿ Aumento dos linfonodos regionais



3 a 10 dias

⦿ Vesícula / Pápula

Permanece por semanas
(8 a 20 semanas)



⦿ Crostras



⦿ Geralmente únicos

2 a 3 meses



⦿ Resolução espontânea



Sinusite

Sintomas:

- ☐ Sensação de peso na face
- ☐ Dor na face
- ☐ Cefaléias
- ☐ Secreção
- ☐ Odor
- ☐ Halitose bucal



- ❖ Em pacientes saudáveis, os microorganismos bacterianos cultivados de uma sinusite aguda são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*.
- ❖ A sinusite crônica é definida como episódios recorrentes de sinusite aguda ou doença sinusal assintomática que dure mais de 03 meses. Nesses casos as bactérias tendem a ser anaeróbias e são mais encontradas os *Streptococcus*, *Bacteroides* ou *Veillonella spp.*
- ❖ Quando a sinusite surge de uma infecção odontogênica, os microorganismos causadores são usualmente aqueles que predominam nas infecções periodontais e endodônticas e incluem as bactérias como os *Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Prevotella spp.*, *Bacteroides spp.* e *Porphyromonas spp.*

Origem

➤ **Rinogênicas – de origem respiratória – bilateral**

1. Irritativa – catarral (transitória)
2. Infecciosa – secreção purulenta / Necrose mucosa
3. Tumoral - ósseo / mucoso / cistos de retenção

➤ **Odontogênicas – de origem dentária – unilateral**

1. Infecciosa – necrose pulpar/ lesão apical/ osteomielite
2. Tumoral – cistos / tumores
3. Iatrogênicas – corpo estranho com ou sem infecção /
fístula buco-sinusal com ou sem infecção / fístula buco-
sinusal com corpo estranho com ou sem infecção

Por que a radiografia panorâmica fica radiopaca quando o paciente está com sinusite?

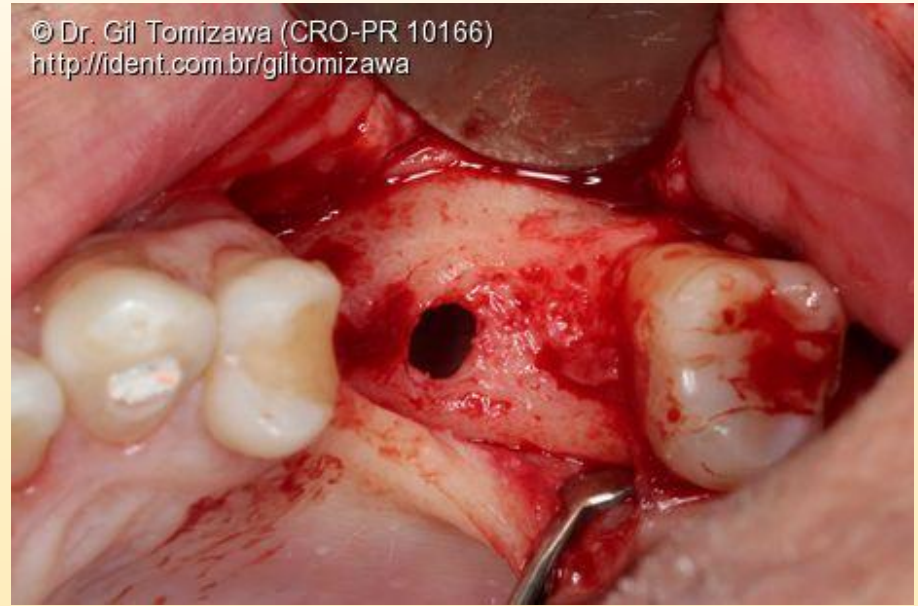
- Mucosa com volume aumentado
- Preenchimento do seio por processo inflamatório



Comunicação buco-sinusal

Em Extrações em área de seio paranasal:

- Rx
- avisar o paciente sobre provável acidente
- manobras cirúrgicas

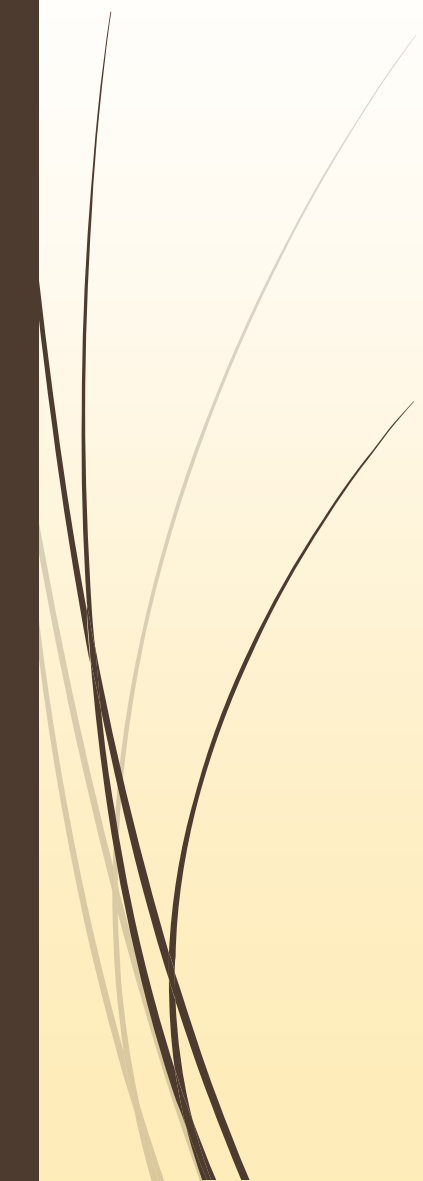


Osteonecrose

- É a necrose do osso. Pode ser na maxila ou mandíbula.
- Tem diferentes etiologias, inclusive podendo ser induzida por medicação.
- Pode resultar em osteomielite.
- Geralmente tem presença de sequestro ósseo exposto, com ou sem dor.
- A osteonecrose relacionada a bifosfonatos, aparece como um trajeto fistuloso persistente e alvéolos que não cicatrizam após a extração são as manifestações comuns, e as radiografias revelam espessamento da lâmina dura e osteoesclerose.



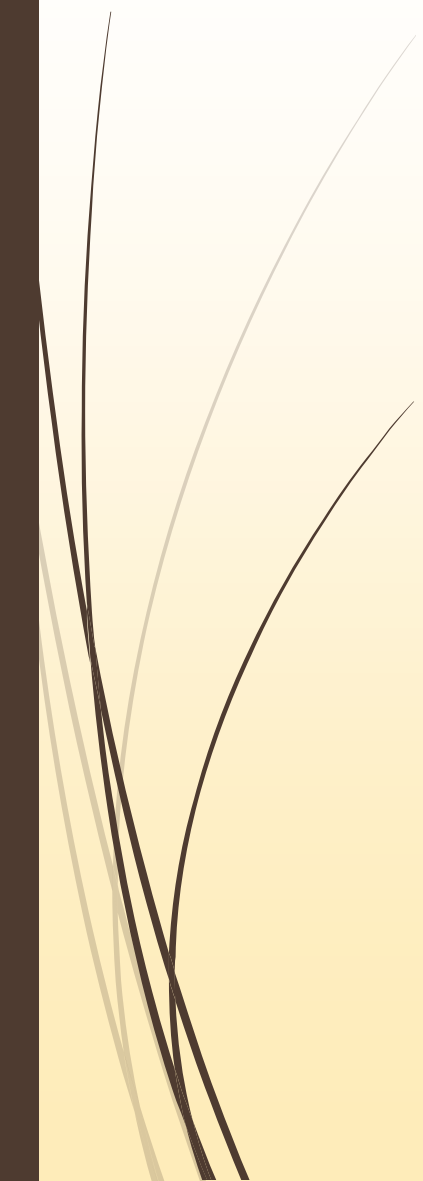
etiologias



- ▶ Induzidas por medicação
- ▶ Por radiação
- ▶ Trauma mecânico
- ▶ Trauma químico (cocaína, materiais dentários cáusticos)
- ▶ Infecção (varicela-zoster, noma ,
estomatite ulcerativa necrotizante,
infecções odontogênicas, doenças
ósseas escleróticas – doenças de Paget,
displasia cemento-óssea, osteopetrose),



tratamento

- ▶ Sequestrectomia
 - ▶ Protocolo Pento (Pentoxifilina e Tocoferol)
- 



Osteorradioneecrose

- Necrose do osso em decorrência da radiação

Ocorre danos aos precursores dos osteoclastos e esclerose dos vasos.

Ocorre após a radioterapia superior a 6000 cGys

Característica clínica: osso exposto

osteorradionecrose



Foto cedida Dr. Fernando da Silva



Foto cedida Dr. Fernando da Silva

Espaço fascial (celulite cérvicofacial)

- ▶ São uma forma de celulite, onde as bactérias se disseminam pelos tecidos moles.
- ▶ Principais: sublingual, submandibular e parafaríngeo.
- ▶ Angina de Ludwig

Fasceíte necrosante

- Infecção potencialmente mortal, incomum, de disseminação rápida, que causa necrose dos tecidos subcutâneos e perda de inserção da pele suprajacente.

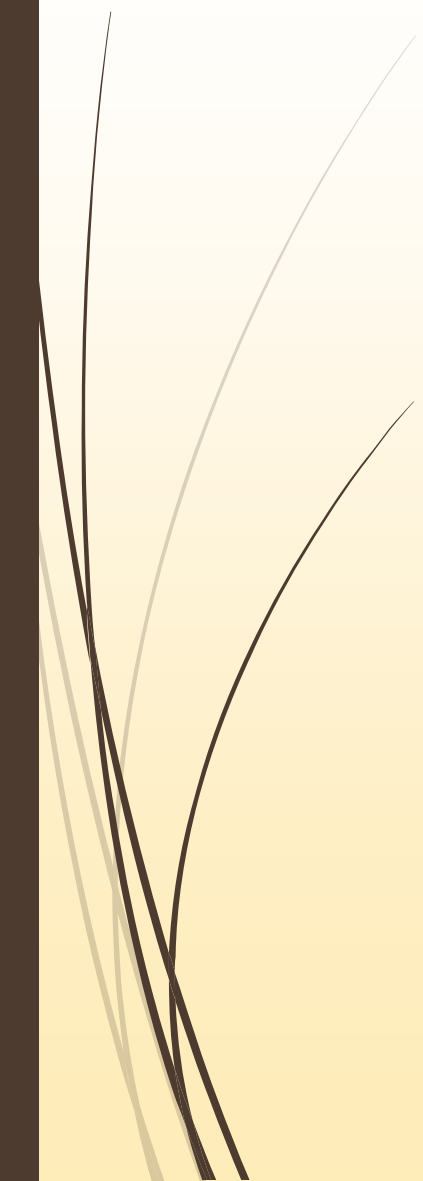




MASSACRES E MORTES



Trombose cavernosa do seio

- Pode ser originária de um dente superior
 - Pode resultar em óbito ou cegueira
 - Edema das pálpebras associado à Exoftalmia pulsátil, devido à obstrução venosa.
 - Cianose, pupila fixa dilatada e movimentos limitados dos olhos
 - Paciente fica com *rigor mortis*, febre alta oscilante e deterioração da visão
- 



Endocardite Bacteriana



ISSN:
Versão impressa: 1806-7727
Versão eletrônica: 1984-5685
Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Jul-Sep;7(3):372-6

Short Communication

Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a Odontologia

Infective endocarditis and antibiotic prophylaxis: an issue that remains controversial in Dentistry

Orlando Cavezzi Junior¹

Tabela I - Recomendações da BSAC (2006) [3] e da AHA (2007) [18]

BSAC	AHA
Condições cardíacas de alto risco que necessitam de profilaxia antibiótica	
Paciente com prévia história de EI Cirurgia de substituição da válvula cardíaca (mecânico ou biológico protético) Desvio construído cirurgicamente sistêmico pulmonar ou conduto	Paciente com prévia história de EI Cardiopatia congênita cianótica não corrigida Portador de prótese cardíaca valvar Cardiopatia congênita cianótica corrigida que evoluiu com lesão residual Cardiopatia congênita corrigida com material protético Valvopatia adquirida em pacientes transplantados cardíacos
Procedimento odontológico que requer profilaxia com antibióticos para as condições acima	
Todos os procedimentos odontológicos que requeiram manipulações dentogengivais	Todos os procedimentos que envolvam manipulação do tecido gengival ou região periapical de dentes ou perfuração da mucosa bucal