



CURSO DE ODONTOLOGIA

LUAN CARLOS DOS REIS MELO

**PROTOCOLO FARMACOLÓGICO NO TRATAMENTO DA
PERICORONARITE**

**PHARMACOLOGICAL PROTOCOL FOR THE
TREATMENT OF PERICORONITIS**

SALVADOR
2018.1

LUAN CARLOS DOS REIS MELO

**PROTOCOLO FARMACOLÓGICO NO TRATAMENTO DA
PERICORONARITE**

**PHARMACOLOGICAL PROTOCOL FOR THE
TREATMENT OF PERICORONITIS**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof^a. Dr.^a Maria Emília Ramos

Co-Orientador: Prof. Dr. Tércio Ramos

SALVADOR

2018.1

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 CONTROLE DE DOR	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17

REFERÊNCIAS

ANEXO I

ANEXO II

RESUMO

A pericoronarite é um processo inflamatório e/ou infeccioso que envolve o tecido mole localizado em torno da coroa de um dente em processo de erupção ou semi-incluso. Acomete homens e mulheres com a mesma frequência e geralmente é associada à erupção dos terceiros molares. É considerada uma afecção de grande relevância na cavidade oral, já que, quando não devidamente tratada pode proporcionar disseminação para espaços fasciais profundos, elevando o risco de morbidade e mortalidade. Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura que tem como objetivo construir um guia prático contendo a conduta clínica e o protocolo farmacológico no tratamento da doença. Foi realizada uma busca abrangendo artigos anexados nas principais bases de dados, como Pubmed, Medline e Scielo, além de capítulos de livros. Espera-se que a divulgação do guia nas unidades de saúde possa proporcionar um tratamento efetivo da pericoronarite independente do estágio que a mesma se encontra, dessa forma, reduzindo os agravos a saúde do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Antibióticos; Pericoronarite; Tratamento.

ABSTRACT

The pericoronitis is an inflammatory and/or infectious process that involves the soft tissue located around the crown of an tooth erupting or semi-included, affecting men and women with a frequency and usually associated with the eruption of the third molars. It is considered an affection of great relevance in the oral cavity, when not properly treated it can be spread by deep fascial spaces, increasing the risk of morbidity and mortality. This work is a review of the literature that aims to create a practical guide containing the clinical conduct and the pharmacological protocol in the treatment of the disease. A search of attached articles encompassing in major databases such as Pubmed, Medline and Scielo, as well as book chapters was conducted. It is expected that the publication of the guide in the health units can provide an effective treatment of the pericoronaritis independent of the stage that it is found, in this way, thus reducing the health conditions of the patient.

KEY WORDS: Antibiotics; Pericoronitis; Treatment.

1. INTRODUÇÃO

A pericoronarite é um processo inflamatório e/ou infeccioso dos tecidos que cobrem a superfície oclusal de um dente parcialmente erupcionado, e afeta com maior frequência os terceiros molares inferiores parcialmente inclusos. Essa afecção é causada pela retenção de alimentos em uma bolsa que se situa entre o opérculo e o dente parcialmente incluído e, devido à má higienização, essa bolsa é invadida por microrganismos já presentes na placa dental, iniciando a pericoronarite. Porém, em alguns casos, a doença também pode surgir a partir de traumas gerados pelo terceiro molar superior sobre a mucosa superficial que recobre o terceiro molar inferior parcialmente incluído, deixando-a edemaciada, favorecendo ainda mais o traumatismo nessa área.^{1,2}

Clinicamente, a pericoronarite pode ser aguda ou crônica. A forma aguda apresenta dor intensa, edema dos tecidos pericoronários, presença de secreção purulenta, trismo, linfadenopatia regional, dor ao deglutir, piroxia, e em alguns casos propagação da infecção a espaços dos tecidos adjacentes. Já na forma crônica os pacientes relatam dor ou desconforto leve com duração de um ou dois dias, com remissão podendo durar muitos meses.³

