

## PREVALÊNCIA E EXODONTIAS RELACIONADAS À PERICORONARITE. UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Ellen Cristina de Oliveira Bossoi<sup>1</sup>, Ana Cristina de Oliveira Solis<sup>1</sup>*

1 Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP) / Faculdade de Ciências da Saúde – Curso de Odontologia, Brasil, 12244-000.

ellenbossoi@yahoo.com.br, anacristinasolis@hotmail.com

**Resumo-** A pericoronarite é uma doença que causa inflamação nos tecidos moles que circundam a coroa de um dente parcialmente erupcionado. O objetivo deste estudo foi conduzir uma revisão sistemática da literatura para verificar a prevalência de pericoronarite em locais que prestam atendimento odontológico. Como a prevalência de pericoronarite também está relacionada à indicação de extrações, o objetivo secundário deste estudo foi investigar a frequência das exodontias relacionadas à pericoronarite. Bases de dados consultadas: Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Scientific Eletronic Library Online (SciELO). A busca foi realizada em junho de 2008. Palavras-chaves utilizadas: “pericoronitis” e “prevalence”. Limitações: língua inglesa, estudos em humanos, pesquisas conduzidas nos últimos 10 anos. A prevalência da pericoronarite variou de 6,32-13,7%. A frequência de extrações relacionadas à pericoronarite foi de 1,1-63,1%. Fatores como período de captação da amostra, população e tipo de dente avaliado podem interferir nas taxas de prevalência observadas.

**Palavras-chave:** Pericoronarite, Prevalência, Epidemiologia.

**Área do Conhecimento:** IV - Ciências da Saúde.

### Introdução

Por definição, pericoronarite é uma doença que causa infecção nos tecidos moles que circundam a coroa de um dente parcialmente erupcionado. Manifesta-se principalmente na adolescência, em adultos jovens, e quase sempre relacionados ao terceiro molar inferior. A pericoronarite é o problema agudo mais encontrado em terceiros molares, entretanto seus fatores predisponentes ainda não estão totalmente esclarecidos (BATAINEH et al, 2003).

A sintomatologia característica, nos casos mais leves, inclui dor e inchaço local e pode ser tratada com soluções irrigantes como a água oxigenada ou clorexidina, e analgésicos para diminuir a dor na região. No entanto, nos casos mais graves, pode causar dor intensa que reflete para o ouvido e cabeça, dificuldade para deglutir, edema na face, mal-estar, febre, alveólise e trismo. Nestes casos, existe a necessidade de antibioticoterapia e, às vezes, até de hospitalização. Outra situação que pode ocorrer, embora seja rara, é a presença de carcinoma espino-celular relacionada à pericoronarite crônica, notadamente em fumantes e etilistas (LITONJUA et al., 1996).

A pericoronarite é considerada uma manifestação aguda periodontal. É uma condição dolorosa que pode ter repercussões sistêmicas. Investigar sua prevalência é importante para planejar ações de promoção de saúde. Desta

forma, o objetivo deste estudo foi conduzir uma revisão sistemática para investigar a prevalência de pericoronarite em locais que prestam atendimento odontológico. Como a prevalência de pericoronarite também está relacionada à indicação de extrações, o objetivo secundário deste estudo foi investigar a frequência de extrações relacionadas à pericoronarite.

### Metodologia

#### Desfecho avaliado

Prevalência de pericoronarite.

#### Estratégia de busca

Bases de dados consultadas: Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). A busca foi realizada em junho de 2008. Palavras-chaves utilizadas: “pericoronitis” e “prevalence”. Limitações: língua inglesa, estudos em humanos, pesquisas conduzidas nos últimos 10 anos. A estratégia de busca está sumarizada na figura 1.

#### Método detalhado de busca no Pubmed:

((("pericoronitis" [MeSH Terms] OR "pericoronitis" [All Fields]) AND ("epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "prevalence"[All Fields] OR "prevalence"[MeSH Terms])) AND

("1998/07/03"[EDat] : "2008/06/29"[EDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])

