

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento

Joana Filipa Pereira Teixeira

A20188

ORIENTADOR: Professora Doutora Cristina Coelho

Ano académico: 2017/2018

Eu, Joana Filipa Pereira Teixeira, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: "Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento".

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Gandra, 30 de Julho de 2018



Declaração

Eu, **Cristina Maria Leal Moreira Coelho**, com a categoria profissional de Professora Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado "Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento", da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Joana Filipa Pereira Teixeira, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 27 de Julho de 2018

A orientadora:



(Professora Doutora Cristina Coelho)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer em primeiro lugar aos meus pais por me terem proporcionado este ensino de excelência, por me terem apoiado incondicionalmente e por acreditarem em mim. Sem eles nada disto teria sido possível.

Ao meu irmão Pedro quero agradecer tudo o que sempre fez por mim, ter-me apoiado em todo o meu percurso e por nunca me deixar desanimar.

A toda a minha família o meu obrigada.

A todos os meus amigos que estiveram comigo em todos os bons e maus momentos, que acompanharam a minha mudança de curso, aos que mudaram de curso comigo, aqueles que viveram as melhores experiências comigo, aos que acompanharam toda a minha vida académica e pessoal, às meninas que viveram comigo, a todos aqueles que ficaram na minha vida pela gratidão e amor que me deram: o meu obrigada.

Quero agradecer a todos os meus professores pelo que me ensinaram tanto a nível profissional como pessoal, aos auxiliares da faculdade que sempre se prontificaram a ajudar no que precisávamos.

Por fim, e não menos importante, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cristina Coelho, por toda a dedicação e auxílio neste projeto.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I- Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento

1-INTRODUÇÃO	1
2-OBJETIVO	3
3-METODOLOGIA	4
4-DESENVOLVIMENTO	5
4.1-As infecções odontogénicas	5
4.2- Definição	5
4.3- Etiologia	6
4.4- Microflora normal da cavidade oral	7
4.5- Microflora da Pericoronarite	8
4.6- Anatomia do terceiro molar inferior	9
4.7- Tipos de Pericoronarite	11
4.7.1- Pericoronarite Aguda Congestiva ou Serosa	12
4.7.2- Pericoronarite Supurativa Aguda	13
4.7.3- Pericoronarite Crónica	14
4.8- Complicações - Manifestações clínicas comuns	14
4.9- Diagnóstico	15
4.10- Tratamento	17
4.10.1- Terapia antimicrobiana	17
4.10.2- Terapia Cirúrgica	18
4.11- Prognóstico	19
4.12- A dor e a qualidade de vida	19
4.13- Terapia laser	20
5-CONCLUSÃO	22
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

CAPÍTULO II- Relatório das atividades práticas das disciplinas de Estágio supervisionadas

1-ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA	25
2-ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR	25
3-ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pericoronarite no terceiro molar inferior parcialmente erupcionado que origina uma inflamação nos tecidos adjacentes ao dente.....	6
Figura 2- Aspeto clínico característico de uma pericoronarite na forma serosa	12
Figura 3- Pericoronarite supurada, mostrando inflamação com exsudado purulento por vezes presente, em torno do dente responsável.....	13
Figura 4- Pericoronarite do tipo crónica.....	14
Figura 5- Exame radiográfico – ortopantomografia demonstrando a incorreta posição do dente 48; posição propensa a uma infeção odontogénica.....	16

Resumo

As infeções odontogénicas são uma das principais causas de procura, por parte de um paciente, de uma consulta de Medicina Dentária. São normalmente o resultado de diversas complicações, das quais podemos salientar a cárie, uma complicação de um procedimento clínico dentário ou mesmo de uma pericoronarite. Esta complicação infecciosa acarreta normalmente um conjunto de complicações como por exemplo, febre, trismo, dor, mal-estar, dificuldade de deglutição, entre outros.

Para a realização deste Relatório Final de Estágio foi realizada uma pesquisa em duas bases de dados creditadas, tendo originado na mesma a revisão de 24 artigos científicos.

Verifica-se que o avanço da Medicina Dentária nas últimas décadas tem proporcionado ao Médico Dentista um vasto leque de soluções para quando se depara com um problema odontológico no consultório. O benefício da qualidade de vida do doente passou a ter um papel fundamental na decisão face ao tratamento a adotar. O tratamento da pericoronarite pode hoje ser realizado com diversos métodos, com particular destaque para a laserterapia, dependendo do grau e do tipo de infeção do paciente.

Palavras – chave: Pericoronarite; inflamação; etiologia; tratamento.

Abstract

Odontogenic infections are one of the main causes of a patient's search for a Dental Medicine consultation. They are usually the result of several complications, of which we can emphasize the caries, a complication of a clinical dental procedure or even a pericoronaritis. This infectious complication usually entails a set of complications such as fever, trismus, pain, malaise, difficulty in swallowing, among others.

For the accomplishment of this Final Report of Internship, a research was carried out in two databases credited, having originated, in the same, the revision of 24 scientific articles.

It has been verified that the advance of the Dental Medicine in the last decades has provided to the Dentist Physician a wide range of solutions for when it is faced with a dental problem in the office. The benefit of the quality of life of the patient had a fundamental role in the decision regarding the treatment to be adopted. The treatment of pericoronaritis can now be performed with several methods, with particular emphasis on laser therapy, depending on the degree and type of infection of the patient.

Key Words: Pericoronitis; inflammation; etiology; treatment.

Capítulo I- Pericoronarite, complicações e tratamento

1- Introdução

As infecções odontogênicas são uma das principais causas de procura de uma consulta de Medicina Dentária, afetando indivíduos de todas as idades e são responsáveis pela maior parte de prescrições de antibióticos ¹. Muitos pacientes só procuram um Médico Dentista quando o problema envolve dor. Uma das causas mais comuns que envolve dor é a erupção dos terceiros molares ².

Ao longo da evolução da espécie Humana a mandíbula e os dentes sofreram alterações na sua forma, adquirindo na atualidade uma dimensão mais reduzida o que leva a que hoje em dia o terceiro molar inferior tenha menos espaço para completar a sua erupção ³. Os terceiros molares inclusos estão associados a riscos de muitos distúrbios e complicações das quais podemos salientar a cárie, reabsorção radicular, problemas periodontais e pericoronarite ⁴.