A doença pode ser tratada inicialmente pela limpeza mecânica da bolsa que se situa abaixo do opérculo, utilizando peróxido de hidrogênio ou clorexidina a 0,12% como solução irrigadora. Porém, como a gravidade da doença pode variar, o tratamento e a conduta diante do quadro clínico do paciente também irão mudar, acrescentando o suporte farmacológico. Em sua forma mais branda os pacientes podem ser tratados apenas por meio de curetagem e irrigação local. Se a pericoronarite se manifestar de maneira

severa, apresentando edema facial e febre baixa, além da irrigação e curetagem, deve-se instituir o protocolo farmacológico, incluindo a administração de antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios, já que a doença pode conduzir a sérias infecções e, por isso, o cirurgião-dentista deve estar atento aos aspectos farmacoterapêuticos dos medicamentos utilizados na prática clínica.^{4,5}

Observa-se que a pericoronarite não tem sido efetivamente tratada pelos cirurgiões dentistas, levando muitas vezes, a sua forma leve a exacerbação, com comprometimentos sistêmicos, induzindo a incapacitação do indivíduo, com perda de qualidade de vida, havendo maior necessidade de esclarecimentos sobre a forma adequada de trata-la, de maneira sistematizada.

O objetivo deste trabalho é construir um guia prático, contendo a conduta clínica e o protocolo farmacológico no tratamento da pericoronarite para dentistas generalistas.

2. METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de uma revisão de literatura discutida com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre pericoronarite, de maneira ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e construção de um guia de tratamento direcionado para cirurgiões-dentistas generalistas. Para a elaboração desta revisão de literatura foi realizada uma busca por artigos publicados nas bases de dados eletrônicos, PubMed/Medline, Scielo, Lilacs, e Google Scholar. Adotaram-se os seguintes descritores: Antibióticos; Pericoronarite; Tratamento e seus correspondentes em inglês: Antibiotics; Pericoronitis; Treatment. Foram selecionados 20 artigos para compor a revisão de literatura, incluindo 1 dissertação. Também foram utilizados 4 livros. Os critérios de inclusão dos artigos foram: data de publicação desde 2004 até 2017, gratuitos em português, inglês ou espanhol com abordagem dos temas relacionados. Foram utilizados como critérios de exclusão os artigos não disponíveis na íntegra.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A pericoronarite é um processo inflamatório de caráter infeccioso ou não, que envolve os tecidos que cobrem a superfície oclusal de um dente parcialmente erupcionado. Geralmente acomete os terceiros molares mandibulares, que são os dentes mais frequentemente não irrompidos e ocorre mais comumente em adultos jovens, com idades entre 18 e 25 anos e afeta homens e mulheres com igual frequência. Porém, Ali et al (2014) ⁶ afirmaram que a doença atinge mais os adultos entre 20 e 35 anos de idade. ^{1,7}

Um dente impactado é aquele que não atinge a sua posição normal na arcada dentária dentro do tempo esperado e, os dentes que mais sofrem com esse fenômeno são os terceiros molares. A espécie humana, geralmente, possui quatro terceiros molares, dois superiores e dois inferiores, mas 10% da população norte-americana apresentam apenas três, 8% apenas dois, e 2% apenas um. Além disso, os terceiros molares podem ser caracterizados por suas diferentes formas, tamanhos e tempos de erupção. ¹

Streptococos e uma grande variedade de bactérias aneróbias, que geralmente compõem o sulco gengival, são os microrganismos causadores da pericoronarite. Sencimen et al (2014) ⁸ sugeriram *Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa)*, *Campylobacter rectus (Cr)*, *Fusobacterium nucleatum (Fn)*, *Porphyromonas gingivalis (Pg)*, *Prevotella intermedia (Pi)* e *Tannerella forsythia (Tf)* como alguns dos periodontopatógenos presentes na pericoronarite. ⁴

A doença, quando negligenciada, pode se espalhar para espaços adjacentes de tecidos moles, afetando de maneira significativa a rotina diária

do indivíduo e levando a condições que ameaçam a vida caso não tratadas e, por isso, é de extrema importância a capacitação do profissional no diagnóstico e, principalmente, resolução clínica do caso, tomando como base um histórico minucioso, exame clínico e avaliação radiográfica.⁹⁻¹¹