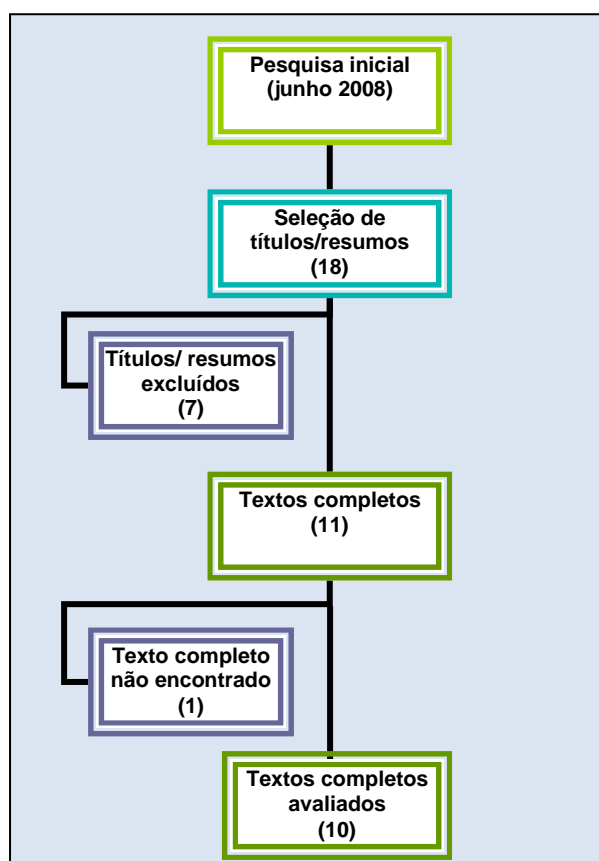
**Critérios de exclusão de títulos e resumos:**

Artigos de revisão de literatura, artigos que relacionaram patógenos e doença periodontal, estudo conduzido para validar questionário de dor, artigos relacionados a cisto paradental e doença coronária, estudo relacionado à prescrição de antibióticos por clínicos gerais. Foram encontrados e excluídos 3 estudos da biblioteca Cochrane (uma revisão sistemática completa, um protocolo de revisão e um resumo). Nenhum deles com objetivo de investigar a prevalência de pericoronarite.

**Texto completo não encontrado**

Não foi possível adquirir 1 dos 11 artigos selecionados, pois não estava disponível nas bibliotecas brasileiras consultadas.

**Figura 1** – Representação esquemática da estratégia de busca



**Estudos Avaliados**

Chestnutt et al. (2000) investigaram os motivos das extrações dentárias de dentes permanentes, por clínicos gerais na Escócia. A amostra de clínicos foi selecionada de listas de profissionais da saúde do local. Quatrocentos e

trinta clínicos gerais receberam uma carta com uma breve explicação da pesquisa. Deste total, 156 aceitaram participar da pesquisa. Estes 156 profissionais receberam o protocolo completo do estudo, mas apenas 139 forneceram os dados necessários. Um total de 917 dentes foi extraído de 613 pacientes. Os autores observaram que o trauma, pericoronarite e outras razões representaram 5,5% das extrações.

Um dos objetivos de Trovik et al. (2000) foi determinar as razões das extrações de dentes permanentes na Noruega em 1998. Foram distribuídos questionários a 1.500 dentistas. As informações foram obtidas de 772 participantes (taxa de resposta de 51%). Um total de 1.495 dentes (de 1164 pacientes) foi extraído em pacientes com idades entre 10-92 anos. As causas de extração relacionaram-se a: cárie (40,2%), problemas periodontais (24,4%) e pericoronarite (9,8%).

McCaul et al. (2001) investigaram as razões de extrações dentárias no ano de 1999 na Escócia e compararam aos achados de 1984. Foram enviados formulários para dentistas do país, para relatar o procedimento de exodontia (tipo de dente extraído e razão da exodontia) durante uma semana de trabalho. A amostra representou aproximadamente 20% dos clínicos gerais da Escócia. No geral, 350 dentistas extraíram 2558 dentes de 1730 pacientes. A pericoronarite foi responsável por menos de 5% das extrações.

Yoshii et al. (2001) determinaram a incidência e os fatores relacionados à infecção pós-operatória no espaço fascial profundo. A amostra foi composta por 993 pacientes, cujo terceiro molar (3M) foi extraído e cujo pós-operatório pode ser acompanhado pelos autores do estudo, por 7 dias ou mais. A infecção no espaço fascial profundo, após a exodontia do 3M inferior foi observada em 0,8% dos casos (8 pacientes). Neste estudo, a pericoronarite pré-operatória foi observada em 156 dos 993 pacientes iniciais, mas em nenhum dos 8 casos com infecção no espaço fascial profundo.

Moss (2002) realizaram uma análise retrospectiva de emergências dentais experimentada por soldados da terceira infantaria da Bósnia, durante o período de setembro de 2000 a março de 2001. Qualquer visita não agendada foi considerada uma emergência. Todos os soldados foram examinados e classificados em três categorias: pacientes sem necessidade de cuidados dentais (1); pacientes que necessitavam somente cuidados de rotina (2); e soldados que se per-manecessem sem tratamento, possivelmente apresentariam uma emergência nos 12 meses subseqüentes (3). A categoria 3 abrangeu 269 pacientes, representando aproximadamente 5%

da amostra. A pericoronarite foi registrada em 17 soldados, o que representou 6,32% do total.

