



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluna: Geni Lie Kamigashima

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Moraes

Ano de Conclusão do Curso: 2006

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line.

Assinatura do Orientador

TCC 321

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Geni Lie Kamigashima

Análise quantitativa de casos clínicos de pericoronarite tratados na clínica de graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP entre os anos de 2002 a 2005. Incidência e condutas terapêuticas para o tratamento da Pericoronarite.

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção do Diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Moraes

Piracicaba
– 2006 –

Dedico este trabalho a minha mãe Toshiko Kamigashima, única responsável pelas minhas conquistas, por todo seu esforço, empenho, determinação e, acima de tudo pelo seu amor por mim, que sempre me motivaram a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Márcio de Moraes, orientador deste trabalho, meu agradecimento por todos os momentos de atenção prestada para a conclusão desta monografia.

SUMÁRIO

Lista de ilustrações	5
Resumo	6
1. Introdução	7
2. Revisão de literatura	8
3. Proposição	18
4. Metodologia	19
5. Resultados	20
6. Discussões	21
7. Conclusões	24
Referências bibliográficas	25
Anexos	31

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exodontias realizadas na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de fevereiro de 2002 a dezembro de 2005	31
Figura 2 – Terapias de pericoronarite realizadas na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de fevereiro de 2002 a dezembro de 2005	32
Figura 3 – Comparativo entre o total de exodontias e o total de tratamentos de pericoronarite realizados na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de fevereiro de 2002 a dezembro de 2005	32
Figura 4 – Comparativo entre o total de exodontias de retido e o total de tratamentos de pericoronarite realizados na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de Fevereiro de 2002 a Dezembro de 2005	33
Tabela 1 – Exodontias realizadas na clínica de graduação pelos graduandos do 2º ao 4º ano da FOP/UNICAMP subdivididas em grupos – análise quantitativa do ano de 2002 ao ano de 2005 e seus respectivos valores totais	34
Tabela 2 – Tratamentos de pericoronarite realizados na clínica de graduação pelos graduandos do 2º ao 4º ano da FOP/UNICAMP – análise quantitativa do ano de 2002 ao ano de 2005 e seus respectivos valores totais	34
Tabela 3 – Incidência anual de tratamento de pericoronarite realizados na clínica de graduação pelos graduandos do 2º ao 4º ano da FOP/UNICAMP	34

RESUMO

A pericoronarite é uma inflamação causada por infecção bacteriana e/ou trauma aos tecidos moles, denominados opérculos, que circundam dentes em processo eruptivo ou que já tenham concluído a fase de erupção porém, encontram-se em situação definitiva de semi-inclusão. O acúmulo de alimentos entre o opérculo e o dente também podem causar a pericoronarite. Os sinais e sintomas da inflamação pericoronária vão desde dor e incômodo local, com ou sem supuração até celulite, trismo, febre, podendo levar o paciente a infecções de espaços fasciais, comprometimento de vias aéreas e conseqüente internação hospitalar. Esta monografia tem como propósito inicial expor uma revisão de literatura a respeito da pericoronarite relatando suas causas, sinais/sintomas, microbiota causadora, a incidência de casos, métodos preventivos, as possíveis complicações desta enfermidade e protocolos de atendimento. Em um segundo momento, este trabalho tem como objetivo relatar uma análise quantitativa realizada pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) referentes aos casos de pericoronarite e exodontias atendidas na Clínica de Graduação da referida instituição pelos seus graduandos do 2º, 3º e 4º ano durante o período de 2002 a 2005. Por fim, com base na revisão de literatura e de posse dos dados da análise quantitativa, apresentar um estudo comparativo da incidência de casos de pericoronarite e condutas terapêuticas. Apesar da baixa incidência de pericoronarite constatada, não se deve descuidar desta enfermidade devido as possíveis complicações sistêmicas que ela pode causar.

1. INTRODUÇÃO

A pericoronarite é descrita como um processo inflamatório transitório do opérculo (tecido mole ao redor de dentes semi-erupcionados ou semi-retidos) quer seja ele causado por agentes microbianos, alimentos retidos entre o opérculo e o dente em questão ou mesmo por traumas ao opérculo. Um mesmo paciente pode ser acometido pela pericoronarite mais de uma vez ou até mesmo, várias vezes durante sua vida. Prover um diagnóstico correto e identificar as causas da pericoronarite são essenciais para um prognóstico satisfatório e definitivo. O tratamento da pericoronarite varia desde uma simples limpeza local com irrigantes específicos até mesmo internação hospitalar do paciente em decorrência de complicações com envolvimento sistêmico.

Um dos objetivos deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a pericoronarite, destacando definições e causas; uma classificação que conduzirá o profissional a um diagnóstico apoiado em sinais e sintomas e, possíveis tratamentos; complicações que essa infecção pode provocar e medidas preventivas. Este trabalho também tem como objetivo mostrar dados quantitativos referentes ao atendimento de casos clínicos de pericoronarite e exodontias realizadas por graduandos de 2º ao 4º ano da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP) durante os anos de 2002 a 2005 e, apoiado na revisão de literatura, promover um estudo comparativo com os dados quantitativos obtidos pela instituição citada permitindo uma discussão de protocolos de atendimento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Pericoronarite – Características gerais

2.1.1. Definição e causas

Segundo Peterson (1998), a pericoronarite é uma infecção dos tecidos moles que circundam os dentes parcialmente irrompidos, geralmente terceiros molares inferiores. Essa infecção pode ocorrer uma única vez ou inúmeras vezes em um mesmo indivíduo e é manifestada devido o desequilíbrio entre a micro flora oral e os sistemas de defesa do organismo ou então, decorrente de pequenos traumas causados ao opérculo (tecido mole sobre face oclusal) que torna-se edemaciado.