O comprometimento de estruturas vizinhas pela disseminação da infecção pelos espaços fasciais é o maior risco oferecido pela pericoronarite. As infecções que atingem a região do terceiro molar, sobretudo os que se encontram em posição horizontal ou mesioangular, podem se espalhar posteriormente ao músculo milo-hióideo e atingir o espaço ptérigo-mandibular, entre o ramo da mandíbula e o músculo pterigóideo medial. A partir daí, pode haver uma comunicação com o espaço parafaríngeo. Essa infecção também pode comprometer o espaço sublingual, que cruza o plano mediano entre o músculo genioglosso e a mucosa do soalho da boca, gerando edema, elevação da língua e diversos graus de dificuldade respiratória. Em alguns casos, é possível a evolução para uma Angina de Ludwig, que tem progressão rápida e silenciosa.^{2,12}

Apesar de rara, outra complicação de grande relevância clínica causada pelas infecções de face e pescoço, incluindo as pericoronarites, é a trombose séptica do seio cavernoso, ou TSSC. Esta pode evoluir a óbito se não tratada em tempo hábil. Porém, o seu diagnóstico clínico costuma ser bastante complicado devido a sua semelhança com outras infecções que acometem as regiões próximas a órbita. A TSSC apresenta sinais clínicos não específicos, como febre, toxemia, prostração, desidratação, náusea e vômito.²

Radiograficamente, é possível observar uma sombra radiolúcida ao redor da coroa dentária, que corresponde ao folículo, localizando-se a respectiva perda óssea causada pela infecção.²

Dutra et al (2015)¹³ afirmaram que a análise histopatológica dos tecidos pericoronários de dentes inclusos e semi-inclusos traz um diagnóstico ainda mais preciso quando associado a características clínicas e radiográficas, já que, em algumas situações, mesmo apresentando aspecto normal ao exame radiográfico, o exame histopatológico mostra-se alterado, apresentando alterações sugestivas de cisto, por exemplo.

O tratamento da pericoronarite deve variar de acordo com alguns fatores, são eles: a intensidade da inflamação, seus sintomas e complicações sistêmicas.¹⁴

Para pacientes que apresentam a pericoronarite leve, caracterizada por dor localizada, edema envolvendo os tecidos pericoronários e absoluta ausência de sinais sistêmicos, recomenda-se apenas medidas locais, são elas: debridamento e irrigação local, buscando sanear a bolsa pericoronária, com clorexidina 0,12% pelo menos duas vezes ao dia, até remissão dos sintomas. Duarte et al (2007)² afirmaram que outros autores sugerem como substâncias de escolha para a irrigação o soro fisiológico morno, ou água oxigenada a 10 volumes, porém todos de menor eficiência que a clorexidina, que ocupa um importante papel entre os antimicrobianos empregados para controle químico da placa bacteriana em odontologia.^{3,15}

Em casos mais severos, em que o paciente apresenta sinais sistêmicos, a administração de antibióticos é recomendada e deve ser realizada anteriormente a possível cirurgia para melhores resultados. No entanto, é

válido destacar que esses devem ser um complemento à terapia local, e não o tratamento de primeira linha.^{3,16}

As penicilinas são os antibióticos de primeira escolha, em especial a amoxicilina, e para os alérgicos, a clindamicina é a segunda opção. Em casos que não respondem de maneira positiva ao tratamento somente com amoxicilina, acrescenta-se o metronidazol, por sua ação contra anaeróbios restritos. Associações de fármacos como esses, são bastante úteis em casos de infecções persistentes e que não regredem com o tratamento utilizando apenas um fármaco.^{4,11,17}

A amoxicilina é uma penicilina que faz parte do grupo de antibióticos betalactâmicos, ou seja, atuam inibindo a síntese da parede celular bacteriana, que é fundamental para o crescimento e desenvolvimento normais da bactéria. O fármaco é estável em ácido, utilizado por via oral, e a presença de alimentos não interfere na sua absorção. É fortemente ativo contra microrganismos gram positivos, mas também agem sobre bactérias gram negativas. Porém, são sensíveis a bactérias produtoras da enzima betalactamase e, por isso, são frequentemente associados a um inibidor dessa enzima, como o sulbactam ou clavulanato.¹⁸

O metronidazol é um fármaco que faz parte dos nitromidazólicos e atua na redução do grupo nitro dos microrganismos suscetíveis. É barato e totalmente eficaz contra bactérias anaeróbias restritas, incluindo tanto microrganismo anaeróbios gram negativos, como anaeróbios gram positivos formadores de esporos. O fármaco é completamente absorvido após a ingestão oral e sua meia vida dura cerca de 8 horas. É muito usado em associação com outros fármacos para o tratamento de infecções polimicrobianas. A dose

recomendada é de 2g de metronidazol em dose única, porém, para pacientes intolerantes a essa única dose, recomenda-se 250mg 3 vezes ao dia por 7 dias.¹⁸

