

PERICORONARITE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Autores: GUSTAVO SILVA COSTA, ISABELA SANTOS BORGES, BRUNNA CRISTINA SILVA BARBOSA, ALICE DUARTE SANTOS VELOSO

Introdução

A pericoronarite é um estado inflamatório de caráter infeccioso ou traumático, agudo ou crônico do tecido mole que circunda o dente (opérculo), geralmente associada a terceiros molares semi-inclusos e com maior incidência em terceiros molares mandibulares. A demora na erupção do dente e a impactação do mesmo podem ser fatores predisponentes para a sua ocorrência. Acomete com maior frequência adolescentes e adultos jovens, sendo um dos mais prevalentes processos infecciosos da boca. Essa condição muitas vezes tem como consequência a extração do dente semi-incluso, sendo predominante numa faixa etária entre 20 e 29 anos (MOLONEY; STASSEN, 2009).

A etiologia pode estar associada ao acúmulo de bactérias, principalmente anaeróbias, no espaço entre o opérculo e a coroa do dente semi-incluso, sendo amplamente otimizado pelo acúmulo de restos alimentares no espaço citado. Isso leva ao desenvolvimento de um processo inflamatório com consequente formação de edema, que pode levar a um trauma oclusal com o dente antagonista, contribuindo para o agravamento do quadro. Por ventura, há casos em que apenas o trauma oclusal provoca a pericoronarite sendo, portanto, de caráter não infeccioso. (CATÃO; COSTA, 2004).

Segundo Gonçalves et. al (2000), a retenção vertical do terceiro molar inferior apresenta-se como a posição mais susceptível ao quadro de pericoronarite e estes afirmam também que pelo risco de reinfecção, essa é a indicação mais comum para remoção do terceiro molar inferior.

Com relação à sintomatologia, a fase aguda se apresenta bem mais grave e engloba dor severa, que pode ser referida para o ouvido e a cabeça, dificuldade para deglutir, edema na face, pus, trismo, piroxia, mal-estar, perda de sono e gosto desagradável na boca, sendo necessário a antibioticoterapia e, em alguns casos, até mesmo a hospitalização do paciente (BOSSOI; SOLIS, 2008).

O tratamento varia de acordo com o grau da infecção que atinge os tecidos periodontais, mas deve ser levado em conta que a remoção de um dente em pleno processo infeccioso, pode ocasionar complicações pós cirúrgicas, como alveolites. (KAMIGASHIMA, 2006).

Logo, esse estudo justifica-se pela necessidade de demonstrar a relevância do conhecimento adequado de características clínicas, etiologia, sintomatologia e tratamento da pericoronarite, visto que é uma situação muito presente na prática clínica do cirurgião-dentista.

Para tanto, objetivou-se realizar uma revisão de literatura que aborde corretamente os conceitos citados, de modo a oferecer subsídios teóricos para a abordagem clínica de tal patologia.

Material e métodos

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura, que compreende as características clínicas, etiologia, prevalência, sintomatologia e os diferentes tratamentos da pericoronarite, elucidando as formas de intervenção, conforme a gravidade da patologia. Para tais fins, foram realizadas pesquisas através dos sites Medline, Scielo, BVS e PubMed, totalizando 9 referências, tanto da língua portuguesa como inglesa, a partir do ano de 2000.

Resultados e Discussão

Catão; Costa (2004); Kamigashima (2006); Duarte; Sato; Moraes (2017) concordam que acúmulo de alimentos em uma bolsa entre o opérculo e o dente parcialmente incluído e o trauma oclusal do opérculo com o dente antagonista são as etiologias da pericoronarite. Já em relação aos microorganismos causadores dessa patologia, Crotty (2012); Duarte; Sato; Moraes (2017) concordam que a microbiota componente da placa dental, ou seja, anaeróbios gram-negativos e formas móveis de espiroquetas são os responsáveis pela patologia. Todavia, Duarte; Sato; Moraes (2017) acrescentam que alguns estudos afirmam que os microorganismos causadores da pericoronarite são os mesmos da gengivite e da periodontite, com exceção da *porphyromonas gingivalis* que raramente é encontrada na pericoronarite.



Em relação aos sinais e sintomas, a opinião dos autores é relativamente parecida. Kamigashima (2006); Bossoi; Solis (2008); Tang et al (2014); Magraw et al (2015); Duarte; Sato; Moraes (2017) concordam que dor inchaço, pirexia, purulência, sangramento e trismo são os sinais e sintomas mais comuns da pericoronarite. Em contrapartida, Bossoi; Solis (2008) acrescentam que a dor refletida para ouvido e cabeça também pode ocorrer. Já Tang et al (2014); Duarte; Sato; Moraes, (2017) citam também aumento dos nódulos linfáticos adjacentes e halitose como sintomas. Para Magraw et al (2015) a dificuldade na função oral (principalmente a mastigação) é um dos sintomas da patologia.