A pericoronarite pode ser descrita como um processo infeccioso relacionado com os tecidos moles que rodeiam a coroa de um dente, total ou parcialmente erupcionado ⁵; estando relacionada essencialmente com os terceiros molares inferiores devido à sua anatomia³.

Considera-se que apenas cerca de 20% dos terceiros molares tenham espaço para poderem alinhar e erupcionar corretamente na arcada dentária ⁶.

A pericoronarite é uma infeção com uma ocorrência maior no género feminino com uma diferença estatisticamente significativa face ao género masculino ⁵.

Esta pode ser causada por um acidente mecânico ou por uma infeção. No caso de ser causado por uma infeção é produzida a partir de elementos infecciosos que circulam no sangue ou daqueles que já existem na cavidade oral; pode também ser causada por alterações vasomotoras criadas pela evolução do gérmen, com a conseqüente infeção do rebordo fibromucoso. Atualmente é admitido que o ponto de partida para esta infeção está localizado no saco pericoronário, onde se forma uma cavidade virtual que pode infetar quando colocada em contacto com agentes infecciosos, seja por penetração direta no saco ou através do segundo molar ⁷.

A etiologia desta infecção pode ter origem numa colonização bacteriana ativa no tecido que cobre o dente total ou parcialmente incluso. Por baixo desta mucosa permeável, existe um espaço escuro, húmido, quente, protegido ⁶ e retentivo a alimentos o que induz a proliferação bacteriana ⁵.

A cavidade oral é um local complexo e heterogéneo onde existem diversas espécies de microrganismos, sendo o género *Staphylococcus* mais frequentemente encontrado na pericoronarite ⁶.

A pericoronarite pode ser organizada clinicamente em vários tipos, podendo ser aguda (serosa ou supurativa) ou crónica. A dor geralmente é o principal sintoma nas formas agudas, enquanto na forma crónica pode apresentar pouca sintomatologia ⁸. A condição patológica geralmente é crónica, onde os sintomas têm uma duração de vários dias a semanas, com o risco de recorrência em menos de 12 meses ⁹.

A pericoronarite pode incluir os seguintes sinais e sintomas: lesões localizadas avermelhadas, edemaciadas e dolorosas ao toque. Pode ser acompanhada de um exsudado purulento, trismo, linfadenopatias, febre e mal-estar geral ¹⁰.

2- Objetivos

Os objetivos do presente trabalho de revisão bibliográfica são:

- Descrever o que é a pericoronarite e os diversos graus de severidade desta infecção odontogénica;
- Focar os aspetos envolvidos na etiologia desta infecção;
- Referir os sinais e sintomas, bem como as complicações associadas;
- Indicar os métodos de diagnóstico e o prognóstico dos diferentes tipos de pericoronarite;
- Os diferentes tratamentos a adotar, salientando aqueles que podem produzir uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

3- Metodologia

A pesquisa bibliográfica para a realização deste Relatório Final de estágio foi realizada recorrendo às bases de dados da *PubMed* e *Scielo* utilizando as palavras-chave *Pericoronitis; inflammation; etiology; treatment*.

A pesquisa foi limitada temporalmente aos anos 2000 até ao ano de 2017. Desta pesquisa resultaram 644 artigos, dos quais 597 foram eliminados por fugirem do tema. Assim, resultaram 47 artigos onde 24 foram eliminados por não se encontrarem disponíveis na íntegra ou por não serem relevantes para o estudo. Ficaram assim incluídos nesta revisão bibliográfica narrativa um total de 23 artigos.

4- Desenvolvimento

4.1- As infecções odontogênicas

A incidência e a gravidade das infecções odontogênicas tem diminuído nos últimos 70 anos, embora não possamos subestimar a sua mortalidade e morbidade. Estas podem ter diversos graus de gravidade, podendo ser bastante complexas e exigir cuidados de saúde mais específicos. As infecções odontogênicas são geralmente o resultado de uma pericoronarite, cárie com exposição pulpar, periodontite ou até mesmo, o resultado de uma complicação durante um procedimento médico-dentário¹.

Um estudo prospetivo do ano de 2006 relatou que a doença de origem dentária mais frequente que levou a uma infecção odontogénica foi a cárie (65%), seguida de pericoronarite (22%) e a doença periodontal (22%); estas percentagens totalizam mais de 100% pois várias doenças estavam presentes em concomitância em alguns pacientes. O dente mais frequentemente envolvido foi o terceiro molar inferior (68%), seguido de outros dentes posteriores inferiores¹¹.

A indicação mais comum para extração foi a pericoronarite¹².

4.2- Definição

A pericoronarite pode ser definida como uma inflamação dos tecidos moles que rodeiam a coroa de um dente erupcionado ou parcialmente erupcionado (figura 1). Este termo é também usado em relação ao opérculo do terceiro molar mandibular, pois raramente é diagnosticado noutra lugar¹³. Geralmente o terceiro molar mandibular é o dente mais afetado, sendo esta uma infecção polimicrobiana¹⁴. É observada normalmente em pacientes jovens, entre a segunda e a terceira décadas de vida⁶. É considerado o acidente mucoso mais frequente na cavidade oral³.

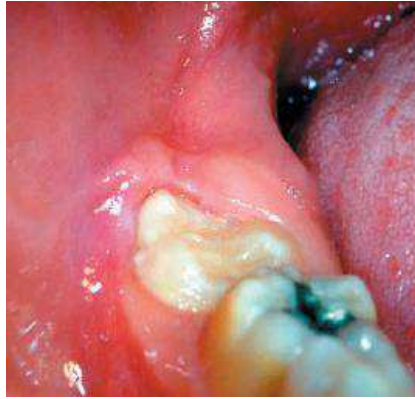


Figura 1 – Pericoronarite típica; Terceiro molar inferior parcialmente erupcionado com inflamação.

Fonte: JLP Pérez, 2004

4.3- Etiologia

A infecção é polimicrobiana, principalmente produzida por anaeróbios estritos e produtores de beta lactamases ⁸.

A etiologia é produzida por um crescimento bacteriano ativo, num meio ideal que é o espaço mole que cobre a coroa do molar, espaço esse que reúne as condições favoráveis à proliferação bacteriana: espaço húmido, quente, escuro e propício a acúmulo de alimentos ⁶.