Esse mesmo autor relata que a pericoronarite também pode ser causada pelo acúmulo de alimentos abaixo do opérculo que, devido ao difícil acesso para higienização, torna-se um local apropriado para a invasão bacteriana.

Cowpe & Meechan (2004) descrevem que alimentos retidos abaixo do opérculo também causam uma reação a corpo estranho promovendo inflamação local.

Para Andrade *et al.* (2006), a pericoronarite pode ser definida como um quadro inflamatório que surge nos tecidos gengivais sobre coroas de dentes que ainda não erupcionaram por completo, quer seja por estarem em processo de erupção ou por terem assumido um caráter de semi-inclusão definitivo. A causa da pericoronarite deriva da colonização bacteriana instalada entre as coroas dentais e os tecidos moles que os recobrem.

Rajasuo *et al.* (1990), citado por Andrade *et al.* (2006), descreve que a bolsa gengival ao redor de terceiros molares inferiores semi-inclusos serve de nicho para diversos microrganismos causando assim, a pericoronarite.

2.1.2. Classificação

Segundo Peterson (1998), pode-se classificar a pericoronarite em infecção suave ou infecção grave e o seu tratamento, que será abordado posteriormente, deverá ser selecionado segundo essa classificação.

Gutiérrez-Pérez (2004) classifica a pericoronarite em aguda ou crônica sendo que em ambas é possível encontrar exsudato.

Andrade *et al.* (2006) relatam que a pericoronarite pode assumir um caráter agudo, crônico ou sub-agudo.

2.1.3. Diagnóstico e Sinais/Sintomas

Peterson (1998) cita que nos casos de pericoronarite branda, nota-se um aumento de volume e dor do tecido local.

Segundo Peltroche-Llacsahuanga *et al.* (2000), conforme a severidade do caso, os sinais e sintomas podem variar desde adenite submandibular, trismo, dor, inchaço e febre e, em casos mais graves, supuração.

O diagnóstico da pericoronarite é realizado clinicamente. Além do aspecto clínico, Cowpe & Meechan (2004) preconizam a tomada radiográfica para se certificar da presença do dente retido, excluindo outras patologias como doença apical ou periodontal de dentes vizinhos.

Gutiérrez-Pérez (2004) relata que o sintoma predominante na pericoronarite é a dor, principalmente na pericoronarite aguda. E segundo Cowpe & Meechan (2004), além da dor local, o paciente pode apresentar sensibilidade no opérculo e gosto ruim.

2.1.4. Microbiologia

Nitzan *et al.* (1985) e Weinberg *et al.* (1986), citados por Andrade *et al.* (2006), verificaram que durante o processo de pericoronarite aguda, há presença de espiroquetas no exsudato pericoronal e, Nitzan *et al.* (1985), citado por Andrade *et al.* (2006) relataram combinações dessas espiroquetas com fusobactérias.

Mombelli *et al.* (1990), citado por Andrade *et al.* (2006), relatam que *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia* e *Porphyromonas gingivalis* são as bactérias freqüentemente encontradas tanto ao redor dos dentes 38 e 48 semi-erupcionados com ou sem acometimento pela pericoronarite, como também nas faces distais de dentes adjacentes com bolsas gengivais.

Sixou *et al.* (2003) relatam em seu estudo que em 19 casos, dentro de uma amostra de 26, o predomínio da flora microbiana era de anaeróbicas. Sendo que em 21 casos foram encontrados anaeróbios obrigatórios.

2.1.5. Incidência

Wallace (1966), citado por Leone *et al.* (1986), relata em seu trabalho que os terceiros molares inferiores eruptados verticalmente e na mesma altura oclusal que segundos molares inferiores são os mais afetados pela pericoronarite e,

segundo Kay (1966), também citado por Leone *et al.* (1986), as retenções mesioangulares são as mais comuns, seguidas pelas angulações distoangulares.

Leone *et al.* (1986) relatam que a angulação do terceiro molar na mandíbula influencia a incidência de casos de pericoronarites agudas. 25 casos de pericoronarites agudas associadas aos terceiros molares inferiores foram analisados. Em 21 (84%) desses casos apresentavam angulação vertical com leve inclinação para a distal enquanto quatro (6%) dos casos apresentavam angulação mesial.

Em um outro trabalho mais recente, Punwutikorn *et al.* (1999), citado por Gutiérrez-Pérez (2004), nos mostram que terceiros molares com inclinação para a distal e vertical são os mais afetados pela pericoronarite.

Nitzan *et al.* (1985), citado por Peltroche-Llacsahuanga *et al.* (2000), relatam em seu trabalho que a pericoronarite é uma enfermidade comum em certa faixa etária, dos 20 aos 29 anos de idade, onde a incidência é mais alta.

Segundo Andrade *et al.* (2006), a incidência de pericoronarite será maior em jovens adultos no qual o processo de erupção dos terceiros molares inferiores estiver atuando.

2.2. Prevenção da pericoronarite

A extração de dentes retidos, principalmente os terceiros molares inferiores, é uma medida preventiva que deve ser considerada (Peterson, 1998; Peltroche-Llacsahuanga *et al.*, 2000; Prado *et al.*, 2004).

Peterson (1998) e Prado *et al.* (2004) relatam que a remoção de um dente em pleno processo infeccioso, como é o caso da pericoronarite, pode ocasionar complicações pós-cirúrgicas e Peterson (1998) cita como exemplo, alveolites.

Portanto, é de fundamental importância que haja uma remissão da pericoronarite antes que se realize qualquer intervenção cirúrgica para a extração do elemento dental (Peterson, 1998; Prado *et al.*, 2004).