Com relação ao tratamento, a forma leve de pericoronarite pode ser tratada com aplicação de soluções irrigantes, como peróxido de hidrogênio e clorexidina a 0,12% para limpeza mecânica (KAMIGASHIMA, 2006; BOSSOI; SOLIS, 2008; DUARTE; SATO; MORAES, 2017). Kamigashima (2006) menciona o uso de soluções iodóforas como irrigantes alternativos, enquanto Bossoi; Solis (2008) adicionam o uso de analgésicos para diminuição da dor local.

No que diz respeito à forma moderada, além do uso de soluções irrigantes, Kamigashima (2006); Crotty (2012) estão de acordo em relação ao uso de antibióticos para evitar a disseminação da infecção, assim como a extração do dente envolvido.

Para a forma grave, segundo Kamigashima (2006); Bossoi; Solis (2008) deve-se fazer uso de soluções irrigantes, antibioticoterapia e extração preventiva do dente envolvido. No entanto, em decorrência da proximidade dos terceiros molares inferiores com a região posterior da cavidade oral, a infecção por pericoronarite pode afetar espaços faciais do ramo mandibular e da porção lateral do pescoço. Nesse caso e em casos de trismo, com limitação de abertura bucal de até 20mm e febre maior que 38°C, justifica-se o encaminhamento para atendimento especializado com o cirurgião buco-maxilo-facial, com possível internação hospitalar.

Quanto à antibioticoterapia, Kamigashima (2006); Crotty (2012); Duarte; Sato; Moraes (2017) colocam as penicilinas como antibióticos de primeira escolha, em especial a amoxicilina. Entretanto, devido à ineficiência de algumas penicilinas na presença de beta-lactamases produzidas pelas bactérias, o uso do metronidazol deve ser associado. Como segunda opção, os mesmos autores recomendam o uso de clindamicina, em casos de pacientes com histórico alérgico a penicilina ou intolerância ao metronidazol. Em contrapartida, Moloney; Stassen (2009) mencionam o metronidazol e a fenoximetilpenicilina como antibióticos de primeira escolha, ou a combinação dos mesmos para infecções graves. Já para os pacientes alérgicos à penicilina, recomenda-se o uso de eritromicina.

Cosiderações finais

Com base na literatura analisada, pode-se perceber que a pericoronarite é uma patologia recorrente em terceiros molares inferiores e em pacientes jovens, possuindo determinantes origens infecciosas, relacionadas ao acúmulo de alimentos em uma bolsa entre o opérculo e o dente parcialmente incluso, assim como impactações de terceiros molares superiores sobre a mucosa superficial que recobre os terceiros molares inferiores. O tratamento varia de acordo com a gravidade da patologia, sendo os antibióticos de primeira escolha as penicilinas associadas ao metronidazol. Em alguns casos, a hospitalização do paciente acometido faz-se necessária, com devida indicação do cirurgião buco-maxilo-facial.

Referências

- BOSSOI, E.C.O.; SOLIS, A.C.O. Prevalência e exodontias relacionadas à pericoronarite. Uma revisão de literatura, 2008.
- CROTTY, M.F.C. Tratamento das infecções em Odontologia. 2012. Monografia.
- DE VASCONCELOS CATÃO, M.H.C.; DA COSTA, L.J. Tratamento da pericoronarite com laser terapêutico. **RGO**, v. 52, n. 3, 2004.
- DUARTE, H.N.; SATO, F.R.L.; MORAES, M. Pericoronarite e infecções das vias aéreas superiores: revisão. **Rev. Clín. Pesq. Odontol**, v. 3, n. 2, p. 125-132, 2007.
- GONÇALVES, F.A. et al. Complicações pré-operatórias associadas à retenção dos 3º s molares inferiores. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 41, n. 2, p. 44-50, 2000.
- KAMIGASHIMA, G. L. 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. 2006. Monografia.
- MAGRAW, C. BL et al. Pain with pericoronitis affects quality of life. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 73, n. 1, p. 7-12, 2015. MAGRAW, Caitlin BL et al. Pain with pericoronitis affects quality of life. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 73, n. 1, p. 7-12, 2015.

Realização:



SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO
CIENTÍFICO, TECNOLÓGICO
E INOVAÇÃO SUPERIOR



Apoio:



MOLONEY, J.; STASSEN, L.FA. Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma. **Journal of the Irish Dental Association**, 2009.

TANG, D.T. et al. Effect of quality of life measures on the decision to remove third molars in subjects with mild pericoronitis symptoms. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 72, n. 7, p. 1235-1243, 2014.