

**FRANCYS HEIN DA SILVEIRA DE FIGUEIREDO
LUCAS LUCIANO DE CASTRO**

**PERICORONARITE ASSOCIADA À ERUPÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES
INFERIORES: ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA**

Rio de Janeiro, RJ.

2025

Francys Hein da Silveira de Figueiredo

Lucas Luciano de Castro

**PERICORONARITE ASSOCIADA À ERUPÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES
INFERIORES: ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza
Herdy”, como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em Odontologia.
Orientador: Prof. Dr. Walter Arthur Silva Valente

Rio de Janeiro – RJ.

2025

Francys Hein da Silveira de Figueiredo

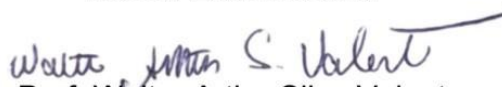
Lucas Lucianode Castro

**PERICORONARITE ASSOCIADA À ERUPÇÃO DOS TERCEIROS
MOLARES INFERIORES: ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA**

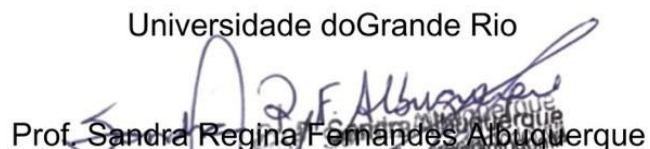
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do
Grande Rio “Professor José de
Souza Herdy”, como parte dos
requisitos parciais para obtenção
do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 13 de junho de 2025.

Banca Examinadora

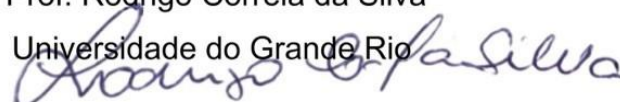

Prof. Walter Arthur Silva Valente

Universidade do Grande Rio


Prof. Sandra Regina Fernandes Albuquerque
Universidade do Grande Rio

Prof. Rodrigo Correia da Silva

Universidade do Grande Rio



RESUMO

A pericoronarite é um processo inflamatório comum que acomete principalmente os terceiros molares inferiores parcialmente erupcionados, sendo uma das principais causas de infecções odontogênicas na prática clínica. Este trabalho teve como objetivo revisar a literatura científica recente para compreender os aspectos relacionados à etiologia, características clínicas, diagnóstico, tratamento e possíveis complicações dessa condição. A revisão foi conduzida em bases de dados como PubMed, SciELO, Google Acadêmico e LILACS, utilizando critérios de inclusão que englobaram publicações entre 2015 e 2025. A análise evidenciou que a pericoronarite possui etiologia multifatorial, sendo favorecida por acúmulo de placa bacteriana, má higienização e trauma oclusal. A classificação clínica da doença em diferentes fases (aguda congestiva, aguda supurativa e crônica) é fundamental para a definição do tratamento adequado, que pode incluir medidas locais, uso criterioso de antibióticos e, em casos recorrentes, exodontia ou operculectomia. A identificação precoce da pericoronarite e sua adequada abordagem são essenciais para prevenir a evolução para quadros graves, como abscessos e celulite facial. Conclui-se que o conhecimento aprofundado sobre essa condição é indispensável para o cirurgião-dentista, contribuindo para um atendimento mais seguro, eficiente e preventivo.

Palavras-chave: Pericoronarite; Terceiros molares; Infecção odontogênica; Erupção dentária; Tratamento odontológico.

ABSTRACT

Pericoronitis is a common inflammatory condition that primarily affects partially erupted lower third molars, being one of the main causes of odontogenic infections in clinical dental practice. This study aimed to review recent scientific literature to better understand the etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and potential complications of this condition. The literature review was conducted using databases such as PubMed, SciELO, Google Scholar, and LILACS, with inclusion criteria covering publications from 2015 to 2025. The findings revealed that pericoronitis has a multifactorial etiology, often associated with plaque accumulation, poor oral hygiene, and occlusal trauma. Clinical classification of the condition into different stages (congestive acute, suppurative acute, and chronic) is essential to guide proper treatment, which may include local measures, cautious antibiotic use, and, in recurrent cases, tooth extraction or operculectomy. Early identification and proper management of pericoronitis are crucial to prevent progression to severe complications, such as abscesses and facial cellulitis. It is concluded that indepth knowledge of this condition is vital for dental professionals, contributing to safer, more effective, and preventive care.

Keywords: Pericoronitis; Third molars; Odontogenic infection; Tooth eruption; Dental treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 Infecções odontogênicas e terceiros molares	9
3.2 Anatomia e fatores predisponentes.....	10
3.3 Classificação clínica da pericoronarite.....	10
3.3.1 Pericoronarite aguda congestiva	11
3.3.2 Pericoronarite aguda supurativa	11
3.3.3 Pericoronarite crônica	11
3.4 Diagnóstico clínico e radiográfico	12
3.5 Conduta clínica e tratamento medicamentoso	12
3.6 Indicações de exodontia e operculectomia.....	14
4. DISCUSSÃO	15
5. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO/DISPONIBILIZAÇÃO NA BIBLIOTECA DO TCC INTEGRAL	18

1. INTRODUÇÃO

A pericoronarite é uma condição inflamatória que acomete os tecidos moles ao redor da coroa de um dente parcial ou totalmente impactado, sendo mais frequentemente associada aos terceiros molares inferiores em fase de erupção. Esse processo inflamatório ocorre, em grande parte, quando o dente se apresenta parcialmente erupcionado, permitindo a infiltração de bactérias e restos alimentares sob o capuz gengival. Em casos mais graves e não tratados adequadamente, a infecção pode se estender para os espaços fasciais adjacentes, representando risco sistêmico ao paciente e exigindo atenção clínica imediata.¹⁻²⁻⁵

A etiologia da pericoronarite está fortemente relacionada à presença de microrganismos anaeróbios, especialmente os do grupo *Streptococcus* spp., que habitam o sulco gengival. A área, por sua localização posterior e anatomia específica, dificulta a higienização adequada, o que favorece o acúmulo de biofilme e resíduos alimentares. Essa condição cria um ambiente propício para o desenvolvimento e progressão da infecção. Além disso, traumas locais causados pelo contato do terceiro molar superior com a mucosa que recobre o dente inferior parcialmente erupcionado podem agravar ainda mais o quadro inflamatório, contribuindo para o edema e a dor na região.²⁻³

A progressão da pericoronarite pode variar de casos leves, com desconforto localizado, até quadros graves, com comprometimento sistêmico, dependendo da resposta imune do paciente². Dessa forma, a conduta clínica deve ser estabelecida conforme o estágio da inflamação, podendo incluir desde medidas conservadoras, como irrigação com antissépticos, orientação de higiene bucal e controle da dor, até intervenções cirúrgicas, como a exodontia do dente acometido. Em determinadas situações, a extração do dente antagonista também pode ser indicada, com o intuito de reduzir o trauma sobre a mucosa inflamada.¹⁻²⁻⁴

Diante disso, este trabalho tem como objetivo conscientizar profissionais e acadêmicos da área da saúde sobre a importância do diagnóstico precoce da pericoronarite, bem como discutir sua etiologia, manifestações clínicas, possíveis complicações e abordagens terapêuticas eficazes. A correta compreensão desta condição inflamatória é essencial para garantir um atendimento seguro, preventivo e resolutivo aos pacientes.

Figura 1- Pericoronarite em relação ao elemento 48



Fonte: Adaptado de DHONGE et al., 2015

2. METODOLOGIA

Metodologicamente, este estudo será conduzido como uma revisão de literatura, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre a pericoronarite associada à erupção dos terceiros molares inferiores. Para isso, serão analisados artigos científicos, livros e manuais de odontologia, publicados nos últimos 10 anos (2015-2025), em bases de dados como PubMed, SciELO, Google Acadêmico e LILACS, além de periódicos especializados. As palavras-chave utilizadas na pesquisa incluirão pericoronarite, infecção odontogênica, terceiros molares, erupção dentária, inflamação pericoronária e tratamento da pericoronarite. Os principais aspectos abordados na análise serão definição e etiologia da pericoronarite, fatores predisponentes, sintomatologia, diagnóstico, formas de tratamento e complicações associadas à ausência de intervenção adequada.

Os critérios de inclusão abrangerão artigos e livros que tenham relação direta com o tema, estejam disponíveis integralmente, sejam publicados em português, inglês ou espanhol e atendam ao recorte temporal estabelecido. Serão excluídos trabalhos que não apresentem metodologia confiável, estudos sem acesso ao texto completo e publicações que não estejam diretamente relacionadas à pericoronarite nos terceiros molares inferiores. A abordagem será qualitativa, buscando identificar os principais consensos e divergências na literatura. Como se trata de uma revisão bibliográfica, não haverá necessidade de aprovação por um comitê de ética, mas o estudo seguirá rigorosamente os princípios acadêmicos e científicos, respeitando os direitos autorais e garantindo a correta citação de todas as fontes utilizadas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Infecções odontogênicas e terceiros molares

As infecções odontogênicas originam-se nos tecidos periodontais e dentários e exigem tratamento imediato, pois, se não controladas, podem evoluir para complicações graves e representar riscos significativos à saúde do paciente.¹

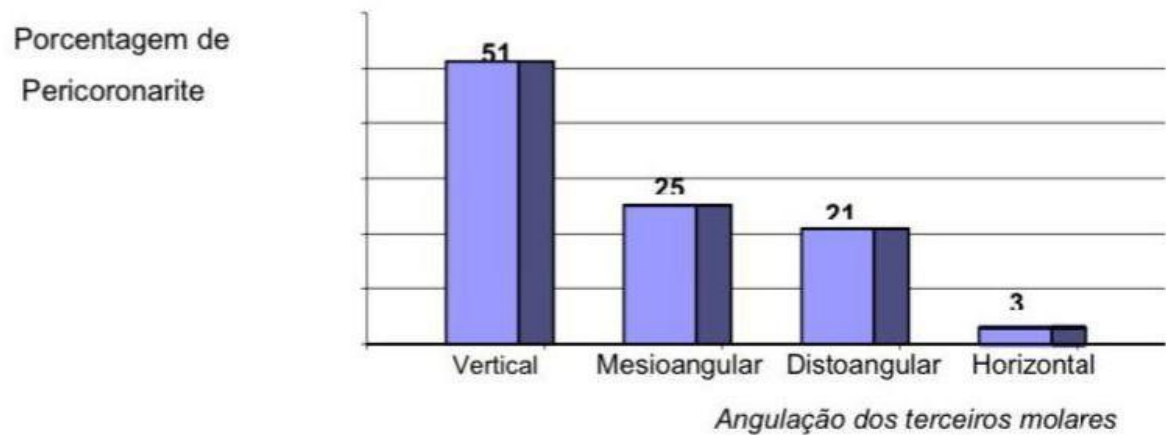
O terceiro molar inferior é o dente que, na arcada dentária, desenvolve os maiores problemas relacionados à erupção. Quando incluso, representa a causa mais frequente de infecção odontogênica. Por isso, torna-se fundamental compreender as particularidades desse elemento dentário. O espaço destinado à sua erupção é limitado pelo segundo molar inferior, e sua raiz pode estar em íntima relação, ou até mesmo em contato, com o nervo alveolar inferior. Além disso, possui proximidade com o ramo ascendente da mandíbula, o que pode interferir diretamente em seu posicionamento adequado na arcada. Frequentemente, o terceiro molar inferior é recoberto por um capuz mucoso, de aspecto membranoso, móvel e extensível, que não se retrai espontaneamente. Essa característica favorece a proliferação de agentes infecciosos, contribuindo para o desenvolvimento de infecções localizadas.⁸

A inflamação dos tecidos moles ao redor dos terceiros molares inferiores, geralmente parcialmente erupcionados, é diagnosticada como pericoronarite. Essa condição é uma das causas mais comuns de infecção odontogênica e representa uma complicação da erupção dentária. Sua origem está relacionada ao acúmulo de bactérias e restos alimentares entre o terceiro molar parcialmente irrompido e o opérculo gengival, tecido mole que recobre o dente semi-erupcionado.⁵⁻⁶⁻⁷

As infecções de origem odontogênica são mais frequentes em indivíduos com idade entre 20 e 29 anos, sem diferença significativa entre os gêneros, embora haja uma discreta predominância no sexo feminino. De acordo com a classificação de Pell e Gregory, os terceiros molares inferiores com maior propensão ao desenvolvimento da pericoronarite são aqueles parcialmente cobertos pelo ramo mandibular (classe II) e posicionados entre o plano oclusal e a cervical do segundo molar adjacente (classe

B).⁶⁻¹¹

Figura 2: Angulação dos terceiros molares com pericoronarite em 102 voluntários



Fonte: YAMALIK e BOZKAYA, 2007

3.2 Anatomia e fatores predisponentes

Essa infecção pode ter origem em eventos traumáticos ou infecciosos, levando ao desenvolvimento de um processo inflamatório localizado. Sua etiologia é polimicrobiana, sendo favorecida pelo crescimento bacteriano na região, o que aumenta a liberação de toxinas. O ambiente entre o tecido pericoronário e a coroa dentária é úmido, quente e escuro, condições ideais para a proliferação bacteriana. A principal causa da pericoronarite é o acúmulo recorrente de placa bacteriana e resíduos alimentares nesse espaço de difícil acesso à higienização, o que favorece a persistência e a possível progressão do quadro inflamatório.⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸

3.3 Classificação clínica da pericoronarite

A pericoronarite pode ser classificada em três tipos: pericoronarite aguda congestiva (ou serosa), pericoronarite aguda supurativa e pericoronarite crônica. Na fase aguda, observa-se gengiva retromolar eritematosa, frequentemente marcada

pelas cúspides dos molares antagonistas, em razão da mastigação, o que intensifica o processo inflamatório. Do ponto de vista histológico, há predominância de neutrófilos. Na fase crônica, observa-se o predomínio de células mononucleares, como linfócitos, células plasmáticas e macrófagos, além da redução do epitélio do órgão do esmalte, o que pode causar hiperplasia ou ulceração.⁸

3.3.1 Pericoronarite aguda congestiva

A aguda congestiva, ou serosa, caracteriza-se por dor acentuada durante a mastigação, com irradiação para a faringe ou para o ramo ascendente da mandíbula. A mucosa de, aspecto membranoso, recobre apenas parte da coroa do molar e pode ser comprimida pelo dente antagonista. À palpação, a área pode apresentar dor e sangramento.⁸⁻⁹

3.3.2 Pericoronarite aguda supurativa

Representa uma forma mais grave da infecção, com dor intensa que pode irradiar para a região das amígdalas e para o ouvido. Pode haver desenvolvimento de trismo, especialmente quando o triângulo retromolar encontra-se edemaciado, com possível extensão da inflamação para a faringe e o palato mole. À palpação do opérculo gengival, pode haver saída de pequena quantidade de pus, além de adenopatia na cadeia ganglionar submandibular, dolorosa à palpação.⁸⁻⁹

3.3.3 Pericoronarite crônica

Apresenta a dor no triângulo retromolar que não cessa, podendo haver trismo, mas também pode ocorrer ausência absoluta de sintomas. Em alguns casos, apresentam halitose, faringite unilateral intermitente, gengivite, adenopatia crônica ou abscessos unilaterais periamigdalíacos.⁸⁻⁹

Figura 3- Estresse emocional antecedendo a pericoronarite em 82 pacientes

Severidade da pericoronarite	Grau de Estresse Emocional			
	Alta	media	baixa	nenhuma
Aguda	8	8	7	8
Subaguda	8	8	3	11
Crônica	2	3	7	9
Total	54(66%)			28(34%)

Fonte: Adaptado de NITZAN et al., 1985

3.4 Diagnóstico clínico e radiográfico

Os métodos mais comuns para o diagnóstico da pericoronarite são através do exame clínico, história clínica, exploração dos sintomas, culturas e antibiograma. Os exames radiográficos não apresentam bons resultados para o diagnóstico, visto que esses não permitem a visualização dos tecidos inflamados. Contudo, o raio-X apresenta informações sobre como o dente está posicionado no osso alveolar, a forma da coroa e das raízes. Os sinais e sintomas mais comuns para diagnóstico de pericoronarite são a dor, hiperemia e inchaço associado aos terceiros molares inferiores.²⁻⁸⁻⁹

3.5 Conduta clínica e tratamento medicamentoso

A conduta para o tratamento da pericoronarite pode variar conforme o quadro clínico do paciente. Por isso, é essencial que o tratamento seja bem indicado, uma vez que a evolução dos sinais e sintomas pode levar até mesmo ao comprometimento sistêmico, resultando em infecções graves. A capacitação do cirurgião-dentista é fundamental para o diagnóstico precoce da pericoronarite, considerando os sintomas apresentados, a intensidade da inflamação e a presença de possíveis complicações sistêmicas.¹⁰

A dor decorrente da pericoronarite pode comprometer significativamente a qualidade de vida do paciente, interferindo diretamente em atividades cotidianas, como alimentação, mastigação, fala e interação social. Diante disso, é fundamental uma intervenção rápida, uma vez que a condição pode evoluir e gerar complicações importantes, como trismo, que dificulta o tratamento local devido à limitação da abertura bucal, além de quadros mais graves, tais como abscesso pericoronário, abscesso peritonsilar ou faríngeo, celulite facial, angina de Ludwig, osteomielite e linfadenopatia.⁶⁻⁸⁻¹¹

De forma geral, o tratamento da pericoronarite envolve uma abordagem abrangente, voltada não apenas para o controle da infecção, mas também para o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida do paciente. Nos casos iniciais, recomenda-se a adoção de medidas locais, como a irrigação cuidadosa, o desbridamento suave da área afetada, drenagem de pus e eliminação do trauma oclusal com o objetivo de aliviar os sintomas e promover a recuperação. Após essa ação local, o paciente precisa manter o local higienizado. O uso de antibióticos deve ser reservado exclusivamente para situações mais graves, especialmente quando houver sinais de disseminação sistêmica.⁹⁻¹²⁻¹⁴⁻¹⁵

Quando necessário, as penicilinas, especialmente a amoxicilina, são os antibióticos preferenciais. Para pacientes alérgicos, utiliza-se a clindamicina como alternativa. Quando a resposta ao tratamento com amoxicilina não é satisfatória, adiciona-se o metronidazol devido à sua eficácia contra bactérias anaeróbias restritas. A amoxicilina age impedindo a formação da parede celular das bactérias, atua principalmente contra bactérias gram-positivas, mas também possui ação contra gram-negativas. O metronidazol age contra bactérias anaeróbias restritas, tanto gram-negativas quanto gram-positivas esporuladas. É comumente usado em combinação com outros antibióticos para tratar infecções polimicrobianas. A clindamicina, usada em pacientes alérgicos às penicilinas, age suprimindo a síntese proteica.¹⁰

3.6 Indicações de exodontia e operculectomia

Assim que cessam os sinais e sintomas característicos da inflamação aguda, é possível abordar um plano de tratamento definitivo, como a cirurgia periodontal, a operculectomia ou a extração do elemento dentário. Considerando que a pericoronarite está geralmente associada ao terceiro molar inferior, que costuma estar mal posicionado, frequentemente opta-se pela exodontia do dente envolvido. A operculectomia, por sua vez, pode ser indicada como procedimento preventivo, visando evitar novas inflamações do opérculo gengival que circunda o dente.¹⁵

É importante destacar que a extração do elemento dentário na presença de infecção ativa é contraindicada, uma vez que pode ocasionar complicações cirúrgicas. Por esse motivo, é necessário realizar previamente medidas locais para o controle da inflamação e da infecção, antes de se proceder à cirurgia.¹⁵

Figura 4- Como tratar de maneira eficaz a pericoronarite.

PERICORONARITE – COMO TRATAR DE MANEIRA EFICAZ			
	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	TRATAMENTO CLÍNICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
L E V E	- Dor localizada; - Inchaço envolvendo apenas os tecidos pericoronários; - Ausência de sinais sistêmicos.	- Debridamento local + irrigação local com clorexidina a 0,12%; - Administração de analgésicos não opióides – se relato de dor.	A. Bochechar clorexidina 0,12% 2x ao dia, pela manhã e à noite, após a higiene bucal de 5 a 7 dias (em média). (A)
M O D E R A D A	- Dor localizada; - Inchaço envolvendo os tecidos pericoronários; - Presença de discreta secreção purulenta - início de infecção.	- Debridamento + irrigação local com clorexidina a 0,12%; - Administração de Amoxicilina; - Administração de AINES / analgésicos não opióides – se relato de dor.	B. Ingerir 01 (um) comprimido de amoxicilina 875mg de 12 em 12 horas de 5 a 7 dias (em média). (A + B)
S E V E R A	- Dor localizada; - Inchaço envolvendo os tecidos pericoronários; - Trismo; - Secreção purulenta; - Febre; - Edema.	- Debridamento + irrigação local com clorexidina a 0,12%; - Administração de Amoxicilina + Metronidazol. - Administração de AINES / analgésicos opióides / analgésicos não opióides – avaliar intensidade de dor.	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)
SEGUNDA OPÇÃO TERAPÊUTICA			
- 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).			

Fonte: Adaptado de MELO, 2018

4. DISCUSSÃO

A pericoronarite, segundo a literatura analisada, continua sendo uma das principais complicações clínicas associadas à erupção dos terceiros molares inferiores. A recorrência dessa condição e sua prevalência em adultos jovens reforçam a importância de um diagnóstico precoce e de um acompanhamento preventivo por parte do cirurgião-dentista.

Os estudos revisados destacam que a etiologia da pericoronarite é multifatorial, com forte influência da anatomia do dente, posicionamento na arcada, acúmulo de biofilme e trauma oclusal. Essa combinação de fatores contribui para um ambiente favorável à proliferação de bactérias anaeróbias, principalmente estreptococos, como descrito por Fonseca et al.¹ e Prado².

Há consenso entre os autores quanto à importância da classificação clínica da pericoronarite (aguda congestiva, aguda supurativa e crônica), pois cada tipo exige uma abordagem terapêutica distinta. Brito et al.⁶ e Teixeira⁸ reforçam a necessidade de reconhecer rapidamente os sinais clínicos e sistêmicos, principalmente quando há risco de disseminação da infecção.

A literatura também aponta divergências sobre o momento ideal para realizar a extração do terceiro molar. Enquanto alguns autores, como Vieira³; Silva¹⁵, defendem a exodontia precoce como medida preventiva, outros destacam que a intervenção deve ocorrer apenas após o controle completo do quadro inflamatório, para evitar complicações cirúrgicas, como Teixeira⁸; Blanco¹¹.

Além disso, há destaque para a evolução dos protocolos terapêuticos. O uso racional de antibióticos é amplamente discutido, principalmente devido ao risco de resistência bacteriana. Melo¹⁰ e Schalch et al.¹² ressaltam que o uso de amoxicilina e metronidazol deve ser reservado para quadros com sinais sistêmicos, sendo que tratamentos locais (irrigação, desbridamento e controle do trauma oclusal) continuam sendo a primeira linha em casos iniciais.

Por fim, os autores reforçam que a pericoronarite não deve ser negligenciada. Quando não tratada adequadamente, pode evoluir para condições graves, como celulite facial, angina de Ludwig e osteomielite mandibular. Tais complicações justificam a importância de capacitação constante dos profissionais e atualização sobre condutas clínicas baseadas em evidências.

5. CONCLUSÃO

A pericoronarite é uma condição inflamatória comum associada à erupção dos terceiros molares inferiores, que pode comprometer significativamente a saúde bucal e sistêmica do paciente. Este trabalho, por meio de uma revisão da literatura, permitiu compreender de forma ampla os aspectos que envolvem essa patologia, desde sua origem até os possíveis desfechos clínicos.

Foi possível constatar que a etiologia da pericoronarite é multifatorial, envolvendo fatores anatômicos, microbiológicos, traumáticos e relacionados à higiene oral. O acúmulo de biofilme e restos alimentares sob o capuz gengival que recobre o dente parcialmente erupcionado cria um ambiente propício à proliferação bacteriana, favorecendo o surgimento da inflamação.

A classificação da pericoronarite em formas aguda congestiva, aguda supurativa e crônica contribui para uma abordagem clínica mais direcionada, permitindo ao cirurgião-dentista planejar condutas específicas conforme a gravidade do caso. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em sinais, sintomas e histórico do paciente, sendo que os exames radiográficos auxiliam na análise da posição do dente e das estruturas envolvidas.

O tratamento depende da intensidade do quadro e pode variar entre medidas locais, uso criterioso de antibióticos e, em casos mais graves ou recorrentes, exodontia ou operculectomia. Ressalta-se que a extração do dente acometido não deve ser realizada durante a fase aguda da infecção, sob risco de complicações cirúrgicas.

As complicações da pericoronarite, quando negligenciadas, podem ser severas, incluindo trismo, abscessos, celulite facial, e até quadros como angina de Ludwig. Isso reforça a importância do diagnóstico precoce, da orientação ao paciente e da atuação qualificada do cirurgião-dentista.

Dessa forma, conclui-se que o conhecimento aprofundado sobre a pericoronarite é essencial para a conduta clínica eficaz e para a promoção da saúde bucal. A prevenção, por meio da educação em higiene oral e do acompanhamento radiográfico da posição dos terceiros molares, é uma ferramenta valiosa na redução da incidência dessa condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca E.L.G., Francisco M.A., Santos M.A.B.S., Lira J.S., Tenório L.F., Santos M.P.M., Negreiros J.H.C.N., Alencar M.G.M. de, Barbosa L.M. Infecções odontogênicas, da etiologia ao tratamento: uma revisão da literatura / Odontogenic infections, from etiology to treatment: a literature review. Braz. J. L. Develop. [Internet]. 2020 Jul. 8 [cited 2024 Sep. 20];6(7):44396-407. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12832>
2. Prado R., Salim M. Cirurgia Bucomaxilofacial: Diagnóstico e Tratamento: 2. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
3. Vieira G.S. Indicações para exodontia de terceiros molares: revisão de literatura [periódico na Internet]. 2021 [acesso 2024 set 13]; [17]. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/download/3229/2280>
4. Soares C.L.F., Luiz B.E.G., Oliveira D.W.D., Glória J.C.R., Gonçalves P.F. A água ozonizada melhora parâmetros clínicos e qualidade de vida de casos de pericoronarite: estudo piloto de ensaio clínico randomizado . R.CROMG [Internet]. 22º de fevereiro de 2024 [citado 13º de setembro de 2024];22(Supl.4). Disponível em: <https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/566>
5. Ibrahim G.M.F., de Mendonça J.C.G., Pelissaro G.S., Oliveira J.G.P., Aguilera M.O., da Silva J.C.L., Jardim E.C.G. Pericoronarite de Grandes Proporções. Relato de Caso / Pericoronitis of Large Proportions. Case report. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021 Oct. 5 [cited 2024 Sep. 20];4(5):20755-64. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36911>
6. Brito V.R., Albano R.S., Rosa M.R.P., Meira G.F. Etiologia, Tratamento e Prevenção da Pericoronarite: Revisão de Literatura. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 08, Ed. 06, Vol. 03, pp. 66-81. Junho de 2023. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/pericoronarite>
7. Velásquez T.A. Pericoronarite. Tese de Doutorado. Faculdade São Leopoldo Mandic. 2024.

8. Teixeira, J.F.P. Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento. Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Instituto Universitário de Ciências da Saúde. 2018; disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/3148>
9. Carregal M.C. Pericoronarite: Etiologia, Epidemiologia, Microbiota, Tratamento e Complicações. Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais. 2018. 01-48. disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ODON-B8EMN3>
10. Melo L.C.R. Protocolo farmacológico no tratamento da pericoronarite. Repositório Institucional Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2018. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/7880>
11. Blanco G.O. Análise Comparativa de dois protocolos adjuvantes no tratamento da pericoronarite: Ensaio Clínico. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. 2025. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMS_28f1b95338899f36595c2bbe09787d
12. Schalch T.O., Martimbianco A.L.C., Gonçalves M.L.L., Motta L.J., Santos E.M., Cecatto R.B., Bussadori S.K., Horliana A.C.R.T. Intervenções para Pericoronarite em Estágio Inicial: Revisão Sistemática de Ensaio Clínico Randomizados. Antibiotics. 2022; 11(1):71. <https://doi.org/10.3390/antibiotics11010071>
13. Paracuto R.R.S., Costa A.F., Serra P.O., Oliveira J.M.S, Fonseca T.S. Pericoronarite: Fatores de risco associados e indicações de tratamentos conservadores comparados à tratamentos farmacológicos. Brazilian Journal Of Health Review. 2024; 7 (3): 01-10. doi:10.34119/bjhrv7n3-167. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69904/49354>
14. Arekhi N., Mortazavi N., Bahramnejad E., Khouri V., Tajaldini M., Asgari N., Sohrabi A. Assessment of a combined mouthwash on pain relief in pericoronitis: a randomized clinical study. BMC Oral Health. 2024;24(1):855. Published 2024 Jul 27. doi:10.1186/s12903-024-04660-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39068391/>
15. Silva C.N.C. Pericoronarite em terceiros molares. Trabalho de conclusão de curso (graduação em odontologia) UNIME. 2022. Disponível em:

https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/61974/1/CAROLINA_NASCIMENTO.pdf