A clindamicina, usada em pacientes alérgicos as penicilinas, faz parte das licosamidas e age suprimindo a síntese proteica. O fármaco sofre absorção quase completa administrada por via oral e a presença de alimentos no estômago não diminui de forma expressiva a sua absorção. A dose oral recomenda é de 150 a 300 mg de 6 em 6 horas e para infecções mais graves de 300 a 600mg a cada 6 horas. É válido salientar que existe uma incidência de diarreia e colite pseudomembranosa causados por esse medicamento, por isso, seu uso deve ser limitado e com cauteloso.¹⁸

Moloney e Stassen (2009)³ afirmaram que o antibiótico de escolha é o metronidazol 400mg três vezes ao dia por cinco dias ou eritromicina 500mg quatro vezes ao dia por cinco dias, já que todas essas drogas agem contra bactérias anaeróbias. Mas essa não parece ser a conduta terapêutica mais adequada, já que o metronidazol sem associação com nenhum outro fármaco não é totalmente eficiente em infecções polimicrobianas, como é o caso da pericoronarite que, apesar de ser causada principalmente por bactérias anaeróbias, tem a participação de bactérias aeróbias.

Já Shabarari et al (2014)¹⁹ afirmaram o tratamento ideal é amoxicilina 500mg três vezes ao dia e analgésico opcional, ambos por sete dias. Porém, o término do tratamento com antibióticos deve ser feito de 24 à 48h após o final dos sinais e sintomas do paciente, dessa maneira, não é possível definir um número exato para duração do tratamento farmacológico, mas sim uma média.

Além disso, o uso de analgésico por sete dias não é a conduta mais adequada, geralmente, os analgésicos são prescritos por três dias.²⁰

3.1 CONTROLE DE DOR

A dor, inerente a alguns procedimentos odontológicos, é um importante fenômeno biológico para defesa do organismo, entretanto, desconfortável para o sujeito acometido. Em odontologia, a dor pode ser classificada em aguda, quando é de curta duração, ou crônica, quando é mais prolongada, geralmente associada com distúrbios da articulação temporomandibular.^{21,22}

Os principais grupos usados para controle de dor são: anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES), analgésicos não opióides e analgésicos opióides.²¹

Os anti-inflamatórios não esteroidais, ou AINEs, exercem ótimo efeito analgésico, além de efeitos anti-inflamatórios e antipirético. Eles agem inibindo a síntese de prostaglandinas, prostaciclina e tromboxanos através da inibição da ciclooxigenase (COX), e são os campeões de venda quando se fala em automedicação. No Brasil são bastante utilizados o diclofenaco, nimesulida, piroxicam e meloxicam. Outro AINE muito utilizado na clínica odontológica é o Ibuprofeno, com doses de 400mg que podem ser utilizados de 8 em 8 horas ou de 600mg que pode ser utilizada de 12 em 12 horas. É válido salientar que os AINES, quando usados por longos períodos, podem gerar alguns efeitos adversos e por isso devem ser prescritos com cautela. Entre eles destacam-se o desconforto gástrico, já que afetam a produção das prostaglandinas, que entre outras funções protegem o estômago e, por isso podem levar a gastrite. Sua forte relação com a dinâmica renal também requer cuidados em pacientes idosos. Deve-se ponderar o uso em pacientes que fazem uso de

anticoagulantes, pois os AINES podem potencializar os efeitos destes medicamentos e provocar possíveis sangramentos. Em geral, os anti-inflamatórios não esteroidais são utilizados por no máximo 72 horas, já que a dor decorrente de procedimentos cirúrgicos odontológicos tem duração média 24/48 horas. Caso aja persistência dessa dor intensa após 72 horas, o cirurgião-dentista deve desconfiar de alguma complicação de ordem local. E, no caso de dor já instalada, utiliza-se o mesmo princípio, não justificando a prescrição por mais de 3 dias.²²