Outra medida preventiva que deve ser considerada é a remoção de fatores causadores de trauma ao opérculo, como por exemplo, terceiros molares superiores que traumatizam constantemente os opérculos dos terceiros molares inferiores em erupção ou parcialmente erupcionados, porém retidos (Peterson, 1998; Cowpe & Meechan, 2004).

Cowpe & Meechan (2004) preconizam para os casos em que os terceiros molares superiores estejam em função ou que entrarão em função com os terceiros molares inferiores, um desgaste da superfície dental causador da injúria ao opérculo.

A operculectomia/ulectomia não apresenta resolução satisfatória mas o cirurgião-dentista poderá lançar mão deste procedimento nos casos em que se constatar a real possibilidade de erupção completa do dente em erupção (Gregori & Campos, 1996; Cowpe & Meechan, 2004).

2.3. Complicações da pericoronarite

Indresano *et al.* (1992), citado por Yoshii *et al.* (2001), relatam em seu trabalho que dos 31 pacientes que necessitaram de intervenção em âmbito hospitalar por motivos de infecção dos espaços fasciais da região de terceiros molares, nove pacientes desenvolveram essa infecção após a exodontia dos terceiros molares. Todos os nove pacientes tinham passado por episódios de pericoronarite pré-operatório.

Em um outro estudo realizado por Ruitz *et al.* (1993), citado por Yoshii *et al.* (2001), verificaram que em um período de 12 anos, três casos clínicos dentro de um total de nove, desenvolveram infecções sérias na região de pescoço com complicações torácicas, porém, neste estudo não foram descritos detalhes como a presença ou ausência pré-operatória de pericoronarite.

Yoshii *et al.* (2001) descrevem em seu trabalho que dos 993 casos de exodontia dos terceiros molares semi-inclusos ou inclusos em mandíbula efetuados com profilaxia antibiótica pós-cirurgia, em oito casos (semi-inclusos em cinco casos e totalmente inclusos em três casos) ocorreu infecção do espaço fascial, mais especificamente do espaço submandibular, sendo que em um dos casos o espaço faríngeo também havia sido comprometido e em outro caso o espaço bucal.

Todos os oito pacientes desenvolveram trismo e dor durante a deglutição, apresentavam temperaturas corpóreas entre 37,0°C e 37,8°C e não tinham histórico pré-operatório de pericoronarite e um dos pacientes era imuno comprometido.

O estudo mostra que a incidência de infecções fasciais após a exodontia dos elementos dentais 38 e/ou 48 semi-inclusos ou inclusos com profilaxia antibiótica pós-cirurgia é baixa (0,8%) e ressalta que a incidência aumenta quando o paciente possui mais de trinta anos de idade.

Em um estudo realizado mais recentemente por Kunkel *et al.* (2006), verificou-se que 66,7% dos casos de internação hospitalar de pacientes que ainda apresentavam terceiros molares na cavidade oral, eram por consequência de complicações da pericoronarite e que, 16,0% dos casos de internação hospitalar decorrente de pacientes que já haviam passado por exodontia terapêutica dos terceiros molares, apresentaram complicações oriundos da pericoronarite prévia.

Dentre as complicações da pericoronarite relatadas por esse mesmo estudo estão: abscesso perimandibular (7,1%); abscesso pterigomandibular (14,3%); abscesso retromaxilar (7,1%); abscesso submandibular (35,7%); infiltração paramandibular (7,1%); infiltração parafaríngea (7,1%); infiltração pterigomandibular (14,3%) e; infiltração submandibular (7,1%).

2.4. Tratamento da pericoronarite

2.4.1. Tratamento da pericoronarite leve

A pericoronarite leve pode ser tratada com aplicação de solução de peróxido de hidrogênio ou até mesmo gluconato de clorexidina a 0,12%. A limpeza mecânica com o peróxido de hidrogênio além de remover as bactérias por sua ação espumante também diminui a quantidade de bactérias anaeróbicas existentes no local. Além dos irrigantes já citados, também pode-se utilizar soluções iodóforos (Peterson, 1998).

Prado *et al.* (2004) também relatam que a pericoronarite leve pode ser tratada com aplicação de solução de peróxido de hidrogênio ou até mesmo gluconato de clorexidina a 0,12% e destaca a importância de reforçar o paciente sobre a manutenção de uma rigorosa higiene até regressão do processo inflamatório.

Inicialmente, para o tratamento de pericoronarite em terceiros molares inferiores, no protocolo de atendimento descrito por Andrade *et al.* (2006), uma anestesia local é aplicada aos nervos alveolar inferior, lingual e bucal preferencialmente com soluções anestésicas à base de bupivacaína 0,5% com

epinefrina 1:200.000, possibilitando assim um tempo maior pós-intervenção sem dor ao paciente. Em seguida, a limpeza local com remoção delicada de placa dental e cálculo, supra e subgengivalmente são efetuados. Prosseguir com irrigação abundante do local com soro fisiológico estéril finalizando com irrigação de solução de digluconato de clorexidina 0,12%.

Andrade *et al.* (2006) ressaltam a necessidade de orientar o paciente sobre a higienização bucal e prescrever bochechos com 15 ml de solução de digluconato de clorexidina 0,12% a cada 12 horas, alertando o paciente que não se deve diluir a solução.

Para prescrição medicamentosa, Andrade *et al.* (2006) preconizam para o alívio da dor, dipirona sódica 500 mg (a cada quatro horas) ou paracetamol 750 mg (a cada seis horas) num período de 24 horas.

Andrade *et al.* (2006) citam que nos casos de pericoronarite inicial, o uso de antibióticos deve ser avaliada criteriosamente já que nesta fase, a pericoronarite ainda não apresenta disseminação local ou comprometimento sistêmico.

2.4.2. Tratamento da periocoronarite moderada

Para Peterson (1998), caso o paciente venha a apresentar quadro de edema fascial discreto, leve trismo e febre baixa, o dentista deverá, além de irrigar promovendo limpeza local, prescrever antibióticos e efetuar a exodontia. O antibiótico de primeira escolha são as penicilinas.

Para Gutiérrez-Pérez *et al.* (2004), a antibiótico terapia está indicada nos casos em que o paciente apresentar histórico anterior de pericoronarite, imunossupressão, idade avançada e/ou doenças sistêmicas. Os antibióticos poderão

ser utilizados quando a pericoronarite apresentar supuração em fase aguda e não for possível efetuar a exodontia do terceiro molar.

Andrade *et al.* (2006) relatam que, além do protocolo de atendimento descrito no item 2.4.3. para a pericoronarite leve, o paciente em fase mais avançada da infecção no qual apresente sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas da infecção, como dificuldade de abertura bucal, linfadenite e febre, necessitará de uma antibiótico terapia. A primeira opção seria a amoxicilina 500 mg com uma dose inicial de ataque de 1 g e doses de manutenção de 500 mg a cada oito horas associada ao metronidazol 250 mg a 400 mg também a cada oito horas. Como segunda opção, para pacientes com histórico alérgico às penicilinas ou intolerância ao metronidazol, prescrever a clindamicina 300 mg sendo 600 mg para a dose inicial de ataque e 300 mg para as doses de manutenção a cada oito horas. Antes que se complete 72 horas de terapia antibiótica, o paciente deverá ser reavaliado e, dependendo da evolução da infecção, manter ou não a administração antibiótica.

2.4.3. Tratamento da periocoronarite grave

Peterson (1998) relata que, como os espaços fasciais podem ser acometidos devido a infecção por pericoronarite em decorrência da proximidade dos terceiros molares inferiores com a região posterior da cavidade oral, ela pode afetar espaços fasciais do ramo mandibular e da porção lateral do pescoço. Nos casos em que o paciente apresente trismo (com limitação de abertura bucal até 20 mm) e febre maior que 38°C, o cirurgião-dentista deverá encaminhar o paciente para um cirurgião

buco-maxilo-fascial que, havendo necessidade, indicará a internação hospitalar do paciente.

Para Andrade *et al.* (2006), o paciente deverá ser encaminhado ao cirurgião buco-maxilo-facial quando este apresentar um quadro de celulite importante, disfagia, anorexia e mal-estar geral.

3. PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho é analisar quantitativamente os casos de pericoronarite e exodontias entre os anos de 2002 a 2005 atendidos na clínica de graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas pelos alunos de 2º ao 4º ano foi realizada.

Por meio desta análise e registros na literatura expor estudo comparativo de incidência de casos e condutas terapêuticas para a pericoronarite.

4. METODOLOGIA

Um levantamento quantitativo anual referente aos tratamentos de pericoronarite (Figura – 2) e exodontias (Figura – 1) feitas num período de quatro anos, compreendidos de fevereiro de 2002 a dezembro de 2005, na clínica de graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) pelos alunos do 2º ao 4º ano de graduação foi realizado.

As informações foram obtidas do banco de dados da clínica de graduação pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) da própria faculdade que forneceu a análise quantitativa anual dos procedimentos da Área de Cirurgia.

Os dados obtidos limitam-se a quantidade de procedimentos realizados pela Área de Cirurgia dentro do período citado. Não foram fornecidos detalhes como sexo e idade do paciente, elemento dental envolvido e, no caso dos tratamentos de pericoronarite, história anterior de pericoronarite, localização da infecção, o tratamento destinado a cada paciente e resolução de cada caso clínico.

Para a obtenção dos resultados, as exodontias foram subdivididas em sete categorias: (1) Exodontia simples; (2) Exodontia por osteosecção; (3) Exodontia por Ostectomia; (4) Exodontia por seccionamento; (5) Exodontia de retido; (6) Exodontia de raízes e; (7) Exodontia de supranumerários. Os números quantitativos de casos clínicos de cada subdivisão foram agrupados por ano (Tabela – 1).

5. RESULTADOS

Os resultados da análise quantitativa anual para tratamento de periconarite foram os seguintes: (1) Em 2002, foram registrados sete casos; (2) No ano seguinte, 2003, foram seis casos clínicos de pericoronarite; (3) No ano de 2004, cinco casos e; (4) Em 2005, sete pacientes foram atendidos com essa infecção (Tabela – 2).

O número total obtido de tratamentos de pericoronarite realizados pela graduação da FOP/UNICAMP durante os referidos quatro anos consecutivos foi de 25 casos e a soma total de exodontias foi de 7.594 atendimentos (Figura – 3; Tabela – 1 e; Tabela – 2).

6. DISCUSSÕES

O estudo quantitativo de casos clínicos atendidos pelos alunos de graduação da FOP/UNICAMP entre os anos de 2002 e 2005, resultou um total de 25 casos (Tabela – 2). O número total de exodontias realizadas pelos mesmos alunos de graduação, num mesmo período de tempo, apresentou uma soma de 7594 casos. Desse total de exodontias, 484 foram registrados como extração de dentes retidos (Figura – 1 e Tabela – 1) . Em decorrência da forma com que a coleta de dados é efetuada pela FOP/UNICAMP, não foi possível diferenciar o nível de inclusão do elemento dental registrado como retido. Supondo que todos os 25 casos de pericoronarite ocorridos tenham sido tratados posteriormente com a exodontia dos semi-inclusos, que neste estudo foram registrados como remoção de dentes retidos, totalizando um valor de 484 casos, obtemos uma incidência média anual de 5,17% de infecção pericoronária (Figura 4 e Tabela – 3). Se aplicarmos o mesmo raciocínio para cada ano, teremos os seguintes valores: (1) Em 2002, sete casos de pericoronarite para 44 exodontias de retido, resultando em uma incidência de 15,91%; (2) No ano seguinte, 2003, seis casos de pericoronarite para 144 exodontias de retido, resultando em uma incidência de 4,17%; (3) Em 2004 foram cinco casos de pericoronarite para 138 exodontias de retido, resultando em uma incidência de 3,62% e; (4) No ano de 2005, sete casos de pericoronarite para 158 de exodontias de retido, resultando em uma incidência de 4,43% (Tabela 3).

