



- 1 - Tratamento da Pericoronarite com Laser Terapêutico
- 2 - Classificação do Paciente Especial
- 3 - Características Clínicas do Cisto de Erupção
- 4 - Restauração Estética Posterior Pela Técnica da Matriz de Acrílico

Treatment of Pericoronitis With Low Power Laser

① Tratamento da Pericoronarite com Laser Terapêutico

INTRODUÇÃO

A pericoronarite é uma reação inflamatória aguda, mas pode ser de caráter crônico ou subagudo, sendo que sua origem é infecciosa e se desenvolve no saco pericoronário dos dentes não completamente associados a pericoronarite. Causada por injúria e infecção do tecido pericoronário associado aos terceiros molares inferiores em erupção, geralmente, semi-inclusos (BRUGNERA Jr, 2003).

A superfície oclusal do dente afetado é com frequência, revestida por um retalho de tecido gengival, chamado de operculum. O operculum reveste parcial ou totalmente a coroa do dente, em particular se não existe espaço durante a erupção completa do dente. Com o acúmulo de bactérias, o retalho sobre a superfície oclusal pode torna-se inflamado, edemaciado e muito doloroso. Esse retalho pode ficar tão edemaciado que mantém contato oclusal com os dentes antagonistas sofrendo trauma, durante a mastigação. A infecção tem início sobre o capuz tecidual seguido de tumefação ao redor de toda coroa do dente ainda em erupção. Com o aumento da inflamação, a condição se torna mais grave, e a cada momento aumentando edema podendo levar ao trismo e desconforto localmente, com repercussões sistêmicas, tais como: elevação da temperatura do indivíduo, irritação, neuroses provocadas por dores contínuas (GENCO, R J. et al., 1997).

Todavia, ao examinar o capuz devendo esse ser palpado e sondado, observamos a tumefação e o paciente relata, dor intensa. Portanto, a porção da mucosa gengival que recobre a parte distal da coroa desse dente é facilmente traumatizada pelo antagonista, podendo constituir-se em ponto focal de uma inflamação mais ou menos severa, uma vez que existe uma comunicação direta entre a cavidade bucal e a cavidade pericoronar na qual penetram agentes e desencadeiam o processo infeccioso (CARRANZA, 1983; LASCALA, 1995; GENCO, 1997; GENOVESE, 2000; BRUGNERA Jr, 2003).

ETIOLOGIA DA PERICORONARITE

Decorre do desenvolvimento de colônias bacterianas entre o espaço da coroa do dente e margem da gengiva que o recobre, favorecido pelo acúmulo de alimentos. Esse quadro costuma juntar-se ao trauma produzido pelo dente antagonista, levando a formação de edema conseqüentemente ao exudato inflamatório, o que irá interferir quando em princípio nenhum tratamento é instituído, tornando-se um círculo vicioso (BLAKEY et al., 1996; LASCALA, 1995; RIBEIRO, 1997; FEDI Jr, 1998; GENOVESE, 2000).

CLASSIFICAÇÃO DA PERICORONARITE

A pericoronarite pode se manifestar como aguda, subaguda ou crônica. Segun-

- Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão

Professora do Departamento de Odontologia/UEPB. Doutoranda em Laser em Odontologia/UFBA. Mestre em Diagnóstico Bucal/UFPB. Especialista em Dentística Restauradora/UEPB.

- Lino João da Costa

Professor Doutor em Diagnóstico Bucal/ Departamento de Odontologia Social/UFPB.



Fig. 1 - Pericoronarite instalada no 48.



Fig. 2 - Aplicação inicial do Laser.

do CARRANZA(1983), mesmo em pacientes sem sinais clínicos ou sintomas a margem da gengiva é freqüentemente inflamada cronicamente e comumente infectada, apresentando diversos graus de ulceração em sua superfície interna.

A inflamação aguda é uma possibilidade eminentemente freqüente. O influxo do fluido inflamatório e o exudato celular resulta num aumento do volume da margem a qual interfere com a movimentação de abertura e fechamento mandibular. Esse contato traumatiza a massa tecidual local, intensificando o estado inflamatório (MOURA et al.,(1999) apud GLICKMAN et al.,1954). Este fato pode ser observado radiograficamente, através de áreas radiolúcidas presentes na imagem do osso alveolar (LEE; KIM,1989).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A pericoronarite aguda apresenta diferentes graus de envolvimento do capuz pericoronário, e estruturas adjacentes à lesão apresentam-se avermelhada, flácida, podendo ou não mostrar secreção purulenta com dor extrema, particularmente ao toque. A dor é irradiada podendo atingir regiões de ouvido, garganta e assoalho da boca, também pode apresentar edema das bochechas no ângulo da mandíbula, gengivite ulcerativa necrosante incipiente, trismo parcial e linfadenopatia loco-regional. Segundo CARRANZA(1983), além da dor, o paciente é incomodado pelo gosto desagradável e a incapacidade de fechar a boca. O quadro caracteriza uma lesão marcadamente vermelha, edemaciada, estranhamente sensível com dores de ouvido radiantes. O paciente, ainda pode apresentar complicações sistêmicas, como febre, mal-estar e leucocitose(LASCALA,1995;FEDI Jr, 1998). A visualização direta e a palpação acusam a presença da lesão(LASCALA, 1995).