Os analgésicos não opióides são utilizados no tratamento de dores leves e moderadas já instaladas. De acordo com Wannmacher e Ferreira (2007)²³ eles agem inibindo às enzimas COX 1 e 2. Porém, o estudo mais recente de Jasięcka et al (2014)²⁴ afirmou que o mecanismo envolvido em seu efeito analgésico é complexo e, certamente, este efeito é alcançado através da inibição da COX 3. Neste grupo, temos a dipirona e o paracetamol.²²

Já os analgésicos opióides são os medicamentos derivados do ópio e utilizados no tratamento de dores moderadas a intensas. Agem deprimindo os mecanismos centrais envolvidos na nocicepção, ou seja, os opióides afetam a percepção e reação aos impulsos que atingem o sistema nervoso central. Deve ser prescrito com cautela, pois o seu uso por tempo prolongado podem gerar dependência e, na maioria dos casos, analgésicos de ação periférica controlam suficientemente dores de origem odontológica e tem menor capacidade de gerar dependência. Neste grupo, tem-se a codeína, morfina e o tramadol. Considerados excelentes alternativas para pacientes alérgicos a analgésicos não opióides, portadores de gastrites, úlceras estomacais, e em pacientes idosos com restrição de uso de AINES.^{21,22}

O tratamento definitivo para evitar a recidiva da doença deve ser feito após a fase aguda e pode ser realizado de duas formas. A primeira e mais eficiente é a exodontia do dente envolvido, esse, geralmente, é o tratamento de escolha, pois tem resultados 100% favoráveis. Outra forma é a ulectomia, que consiste na retirada do opérculo que recobre o dente.²

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da literatura pesquisada, pode-se concluir que tratar a pericoronarite de maneira adequada é fundamental para evitar maiores danos a saúde do paciente. Fica evidente que o tratamento pode variar bastante, indo de um simples debridamento e irrigação local até a associação com um ou mais antibióticos, em casos mais severos. Preconiza-se a amoxicilina como primeira escolha, e a clindamicina para pacientes alérgicos a amoxicilina. A associação destes com o metronidazol mostraram-se bastante eficientes no tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. McCoy JM. Complications of retention: pathology associated with retained third molars. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*. 2012; 20: 177-95.
2. Duarte H, Sato F, Moraes M. Pericoronarite e infecção das vias aéreas superiores: revisão. *ROAD*, 2007: 125-32.
3. Moloney J, Stassen L. Pericoronitis treatment and a clinical dilemma. *J ir dent assoc*, 2009; (55): 190-2.
4. Hupp J. Princípios de tratamento em dentes impactados. In: Hupp J, Ellis E, Tucker M. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier Ltda, 2015. p.143-67.
5. Carvalho AA, Júnior LAA, Cerdeira CD, Santos GB. Visão farmacoterapêutica em odontologia, frequência e classes de medicamentos prescritos em uma clínica odontológica de um município do sul de Minas Gerais – MG. *Rev Odontol Bras Central*. 2017; 26 (79): 48-51.
6. Ali S, Nazir A, Shah A, Akhtar M. Dental caries and pericoronitis associated with impacted mandibular third molars – a clinical and radiographic study. *Pakistan oral e dental journal*. 2014; 34 (2): 268-73.
7. Xavier C, Ribeiro E, Rocha J, Duarte B, Júnior O, Sant´Ana E, et al. Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*. 2010; 10 (2): 83-90.
8. Sencimen M, Saygun I, Gulses A, Bal V, Acikel C, Kubar A. Evaluation of periodontal pathogens of the mandibular third molar pericoronitis by using real time pcr. *International dental journal*. 2014: 01-06.
9. Dhonge R, Zade R, Gopinath V, Amirisetty R. An Insight into Pericoronitis. *Int j dent med res*. 2015; 1 (6): 172-175.
10. Magraw C, Golden B, Phillips C, Tang D, Munson J, Nelson B, White Jr R. Pain with pericoronitis affects quality of life. *J oral maxillofac surg*. 2015; (73): 7-12.