Nitzan *et al.* (1985), citado por Peltroche-Llacsahuanga *et al.* (2000) e Andrade *et al.* (2006) relatam que a incidência de pericoronarite será maior em adultos jovens. Em virtude da deficiência do banco de dados da FOP/UNICAMP, não foi possível inserir neste trabalho os índices de incidência de pericoronarite em

relação a idade do paciente. Pelo mesmo motivo não foi realizado o estudo para incidência de pericoronarite segundo a angulação do elemento dental semi-irrompido, a literatura nos mostra que a angulação pode influenciar a incidência de pericoronarite (Wallace, 1966; Kay 1966; Leone *et al.*, 1986 e Punwutikorn *et al.*, 1999).

Os protocolos de tratamento para pericoronarite variam de acordo com a gravidade em que cada caso clínico se apresentar (Peterson, 1998). Para os casos mais leves de pericoronarite, onde o paciente apresenta dor local, incômodo, com ou sem supuração, a Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UNICAMP e Andrade *et al.* (2006) preconizam o seguinte protocolo de atendimento: (1) Anestesia local; (2) Limpeza local, removendo detritos grosseiros como placa dental, cálculos supra e subgingival e possíveis alimentos; (3) Irrigação abundante com soro fisiológico estéril para complementar a limpeza local; (4) Irrigação local com solução de digluconato de clorexidina 0,12%; (5) Prescrever bochechos de 15 ml com solução de digluconato de clorexidina 0,12% a cada 12 horas enfatizando o paciente da importância e necessidade de se manter uma rigorosa higienização bucal; (6) Para alívio da dor, a prescrição medicamentosa de dipirona sódica 500 mg, a cada quatro horas ou, paracetamol 750 mg, a cada seis horas podem ser feitos por um período de 24 horas; (6) A antibiótico terapia não é incluída no protocolo desde que não haja disseminação local da infecção ou qualquer tipo de comprometimento sistêmico. Peterson (1998) e Prado *et al.* (2004) também citam a utilização de digluconato de clorexidina 0,12% para a irrigação local e uma outra alternativa que seria o uso de solução de peróxido de hidrogênio. Peterson (1998) cita soluções iodóforos como irrigante.

Para a Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UNICAMP e Andrade *et al.* (2006), nos casos em que houver um leve quadro de trismo, febre baixa e um edema fascial discreto (Peterson, 1998), sinais de disseminação local e/ou manifestações sistêmicas (Andrade *et al.*, 2006), o protocolo a ser seguido é o mesmo discutido anteriormente para os casos de pericoronarite leve, diferindo apenas na prescrição medicamentosa que, além dos analgésicos, recomenda-se o uso de antibióticos. As opções para a antibiótico terapia são: (1) Amoxilina 500 mg com uma dose inicial de ataque de 1 g e doses de manutenção de 500 mg a cada oito horas associada ao metronidazol 250 mg a 400 mg também a cada oito horas; (2) A opção para pacientes com histórico alérgico às penicilinas ou intolerância ao metronidazol, prescrever a clindamicina 300 mg sendo 600 mg para a dose inicial de ataque e 300 mg para as doses de manutenção a cada oito horas. Antes que se complete 72 horas de terapia antibiótica, o paciente deverá ser reavaliado e, dependendo da evolução da infecção, manter ou não a administração antibiótica.

Para o tratamento de pericoronarite mais grave, onde o indivíduo apresenta trismo, febre acima de 38°C, possíveis disseminações para os espaços fasciais (Peterson, 1998), celulite importante, disfagia, anorexia e mal-estar-geral (Andrade *et al.*, 2006), o cirurgião-dentista deverá encaminhar o paciente para o especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial para que este possa indicar ou não internação hospitalar (Peterson, 1998 e Andrade *et al.* 2006).

7. CONCLUSÕES

7.1. A pericoronarite é um processo inflamatório dos opérculos, principalmente de terceiros molares inferiores semi-incluso, geralmente causada por infecção bacteriana. As bactérias predominantes na pericoronarite são as anaébias.

7.2. O tratamento de pericoronarite dependerá da gravidade em que a infecção se encontrar. Podendo ser desde uma simples assepsia local com aplicação de solução de peróxido de hidrogênio ou até mesmo gluconato de clorexidina a 0,12%, ou então, em casos mais severos em que ocorre o comprometimento de vias aéreas e/ou espaços fasciais, internação hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade ED, Rizzatti-Barbosa CM, Del Fiol FS, Groppo FC, Souza Filho FJ, Ranali J, Passeri LA *et al.* Terapêutica medicamentosa em odontologia. *In*: Andrade ED, Passeri LA, Moraes M, editores. **Protocolos farmacológicos em cirurgia bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006. capítulo. 12. p. 159-68.
2. Blakey GH, White Jr RP, Offenbacher S, Phillips C, Delano EO, Maynor G. Clinical/Biological outcomes of treatment for pericoronitis. **J Oral Maxillofac Surg**. 1996; 54: 1150-60.
3. Ceccoti HM, Sousa DD. **Monografias – Manual de normatização para trabalhos apresentados aos cursos de especialização da UNICAMP/FOP**. Piracicaba: FOP/UNICAMP. 2003. 55p.
4. Gregori C, Campos AC, Nosé AS, Cavalcanti JRC, Basile Netto J, Piratininga JL *et al.* Cirurgia buco-dento-alveolar. *In*: Gregori C, Campos AC, editores. **Dentes Inclusos**. São Paulo: Sarvier; 1996. capítulo 13. p. 138-56.
5. Gutiérrez-Pérez JL. Third molar infections. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2004; 9 Suppl: S120-5.
6. Indresano AT, Haug RH, Hon MJ. The third molar as a cause of deep space infections. **J Oral Maxillofac Surg**. 1992;50:33-5. *Apud* Yoshii T, Hamamoto Y, Muraoka S, Kohjitani A, Teranobu O, Furudo S *et al.* Incidence of deep fascial