Batineh et al. (2003) realizaram um estudo a fim de identificar os fatores predisponentes mais relacionados à etiologia da pericoronarite. Foram incluídos neste estudo pacientes da Faculdade de Odontologia da Jordânia, com sinais e sintomas de pericoronarite durante o período de 1994 a 2001. Foram avaliados 2151 pacientes com algum sinal ou sintoma de pericoronarite. A maioria destes pacientes era do sexo feminino (56,7%), o pico de ocorrência foi entre 21 e 25 anos (56,86%), e com diagnóstico de pericoronarite aguda (51,74%). Os fatores predisponentes mais relatados foram infecção do trato respiratório superior (37%) e estresse (22%).

Richardson (2005) realizou um estudo para investigar a frequência de patologias dentais nas forças armadas do Reunido Unido que estavam servindo no Iraque 2003. Um total de 1800 pacientes foi analisado, incluindo prisioneiros de guerra. A tropa regular era composta de 1450 soldados, dentre os quais 13,7% apresentaram pericoronarite (199 soldados). A pericoronarite foi a morbidade que causou maior impacto operacional (moderado ou grave) entre as tropas regulares.

Gbotolorun et al. (2007) realizaram um estudo prospectivo a fim de analisar as causas das indicações de exodontias associadas a 3M inferiores impactados em pacientes com idades entre 17 a 55 anos. Somente 3M que necessitassem de remoção óssea foram incluídos na amostra. Foram avaliados 329 pacientes, sendo necessário a exodontia de 331 3M impactados destes, 209 (63,1%) devido à pericoronarite.

Kunkel et al. (2007) conduziram um estudo para avaliar a prevalência de hospitalização por complicações severas relacionadas aos terceiros molares (3M). Neste estudo foram selecionados 100 pacientes entre 14 e 86 anos. Os pacientes foram divididos em três grupos: grupo A (sem história de pericoronarite, dor e cárie); grupo B (episódios anteriores de carie, pulpites, pericoronarite ou afecções periodontais); grupo C (infecções agudas do espaço profundo relacionadas a pericoronarite). No grupo A, 27% dos pacientes apresentaram complicações devido à remoção profilática do 3M; no grupo B, 44% por remoção terapêutica; e no grupo C, 29% por pericoronarite aguda. Em apenas um caso houve morte de paciente com 77 anos, mas havia outros fatores de saúde envolvidos. Os autores concluíram que houve uma alta frequência de complicações associadas aos 3M ou à sua remoção terapêutica.

Bagain et al. (2007) investigaram as razões de extração e determinaram o padrão de perda dental de pacientes que procuraram

atendimento na clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade da Jordânia. Os dados foram captados de outubro de 2003 a junho de 2005. Durante este período, 2435 pacientes foram submetidos à extração dentária. Um total de 4896 dentes foi extraído. Em geral a pericoronarite, foi responsável por 1,1% das extrações. Entretanto, nos pacientes na faixa etária de 21 a 30 anos, a pericoronarite foi a segunda causa mais comum para extração. Quando o tipo de dente foi avaliado, a pericoronarite também representou a segunda causa mais comum de extração dentária de 3M.

A tabela um sumariza os principais achados encontrados na literatura.

Tabela 1- Prevalências de pericoronarite relatadas e indicação de exodontias relacionadas à pericoronarite.

Autor	País	N	Resultados
Kunkel et al., 2007	Alemanha	100	29% <sup>a,b</sup>
Baqain et al., 2007	Jordânia	2435	1,1% <sup>b</sup>
Gbotolorun et al., 2007	Nigéria	329	63,1% <sup>b,c</sup>
Richardson et al., 2005	Reino Unido	1450	13,7%
Bataineh et al., 2003	Jordânia	2151	100% <sup>d</sup>
Moss & Moss, 2002	Estados Unidos	269	6,32%
Yoshii et al., 2001	Japão	993	15,70% <sup>b,c</sup>
McCaul et al., 2001	Escócia	1730	< 5,5% <sup>b</sup>
Chestnutt et al., 2000	Escócia	613	< 5,5% <sup>b</sup>
Trovik et al., 2000	Noruega	1164	9,8% <sup>b</sup>

Onde: N: número de pacientes; a: frequência de pacientes hospitalizados devido a complicações de 3M originárias de pericoronarite; b: frequência de exodontia devido à pericoronarite; c: somente 3M inferiores; d: neste estudo 100% da amostra apresentava pericoronarite, e foi feito para discriminar os fatores predisponentes relacionados a esta patologia.

## Discussão

A pericoronarite é uma infecção que ocorre nos tecidos moles que circundam um dente parcialmente erupcionado. Manifestações clínicas

associadas incluem trismo e dor. Alguns autores mostraram que não há predileção por sexo, o pico de ocorrência costuma ser na idade de 21 e 25 anos, o que coincide com a época de erupção dos terceiros molares (BATAINEH et al., 2003).

A frequência da pericoronarite variou de 6,32% a 13,7% (RICHARDSON et al., 2005; MOSS, MOSS, 2002). A discrepância de prevalência pode ser explicada pelo modo como foi classificada a emergência e o número de participantes dos estudos. Um grande número de soldados não pode exercer suas funções adequadamente, e isso demonstrou o impacto desta morbidade durante o serviço militar.

A partir dos estudos de Bagain et al. (2007), McCaul et al. (2001), Chestnutt et al. (2000) e Trovik et al. (2000), observamos que a pericoronarite foi um dos fatores predisponentes para a indicação da exodontia dentária (1,1-9,8%). Nestes estudos as amostras apresentaram números de participantes e dentes extraídos distintos, o que pode explicar a variação encontrada. Quando foi restringido ao terceiro molar, a prevalência de exodontia relacionada à pericoronarite aumentou. A pericoronarite foi a principal causa de exodontia numa população da Nigéria (GBOTOLORUN et al., 2007). Neste estudo 63,1% da amostra apresentou a doença. Outros autores (YOSHII et al., 2001) acharam uma prevalência menor (15,7%), mas somente avaliaram casos que apresentaram complicações pós-operatórias devido à exodontia do 3M. Neste estudo não foi comprovado que a pericoronarite foi a causa destas complicações, e também não foi associada à infecção do espaço fascial profundo.

A pericoronarite é uma condição dolorosa que pode ter repercussão sistêmica. Quando atinge o 3M, o tratamento geralmente é a exodontia do dente. Deve ser diagnosticada precocemente e seu tratamento não deve ser postergado, pois é uma condição debilitante.

### Conclusões

- A prevalência de pericoronarite variou de 6,32-13,7%
- A frequência de extrações relacionadas à pericoronarite foi de 1,1-63,1%.

### Referências

- BATAINEH AB, AL QM. The predisposing factors of pericoronitis of mandibular third molars in a Jordanian population. **Quintessence Int.** 2003 Mar; 34(3):227-31.

- CHESTNUTT IG, BINNIE VI, TAYLOR MM. Reasons for tooth extraction in Scotland. **J Dent.** 2000 May;28(4):295-7.

- GBOTOLORUN OM, OLOJEDE AC, AROTIBA GT, LADEINDE AL, AKINWANDE JA, BAMGBOSE BO. Impacted mandibular third molars: presentation and postoperative complications at the Lagos University Teaching Hospital. **Nig Q J Hosp Med.** 2007 Jan-Mar;17(1):26-9.

- KNUTSSON K, BREHMER B, LYSSELL L, ROHLIN M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 1996 Jul;82(1):10-7.

- KUNKEL M, KLEIS W, MORBACH T, WAGNER W. Severe third molar complications including death-lessons from 100 cases requiring hospitalization. **J Oral Maxillofac Surg.** 2007 Sep;65(9):1700-6.

- LITONJUA LS. Pericoronitis, deep fascial space infections, and the impacted third molar. **J Philipp Dent Assoc.** 1996 Mar-May;47(4):43-7.

- MCCAUL LK, JENKINS WM, KAY EJ. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland: a 15-year follow up. **J Dent.** 2001 Aug;29(6):401-7.

- MOSS DL. Dental emergencies during SFOR 8 in Bosnia. **Mil Med.** 2002 Nov;167(11):904-6.

- RICHARDSON PS. Dental morbidity in United Kingdom Armed Forces, Iraq 2003. **Mil Med.** 2005 Jun;170(6):536-41.

- TROVIK TA, KLOCK KS, HAUGEJORDEN O. Trends in reasons for tooth extractions in Norway from 1968 to 1998. **Acta Odontol Scand.** 2000 Apr;58(2):89-96.

- YOSHII T, HAMAMOTO Y, MURAOKA S, KOHJITANI A, TERANOBU O, FURUDOI S, KOMORI T. Incidence of deep fascial space infection after surgical removal of the mandibular third molars. **J Infect Chemother.** 2001 Mar;7(1):55-7.