



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

USO DE ANTIBIÓTICOS EM ODONTOLOGIA CIRURGIA ORAL MENOR



PREFEITURA DE
CAMPINAS

SECRETARIA
DE SAÚDE

DS

Departamento de
Saúde



Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Lair Zambon
Secretário de Saúde
Deise Fregni Hadich
Secretária Adjunta de Saúde

Departamento de Saúde - SMS Campinas

Sara Sgobin
Diretora de Saúde
Isabella Mantovani Gomes Dias de Oliveira
Cirurgiã-Dentista
Área de Saúde Bucal / Departamento de Saúde

Autor

Rodrigo Calado Nunes e Souza

Médico
Cirurgião-Dentista
Rede Municipal Mário Gatti de Urgência e Emergência Hospitalar

Atualizado em fevereiro de 2022.



PREFEITURA DE
CAMPINAS

SECRETARIA
DE SAÚDE

DS Departamento de
Saúde



1 - Introdução

As infecções odontogênicas constituem um dos agravos em saúde mais difíceis de se tratar em odontologia, podendo variar desde processos localizados e de baixa intensidade (necessitando apenas de tratamento mínimo) até processos disseminados que causam risco à vida dos pacientes.

Os antibióticos utilizados rotineiramente na prática odontológica eliminam a grande maioria dos micro-organismos encontrados na cavidade bucal e são efetivos no tratamento clínico de boa parte das infecções odontogênicas. A escolha do antibiótico deve ser inicialmente baseada no conhecimento geral dos micro-organismos etiológicos habituais em uma condição patológica específica e na seleção de uma droga ao qual esses organismos normalmente sejam sensíveis. Esta prática empírica normalmente resulta em eficácia clínica.

Antibióticos bactericidas são preferíveis em relação aos bacteriostáticos, e a administração concomitante dos dois tipos deve ser evitada já que um pode interferir na ação do outro. Como os antibióticos bactericidas efetuam uma redução no número de micro-organismos presentes, em vez de apenas evitar aumento em seu número, a ação antimicrobiana é menos dependente dos mecanismos de defesa do hospedeiro.

Embora a sensibilidade de um determinado patógeno possa cair dentro do espectro de atividade de vários antibióticos, geralmente é melhor usar um antibiótico de espectro estreito, mais específico ao qual o micro-organismo é sensível. Há duas razões para isso: (1) os antibióticos de pequeno espectro frequentemente são mais eficazes contra grupos específicos de micro-organismos sensíveis do que os antibióticos de amplo espectro; (2) os antibióticos de pequeno espectro produzem menor alteração na microflora normal, reduzindo assim alguns efeitos colaterais.

Apesar da eficácia dos antibióticos, há que se lembrar que as **doenças infecciosas são melhores controladas pela esterilização adequada, manutenção de campo cirúrgico asséptico, antisepsia do profissional e paciente, além da promoção de medidas de melhoria das condições higiênicas e sanitárias do consultório.**

No caso do tratamento das infecções já estabelecidas, deve-se ressaltar que o tratamento com antimicrobianos é um coadjuvante dos procedimentos clínicos, uma vez que a remoção da causa da infecção deve ser priorizada. Além disso, nestes casos recomenda-se o acompanhamento da evolução clínica do paciente (a cada 24 horas),



para que o profissional possa ter um parâmetro adequado para o término da antibioticoterapia após a remissão de sinais e sintomas (geralmente três dias após a intervenção clínica). ***É importante ressaltar que não existem evidências científicas que suportem o conceito de “Ciclo de Resistência da Bactéria”, pelo qual recomendava-se que qualquer uso de antimicrobianos na Odontologia deveria permanecer por um prazo mínimo de 7 dias.***

A duração mais comum das terapias antibióticas em infecções orofaciais é de 7 a 10 dias. Alguns estudos (Flynn et al, 2011; Flynn et al., 2006) lançaram hipóteses de que a duração de 4 dias ou menos combinada com o procedimento cirúrgico adequado, resulta em uma evolução clínica igual ou melhor, o que foi mensurado pelo tempo de resolução, morbidades associadas, seleção de espécimes resistentes ao antibiótico, e custos da terapia. Em revisões sistemáticas, não foram encontradas diferenças clínicas significativas no sétimo dia, em terapias antibióticas de 7 dias ou menos em pacientes submetidos a procedimento cirúrgico adequado. Chardin et al (2009), não encontraram diferenças na cura clínica em pacientes submetidos a intervenção cirúrgica com terapia com amoxicilina 1g por 3 dias versus a mesma terapia por 7 dias. Lewis et al (1986) encontraram resultados semelhantes quando compararam a realização de procedimento cirúrgico seguido de 3g de amoxicilina (2 doses separadas por 12 horas) com penicilina V 250 mg 4 vezes ao dia por 5 dias. **Conclui-se por estes estudos, a necessidade da realização de procedimento cirúrgico para drenagem, e se possível, remoção do foco, em combinação com a terapia antibiótica (“abscesso bom é abscesso drenado com foco infeccioso removido”).**

Ao longo dos anos, estudos demonstraram que existe uma mudança na susceptibilidade aos antibióticos dos micro-organismos isolados em culturas. Embora a maior parte dos estreptococos ainda seja sensível à penicilina, principalmente aqueles mais prevalentes durante os três primeiros dias dos sintomas clínicos, existe um número crescente de gram-negativos anaeróbios obrigatórios (presentes em abundância após o terceiro dia de infecção) que produzem espécimes resistentes à penicilina. Também houve um aumento no número de aeróbios e anaeróbios que são resistentes à clindamicina. Este é um fator que dificulta o desenvolvimento de recomendações/protocolos para terapia antibiótica em infecções orofaciais; no entanto, o uso empírico de antibióticos na forma tradicional ainda permanece como uma excelente opção em casos em que a realização de cultura e antibiograma não são realizados. Desta forma, ***ao utilizarmos a prescrição de forma empírica, nunca***



devemos nos esquecer da possibilidade de existência de micro-organismos resistentes.

Outro ponto fundamental, é não nos esquecermos que a maior parte dos antibióticos não tem a capacidade de atingir o interior do abscesso, uma vez que as cavidades formadas no sítio infeccioso são avasculares. Portanto, a efetividade do antibiótico é baseada na possibilidade de este entrar no abscesso. Neste ponto, fica evidente a vantagem de se drenar precocemente os abscessos, possibilitando a chegada do antibiótico em locais anteriormente sem vascularidade.

A terapia antibiótica específica contra um patógeno é estabelecida a partir dos resultados de cultura e antibiograma. Entretanto, o resultado das culturas só é possível após a realização de uma intervenção cirúrgica e alguns dias de processamento laboratorial, e os pacientes normalmente não podem aguardar por este período pelo início da terapia antibiótica. A terapia empírica para infecções dentárias é baseada no conhecimento dos patógenos mais comuns colhidos em culturas de locais de infecções orais. A penicilina continua sendo o antibiótico de escolha em pacientes ambulatoriais com infecções odontogênicas quando não há história de alergia, especialmente em infecções com duração inferior a 3 dias.

A clindamicina é o antibiótico de escolha para pacientes com alergia à penicilina. Esta também pode ser considerada em infecções com duração superior a 3 dias, nas quais já poderá haver a prevalência de micro-organismos resistentes à penicilina. Na classe de macrolídeos, a azitromicina tem a menor interação com outras drogas e pode ser uma boa opção; porém, a resistência aos macrolídeos também tem sido reportada com maior frequência. As cefalosporinas são consideradas boas opções para tratamento de infecções orofaciais, mas, como as outras, foram relatados com maior frequência a presença de micro-organismos produtores de celalospirinas; além disso, devemos considerar a reação cruzada em pacientes com alergia à penicilina. O metronidazol é uma excelente escolha para o combate a micro-organismos anaeróbios obrigatórios e estudos atuais demonstram sua efetividade em pacientes ambulatoriais, entretanto, ele ainda é mais utilizado em pacientes internados e em combinação com outro antibiótico.



2.0 Questões fundamentais a serem formuladas:

2.1 Os achados clínicos nos fornecem embasamento para o início do uso de antibióticos?

Somente se deve utilizar os antibióticos frente a casos com diagnóstico de infecção. No entanto, mesmo nestes casos, deve-se avaliar se a terapia antimicrobiana terá efeitos benéficos na história natural da doença. Caso a utilização da medicação favoreça a resolução do problema em tempo consideravelmente mais curto e promova o alívio acentuado dos sintomas, seu uso deve ser fortemente considerado.

Uma avaliação de relação custo benefício deve ser feita comparando-se o uso dos antibióticos com outras medidas terapêuticas como antissepsia do local, irrigação e desbridamento, remoção do fator causal e uso de antissépticos orais.

2.2 Qual o agente causal da infecção?

Como o exame de cultura e antibiograma não são exames de fácil execução e necessitam de um tempo relativamente longo para obtenção dos resultados, utilizamos comumente a prática empírica para uso dos antibióticos, baseados em critérios estatísticos da prevalência dos micro-organismos causadores de um dado processo, em dada localização.

2.3. Qual antimicrobiano a ser escolhido?

Dispomos de diversos produtos que são eficazes contra os agentes infecciosos bucais. Devemos escolher dentre estes aqueles que possuem melhor eficácia terapêutica (bactericidas), com menor risco toxicológico, e que sejam acessíveis economicamente ao paciente e que tenham a forma mais cômoda de administração e posologia.



Antibióticos Disponíveis na Rede Municipal de Saúde de Campinas (segundo dados listados na página da farmacovigilância do município em janeiro de 2022).

AMOXICILINA 50MG/ML SUSP ORAL
AMOXICILINA 500 MG COMPRIMIDO
AMOXICILINA 250MG/5ML CLAVULANATO DE POTASSIO 62,5 MG/5 ML SUSP ORAL
AMOXICILINA 500MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125MG COMPRIMIDO
AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO
CEFALEXINA 250 MG/5ML SOL ORAL
CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO
CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO
CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO
CLINDAMICINA 300 MG COMPRIMIDO
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO
SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIM COMPRIMIDO (400+80)
SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIM SUSP (4%+8%)



2.3.1. Há fatores do hospedeiro determinantes de escolha ou esquemas especiais? Verificar.

- idade
- gravidez
- lactação
- insuficiência hepática e renal
- hipersensibilidade aos fármacos
- gravidade da doença
- terapia prévia da mesma infecção com antimicrobianos
- imunossupressão

2.3.2. Como deve ser prescrito:

- Prescrição escrita obrigatória, sem rasuras, legível, contendo instruções claras ao paciente sobre a posologia.
- Atentar para a posologia e duração do tratamento. **A duração normalmente é estendida até dois ou três dias após o desaparecimento das manifestações clínicas**.** Pacientes tendem a utilizar de forma correta os medicamentos que possuem posologia mais confortável, com redução no número de aplicações/tomadas.

** caso o controle clínico da evolução do processo infeccioso por meio de consultas de retorno não seja possível, recomenda-se a uso de antibiótico pelos períodos médios de 7 a 10 dias, de acordo com a prática clínica anteriormente consagrada. No entanto, **é altamente recomendado a reavaliação do paciente em 1 ou 2 dias em caso de infecções mais severas**, para avaliação da efetividade da terapia (lembrar-se da possibilidade de existência de bactérias resistentes). A orientação dos pacientes em relação aos sinais e sintomas de alerta pode tornar o controle do agravamento da infecção mais efetivo.



2.3.3 Associação de antimicrobianos:

Devemos sempre que possível lançar mão da monoterapia (menor custo, menores possibilidades de reações adversas, impossibilidade de efeito antagônico).

Indica-se o uso de associações quando se necessita do aumento do espectro de sensibilidade bacteriana, limitação da emergência de resistência bacteriana e possibilidade de utilização de doses menores de cada antibiótico, evitando assim uma maior toxicidade.

A associação em odontologia é restrita a infecções mais graves que evoluem de forma indesejada. Normalmente indicada em terapias intra-hospitalares.

2.4 Acompanhamento clínico:

Após 48 a 72 horas se espera uma melhora clínica com desaparecimento dos sinais e sintomas agudos, com melhora na sintomatologia, diminuição da tumefação e hiperemia, e involução dos linfonodos adjacentes. Nos casos que cursam com febre, esta também deve desaparecer.

Caso não haja melhora neste período, a terapia deve ser reavaliada **(muito importante orientar o paciente sobre a necessidade de procurar a unidade de saúde em caso de piora apesar da instituição da terapia).**



Indicações para encaminhamento a um especialista

- Infecção de progressão rápida
 - Dificuldade de deglutição
 - Dificuldade respiratória
 - Alteração da voz
- Envolvimento de múltiplos espaços fasciais, desvio da úvula, tumefação importante em região cervical
 - Temperatura corporal elevada (acima de 38° C)
- Sinais de Sepsis (taquicardia, febre, hipotensão, alteração do nível de consciência)
- Trismo acentuado (abertura menor que 10 mm)
 - Aparência tóxica
- Comprometimento das defesas do paciente

*A avaliação inicial é fundamental para estipular a gravidade do quadro, com questionamentos sobre possíveis quadros de **imunossupressão** (diabetes/HIV/uso crônico de corticoides), e exame clínico criterioso em busca de **sinais de gravidade**.*



USO DE ANTIBIÓTICOS EM CIRURUGIA ORAL MENOR (situações específicas)

Recomendações baseadas nas medicações disponíveis na rede municipal de saúde de Campinas

Pericoronarite:

Leve:
Irrigação local com substância antisséptica (preferencialmente clorexidine 0,12%) para remoção de restos alimentares, produtos inflamatórios e efeito bactericida local. Prescrição de analgésico ou anti-inflamatório (cuidado para não mascarar sinais flogísticos da infecção). Repetir o procedimento diariamente até melhora do quadro em 1 a 3 dias).
Moderada - repetir os procedimentos acima e instituir terapia com:
amoxicilina (500 mg) Via oral 8/8h (1ª escolha)
cefalexina (500mg) Via oral 6/6h (2ª escolha)
Pacientes alérgicos à penicilina:
clindamicina (300 mg) VO 6/6 h (1ª escolha)
azitromicina (500 mg) VO 1x ao dia (2ª escolha)
claritromicina (500 mg) VO 12/12 h (3ª escolha)
Pacientes incapazes de fazer terapia via oral:
Despaxilina 400.000 UI IM + Benzilpenicilina Benzatina (Bezetalil) 1.200.000 UI IM (dose única)
Pacientes alérgicos à penicilina e impossibilitados de fazer terapia por via oral:
clindamicina (600 mg) IM 2x ao dia ou internação para medicação EV
Avançada:
Quadros avançados com disfagia e odinofagia (dificuldade e dor para deglutir), dificuldade respiratória, trismo acentuado podem mascarar um quadro de disseminação por espaços oro e retrofaríngeos. Encaminhar com urgência para avaliação de especialista. Necessidade de tomografia.

Alveolite seca:

Irrigação local com substância antisséptica (preferencialmente clorexidine 0,12%) para remoção de restos alimentares, produtos inflamatórios e efeito bactericida local. Caso necessário realizar desbridamento para remoção de corpo estranho e coágulo desorganizado. Prescrição de analgésico ou anti-inflamatório (cuidado para não mascarar sinais flogísticos da infecção). Repetir o procedimento diariamente até melhora do quadro em 1 a 3 dias).
--



Alveolite infecciosa (com presença de pus):

Não disseminada:
Irrigação local com substância antisséptica (preferencialmente clorexidine 0,12%) para remoção de restos alimentares, produtos inflamatórios e efeito bactericida local. Caso necessário realizar desbridamento para remoção de corpo estranho e coágulo desorganizado. Prescrição de analgésico ou anti-inflamatório (cuidado para não mascarar sinais flogísticos da infecção). Repetir o procedimento diariamente até melhora do quadro em 1 a 3 dias). Quadros de alveolite tendem a responder satisfatoriamente a terapia de desbridamento e irrigação local.
amoxicilina (500 mg) Via oral 8/8h (1ª escolha)
cefalexina (500mg) Via oral 6/6h (2ª escolha)
Pacientes alérgicos à penicilina:
clindamicina (300 mg) VO 6/6 h (1ª escolha)
azitromicina (500 mg) VO 1x ao dia (2ª escolha)
claritromicina (500 mg) VO 12/12 h (3ª escolha)
Pacientes incapazes de fazer terapia via oral:
Despaxilina 400.000 UI IM + Benzilpenicilina Benzatina (Bezetalil) 1.200.000 UI IM (dose única)
Pacientes alérgicos à penicilina e impossibilitados de fazer terapia por via oral:
clindamicina (600 mg) IM 2x ao dia ou internação para medicação EV
Moderada (com disseminação local)
Repetir os procedimentos acima, reavaliar quadro em intervalos menores. Caso necessário, encaminhar ao especialista.
Avançada:
Quadros avançados com disfagia e odinofagia (dificuldade e dor para deglutir), dificuldade respiratória, trismo acentuado podem mascarar um quadro de disseminação por espaços oro e retrofaríngeos. Encaminhar com urgência para avaliação de especialista.

Fratura dento alveolar (avulsão e extrusão com reposicionamento):

Não disseminada:
Irrigação local com soro fisiológico sem danificação de estruturas periodontais. Remoção de corpos estranhos e debrís traumáticos. Reimplantação ou reposicionamento. Caso necessário realizar desbridamento para remoção de coágulo desorganizado. Prescrição de analgésico, anti-inflamatório e antibiótico.
amoxicilina (500 mg) Via oral 8/8h (1ª escolha)
cefalexina (500mg) Via oral 6/6h (2ª escolha)
Pacientes alérgicos à penicilina:
clindamicina (300 mg) VO 6/6 h (1ª escolha)
azitromicina (500 mg) VO 1x ao dia (2ª escolha)
claritromicina (500 mg) VO 12/12 h (3ª escolha)



Pacientes incapazes de fazer terapia via oral:
despaciлина (400.00 UI) IM
Pacientes alérgicos à penicilina e impossibilitados de fazer terapia por via oral:
clindamicina (600 mg) IM 2x ao dia ou internação para medicação EV

Abscessos localizados:

Não disseminada:
Drenagem do abscesso com envolvimento de todas as suas lojas, instalação de dreno de Penrose, reavaliação em 48 horas. Se possível, remoção do foco infeccioso.
amoxicilina (500 mg) Via oral 8/8h (1ª escolha)
cefalexina (500mg) Via oral 6/6h (2ª escolha)
Pacientes alérgicos à penicilina:
clindamicina (300 mg) VO 6/6 h (1ª escolha)
azitromicina (500 mg) VO 1x ao dia (2ª escolha)
claritromicina (500 mg) VO 12/12 h (3ª escolha)
Pacientes incapazes de fazer terapia via oral:
Despaciлина 400.000 UI IM + Benzilpenicilina Benzatina (Bezeticil) 1.200.000 UI IM (dose única)
Pacientes alérgicos à penicilina e impossibilitados de fazer terapia por via oral:
clindamicina (600 mg) IM 2x ao dia ou internação para medicação EV
Moderada (com disseminação local)
- Repetir os procedimentos acima, reavaliar quadro em intervalos menores. Caso necessário, encaminhar ao especialista.
Avançada:
Quadros avançados com disfagia e odinofagia (dificuldade e dor para deglutir), dificuldade respiratória, trismo acentuado podem mascarar um quadro de disseminação por espaços oro e retrofaríngeos. Encaminhar com urgência para avaliação de especialista.



Abscessos disseminados pelos espaços fasciais (celulite/angina de Ludwig):

Encaminhamento imediato para atendimento hospitalar para rápido diagnóstico de infecções graves.

As infecções graves disseminam-se pelos espaços fasciais profundos não perceptíveis ao exame clínico de rotina (orofaríngeo, pré traqueal, retrofaríngeo, retro-orbital, infra orbital...) com risco de trombose de seio cavernoso, fechamento de vias aéreas, rompimento de abscesso com aspiração de pus, evolução pra mediastinite, choque séptico e morte. Devido à gravidade de todas as complicações, com sérios riscos à vida do paciente, este deve passar por avaliação clínica criteriosa, realizar exames de imagem como tomografia, fazer drenagem sob sedação, receber hidratação parenteral e uso de antibiótico EV, e manutenção de vias aéreas (possibilidade de intubação orotraqueal e/ou traqueostomia). Todos estes procedimentos são realizados em nível hospitalar.



RESUMO

Casos em que o uso de antibiótico é desnecessário:

- Abscesso crônico bem localizado (fístula gengival)
- Abscessos reduzidos situados do lado vestibular (abscesso periodontal)
- Alveolite seca (dolorosa)
- Pericoronarite branda

Indicações para uso dos antibióticos:

- Aumento de volume de evolução rápida
- Tumefação difusa
- Comprometimento das defesas do hospedeiro (imunossupressão)
- Envolvimento dos espaços fasciais
- Pericoronarite moderada e grave
- Osteomielite

PROFILAXIA DA INFECÇÃO

Padronização de Medidas de Assepsia e Antissepsia Pré-operatória:

* todo procedimento deve ser iniciado após lavagem correta das mãos e o uso de luvas estéreis é obrigatório.

1 – Antissepsia intra oral:

- bochecho com clorexidine **0,12%** por 1 a 2 minutos

2 – Antissepsia extra oral:

- Clorexidine **2%** tópica ou PVPI tópico para antissepsia de pele envolvendo toda a região peribucal com extensão submandibular e nasal. Ao usar PVPI, questionar sobre alergia à iodo, que contra-indica seu uso.

3 - Uso de campos cirúrgicos para manutenção de campo asséptico e prevenção de acidentes com material perfuro cortante.



Profilaxia da Endocardite Bacteriana (causada por bacteremia de origem bucal)

Tabela 1. Condições cardíacas associadas com alto risco de desenvolvimento de endocardite Bacteriana para as quais é necessário realizar profilaxia antibiótica anterior a procedimentos odontológicos invasivos.

Prótese de Valva Cardíaca ou Material Protético utilizado para reparo de Valva Cardíaca

-Endocardite Infeciosa Prévia

-Doenças Cardíacas Congênitas* (DCC)

DCC Cianótica não reparada, incluindo shunts e comunicações

Defeito Cardíaco Congênito reparado com material ou dispositivo protético, inserido por procedimento cirúrgico ou cateter, durante os 6 primeiros meses após o procedimento. **

DCC reparada com permanência de defeitos residuais no local ou adjacente ao local do reparo protético (o que impede a formação de tecido endotelial)

-Transplantados cardíacos que desenvolveram valvopatia

*Exceto para as condições citadas acima, a profilaxia antibiótica não é mais indicada para nenhuma outra forma de DCC.

**A profilaxia é indicada porque a endotelização do material protético ocorre em aproximadamente 6 meses após o procedimento.

Tabela 2. Procedimentos dentários para os quais a Profilaxia para Endocardite é recomendável, em pacientes com doença valvar cardíaca que possuam uma das condições citadas acima:

Todos os procedimentos que envolvem a manipulação de tecido gengival ou a região periapical do dente ou a perfuração da mucosa oral.*

*Os procedimentos listados a seguir não necessitam de profilaxia para EI: injeções anestésicas de rotina em tecidos não infectados, radiografias odontológicas, instalação de prótese removível ou aparelhos ortodônticos, ajuste do aparelho ortodôntico, colagem de brackets, queda de dentes decíduos, e sangramento por trauma em lábios ou mucosa oral.



Tabela 3. Prescrições de Profilaxia antes de Procedimentos Dentários

Situação	Agente	Regime: dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento	
		Adultos	Crianças
Oral	Amoxicillina	2 g	50 mg/kg
Incapazes de tomar	Ampicillina ou	2 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
Por VO	Cefazolina ou Ceftriaxone	1 g IM or IV	50 mg/kg IM ou IV
Alérgicos à penicilina ou ampicilina oral***	Cefalexina* ou	2 g	50 mg/kg
	Azitromicina ou Claritromicina	500 mg	15 mg/kg
	ou Doxiciclina	100 mg	<45 kg (2,2mg/kg) >45 kg (100 mg)
Alérgicos à penicilina ou ampicilina e incapazes de tomar medicação por via oral	Cefazolina ou Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 g/kg IM ou IV

Clindamicina não é mais recomendado como antibiótico profilático para procedimentos dentários.

IM intramuscular; IV, intravenosa.

*Ou outro de primeira ou segunda geração das cefalosporinas orais em dose adulta ou pediátrica equivalente.

† Cefalosporinas não devem ser utilizadas em pacientes com histórias de anafilaxia, angioedema ou urticária com penicilinas ou ampicilinas.



Referências:

este guia é baseado em informações colhidas nos artigos abaixo mencionados, associadas à prática clínica e indicações de antibioticoterapia de acordo com as medicações disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde – não há neste trabalho a intenção de produção de revisão sistemática e discussão de terapias não pertinentes à rotina diária dos cirurgiões do município

1. <http://www.heart.org>
2. Antimicrobial Therapy in Management of Odontogenic Infections in General Dentistry. Holmes CJ, Pellecchia R. Dent Clin North Am. 2016 Apr;60(2):497-507
3. Flynn TR, Shanti RM, Levi MH, et al. Severe odontogenic infections, part 1: prospective report. J Oral Maxillofac Surg 2006;64:1093.
4. Chardin H, Yasukawa K, Nouacer N, et al. Reduced susceptibility to amoxicillin of oral streptococci following amoxicillin exposure. J Med Microbiol 2009;58(Pt 8): 1092–7.
5. Flynn T. What are the antibiotics of choice for odontogenic infections, and how long should the treatment course last? Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2011;23(4):519–36
6. Lewis MA, McGowan DA, MacFarlane TW. Short course high-dosage amoxicillin in the treatment of acute dento-alveolar abscess. Br Dent J 1986;161(8):299–302
7. Writing Committee Members, Otto, C. M., Nishimura, R. A., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin III, J. P., ... & Toly, C. (2021). 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American*