space infection after surgical removal of the mandibular third molars. **J Infect Chemother.** 2001; 7: 55-7.

7. Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. **Br J Oral Surg.** 1966; 3: 188-205. *Apud* Leone SA, Edenfield MJ, Cohen ME. Correlation of acute pericoronitis and the position of the mandibular third molar. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1986; 62: 245-50.
8. Kunkel M, Morbach T, Kleis W, Wagner W. Third molar complications requiring hospitalization. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2006; 102: 300-6.
9. Leone SA, Edenfield MJ, Cohen ME. Correlation of acute pericoronitis and the position of the mandibular third molar. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1986; 62: 245-50.
10. Meurman JH, Rajasuo A, Murtomaa H, Savolaine S. Respiratory tract infections and concomitant pericoronitis of the wisdom teeth. **BMJ.** 1995; 310: 834-6.
11. Mombelli A, Buser D, Lang NP, Berthold H. Suspected periodontopathogens in erupting third molar sites of periodontally healthy individuals. **J Clin Periodontol.** 1990; 17(1): 48-54. *Apud* Andrade ED, Rizzatti-Barbosa CM, Del Fiol FS, Groppo FC, Souza Filho FJ, Ranali J, Passeri LA *et al.* *Op. cit.* Ref. 1.

12. Moore UJ, Cowpe JG, Meechan JG, Postlethwaite KR, Thomson PJ. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial. *In*: Cowpe JG, Meechan JG, editores. **Tratamento das infecções cirúrgicas na região orofacial**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. capítulo 12. p. 159-76.
13. Nitzan DW, Tal O, Sela MN, Shteyer A. Pericoronitis: a reappraisal of its clinical and microbiologic aspects. **J Oral Maxillofac Surg**. 1985; 43(7): 510-6. *Apud* Andrade ED, Rizzatti-Barbosa CM, Del Fiol FS, Groppo FC, Souza Filho FJ, Ranali J, Passeri LA *et al*. *Op. cit.* Ref. 1. *Apud* Peltroche-Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lütticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molar. **J Oral Maxillofacial Surg**. 2000; 58(6): 611-6.
14. Peltroche-Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lütticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molar. **J Oral Maxillofacial Surg**. 2000; 58(6): 611-6.
15. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. *In*: Peterson LJ, editor. **Normas e conduta em dentes impactados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. sessão 2. capítulo 9. p. 214-47.
16. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. *In*: Peterson LJ, editor. **Princípios da abordagem e prevenção**

- das infecções odontogênicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. sessão 4. capítulo 16. p. 388-411.
17. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. *In*: Peterson LJ, editor. **Infecções odontogênicas complexas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. sessão 4. capítulo 17. p. 412-25.
18. Prado R, Salim M, Bezerra AR, Höhn A, Lenzi AR, Pinto ELF *et al*. Cirurgia bucomaxilofacial – Diagnóstico e tratamento. *In*: Prado R, Pinto ELF, Salim M, editores. **Cirurgia para extração e aproveitamento de dentes inclusos**. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2004. capítulo 7. p. 151-94.
19. Punwutikorn J, Waikakul A, Ochareon P. Symptoms of unerupted mandibular third molars. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1999;87:305-10. *Apud* Gutiérrez-Pérez JL. *Op. cit.* Ref. 5.
20. Rajasuo A, Leppänen J, Savolainen S, Meurman JH, Valkeala, Helsinki *et al*. Pericoronitis and tonsillitis - Clinical and dardfield microscopy findings. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1996; 81: 526-32.
21. Rajasuo A, Meurman JH, Metteri J, Ankkuriniemi O. Effect of extraction of partly erupted third molars on salivary microbial counts in conscripts. **Caries Res**. 1990; 24: 273-8. *Apud* Andrade ED, Rizzatti-Barbosa CM, Del Fiol FS, Groppo FC, Souza Filho FJ, Ranali J, Passeri LA *et al*. *Op. cit.* Ref. 1.

22. Ruitz CC, R.-Labajo AD, Vilas Y, Paniagua J. Thoracic complications of deeply serous neck infections. ***J Craniomaxillofac Surg***. 1993;21:76-81. *Apud* Yoshii T, Hamamoto Y, Muraoka S, Kohjitani A, Teranobu O, Furudo S *et al*. Incidence of deep fascial space infection after surgical removal of the mandibular third molars. ***J Infect Chemother***. 2001; 7: 55-7.

23. Sixou JL, Magaud C, Jolivet-Gougeon A, Cormier M, Bonnaure-Mallet M. Evaluation of the mandibular third molar pericoronitis flora and its susceptibility to different antibiotics prescribed in France. ***J Clin Microbiol***. 2003; 41: 5794-7.

24. Sixou JL, Magaud C, Jolivet-Gougeon A, Cormier M, Bonnaure-Mallet M. Microbiology of mandibular third molar pericoronitis: Incidence of β -lactamase-producing bacteria. ***Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod***. 2003; 95: 655-9.

25. Wallace JR. Pericoronitis and military dentistry. ***Oral Surg Oral Med Oral Pathol***. 1966; 22: 545-7. *Apud* Leone SA, Edenfield MJ, Cohen ME. *Op. cit.* Ref. 9.

26. Weinberg A, Nitzan DW, Shteyer A, Sela MN. Inflammatory cells and bacteria in pericoronal exudates from acute pericoronitis. ***Int J Oral Maxillofac Surg***. 1986; 15(5): 606-13. *Apud* Andrade ED, Rizzatti-Barbosa CM, Del Fiol FS, Groppo FC, Souza Filho FJ, Ranali J, Passeri LA *et al*. *Op. cit.* Ref. 1.

27. Yoshii T, Hamamoto Y, Muraoka S, Kohjitani A, Teranobu O, Furudo S *et al.* Incidence of deep fascial space infection after surgical removal of the mandibular third molars. ***J Infect Chemother.*** 2001; 7: 55-7.

ANEXOS

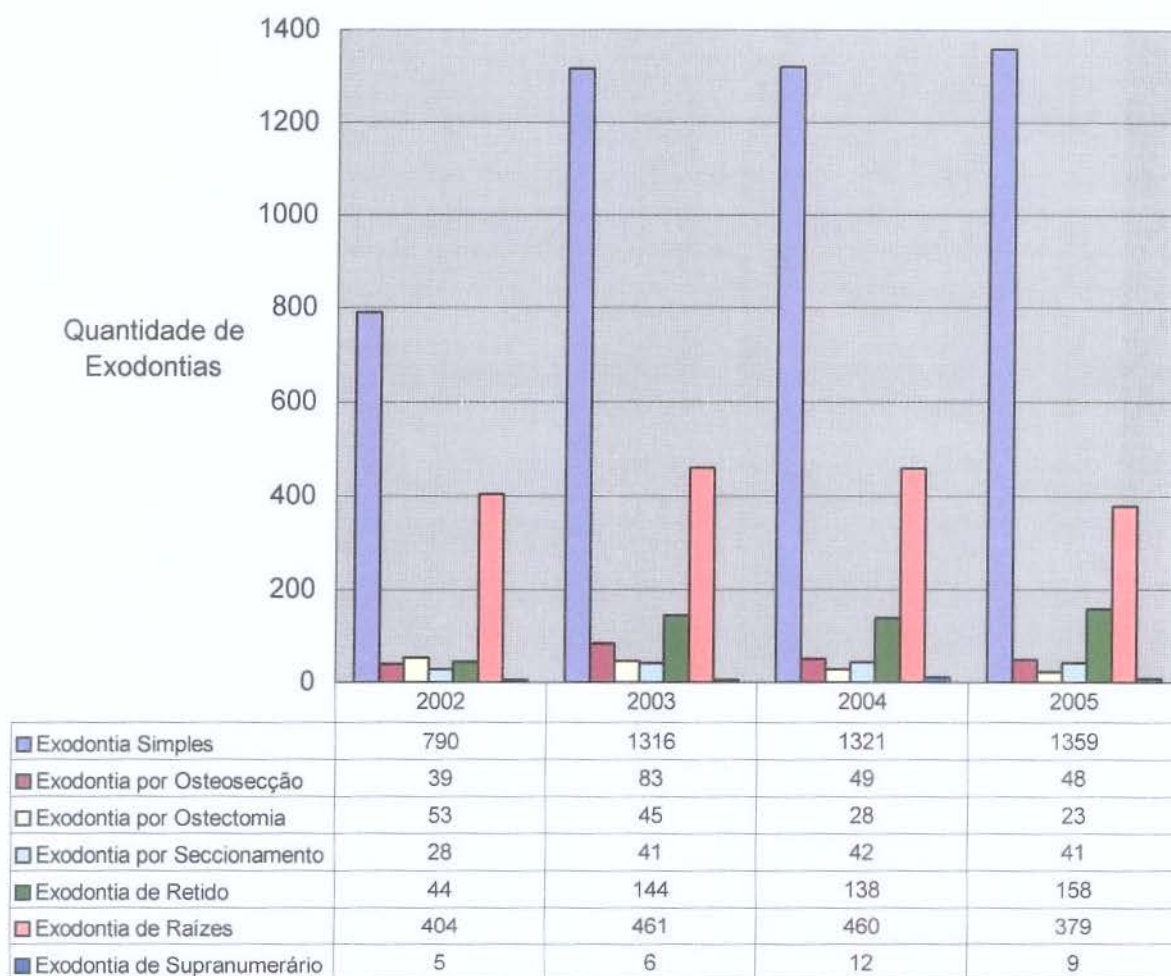


Figura 1 – Exodontias realizadas na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de Fevereiro de 2002 a Dezembro de 2005.

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.