Na pericoronarite branda, a inflamação é localizada e há sensibilidade á palpação podendo o quadro patológico ser revertido simplesmente com uma higienização local. As pericoronarites intermediárias apresentam sintomatologia dolorosa e trismo, enquanto na severa há presença de febre, e uma fragilidade geral do organismo, além de poder estar com alguma sintomatologia associada(MOURA,1999).



Fig. 3 - Segunda aplicação após 24 horas.

TRATAMENTO E PROSERVAÇÃO

O tratamento clínico da pericoronarite deve ser escolhido de acordo com a intensidade da inflamação, das complicações sistêmicas, e conveniência para preservar o dente afetado. Todo capuz pericoronário deve ser visto com suspeita. A indicação formal de tratamento é avulsão do dentes retido.

A terapêutica da pericoronarite pode ser imediata e mediata (ode ser conservadora ou radical). A terapêutica imediata é o tratamento da fase aguda, para não só aliviar a dor do paciente, como também, evitar bacteremia ou septicemia no ato cirúrgico aplicado, se conservador ou radical(RIBEIRO, 1997).

O tratamento paliativo ou imediato, é a embrocção da hiperplasia com clorexidina a 12% ou água oxigenada 10V por 2 minutos, e além disso, orientar o paciente a fazer bochechos a cada com solução de sal e água morna, repouso, ingestão abundante de líquido. Se o estado geral do paciente for afetado e/ou se apresentar trismo acentuado, e complicações locais e sistêmicas mais graves, indica-se antibiótico (CARRANZA,1983; BLAKEY et al., 1996; PUNWUTIKORN et al.,1999; GENOVESE, 2000).

Outro tipo de tratamento que auxilia no controle da inflamação, é a laserterapia, agindo de forma paliativa, reduzindo o edema e diminuindo os sintomas dolorosos. Em todos os casos,

a motivação do paciente em relação à higienização bucal, é indispensável (BRUGNERA Jr, 2003; GENOVESE, 2000).

Portanto, a sensação dolorosa e o processo antiinflamatório são amenizados com a aplicação da energia a laser depositada sobre o tecido mucoso que recobre o dente retido. Também, a aplicação tem o objetivo de provocar aumento de quantidade de b-endorfina, bem como diminuir a quantidade da produção de prostaglandina. A terapêutica deverá ser repetida a intervalos de 24 horas, até o desaparecimento completo da sintomatologia.

A laserterapia tem ação analgésica e controle de edema, a forma de aplicação é: pontual, sobre o capuz distribuídos em 3 pontos: mesiovestibular (1 J/cm²), mesiolingual (1 J/cm²) e distal (4 J/cm²). No caso de trismo, aplica-se o raio laser na trajetória dos músculos envolvidos, extra e intrabucalmente, com densidade energética de 6J/cm². A frequência da terapêutica deverá ser por 2 a 3 aplicações por semana com intervalos de 24 horas entre as sessões até remissão da dor do quadro inflamatório, e do alívio da sintomatologia. Mas, sempre deve motivar o paciente quanto a higienização do local (GENOVESE, 2000; BRUGNERA Jr, 2003).

Na periodontia, o laser pode ser usado como grande coadjuvante dos procedimentos básico e cirúrgicos, tais como: gengivite e periodontites (CALÓ, 2003).

RELATO DO CASO

O paciente M FA. sexo masculino 26 anos de idade, procurou a clínica para realização de tratamento odontológico emergencial. Com queixa principal de dor pulsátil, exudato purulento na região do terceiro molar inferior direito, elemento 48 apresentando limitação de abertura bucal.

Ao exame clínico, observamos que o elemento 48 apresentava-se semi-incluso, a gengiva edemaciada, eritematosa e sensível ao toque, e o paciente estava com enfartamento ganglionar e trismo. O diagnóstico estabelecido foi de periodontite aguda e branda. O plano de tratamento foi estabelecido da seguinte forma: realizar primeiro a higienização do elemento 48 com o jato de ar e água, limpar a área com uma bolinha de algodão embebida em água oxigenada 10V.

Após a higienização, foi feita a aplicação do laser de baixa potência AsGaI (630nm) na região do elemento 48 de forma pontual sobre o capuz na face mesiovestibular (1 J/cm²), mesiolingual (1 J/cm²) e distal (3 J/cm²). Após 24 horas, fizemos a segunda aplicação do laser, e o paciente não reclamou mais de dor, como também já podia abrir a boca normalmente sem dificuldades. Foi prescrito a higienização diária, com bochechos caseiros 4 vezes ao dia durante 3 minutos, no período de 5 dias. Após o alívio dos sintomas agudos, fizemos nova avaliação e determinou-se que o dente deveria ser conservado.

CONCLUSÃO

A pericoronarite é uma emergência periodontal mais comum, sendo o elemento mais acometido terceiro molar inferior, em erupção parcial ou impactado. O tratamento para situações de periodontite aguda é a higienização com bochecho, assepsia do local e aplicação do laser de baixa potência (630nm) no capuchão para diminuir o processo inflamatório e alívio da dor. Após a remissão dos sinais e sintomas, deve-se avaliar minuciosamen-

te se o dente deve ser conservado ou não, e se há necessidade de continuar a terapia periodontal para alterar o meio bucal.

Outra alternativa de tratamento é fazer a remoção de tecido pericoronário com o laser cirúrgico (CO₂), e logo após aplicar o laser de baixa potência nos pontos estabelecidos.

Portanto, a aplicação do laser na pericoronarite, beneficiará o paciente no alívio da dor diminuindo sua sintomatologia como também, auxilia no controle da inflamação e reduzir o edema, não havendo necessidade muitas vezes de medicação sistêmicas, devidos aos efeitos terapêuticos do laser, tais como: analgésica, anti-inflamatória e reparador tecidual.

RESUMO

A pericoronarite é um estado inflamatório de caráter agudo, subagudo ou crônico que ocorre nos tecidos à volta dos terceiros molares no estágio de erupção ou parcialmente erupcionados, podendo resultar em complicações sistêmicas. Os autores relatam o caso clínico de um paciente com pericoronarite aguda meios para o diagnóstico, tratamento e a aplicação do Laser AsGaI para o alívio da dor e diminuição do edema com a preservação.

Unitermos: Pericoronarite, tratamento, laser de baixa potência.

SUMMARY

Pericoronitis is a painful, debilitating infection most commonly found among Young adults involving erupting mandibular third molars. The purpose of this case report is to describe symptoms and complaints associated with pericoronitis, the means of diagnosis and also for treatment.

Uniterms: Pericoronitis; Low power Laser, laser.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLAKEY G.H. et al. Clinical/biological outcomes of treatment for pericoronitis. *J Oral Maxillofac Surg.*, v.5, n.10, p.1150-1160, Oct, 1996.
2. BRUGNERA Jr. A. et al. Atlas de laserterapia à clínica Odontológica. São Paulo: Santos, p.75-76, 2003.
3. CARRANZA, E. A. Periodontia clínica de Glickman: prevenção, diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da odontologia geral. Rio de Janeiro: Interamericana, cap.11, p.136-138; cap.41, p.638-640, 1983.
4. CALÓ, A. O uso de Solf Laser na Clínica Geral Odontológica. <http://www.connectoodonto.com.br>, 5/1/2003.
5. FEDI Jr. P.F.; VERMINO, A. R. Fundamentos de Periodontia. São Paulo: Premier, cap.22, p.179, 1988.
6. GENCO, R. J. et al. Periodontia Contemporânea. São Paulo: Santos, cap.27, p.357, 479, 1997.
7. GENOVESE, J.W. Laser de baixa Intensidade: Aplicações terapêuticas em Odontologia. São Paulo: Lovise, p.129-130, 2000.
8. GLICKMAN, I. et al. periodontologia clínica: el periodontium en la salud y la enfermedad. Buenos Aires: Mundi, p.1019, 1954.
9. LEE, D.K., KIM, B.J. The relation of pericoronitis to the position of the mandibular third molar. *Tae. Chik. Chik. Chik.*, v.27, n.2, p.201-209, Feb. 1989.
10. LASCALA, N. T. et al. Compêndio terapêutico periodontal. São Paulo: Artes Médicas, p.516, 1994.
11. MOURA, M.G.D. et al. Manifestações Bucais e tratamento de pericoronarite: Relato de Caso Clínico. *Rev. do CROMG*, v. 5, n.2, maio/agosto, p.128-131, 1999.
12. PUNWUTIKORN, J. et al. Symptoms of unerupted mandibular third molars. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.87, n.3, p.305-310, Mar. 1999.
13. RIBEIRO, A. Pericoronarite. *RGO*, v.45, n.3, mai/jun. 1997.