A pericoronarite afeta com maior frequência o terceiro molar inferior parcialmente erupcionado, principalmente devido ao nicho ecológico favorável que se forma sobre a mucosa que cobre o dente, que é suficientemente retentiva e profunda. Estes factos constituem uma situação favorável para o estabelecimento e desenvolvimento de um processo inflamatório de natureza recorrente ⁸.

A etiologia mais aceite para esta infecção é a invasão de microrganismos até ao saco pericoronário que rodeia a coroa do dente retido onde existem condições favoráveis ao crescimento bacteriano, que podem ser favorecidas pela irritação traumática. Este acidente mecânico é produzido quando ocorre a erupção do terceiro molar superior que na sua tentativa de articulação, traumatiza os tecidos do terceiro molar inferior durante os movimentos mandibulares ³.

A pericoronarite pode ter origem num acidente traumático ou origem infecciosa ³.

A origem infecciosa, pode ser produzida a partir de agentes infecciosos que circulam na corrente sanguínea ou daqueles que já existem na cavidade oral. Atualmente defende-se que o ponto de partida desta infecção está no saco pericoronário (saco em volta da coroa que forma uma cavidade que se pode infetar quando colocado em contacto com o meio oral, diretamente ou através de penetração pelo segundo molar). Entre o dente retido e o dente adjacente é criado um espaço quase fechado, protegido por uma bolsa ou uma tampa mucosa que não tem tendência a retrair e onde os microrganismos se multiplicarão ³.

A magnitude e a qualidade da resposta inflamatória local aos agentes patogénicos colonizadores adjacentes a uma camada de células epiteliais gengivais, desencadeia a produção de mediadores inflamatórios, do fluido crevicular gengival, principalmente de células do sistema imunológico tais como os neutrófilos, linfócitos e monócitos ⁹.

Por origem traumática acontece quando o terceiro molar inferior (mais frequentemente) ou outro dente retido, é encontrado coberto na sua porção coronária pelo tecido fibromuscular adjacente, e o dente antagonista, durante a mastigação, traumatiza com as suas cúspides esta fibromucosa, iniciando assim um processo inflamatório, levando à infecção ³.

4.4- Microflora normal da Cavidade Oral

A cavidade oral possui um ambiente ecológico favorável ao estabelecimento de múltiplos microrganismos, possuidora de uma variedade de géneros e espécies de bactérias e fungos ³.

Num paciente saudável, a microflora é predominantemente de cocos Gram positivos, em particular os do grupo de *Streptococcus* alfa e beta hemolíticos e não hemolíticos. As espécies mais isoladas são *Streptococcus viridans*, *Streptococcus mitis* e *Streptococcus salivarius*. Os microrganismos Gram positivos também incluem os do género *Micrococcus* e várias espécies de Estreptococos anaeróbios. Além dos mencionados acima estão presentes *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus*, espiroquetas de Vincent do género *Treponema* e bacilos fusiformes. Os membros da microflora oral com ordem seguinte em importância são os cocos de Gram negativo. Existem também espécies de bactérias aeróbias e anaeróbias dos géneros *Corynebacterium*, *Actinomyces*, *Lactobacillus*,

Rothia, *Leptotrichia*, *Fusobacterium*, *Bacteroides*, *Veillonella* e leveduras do género *Candida*³.

Segundo Tomas D. Brock (2001) citado por EM López, YC Paulin, mencionado no seu livro, a cavidade oral é uma das partes mais complexas e heterogêneas no nosso organismo onde vivem microrganismos, dos quais predominam os anaeróbios e aeróbios, estes últimos em menor número, que foram encontrados na microflora dentária³.

4.5- Microflora da Pericoronarite

Hoje em dia é de conhecimento geral que os fatores de virulência dos microrganismos que formam a placa bacteriana são as principais causas de doença periodontal e pericoronarite. Na saúde, existe um equilíbrio entre esses fatores de virulência e o sistema imunitário do hospedeiro, mas um desequilíbrio a favor dos fatores de virulência pode levar à ocorrência de doença. O mecanismo de defesa contra a infeção pode ser local ou sistémico, específico ou inespecífico, humoral ou celular. A patologia pode ser uma consequência da resposta imune em doenças periodontais, e essas doenças fornecem um modelo importante para a investigação do potencial patológico de infiltrados celulares humanos¹⁵.

A flora microbiana encontrada no terceiro molar inferior parcialmente erupcionado pode ser significativamente diferente da microflora encontrada em outra parte da cavidade oral e contém um vasto número de espécies altamente invasivas (*Bacteroides*)³.

A pericoronarite é uma infeção polimicrobiana, a microbiota que se instala no tecido infetado é constituída principalmente por microrganismos anaeróbios estritos (80%), organismos microaerófilos e anaeróbios facultativos⁸.

A bactéria *Streptococcus* alfa hemolítica é referenciada como o tipo de bactéria predominante nesta infeção bem como as espécies pertencentes aos géneros *Propionibacterium* e *Actinomyces*. O fator microbiológico mais relevante e significativo na determinação do tratamento é a presença de bactérias produtoras de beta lactamases, particularmente dos géneros *Prevotella*, *Bacteroides* e *Fusobacterium*, assim como outros géneros *Staphylococcus* e *Capnocytophaga*. A presença deste tipo de bactérias pode levar à falha do tratamento antimicrobiano. Antibióticos beta-lactâmicos são frequentemente

utilizados para controlar os estágios agudos de pericoronarite e em geral para tratar infecções causadas por microrganismos anaeróbios ⁸.

A microbiota localizada na parte distal do dente é considerada a principal causa de infecção. A identificação das espécies colonizadoras é fundamental para efetuar um correto regime de tratamento. Dependendo das técnicas utilizadas para a identificação foi realizado um estudo por *Metin S. et al* em 2014, que refere que os principais microorganismos detetados em pacientes com pericoronarite do terceiro molar inferior, utilizando a técnica de reação em cadeia de polimerase em tempo real (RT-PCR) foram *Aggregatibacter actinomycetem-comitans* (Aa), *Campylobacter rectus* (Cr), *Fusobacterium nucleatum* (Fn), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Prevotella intermédia* (Pi) e *Tannerella forsythia* (TF). Esta última tem um papel importante no desenvolvimento dos sintomas da pericoronarite ¹⁴.

4.6- Anatomia do terceiro molar inferior

A anatomia das estruturas maxilofaciais pode influenciar a propagação de uma infecção odontogénica. Uma vez que o terceiro molar mandibular incluso é uma das causas mais frequentes de uma infecção odontogénica, é importante entender a anatomia dessa impaction dentária ¹⁶.

O terceiro molar está localizado num espaço limitado e apresenta os maiores problemas de erupção. Então, é importante salientar as suas estruturas e relações anatómicas ¹⁶.

A prevalência de disseminação de infecção depende da posição vertical na ortopantomografia. Um terceiro molar completamente incluso é propenso com maior frequência a uma infecção odontogénica face aos molares que têm uma correta posição na arcada, ou seja, erupcionado ¹⁶.

A posição do segundo molar inferior limita o espaço para o terceiro molar inferior poder ter uma posição vertical correta na arcada ³.

Por baixo, tem relação íntima com o nervo alveolar inferior, podendo por vezes as raízes do dente atravessá-lo ³.

Por distal, tem relação direta com o ramo ascendente da mandíbula, um obstáculo ósseo que impede uma boa posição na arcada ³.

Por cima, é coberto por uma membrana mucosa, móvel e extensível. Esta mucosa é extensível e não se retrai, o que torna possível distender-se e formar atrás do segundo molar inferior um tipo de saco, onde os agentes infecciosos se podem multiplicar, portanto, criar uma infecção localizada ³.

Por fora encontra-se o córtex externo, osso e lâmina compacta, sem estruturas vasculares e nervosas ³.

Por dentro está o córtex interno, placa óssea fina e às vezes perfurada pelas raízes, que separa o dente da região sublingual e do nervo alveolar ³.

Possui também relação íntima com as inserções musculares: por fora encontram-se as fibras do masséter e por cima, na região alveolar, ao nível do sulco vestibular, encontram-se as fibras do bucinador. No interior está relacionado com as inserções pterigóides internas e posteriores do músculo milo-hioideo. Por cima e por distal estão as fibras inferiores do músculo temporal ³.

A impactação parcial ou submucosa é referenciada como um fator de risco significativo para pericoronarite aguda em terceiros molares mandibulares inclusos. Quanto à posição vertical em radiografias panorâmicas, a pericoronarite ocorre frequentemente quando o plano oclusal do dente em questão está situado ao mesmo nível do plano oclusal ou entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar, respetivamente ¹⁶.

De acordo com um estudo sobre impactação de terceiros molares inferiores, a prevalência de uma impactação submucosa é de 47%, impactação parcial 37% e uma completa impactação ocorre em 18% ¹⁶.

4.7- Tipos de Pericoronarite

Quando a capacidade de defesa do nosso organismo não consegue controlar a agressão da infecção, a pericoronarite exacerba, podendo apresentar diversas formas: pericoronarite aguda congestiva ou serosa, pericoronarite aguda supurativa e pericoronarite crônica ⁶, consequência da evolução não tratada das duas formas anteriores ⁸.

Os aspetos histopatológicos da pericoronarite não apresentam diferenças face àqueles que ocorrem em qualquer processo inflamatório. O infiltrado inflamatório que se observa está de acordo com o tipo de inflamação que o paciente tem, se for agudo com predominância de neutrófilos, se for crónico com grande quantidade de células mononucleares, linfócitos, células plasmáticas e macrófagos. Muitas vezes é observado também uma redução do epitélio do órgão de esmalte que, por inflamação, sofre alterações tais como hiperplasia ou ulceração ⁶.

Nos casos de pericoronarite aguda é possível observar uma gengiva retromolar eritematosa, trígono eritematoso, marcado na sua superfície pelas cúspides dos molares opostos, resultado do impacto da oclusão na mastigação, contribuindo assim para intensificar a inflamação com o trauma gengival contínuo. As formas crónicas apresentam pouca sintomatologia, apresentando desconforto leve mas constante ⁸.

4.7.1- Pericoronarite Aguda Congestiva ou Serosa

Caracterizada por dores acentuadas durante a mastigação que podem ser irradiadas para a faringe ou para o ramo ascendente da mandíbula, a mucosa eritematosa atrás do molar, cobre uma parte da coroa do molar e às vezes sofre pressão pela cúspide do molar antagonista. À palpação pode causar dor e sangramento, podendo palpar-se uma adenopatia simples na cadeia ganglionar submandibular, que está localizada abaixo do ângulo mandibular nos terceiros molares.

A evolução deste tipo de pericoronarite (Figura 2) é variável. Espontaneamente é atenuada sob o efeito de um tratamento; inicialmente a dor desaparece, seguidamente, mais lentamente, aparecem outros sinais inflamatórios locais. A pericoronarite pode recidivar até que a coroa seja completamente formada e erupcionada, mas em toda a fase da infecção esta pode transformar-se em pericoronarite supurativa aguda ³.



Figura 2 - Aspeto clínico característico de uma pericoronarite na forma serosa

Fonte: JLP Pérez, 2004

4.7.2- Pericoronarite Supurativa Aguda

Esta forma de pericoronarite, tem como características dores mais intensas que irradiam para a região das amígdalas e ouvido. Quando a região retromolar fica edemaciada (Figura 3), e o eritema se difunde para a faringe e para o palato mole, aparece o trismo (limitação da abertura da boca) e ocorre disfagia. É considerada uma infecção mais grave, a palpação é mais dolorosa e a pressão em cima da mucosa que recobre o dente provoca a saída de uma pequena quantidade de pus e há presença de adenopatia na cadeia ganglionar submandibular dolorosa à palpação ³.

A evolução é semelhante à da forma congestiva ou serosa, podendo reverter, mas é raro. As recidivas são separadas por períodos de acalmia variáveis, onde existe redução da dor, e a transição para a forma crônica é frequente, embora a pericoronarite seja um ponto de partida para uma complicação infecciosa mais grave: celular, mucosa, ganglionar ou óssea ³.

Esta infecção pode ser agravada se estender à área do pilar anterior, espaços pterigomandibulares, parafaríngeos, espaço submandibular, espaço bucal, espaço infratemporal e temporal profundo, e pode também causar infecções profundas como a osteomielite ³.



Figura 3- Pericoronarite supurada, mostrando por vezes inflamação evidente e pode ter presente pus em torno do dente responsável

Fonte: JLG Pérez, 2004

4.7.3- Pericoronarite crónica

O sintoma mais atenuado é a dor retromolar intermitente. Às vezes é acompanhada de trismo leve e temporário, pode ocorrer com ausência absoluta de sintomas ou podem ser pouco marcados, tais como: halitose, faringite, gengivite, adenopatia crónica ou abscessos unilaterais periamigdalínicos ³.

O dente é coberto por uma mucosa eritematosa e edematosa sensível à pressão, que, por vezes, deixa sair uma ou duas gotas de pus na superfície. Um sinal muito comum de pericoronarite crónica é a faringite unilateral ser intermitente e recidivante. Se a coroa do molar for exposta, a pericoronarite repete-se ou evolui rapidamente. É mais raro na maxila pois os dentes têm menos dificuldades evolutivas, também são menos severas pois a posição dos dentes possibilita uma melhor drenagem da infeção, o que limita os perigos das complicações ³.



Figura 4- Pericoronarite do tipo crónica

Fonte: JLP Pérez, 2004

4.8- Complicações e Manifestações clínicas comuns

A sintomatologia deste processo infeccioso abrange uma ampla gama de sinais e sintomas clínicos, que às vezes se resolvem espontaneamente até um novo início, ou pelo contrário, devido à sua intensidade, requerem uma poderosa cobertura analgésica que controle a fase sintomática aguda ⁸.

A patologia que inclui o terceiro molar inclui numerosas complicações de diferentes categorias, tais como complicações nervosas, mecânicas, tumorais, entre

outras. Em particular, a patologia que acompanha a erupção do terceiro molar constitui um dos processos mais limitadores para o paciente e de grande complexidade para a parte clínica, podendo passar em poucas horas de uma infecção local a complicações graves com comprometimento vital devido à relação íntima com estruturas cervicofaciais, tendo em consideração a sua proximidade com estruturas respiratórias e de deglutição ⁸.

A pericoronarite tem manifestações clínicas comuns, independentemente da apresentação clínica. É uma infecção que se observa na adolescência até ao início da idade adulta, dos 20 aos 30 anos de idade e aparece mais frequentemente no terceiro molar inferior. É característica a dor penetrante, o tecido pericoronário ruborizado e edemaciado, podendo a inflamação estender-se aos tecidos adjacentes. Nesta situação, pode originar amigdalite e abscesso peritonsilar ou faríngeo, pode haver a presença de pus, pode originar dificuldade ao mastigar, está presente o trismo (limitação da abertura da boca), halitose, disfagia, sensação de mal-estar associada a febre, hipertermia ou calafrios e linfadenopatia cervical, mais frequente na cadeia submandibular, com nódulos linfáticos dolorosos e endurecidos ³.

4.9- Diagnóstico

O diagnóstico da pericoronarite engloba um conjunto de passos, tais como:

- . Preparação da história clínica
- . Exame clínico
- . Exploração dos sintomas
- . Culturas e antibiograma
- . Imagiologia (raio-X periapicais e oclusais, maxilar oblíquo lateral e panorâmico)

O raio-X não oferece um diagnóstico preciso de pericoronarite uma vez que este meio auxiliar de diagnóstico não oferece informação sobre tecidos inflamados, mas permite obter uma informação sobre a posição do dente (Figura 5), a forma da coroa e das raízes e as suas relações anatómicas. Por isso, este meio de diagnóstico permite concluir que a pericoronarite ocorre com maior frequência em terceiros molares com posição vertical e com inclinação distal, perto ou no plano de oclusão e, ocasionalmente, com cárie na face mesial ³.

Uma vez realizado o diagnóstico é necessário estabelecer o prognóstico do dente, avaliar as possibilidades de erupção na arcada dentária, possibilidade de recidiva da infecção e as complicações, entre outros ³.

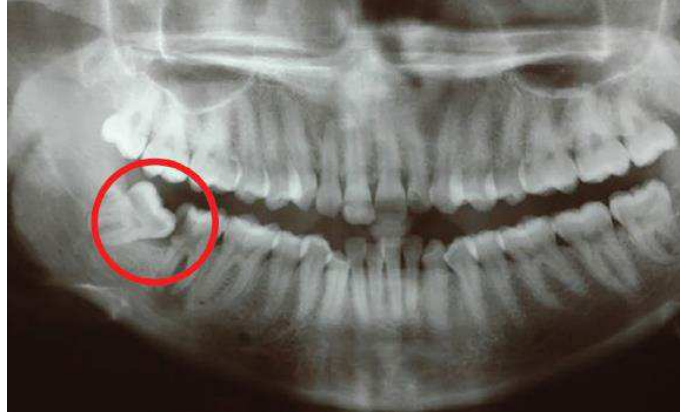


Figura 5 Exame radiográfico - ortopantomografia. Podemos observar a incorreta posição do dente 48; posição propensa a uma infecção odontogénica

Fonte: T Renton, 2016

4.10- Tratamento

A flora microbiana da pericoronarite constitui um reservatório potencial de microrganismos para a região orofaríngea. A identificação desta microflora e o conhecimento da sua suscetibilidade aos antibióticos é essencial para adaptar o tratamento ¹⁷.

4.10.1- Terapia farmacológica

Princípios base para a escolha do antibiótico:

- . Conhecimento da microflora normal da cavidade oral
- . Tipo de virulência do agente agressor
- . Resistência do hospedeiro
- . Dosagem do antimicrobiano contra o(s) organismo(s) responsável(eis) pela infecção
- . Presença de doenças congénitas ou adquiridas ³.

Segundo um estudo de Blakey *et al* (2012), citado por S Bradshaw, referia que a remoção de terceiros molares de pacientes com pericoronarite pareceu ser efetiva na alteração do biofilme, reduzindo a contagem de patogêneos anaeróbios para os níveis de indivíduos controlo ¹⁸.

Medidas sintomatológicas: a forma congestiva aguda é a única suscetível a um tratamento conservador puramente sintomático. É usado como fármaco de eleição o Ibuprofeno em doses de 600 mg a cada oito horas, no mínimo durante 5 dias, não sendo de parte a hipótese de uso de Paracetamol e o Dipiridamol, se o efeito do anti-inflamatório não esteróide (AINE) for insuficiente ⁸.

Medidas antimicrobianas: há uma controvérsia quanto ao uso de antibióticos no tratamento da pericoronarite. O seu uso é justificado em duas circunstâncias: profilaxia pré-operatória ou para controlo da infecção ⁸.

Os casos de profilaxia pré-operatória acontecem quando se espera que a intervenção represente um risco elevado de infecção pós-operatória, quer devido às características

inerentes ao paciente (idade, doenças sistêmicas contaminantes, imunossupressão, etc), quer pelas características do terceiro molar (inclusões profundas onde se presume que serão realizadas osteotomias extensas, terceiros molares com recidiva de infecção, etc). Por outro lado, a extração complexa dos terceiros molares engloba uma cirurgia contaminada pois a boca é um meio séptico onde coexistem mais de 500 espécies bacterianas. Nestes casos, é de interesse, do ponto de vista da otimização do efeito do antibiótico, que ele atinja níveis séricos máximos durante o tempo de intervenção nos casos mencionados. O profissional deve ser portador de um vasto conhecimento das características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos antibióticos que prescreve para ajustar as doses do mesmo para que esse efeito seja alcançado ⁸.

Em casos de controlo de infecção na pericoronarite supurativa em fase aguda, quando por algum motivo, não é possível proceder à exodontia do molar a cirurgia deve ser adiada até que o estágio agudo da infecção tenha sido controlado. Neste caso o uso de amoxicilina + ácido clavulânico numa dose de 875mg/ 125 mg a cada 12 horas, durante 7 dias seria o indicado ^{3,8}.

4.10.2- Terapia Cirúrgica

Medidas cirúrgicas: com a exceção dos terceiros molares em posição anatômica favorável que causaram um ou dois episódios de pericoronarite leve, transitória e congestiva, os dentes que causam patologia infecciosa mais severa e com repetições frequentes têm indicação de exodontia. A pericoronarite é hoje em dia a causa mais frequente para a extração de terceiros molares inclusos e os pacientes com infecções recorrentes são os que mais beneficiam deste procedimento na sua qualidade de vida ⁸.

O tratamento cirúrgico é o mais utilizado nos molares inclusos ¹⁹. No entanto, quando o terceiro molar estiver localizado na posição vertical pode optar-se pela remoção do saco ou opérculo com bisturi ou eletrocirurgia. Nos casos em que a posição do dente é paranormal, deve optar-se pela sua exérese.

Recentemente, o equipamento laser computadorizado tem sido utilizado no tratamento cirúrgico da pericoronarite. O uso do laser de CO₂ permite a cirurgia de tecidos moles na cavidade oral com um menor número de complicações pós-operatórias. O

critério do parâmetro ótimo na exposição ao laser depende do estado do processo inflamatório e este método acelera o tratamento da pericoronarite e diminui o uso de fármacos ³.

4.11- Prognóstico

O prognóstico destes pacientes é favorável porque, uma vez submetidos a tratamento (cirúrgico ou medicamentoso) a sua saúde é restaurada e pode continuar com a sua vida normal ³.

No entanto, a extração de terceiros molares inferiores inclusos ou parcialmente inclusos, que estejam com relação íntima com o nervo alveolar inferior pode resultar numa lesão do nervo temporária ou permanente ²⁰.

4.12- A dor e a Qualidade de vida

Geralmente, os médicos dentistas associam a pericoronarite que afeta os terceiros molares inferiores, com dor. Para aqueles que sofrem de dor, este é o sintoma que muitas vezes os leva a procurar uma forma de tratamento. Como a dor resulta de uma resposta inflamatória imunológica de um indivíduo para combater bactérias anaeróbias que colonizam o biofilme que não podem ser eliminadas pelo terceiro molar sintomático, a pericoronarite é denominada de doença periodontal sintomática ²¹.

Muitas vezes a inflamação não é acompanhada só de dor, no entanto esta é a maior condicionante à qualidade e normalidade de vida num paciente afetado com esta doença inflamatória ²¹.

O uso de medidas mais centradas no paciente em medicina dentária aumenta e as avaliações da qualidade de vida relacionadas com a saúde oral têm sido utilizadas em pesquisas de saúde oral e em ensaios clínicos. Essas avaliações desempenham um papel importante na prática clínica em termos de identificação de necessidades, seleção de terapias e acompanhamento do processo do paciente ²².

O impacto da pericoronarite sintomática na qualidade de vida pode ser substancial, porém, ainda existem escassos dados para corroborar esta relação ²³.

4.13- Terapia Laser

O objetivo do tratamento da pericoronarite é a eliminação dos sinais e sintomas agudos da inflamação o mais cedo possível. Como os tratamentos não invasivos são de interesse na medicina dentária, as propriedades terapêuticas da terapia a laser de baixa intensidade (LLLT) podem transformá-lo numa ferramenta benéfica para acelerar a cicatrização de feridas e a diminuição das queixas dos pacientes, como complemento ao tratamento convencional ²².

O LLLT foi descrito pela primeira vez por Mester *et al.*, citado por U Sezer, e tem sido utilizado para várias indicações na área da medicina dentária. É definido como laser de bioestimulação com baixo consumo de energia, não dando origem a um aumento na temperatura do tecido da área tratada acima da temperatura corporal. Os seus usos são vários, dentro dos quais se destacam a prevenção do edema e do trismo após a remoção de terceiros molares inclusos, a redução da dor após um tratamento, proporciona uma cura periodontal mais favorável, entre outros. Embora o LLLT tenha propriedades antiinflamatórias e antimicrobianas, o seu efeito na pericoronarite aguda ainda é controverso pois tem poucos dados publicados sobre os seus efeitos ²².

Foi realizado um estudo com um grupo que totalizava 80 pacientes distribuídos por quatro grupos diferentes, com vinte pacientes em cada um, colocados aleatoriamente em cada um dos grupos de LLLT e um grupo placebo. Todos os pacientes estavam sob um regime de tratamento padrão (STR) que contemplava desbridamento e irrigação da superfície coronária. Receberam medicação padrão de 1000mg de amoxicilina (12h em 12h durante 7 dias), 500 mg de acetaminofeno (8h-8h durante 5 dias) e bochecho duas vezes ao dia durante 10 dias com clorhexidina 0,12% ²².

No primeiro grupo o STR mais um curso único de LLLT foi aplicado por 10 segundos a uma distância de 1cm usando o laser Nd: YAG de 1064 nm. No segundo grupo o STR mais um curso único de LLLT foi aplicado na região a tratar por 10 segundos a uma distância

de 1cm usando o laser diodo 808 nm. No terceiro grupo os pacientes receberam o STR mais um único curso de LLLT usando o laser diodo 660 nm de um modo contínuo por 60 segundos. A potência de entrada e saída dos lasers foi a mesma, sendo todos eles calibrados periodicamente. No grupo controle, os pacientes receberam o STR mais um único curso de terapia com placebo sem irradiação laser ativa. Todos os tratamentos foram realizados pelo mesmo médico dentista que utilizou uma técnica padronizada para todos os pacientes. Neste estudo foi avaliado o grau de abertura da boca, nível de dor e QHQoL, desde o momento do exame inicial e 24h e 7 dias após a aplicação do laser ²².

Neste estudo os autores puderam constatar que apenas o laser diodo de comprimento de onda 808 nm e o laser Nd: YAG de 1064 nm foram eficazes para a bioestimulação, levando a uma melhoria no trismo e no aumento da qualidade de vida na pericoronarite aguda. O laser diodo 660nm não foi eficaz na melhoria de qualquer dos sintomas avaliados. Dentro das limitações deste estudo foi demonstrado que o laser Nd: YAG de 1064nm possui efeitos bioestimuladores, melhorando assim a qualidade de vida e sendo este um candidato a ser usado para o tratamento da pericoronarite de laser de baixa intensidade. No entanto são necessários mais estudos para comprovar a sua eficácia ²².

5- CONCLUSÃO

A pericoronarite é uma infecção polimicrobiana que afeta essencialmente os terceiros molares inferiores, total ou parcialmente erupcionados, afetando essencialmente jovens entre a segunda e a terceira décadas de vida.

Esta infecção pode ter uma etiologia multifatorial, podendo ter origem traumática ou infecciosa.

Tem como complicações mal-estar geral, febre, dor, trismo, entre outros.

Hoje em dia, com os avanços da medicina dentária, já é conhecida uma vasta gama de tratamentos que visam eliminar a patologia ou melhorar a qualidade de vida do paciente. Para além de uma terapia convencional farmacológica, com o uso de anti-inflamatórios, antibióticos (como medida pré-operatória ou como controlo da infecção) e analgésicos, estão também indicadas medidas cirúrgicas.

Nas mais recentes aplicações terapêuticas para o tratamento e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com pericoronarite, destacam-se os lasers diodo de comprimento de onda 808nm e o laser Nd: YAG de 1064nm.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- I Velasco, R Soto. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas com distintos niveles de complejidad. Rev Chilena Cirurg. 2012 Dec; 64(6):586-98.
- 2- T Renton, NHF Wilson. Problems with erupting wisdom teeth: signs, symptom sand management. Br J GenPract. 2016 Aug;
- 3- EM López, YC Paulin. Pericoronaritis: Criterius Actuales. Revisión Bibliográfica. RevCubana Estomatol. 2001; 38(3):192-204.
- 4- R Wang , Y Cai , YF Zhao , JH Zhao. Osteomyelitis of the condyle secondary to pericoronitis of a third molar: a case and literature review. Aust Dental J. 2014; 59:372-4.
- 5- CM Smitmans, YI Alorcón, J Moreno, CD Condal. Epidemiología y Tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. Int J Odontostomat. 2010; 4(3):241-4.
- 6- FM Hernández, JM Abreu, MDM Ibarra, MRG Valdés. Aplicación del Oleozónen el tratamiento de las pericoronaritis. RevMédElectrón. 2011; 33(1).
- 7- BRP Barrero, CD Garbey, CP Estrada, AF Mustelier, BG Cardero. Pericoronaritis aguda en adolescentes y adultos jóvenes de un consultório estomatológico del municipio venezolano de Valencia. Medisan. 2011; 15(11):1548.
- 8- JLG Pérez. Infecciones del cordal. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 120-5.
- 9- S Gelesko, GH Blakey, M Partrick, Jr Hill DL, *et. al.* Comparison of Periodontal Inflammatory Disease in Young Adults With and Without Pericoronitis Involving Mandibular Third Molars. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Jan;67(1):134-9.
- 10- American Academy of Periodontology. Parameter On Acute Periodontal Diseases. J Periodontol. 2000 May;71(5):863-6.
- 11- TR Flynn, RM Shanti, MH Levi, AK Adamo, RA Kraut, N Trieger. Severe Odontogenic Infections, Part 1: Prospective Report. J Oral MaxillofacSurg. 2006; 64: 1093-103.
- 12- P Gopee, E Rikhotso. Impacted mandibular third molars: the efficacy of prophylactic antibiotics and chlorhexidine mouth wash in preventing postoperative infections. SADJ. 2017; 72(5):213-18.
- 13- MO Folayan, EO Ozeigbe, N Onyejaeka, NM Chukwumah, T Oyedele. Non-third molar related pericoronitis in a sub-urban Nigeria population of children. Nig J ClinicPract. 2014; 17:18-22.
- 14- M Sencimen, I Saygun, A Gulses, V Bal, GH Acikel, A Kubar. Evaluation of periodontal pathogens of the mandibular third molar pericoronitis byusing real time PCR. Int Dental J. 2014;
- 15- R Orbak, E Dayi. Flow-cytometric analysis of T-lymphocyte subsets after different treatment methods in patients with pericoronitis. J Oral MaxillofacSurg. 2003; 61:201-5.
- 16- A Ohshima, Y Arijji, M Goto, M Izumi, M Naitoh, K Kurita et al. Anatomical considerations for the spread of odontogenic infection originating from the

- pericoronitis of impacted mandibular third molar: Computed tomographic analyses. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod.* 2004; 98:589-97.
- 17- JL Sixou, C Magaud, A Jolivet-Gougeon, M Cormier, M Bonnaure-Mallet. Microbiology of mandibular third molar pericoronitis: Incidence of β -lactamase-producing bacteria. *Oral SurgMed Oral Pathol Oral RadiolEndod.* 2003; 95:655-9.
- 18- S Bradshaw, J Faulk, GH Blakey, C Phillips, JA Phero, RP White. Quality of life Out comes After Third Molar Removal in Subjects ,With Minor Symptoms of Pericoronitis. *J Oral Maxillo fac Surg.* 2012; 70:2494-500.
- 19- JLL Junior, E Dias-Ribeiro, J Ferreira-Rocha, R Soares, FWG Costa, S Fan, E Sant'ana. Comparison of Buccal Infiltration of 4% Articaine With 1:100000 and 1:200000 Epinephrine for Extraction of Maxillary Third Molars With Pericoronitis: A pilot study. *Am Dent Soc Anest.* 2013; 60:42-5.
- 20- G Monaco, G Santis, G Pulpito, MRA Gatto, E Vignudelli, C Marchetti. What are the types and frequencies of complications associated with mandibular third molar coronectomy? A follow-up study. *J Oral MaxillofacSurg.* 2015;
- 21- CBL Magraw, B Golden, C Phillips, DT Tang, J Munson, BP Nelson, RP White Jr. Pain With Pericoronitis Affects Quality of Life. *Am Assoc Oral Maxillo fac Surg.* 2015; 73:7-12.
- 22- U Sezer, A Eltas, K Ustun, SZ Sxenyurt, K Erciyas, MH Aras. Effects of Low-Level Laser Therapy as an Adjunct to Standard Therapy in Acute Pericoronitis, and its Impact on Oral Health-Related Quality of Life. *Photomed Laser Surg.* 2012; 30(10):592-7.
- 23- M Mcnutt, M Partrick, DA Shugars, C Phillips, RP White. Impacto of symptomatic pericoronitis on health-related quality of life. *J Oral Maxill of ac Surg.* 2008; 66:2482-7.

Capítulo II- Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio supervisionadas

1- Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Clínica Nova Saúde, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde em Gandra - Paredes, num período compreendido entre 11 de Setembro de 2017 e 15 de Junho de 2018, perfazendo um total horário de 280 horas.

Este Estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Filomena Salazar e pela Professora Doutora Cristina Coelho onde foram aplicados os conhecimentos adquiridos no decorrer dos 5 anos de curso, proporcionando as aptidões médico-dentárias necessárias para o exercício da profissão.

Os atos clínicos realizados neste Estágio encontram-se na tabela 1.

Tabela 1: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio em Clínica Geral Dentária			
Acto Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
<i>Dentisteria</i>	6	8	14
<i>Exodontia</i>	3	4	7
<i>Periodontologia</i>	4	2	6
<i>Endodontia</i>	0	0	0
<i>Outros</i>	2	1	3
TOTAL	15	15	30

2- Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, sediado em Valongo, num período entre 11 de Setembro de 2017 a 15 de Junho de 2018, com carga semanal de 3 horas compreendidas entre as 14h e as 17h perfazendo um total de 196 horas sob a supervisão da Professora Doutora Ana Azevedo.

Os atos Clínicos realizados neste estágio encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio Hospitalar			
Acto Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
<i>Dentisteria</i>	22	23	45
<i>Exodontia</i>	11	16	27
<i>Periodontologia</i>	8	5	13
<i>Endodontia</i>	2	5	7
<i>Outros</i>	2	1	3
TOTAL	45	50	95

3- Estágio em Saúde Oral e Comunitária

A unidade curricular de Estágio em Saúde Oral Comunitária contou com uma carga horária semanal de 3,5 horas, compreendidas entre as 09H00 – 12:30h de terça-feira, com uma duração total de 196 horas, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante.

Numa primeira fase do estágio foi realizado um plano de atividades, que visava a motivação para a higiene oral, a definição do conceito de saúde oral e o esclarecimento de dúvidas acerca das doenças e problemas relativos à cavidade oral. Estes objetivos seriam alcançados através de sessões de esclarecimento junto dos grupos abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO).

Numa segunda fase do Estágio em Saúde Oral e Comunitária começou-se a implementar o PNPSO junto das crianças inseridas no ensino pré-escolar e primeiro ciclo

do ensino básico, da Escola Básica da Bela, integrada no Agrupamento de Escolas de Ermesinde, no concelho de Valongo.

Para além das atividades inseridas no PNPSO, realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos recorrendo a inquéritos fornecidos pela Organização Mundial de Saúde num total de 100 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e 9 anos.

Na tabela encontram-se as atividades realizadas ao longo deste estágio:

MÊS	DIA	LOCALIZAÇÃO	ATIVIDADE
JANEIRO	30	EB1 BELA	-Aprovação do cronograma -Verificar condições para realizar a escovagem dentária
FEVEREIRO	6	EB1 BELA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Apresentação de um PPT sobre cuidados básicos de higiene oral com perguntas relativas à apresentação
	13	PAUSA LETIVA	CARNAVAL
	20	EB1 BELA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Abordagem dinâmica com PPT para educar e motivar para a higiene oral.
	27		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. (17 alunos)
MARÇO	6	EB1 BELA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Abordagem dinâmica com PPT para educar e motivar à higiene oral.
			REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -PPT com cuidados básicos de saúde oral

MARÇO	13	EB1 BELA	e jogo didático. - Levantamento de dados epidemiológicos. (16 alunos)
	20		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. (21 alunos)
	26	IUCS	FÉRIAS DA PÁSCOA
ABRIL	6	IUCS	FÉRIAS DA PÁSCOA
	10	EB1 BELA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -PTT com cuidados básicos de higiene oral e jogo didático.
	17		-Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.
	24		-PTT com cuidados básicos de higiene oral e a importância do uso de fio dentário. - Levantamento epidemiológico. (20 alunos)
MAIO	1	PAUSA LETIVA	FERIADO
	6		QUEIMA DAS FITAS
	15	EB1 BELA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -PTT com cuidados básicos de saúde oral e motivação para a higiene oral.
	22	EB1 BELA	- Levantamento epidemiológico (26

			alunos)
	29		-Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.