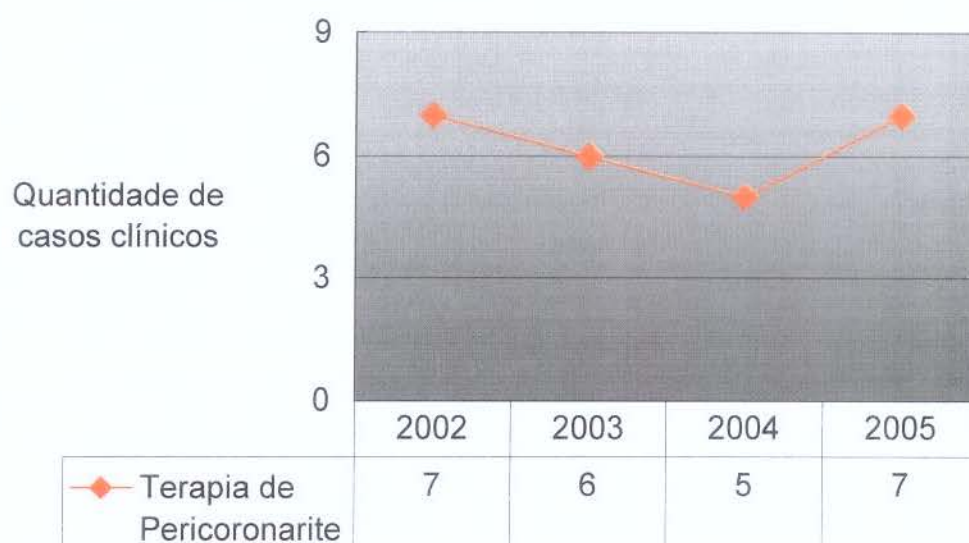


Figura 2 – Terapias de pericoronarite realizadas na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de Fevereiro de 2002 a Dezembro de 2005.

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.

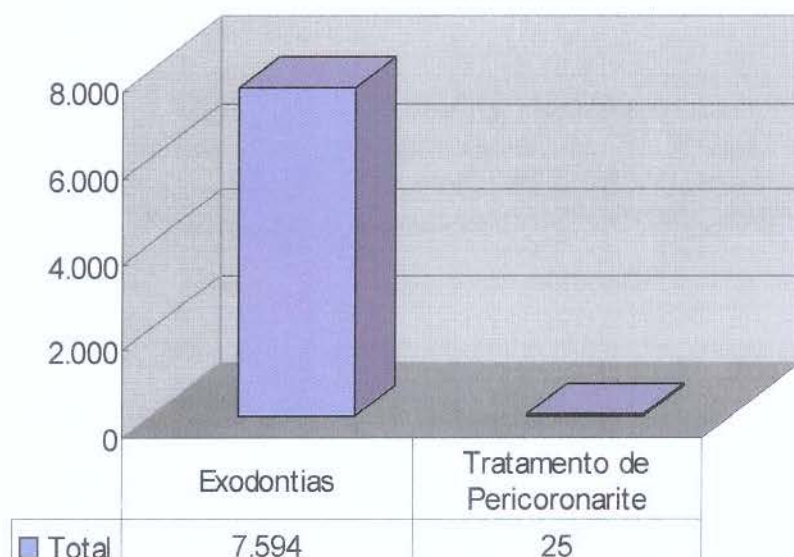


Figura 3 – Comparativo entre o total de exodontias e o total de tratamentos de pericoronarite realizados na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de Fevereiro de 2002 a Dezembro de 2005.

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.

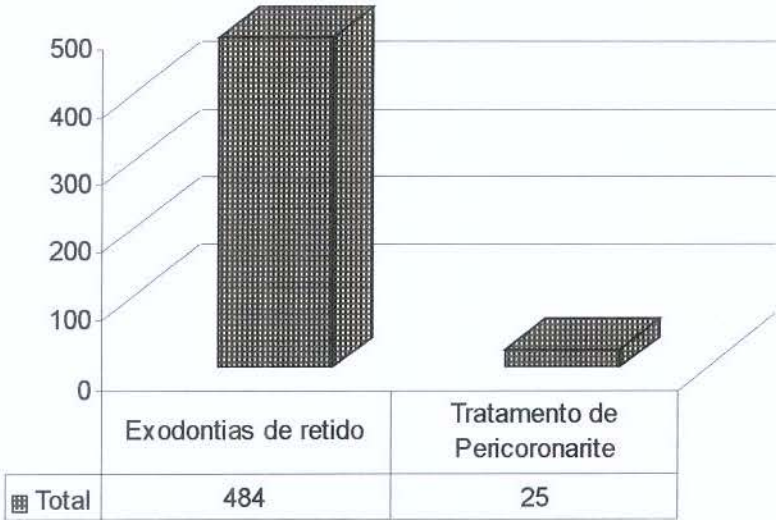


Figura 4 – Comparativo entre o total de exodontias de retido e o total de tratamentos de pericoronarite realizados na clínica de graduação da FOP/UNICAMP pelos alunos de graduação do 2º, 3º e 4º ano da FOP/UNICAMP num período compreendido de Fevereiro de 2002 a Dezembro de 2005.

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.

Tabela 1

Exodontias realizadas na clínica de graduação pelos graduandos do 2º ao 4º ano da FOP/UNICAMP subdivididas em grupos – análise quantitativa do ano de 2002 ao ano de 2005 e seus respectivos valores totais

	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Exodontia simples	790	1316	1321	1359	4786
Exodontia por osteosecção	39	83	49	48	219
Exodontia por ostectomia	53	45	28	23	149
Exodontia por seccionamento	28	41	42	41	152
Exodontia de retido	44	144	138	158	484
Exodontia de raízes	404	461	460	379	1704
Exodontia de supranumerário	5	6	12	9	32
TOTAL	1387	2116	2061	2030	7594

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.

Tabela 2

Tratamentos de pericoronarite realizados na clínica de graduação pelos graduandos do 2º ao 4º ano da FOP/UNICAMP – análise quantitativa do ano de 2002 ao ano de 2005 e seus respectivos valores totais

	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Tratamento de pericoronarite	7	6	5	7	25
TOTAL	7	6	5	7	25

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.

Tabela 3

Incidência anual de tratamento de pericoronarite realizados na clínica de graduação pelos graduandos do 2º ao 4º ano da FOP/UNICAMP

Ano	Tratamento de Pericoronarite	Exodontia de Retidos	Incidência de Pericoronarite (%)
2002	7	44	15,91
2003	6	144	4,17
2004	5	138	3,62
2005	7	158	4,43
TOTAL	25	484	5,17

Fonte: Centro de Processamento de Dados – FOP/UNICAMP; 2006.