11. Martini M, Migliari D. Epidemiologia das infecções maxilofaciais tratadas num hospital público da cidade de São Paulo. *Rev assoc paul cir den.* 2012; 66 (1): 66-72.
12. Peñalver P, Miranda O, Castañeda S, Céspedes D. Angina de Ludwig. Presentación de un caso. *Rev méd eléctron.* 2016: 87-96.
13. Dultra K, Rojas E, Modolo F, Rivero E, Filho R. Incidência de anormalidades histológicas em tecido correspondente ao espaço pericoronário de terceiros molares inclusos e semi-inclusos. *Ver odontol unesp.* 2015; 44 (1): 18-23.
14. Catão L, Costa L. Tratamento da pericoronarite com laser terapêutico. *RGO.* 2004; 52 (3): 175- 86.
15. Zanatta F, Rösing C. Clorexidina: mecanismo de ação e evidências atuais de sua eficácia no contexto do biofilme supragengival. *Scientific-a.* 2007; 1 (2): 35-43.
16. Silva L. Antibiotic therapy in pericoronitis: a case report. *GJRA.* 2016; 5 (3): 363-64.
17. Faco E. Terapêutica medicamentosa em odontologia. [dissertação] Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2006.
18. Goodman, L, Gilman A. As bases farmacológicas da terapêutica. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. 2007. 1821p.
19. Shahakbari R, Eshghpour M, Rajaei A, Rezaei N, Golfakhrabadi P, Nejat A. Effectiveness of green tea mouthwash in comparison to chlorhexidine mouthwash in patients with acute pericoronitis: a randomized clinical trial. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 43: 1394–1398.
20. Hayashi G. Cuidados na utilização da antibioticoterapia no tratamento das infecções odontogênicas. 2005.

- 21.** Fattah CMRS, Aranega AM, Leal CR, Martinho J, Costa AR. Controle da dor pós-operatória em cirurgia bucal: revisão de literatura. Revista odontológica de Araçatuba. 2006; 26 (2): 56-62.

- 22.** Andrade ED. Prevenção e controle de dor. In: Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2014. p.43-53.

- 23.** Wannmacher L. Analgésicos não-opioides. In: Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica para dentistas. Editora Guanabara Koogan Ltda, 2007. p.205-13.

- 24.** Jasiocka A, Maslanka T, Jaroszewski JJ. Pharmacological characteristics of metamizole. Polish Journal of Veterinary Sciences. 2014; 17 (1): 207-14.

ANEXO I

PERICORONARITE – COMO TRATAR DE MANEIRA EFICAZ			
	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	TRATAMENTO CLÍNICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
L E V E	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dor localizada; ○ Inchaço envolvendo apenas os tecidos pericoronários; ○ Ausência de sinais sistêmicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Debridamento local + irrigação local com clorexidina a 0,12%; ○ Administração de analgésicos não opióides – se relato de dor. 	<p>A. Bochechar clorexidina 0,12% 2x ao dia, pela manhã e a noite, após a higiene bucal de 5 a 7 dias (em média). ^(A)</p>
M O D E R A D A	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dor localizada; ○ Inchaço envolvendo os tecidos pericoronários; ○ Presença de discreta secreção purulenta - início de infecção. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Debridamento + irrigação local com clorexidina a 0,12%; ○ Administração de Amoxicilina; ○ Administração de AINES / analgésicos não opióides – se relato de dor. 	<p>B. Ingerir 01 (um) comprimido de amoxicilina 875mg de 12 em 12 horas de 5 a 7 dias (em média). ^(A + B)</p>
S E V E R A	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dor localizada; ○ Inchaço envolvendo os tecidos pericoronários; ○ Trismo; ○ Secreção purulenta; ○ Febre; ○ Edema. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Debridamento + irrigação local com clorexidina a 0,12%; ○ Administração de Amoxicilina + Metronidazol. ○ Administração de AINES / analgésicos opióides / analgésicos não opióides – avaliar intensidade de dor. 	<p>C. Ingerir 01 (um) comprimido de amoxicilina 875 mg de 12 em 12 horas + 01 (um) comprimido de metronidazol 400mg de 8 em 8 horas de 5 a 7 dias (em média). ^(A + C)</p>
SEGUNDA OPÇÃO TERAPÊUTICA			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Em casos de pacientes alérgicos a penicilina, o antibiótico de escolha é a clindamicina; ○ A clindamicina também pode ser utilizada quando, por algum outro motivo, não se pode utilizar a penicilina; ○ Posologia da clindamicina – Ingerir 01 (um) comprimido de clindamicina 300mg de 6 em 6 horas de 5 a 7 dias (em média). 			

ANEXO II

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL