

**ENDOCARDITE
INFECCIOSA: ASPECTOS
PRÉ-CLÍNICOS,
ODONTOLÓGICOS E
IMAGINOLÓGICOS,
FATORES DE RISCO,
PREVENÇÃO E PROFILAXIA
ANTIBIÓTICA**

**INFECTIVE ENDOCARDITIS: PRECLINICAL, DENTAL AND IMAGING
ASPECTS, RISK FACTORS, PREVENTION AND ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS**

Ciências da Saúde • 13/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791823660](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791823660)

Rogério Hernandes¹

Márcio Hideo Fugita²

RESUMO

A endocardite infecciosa (EI) constitui uma infecção potencialmente grave do endocárdio, particularmente das estruturas valvares, podendo apresentar elevada morbimortalidade mesmo diante dos avanços diagnósticos e terapêuticos. A cavidade oral representa uma importante fonte de bacteremia transitória, principalmente em indivíduos com doença periodontal, focos periapicais e outras condições odontogênicas. Entretanto, a ocorrência de bacteremia após procedimentos odontológicos deve ser compreendida no contexto da exposição bacteriana cotidiana, uma vez que atividades como mastigação e higiene oral também podem produzir episódios transitórios de bacteremia. O presente trabalho aborda aspectos pré-clínicos, fatores de risco, microbiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento da EI, com ênfase na participação odontológica. São discutidos pacientes portadores de próteses valvares, dispositivos e materiais intracardíacos, doenças valvares e demais condições associadas ao maior risco de EI. Destaca-se a importância da avaliação odontológica e imaginológica prévia, incluindo radiografias panorâmicas, periapicais e, quando indicada, tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT), especialmente na investigação de lesões periapicais, alterações periodontais e lesões com solução de continuidade da cortical óssea. A profilaxia antibiótica deve ser reservada aos pacientes e procedimentos definidos pelas diretrizes aplicáveis, evitando-se seu uso indiscriminado. Conclui-se que a prevenção da EI depende da integração entre cardiologia, odontologia e diagnóstico por imagem, associada ao controle adequado dos focos infecciosos e à utilização criteriosa de antibióticos.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; Bacteremia; Profilaxia antibiótica; Odontologia; Radiologia odontológica; Tomografia

computadorizada de feixe cônico; Implantes dentários; Próteses valvares.

ABSTRACT

Infective endocarditis (IE) is a potentially severe infection of the endocardium, particularly affecting cardiac valves, and may result in substantial morbidity and mortality despite advances in diagnosis and treatment. The oral cavity represents an important source of transient bacteremia, particularly in patients with periodontal disease, periapical lesions, and other odontogenic conditions. However, bacteremia following dental procedures should be interpreted within the broader context of daily bacteremia, since routine activities such as chewing and toothbrushing may also produce transient bacteremia. This narrative review discusses the preclinical aspects, risk factors, microbiology, diagnosis, prevention, and treatment of IE, emphasizing the role of dentistry. Patients with prosthetic valves, intracardiac devices or materials, valvular disease, and other high-risk conditions are addressed. The importance of dental and imaging assessment is emphasized, including panoramic and periapical radiography and, when clinically indicated, cone-beam computed tomography (CBCT), particularly for the investigation of periapical lesions, periodontal disease, and lesions associated with cortical bone discontinuity. Antibiotic prophylaxis should be restricted to patients and procedures defined by applicable guidelines, avoiding indiscriminate use. Prevention of IE requires coordinated cardiovascular, dental, and imaging assessment, adequate control of oral infectious foci, and rational antibiotic stewardship.

Keywords: Infective endocarditis; Bacteremia; Antibiotic prophylaxis; Dentistry; Dental radiology; Cone-beam computed tomography; Dental implants; Prosthetic valves.

1. INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa é uma doença caracterizada pela colonização e infecção do endocárdio, frequentemente envolvendo as valvas cardíacas. Sua evolução pode resultar em destruição valvar, insuficiência cardíaca, fenômenos embólicos, abscessos perivalvares, alterações de condução e outras complicações sistêmicas.

Embora a EI seja relativamente incomum quando comparada a outras doenças cardiovasculares, sua gravidade justifica estratégias preventivas direcionadas aos indivíduos que apresentam maior risco de desenvolver formas graves da doença.

A relação entre odontologia e EI é particularmente relevante porque a cavidade oral pode atuar como fonte de bacteremia. Entretanto, a associação entre procedimento odontológico e endocardite não deve ser interpretada de maneira simplista. A bacteremia também pode ocorrer repetidamente durante atividades fisiológicas e cotidianas, especialmente quando existe doença periodontal ou higiene oral inadequada.

Assim, a prevenção não deve se limitar à administração de antibióticos antes de determinados procedimentos. A manutenção da saúde bucal, o diagnóstico precoce de focos infecciosos, o tratamento periodontal e endodôntico adequado e a eliminação de infecções odontogênicas constituem componentes fundamentais da estratégia preventiva.

Nesse contexto, o diagnóstico por imagem possui papel importante, especialmente na identificação de alterações periapicais e periodontais que podem não apresentar manifestações clínicas exuberantes.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com abordagem multidisciplinar envolvendo cardiologia, infectologia, odontologia, cirurgia buco-maxilo-facial e radiologia odontológica.

Foram considerados documentos científicos e recomendações de sociedades médicas e odontológicas relacionados à endocardite infecciosa, bacteremia de origem oral, profilaxia antibiótica, doenças valvares, próteses cardíacas, procedimentos odontológicos e diagnóstico por imagem.

Foram priorizadas diretrizes contemporâneas e trabalhos científicos relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento da endocardite infecciosa, além de estudos sobre bacteremia associada a procedimentos odontológicos e à atividade diária.

3. ASPECTOS PRÉ-CLÍNICOS DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

A instalação da EI depende da interação entre três elementos principais: a presença de microrganismos capazes de alcançar a corrente sanguínea, uma superfície cardíaca suscetível à colonização e condições que favoreçam a adesão e proliferação bacteriana.

Lesões endoteliais podem favorecer a deposição de plaquetas e fibrina, criando uma superfície potencialmente suscetível à colonização quando ocorre bacteremia.

A doença pode apresentar evolução aguda ou subaguda, dependendo do microrganismo, da condição cardíaca subjacente e das características do hospedeiro.

Entre os agentes etiológicos mais importantes encontram-se:

- *Staphylococcus aureus*;
- estreptococos do grupo viridans;
- estreptococos do grupo *Streptococcus gallolyticus*;
- enterococos;
- estafilococos coagulase-negativos, particularmente em determinadas infecções relacionadas a próteses e dispositivos;
- microrganismos do grupo HACEK;
- fungos, em situações específicas.

A etiologia varia conforme o contexto clínico, a presença de material protético, hospitalização, uso de dispositivos intracardíacos e outros fatores.

4. BACTEREMIA E CAVIDADE ORAL

A bacteremia transitória pode ocorrer após procedimentos odontológicos que manipulam tecidos gengivais ou regiões periapicais. Contudo, episódios de bacteremia também podem ocorrer durante escovação dentária, uso de fio dental, mastigação e outras atividades rotineiras.

Esse aspecto modifica a compreensão tradicional de que a prevenção da EI dependeria exclusivamente da administração de antibióticos antes de procedimentos odontológicos.

A presença contínua de inflamação gengival ou periodontal pode proporcionar uma carga bacteriana cumulativa significativa. Portanto, o controle da doença periodontal e a manutenção de uma boa higiene oral representam medidas preventivas importantes.

A prevenção deve ser entendida como uma estratégia contínua de redução da exposição bacteriana, e não apenas como uma intervenção farmacológica pontual.

5. PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Entre as condições associadas a maior risco de complicações decorrentes da EI destacam-se:

- presença de prótese valvar cardíaca;
- material protético utilizado em reparo valvar;
- antecedente de endocardite infecciosa;
- determinadas cardiopatias congênitas;
- determinados dispositivos ou materiais intracardíacos;
- algumas doenças valvares;
- situações específicas de imunossupressão ou exposição hospitalar.

A magnitude do risco deve ser individualizada.

É importante diferenciar:

1. risco de desenvolver endocardite;
2. risco de evolução grave caso a endocardite ocorra;
3. indicação ou não de profilaxia antibiótica para determinado procedimento.

Esses três conceitos não são necessariamente equivalentes.

6. PACIENTES COM PRÓTESES VALVARES E MATERIAL INTRACARDÍACO

Pacientes portadores de próteses valvares cardíacas constituem um grupo de particular importância para a odontologia.

A presença de material protético pode alterar o risco de infecção e as consequências clínicas da EI. Por essa razão, o planejamento de procedimentos odontológicos invasivos deve considerar a condição cardiovascular do paciente.

Antes de procedimentos odontológicos com potencial de bacteremia significativa, é recomendável que o cirurgião-dentista obtenha informações sobre:

- diagnóstico cardiovascular;
- tipo de prótese valvar;
- histórico de endocardite;
- existência de material protético;

uso de anticoagulantes ou antiagregantes;

- histórico de alergias medicamentosas;
- recomendações previamente estabelecidas pelo cardiologista.

Quando houver dúvida quanto à condição cardiovascular ou à indicação de profilaxia, a comunicação com o cardiologista ou equipe assistente é fundamental.

7. AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA DO PACIENTE COM RISCO CARDÍACO

O exame odontológico deve procurar possíveis focos infecciosos e condições que favoreçam bacteremia recorrente.

A avaliação deve incluir:

- exame periodontal;
- avaliação de dentes com perda de estrutura;
- testes pulpares quando indicados;
- avaliação de dentes tratados endodonticamente;
- investigação de lesões periapicais;
- avaliação de terceiros molares e dentes parcialmente irrompidos;
- exame de tecidos moles;
- identificação de infecções odontogênicas;

- avaliação de dentes com prognóstico comprometido.

A indicação de extração deve ser baseada no prognóstico do elemento dental, na condição clínica, periodontal, endodôntica e restauradora e nos achados imaginológicos.

A simples presença de uma imagem radiolúcida periapical não significa automaticamente que o dente deva ser extraído.

8. DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA PREVENÇÃO E NO PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO

O diagnóstico por imagem possui papel complementar à avaliação clínica.

A radiografia panorâmica pode fornecer uma visão geral dos maxilares, permitindo identificar:

- dentes ausentes;
- dentes inclusos;
- alterações periapicais;
- perda óssea periodontal;
- lesões ósseas;
- alterações relacionadas a tratamentos endodônticos;
- restos radiculares;
- alterações de terceiros molares;

- outras condições que necessitem de investigação complementar.

As radiografias periapicais apresentam maior detalhamento de determinada região dentoalveolar e podem ser particularmente úteis na investigação de suspeitas periapicais.

A tomografia computadorizada de feixe cônico deve ser solicitada quando houver indicação clínica e quando a informação tridimensional puder modificar o diagnóstico, prognóstico ou planejamento terapêutico.

9. LESÕES PERIAPICAIS

As lesões periapicais constituem achados relevantes na avaliação de pacientes que necessitam de procedimentos odontológicos.

Podem estar associadas a:

- necrose pulpar;
- periodontite apical;
- tratamento endodôntico inadequado;
- reinfecção endodôntica;
- lesões persistentes após tratamento;
- cistos radiculares;
- granulomas;

- outras alterações inflamatórias ou infecciosas.

A interpretação deve ser feita em conjunto com os achados clínicos e endodônticos.

Uma radiolucência periapical não deve ser interpretada isoladamente como prova de infecção ativa.

10. LESÕES PERIAPICAIS COM SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE DA CORTICAL ÓSSEA

Um aspecto particularmente relevante no planejamento odontológico é a presença de uma lesão periapical associada à solução de continuidade da cortical óssea.

Esse achado pode representar fenestração ou perfuração cortical relacionada à expansão de uma lesão, processo inflamatório ou alteração anatômica.

A identificação dessa alteração pode ser limitada nas radiografias bidimensionais, principalmente quando existe sobreposição de estruturas anatômicas.

A CBCT pode demonstrar, em três dimensões:

- extensão vestibular da lesão;
- extensão lingual ou palatina;
- perfuração da cortical;
- espessura óssea remanescente;

- relação com dentes adjacentes;
- proximidade com o canal mandibular;
- relação com o seio maxilar;
- envolvimento de estruturas anatômicas próximas;
- extensão da alteração óssea.

Entretanto, é fundamental destacar que a solução de continuidade da cortical óssea é um achado imaginológico e não deve ser considerada, isoladamente, sinônimo de abscesso ou infecção ativa.

A interpretação deve considerar sintomas, sinais clínicos, testes pulpares, condição periodontal, história do elemento dental e evolução da lesão.

11. AVALIAÇÃO IMAGINOLÓGICA DOS DENTES COM INDICAÇÃO DE EXTRAÇÃO

Em pacientes com risco cardiovascular elevado, a decisão de extrair um dente deve ser individualizada.

A avaliação pode incluir:

11.1. Radiografia Panorâmica

Útil para avaliação global dos maxilares e identificação de potenciais focos.

11.2. Radiografia Periapical

Indicada quando é necessário maior detalhamento de determinado elemento dentário e da região periapical.

11.3. CBCT

Pode ser indicada quando:

- existe lesão periapical extensa;
- há suspeita de perfuração cortical;
- há dúvida quanto à relação com estruturas anatômicas;
- existe anatomia radicular complexa;
- há suspeita de lesão não completamente caracterizada em duas dimensões;
- o planejamento cirúrgico necessita de avaliação tridimensional.

A CBCT não deve ser utilizada rotineiramente apenas porque o paciente apresenta risco de endocardite. Sua indicação deve seguir os princípios de justificação e otimização da exposição à radiação.

12. PRESERVAÇÃO DENTÁRIA VERSUS EXTRAÇÃO

A prevenção da EI não deve levar à extração indiscriminada de dentes.

Quando um elemento possui prognóstico favorável, o tratamento conservador pode ser preferível, incluindo:

- tratamento endodôntico;

- retratamento endodôntico;
- tratamento periodontal;
- restauração;
- reabilitação protética.

A extração deve ser considerada quando o elemento apresenta prognóstico irrecuperável ou quando a manutenção do dente não é biologicamente ou funcionalmente justificável.

Dessa forma, o objetivo deve ser a eliminação de focos infecciosos sem promover perdas dentárias desnecessárias.

13. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

As recomendações contemporâneas de sociedades cardiológicas e odontológicas restringem a profilaxia antibiótica a determinados pacientes considerados de maior risco e a procedimentos odontológicos específicos.

De maneira geral, as situações que envolvem manipulação do tecido gengival, região periapical ou perfuração da mucosa merecem atenção especial quando realizadas em pacientes que apresentam indicação formal de profilaxia.

Para adultos sem alergia às penicilinas, um regime tradicionalmente recomendado é:

Amoxicilina 2 g por via oral, aproximadamente 30 a 60 minutos antes do procedimento.

Entretanto, o esquema deve ser definido de acordo com a diretriz aplicável, situação clínica, alergias, idade, interações medicamentosas e condição individual.

A clindamicina deixou de ser recomendada rotineiramente em algumas diretrizes contemporâneas para profilaxia odontológica devido à preocupação com eventos adversos, incluindo infecção por *Clostridioides difficile*.

14. DIFERENÇAS ENTRE DIRETRIZES

As recomendações internacionais não são absolutamente idênticas.

Diretrizes da American Heart Association e da European Society of Cardiology concentram a profilaxia principalmente nos pacientes considerados de maior risco para desfechos graves de EI.

Documentos brasileiros podem apresentar critérios e grupos de pacientes mais amplos em determinadas circunstâncias.

Por esse motivo, a decisão clínica deve considerar:

- diretriz utilizada;
- condição cardíaca;
- procedimento odontológico;
- risco individual;
- histórico de endocardite;

presença de prótese ou material intracardíaco;

- alergias;
- avaliação do cardiologista.

Não é apropriado transformar a profilaxia antibiótica em uma conduta automática para todos os pacientes cardíacos.

15. PERIODONTITE E ENDOCARDITE

A doença periodontal merece atenção especial porque representa uma condição inflamatória crônica associada à presença de grande quantidade de microrganismos na cavidade oral.

Sangramentos espontâneos ou provocados durante atividades diárias podem proporcionar episódios repetidos de bacteremia.

Por essa razão, o tratamento periodontal e a manutenção de boa higiene oral constituem elementos importantes na estratégia de prevenção.

O controle da doença periodontal deve ser contínuo e não restrito ao período imediatamente anterior a procedimentos odontológicos.

16. IMPLANTODONTIA E PACIENTES COM RISCO DE ENDOCARDITE

A instalação de implantes dentários deve ser precedida de avaliação sistêmica e odontológica adequada.

Nos pacientes com condição cardíaca de alto risco, deve-se avaliar cuidadosamente:

- controle de focos infecciosos;
- saúde periodontal;
- necessidade de procedimentos invasivos;
- indicação ou não de profilaxia antibiótica;
- estabilidade da condição cardiovascular;
- necessidade de comunicação com cardiologista.

O planejamento implantodôntico deve incluir exames de imagem adequados, especialmente quando houver necessidade de avaliação tridimensional do rebordo alveolar.

A presença de implantes dentários não constitui, por si só, indicação universal de antibioticoprofilaxia permanente.

17. ENDOCARDITE DE PRÓTESE VALVAR

A endocardite associada a próteses valvares representa uma das apresentações de maior complexidade.

Pode ocorrer por diferentes microrganismos e apresentar manifestações clínicas distintas das observadas em válvulas nativas.

O tratamento frequentemente envolve antibioticoterapia prolongada e, em determinadas situações, cirurgia cardíaca.

Complicações possíveis incluem:

- insuficiência cardíaca;

- abscessos perivalvares;
- deiscência protética;
- embolização;
- alterações de condução;
- sepse.

A prevenção assume particular importância nesses pacientes.

18. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL

O diagnóstico da EI deve combinar dados clínicos, microbiológicos e de imagem cardíaca.

Entre as manifestações possíveis encontram-se:

- febre;
- calafrios;
- fadiga;
- perda ponderal;
- sopro cardíaco novo ou modificado;
- fenômenos embólicos;
- manifestações imunológicas;

- alterações laboratoriais.

As hemoculturas permanecem fundamentais para a identificação do agente etiológico.

A ecocardiografia possui papel central, incluindo ecocardiografia transtorácica e, quando indicada, transesofágica.

Critérios diagnósticos contemporâneos incorporam achados clínicos, microbiológicos, de imagem e fatores predisponentes.

19. TRATAMENTO

O tratamento da endocardite infecciosa depende do microrganismo, localização da infecção, presença de prótese, complicações e condição clínica do paciente.

A antibioticoterapia deve ser direcionada preferencialmente conforme resultados microbiológicos e testes de sensibilidade.

Em determinadas situações, o tratamento cirúrgico pode ser indicado.

Entre as principais indicações cirúrgicas encontram-se:

- insuficiência cardíaca relacionada à disfunção valvar;
- infecção não controlada;
- abscesso perivalvar;
- determinadas infecções por microrganismos de difícil erradicação;

- embolizações recorrentes ou risco embólico elevado em situações específicas;
- determinadas formas de endocardite de prótese.

A decisão deve ser multidisciplinar.

20. PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

O cirurgião-dentista participa de diferentes etapas da prevenção da EI.

Sua atuação inclui:

1. identificação de possíveis focos odontogênicos;
2. avaliação periodontal;
3. avaliação endodôntica;
4. solicitação racional de exames de imagem;
5. tratamento de infecções;
6. manutenção da saúde oral;
7. avaliação do risco individual;
8. comunicação com o cardiologista;
9. utilização criteriosa de antibióticos;
10. acompanhamento odontológico periódico.

A atuação odontológica preventiva deve ocorrer antes que o paciente necessite de procedimentos invasivos.

21. IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENTRE CARDIOLOGIA, ODONTOLOGIA E IMAGINOLOGIA

A prevenção contemporânea da EI deve ser interdisciplinar.

O cardiologista fornece informações relacionadas ao risco cardiovascular.

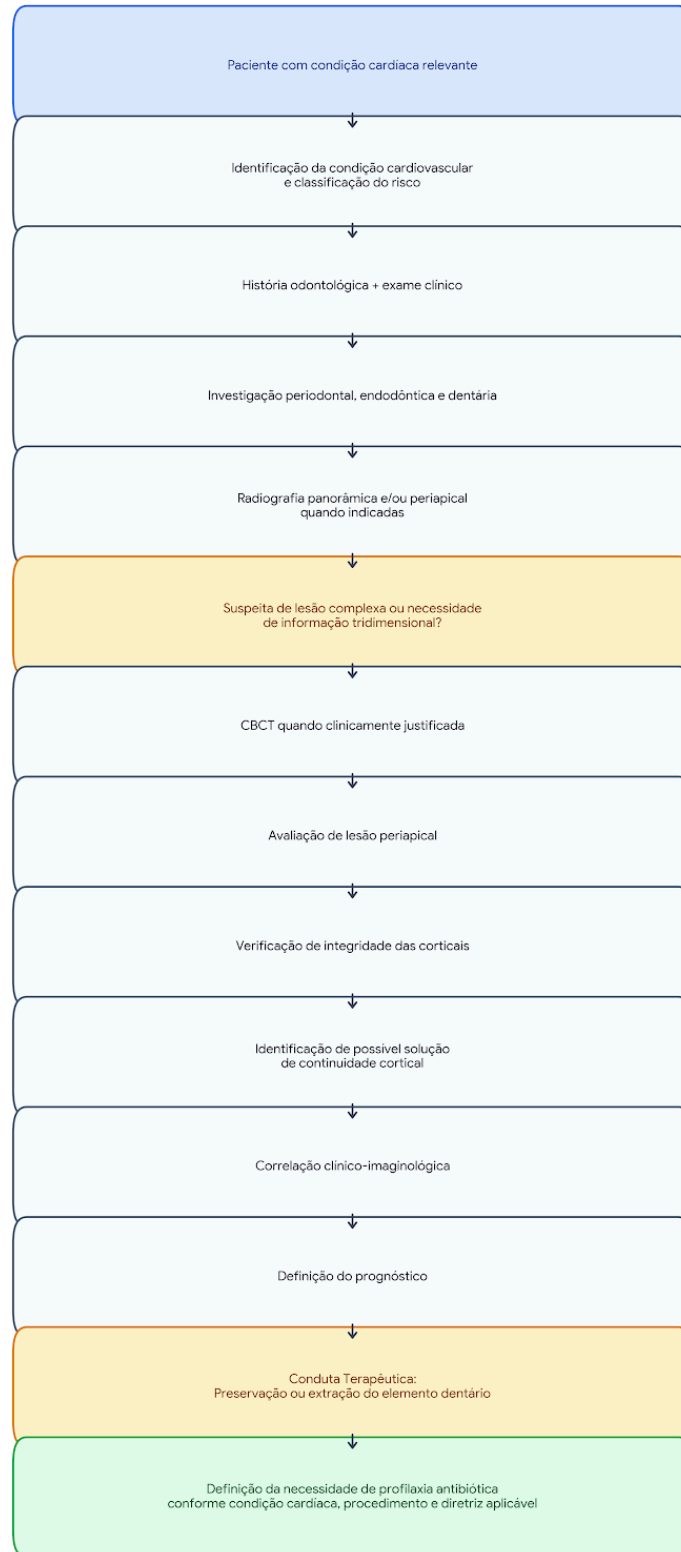
O cirurgião-dentista identifica e trata potenciais focos infecciosos.

O profissional de diagnóstico por imagem contribui para a caracterização de alterações que podem não ser completamente identificadas clinicamente ou em exames bidimensionais.

Essa integração é particularmente importante nos pacientes portadores de próteses valvares, antecedentes de EI, doenças valvares relevantes e outros fatores de risco.

22. FLUXO SUGERIDO PARA AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

FLUXO SUGERIDO PARA AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA



23. DISCUSSÃO

A relação entre odontologia e endocardite infecciosa deve ser interpretada de forma multidimensional.

Historicamente, a preocupação com bacteremia odontogênica levou à utilização relativamente ampla de antibióticos preventivos. Entretanto, o conhecimento contemporâneo demonstra que bacteremias transitórias também ocorrem durante atividades diárias.

Consequentemente, o controle contínuo da doença oral apresenta importância fundamental.

Nesse cenário, o diagnóstico por imagem assume papel complementar. Uma lesão periapical pode permanecer assintomática por períodos prolongados e ser identificada incidentalmente em exames radiográficos.

A presença de solução de continuidade da cortical óssea merece atenção especial porque pode indicar extensão anatômica da alteração além do compartimento ósseo originalmente envolvido. A CBCT pode demonstrar essa relação com maior precisão.

Todavia, deve-se evitar a interpretação de que qualquer lesão radiolúcida ou qualquer alteração cortical represente automaticamente uma infecção ativa com necessidade de extração.

A decisão deve resultar da integração entre exame clínico, testes diagnósticos, história do elemento dentário, avaliação periodontal, endodôntica e imaginológica.

Do ponto de vista cardiovascular, também é importante evitar o raciocínio simplificado de que qualquer paciente cardiopata deve receber antibiótico profilático.

A profilaxia deve ser direcionada aos pacientes e procedimentos para os quais exista indicação baseada em diretrizes e avaliação individual.

Esse equilíbrio é importante tanto para a prevenção da EI quanto para o combate à resistência antimicrobiana e à ocorrência de eventos adversos relacionados aos antibióticos.

24. CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

A partir dos aspectos discutidos, podem ser destacados os seguintes princípios:

- nem todo paciente cardíaco necessita de profilaxia antibiótica;
- pacientes com próteses valvares e determinadas condições cardíacas exigem avaliação diferenciada;
- o controle da saúde oral é uma medida preventiva contínua;
- doença periodontal deve ser diagnosticada e tratada;
- focos periapicais devem ser investigados;
- radiografias panorâmicas e periapicais possuem importante papel na avaliação inicial;
- CBCT deve ser utilizada quando houver indicação clínica;
- solução de continuidade da cortical deve ser descrita como achado imaginológico e correlacionada aos dados clínicos;

- uma lesão periapical não determina automaticamente a extração;
- dentes com prognóstico favorável devem ser preservados sempre que biologicamente possível;
- a decisão de extração deve considerar a condição local e sistêmica;
- a indicação de antibiótico deve ser individualizada;
- a comunicação entre cirurgião-dentista e cardiologista é fundamental nos casos de maior complexidade.

25. CONCLUSÃO

A endocardite infecciosa constitui uma doença de elevada relevância clínica e exige abordagem multidisciplinar.

A odontologia desempenha papel importante na prevenção por meio da manutenção da saúde oral, controle periodontal, diagnóstico e tratamento de infecções odontogênicas e planejamento adequado de procedimentos invasivos.

Nos pacientes com maior risco cardiovascular, a avaliação odontológica deve ser criteriosa e integrada às informações fornecidas pela equipe médica.

O diagnóstico por imagem amplia a capacidade de identificação e caracterização de potenciais focos odontogênicos. Radiografias panorâmicas e periapicais constituem ferramentas importantes, enquanto a CBCT deve ser empregada quando a avaliação

tridimensional puder modificar o diagnóstico ou planejamento terapêutico.

Lesões periapicais associadas à solução de continuidade da cortical óssea merecem atenção especial, mas esse achado não deve ser interpretado isoladamente como evidência de infecção ativa ou indicação automática de extração.

A profilaxia antibiótica permanece importante para determinados pacientes de maior risco submetidos a procedimentos específicos, porém sua utilização indiscriminada não é recomendada.

Assim, a prevenção da endocardite infecciosa deve fundamentar-se na integração entre cardiologia, odontologia, cirurgia e diagnóstico por imagem, buscando simultaneamente eliminar focos infecciosos, preservar elementos dentários com prognóstico favorável e utilizar antibióticos de maneira racional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Antibiotic prophylaxis prior to dental procedures.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis.

DELGADO, V. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. European Heart Journal, v. 44, n. 39, p. 3948–4042, 2023.

FOWLER, V. G. et al. The 2023 Duke-ISCVID Criteria for Infective Endocarditis: Updating the Modified Duke Criteria. Clinical Infectious

Diseases, v. 77, n. 4, p. 518–526, 2023.

GUALANDRO, D. M. et al. Diretriz Brasileira de Avaliação Cardiovascular Perioperatória – 2024. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2024.

HABIB, G. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. European Heart Journal, 2015.

LOCKHART, P. B. et al. Bacteremia associated with toothbrushing and dental extraction. Circulation, literatura relacionada à prevenção da endocardite infecciosa.

MARTINS, C. C. et al. Bacteremia following different oral hygiene procedures: systematic review and meta-analysis. Oral Diseases, 2024.

SPEROTTO, V. et al. Association between invasive dental procedures and the risk of infective endocarditis. JAMA Cardiology, 2024.

THORNHILL, M. H. et al. Antibiotic prophylaxis and incidence of endocarditis following invasive dental procedures. Journal of the American College of Cardiology, 2022.

TOMÁS, I. et al. Effect of a chlorhexidine mouthwash on the composition of the human oral microbiome. Journal of Clinical Periodontology, 2012.

WILSON, W. et al. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, v. 143, n. 20, p. e963–e978, 2021.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à elaboração deste trabalho.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento específico para a elaboração deste trabalho.

RESPONSABILIDADE ÉTICA

Por se tratar de revisão narrativa da literatura, sem utilização de dados identificáveis de pacientes ou intervenção experimental, não foram utilizados participantes de pesquisa neste trabalho

¹ Cirurgião-Dentista; Cirurgião Buco-Maxilo-Facial; Implantodontista; Especializando em Radiologia e Imaginologia pelo SENAC São Paulo; Mestrando em Gerontologia pela Universidad Europea del Atlántico, Espanha; Professor Chefe de Equipe em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Coordenador do GEDAI – Grupo de Estudos e Desenvolvimento Avançado em Implantes Osseointegrados, APCD São Caetano do Sul; CROSP 75.121. São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

² Cirurgião-Dentista; Implantodontista; Especializando em Radiologia e Imaginologia pelo SENAC São Paulo; CROSP 80.447. São Paulo, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)