

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Lisley Ramos  
Renato Neves Bergamini**

**Cuidados Necessários para Exodontia de Terceiros  
Molares Inclusos**

**Taubaté-SP  
2019**

**Lisley Ramos**  
**Renato Neves Bergamini**

## **Cuidados Necessários para Exodontia de Terceiros Molares Inclusos**

Trabalho de Graduação apresentada para  
obtenção do Grau acadêmico pelo Curso de  
Odontologia do Departamento de Taubaté  
da Universidade UNITAU de Taubaté.

Orientador: Prof.Me. Alexandre Cursino de  
Moura Santos.

**Taubaté-SP**  
**2019**

**SIBi - Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU**

M321c Marco, Lisley Ramos dos Reis  
Cuidados necessários para exodontia de terceiros molares inclusos /  
Lisley Ramos dos Reis Marco, Renato Neves Bergamini. – 2019.  
43f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento  
de Odontologia, 2019.

Orientação: Prof. Me. Alexandre Cursino de Moura Santos,  
Departamento de Odontologia.

1. Dente incluso. 2. Exodontia. 3. Terceiros molares. I. Bergamini,  
Renato Neves. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD 617.522

**Lisley Ramos**  
**Renato Neves Bergamini**

**Cuidados necessários para exodontia de terceiros molares inclusos**

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP

DATA: 26/11/2019

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

Profº. Mº. Alexandre Cursino de Moura Santos - Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profº. Mº. Mario Pellogia - Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profª. Drª. Célia Regina de Paula - Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

## **Dedicatória e Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível.

Aos meus pais Edilson Reghin e Jocely Ramos, meus irmãos Wesley Ramos e Kesley Ramos, e meu namorado Guilherme Delgado por toda confiança e suporte, por acreditarem desde o início no meu sonho de um dia me tornar uma cirurgiã-dentista.

Aos colegas e amigos da Unitau, pela experiência compartilhada durante todos estes anos. Principalmente a minha dupla Renato Neves Bergamini por todo auxílio e parceria.

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo, que se importaram e me apoiaram em todos os momentos.

Ao orientador Alexandre Cursino de Moura Santos, sou eternamente grata por todos atendimentos, pelo incentivo e por todo suporte durante este TCC.

A todos que contribuíram para realização deste trabalho.

Muito obrigada!

**Lisley Ramos**

## **Dedicatória e Agradecimentos**

Dedico a Deus em primeiro lugar por tudo que faz na minha vida todos os dias, eu amo você, muito obrigado por tudo.

Aos meus pais, aos meus avós e ao meu irmão por estarem sempre presente em minha vida, vocês são tudo para mim.

Agradeço a Deus por ter me ajudado a realizar este trabalho.

Aos meus familiares por toda força que tem me dado.

Ao meu orientador Alexandre Cursino de Moura Santos por toda ajuda e carinho neste trabalho.

A minha dupla Lisley Ramos por estar sempre ao meu lado nesta caminhada.

**Renato Neves Bergamini**

## **Resumo**

Exodontias de terceiros molares inclusos são frequentemente realizadas em clínicas odontológicas; por seu alto grau de complexidade cirúrgica podem resultar em acidentes e complicações. O objetivo principal deste estudo foi analisar as exodontias de terceiros molares inclusos e pontuar os cuidados essenciais para uma cirurgia bem sucedida, evitando assim futuras possíveis complicações; obter dados que possam objetivamente estabelecer um protocolo dos principais cuidados a serem tomados antes, durante e após as exodontias de terceiros molares, verificando que nos cuidados pré, trans e pós-operatórios trazem melhor cicatrização e melhor bem-estar aos pacientes. Conclui-se que o correto planejamento pré, trans-operatório e os cuidados paliativos pós-operatórios favorecem a realização de um procedimento cirúrgico seguro e confortável aos pacientes.

Palavras chave: exodontias, terceiros molares, inclusos

## **Abstract**

Included third molar extractions are often performed at dental clinics; due to their high degree of surgical complexity can result in accidents and complications. The main objective of this study was to analyze the extractions of third molars included and to score the essential care for a successful surgery, thus avoiding future possible complications; obtain data that can objectively establish a protocol of the main care to be taken before, during and after third molar extractions, verifying that pré-operative, trans and pos-operative care bring better healing and well-being of patients. It is thought that the correct pré-operative, trans-operative planning and pos-operative palliative care favor the performance of a safe and comfortable surgical procedure for patients.

Keywords: extractions, third molars, included

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 PROPOSIÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As exodontias de terceiros molares são procedimentos realizados de maneira rotineira na clínica odontológica, sendo indicadas principalmente para os casos de falta de espaço para sua correta erupção o que poderia acarretar em vários tipos de problemas aos pacientes. As cirurgias para remoção dos terceiros molares devem ser muito bem planejadas, de maneira a facilitar sua execução e diminuir a chance de complicações pré, trans e pós-operatórias que podem causar sérios danos e desconforto aos pacientes.

Os cuidados a serem tomados passam pela solicitação de exames de imagem, exames laboratoriais, exame clínico e prescrição de medicamentos. Desta maneira o Cirurgião-Dentista poderá realizar um planejamento individualizado para cada paciente diminuindo drasticamente as chances de ocorrerem complicações.

As complicações mais comuns estão relacionadas a infecções pós-operatórias, hemorragias, fraturas ósseas e parestesia temporária.

Assim sendo, é sempre oportuno o estudo dos cuidados a serem executados para realização das exodontias de terceiros molares, já que o correto planejamento e execução cirúrgica podem evitar sérias injúrias e desconforto aos pacientes.

## **2 PROPOSIÇÃO**

Avaliar os cuidados necessários para realização de exodontias de terceiros molares inclusos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A publicação deste estudo por Gomes et al.(2004), teve como objetivo esclarecer a conduta frente à retenção de terceiros molares inferiores, avaliando a indicação ou não de exérese profiláticas de dentes assintomáticos. De acordo com o apresentado, os terceiros molares são os dentes que mais frequentemente encontram-se retidos, susceptíveis a provocar transtornos de origens diversas, sendo frequentemente sugerida sua remoção em casos de patologias associadas. Existem divergências por autores sobre a exérese profilática destes dentes, sendo que alterações periodontais, apinhamentos dentais, dores, inflamações, entre outros argumentos, são utilizados a favor da remoção. Tendo em contrapartida, riscos cirúrgicos, desconforto pós-operatório, trismo e hipoestésias, que contraindicam a ação. Em estudo prospectivo, visando acompanhar alterações clínicas no posicionamento de terceiros molares por um período de dezoito anos, analisaram-se as amostras de 118 de pacientes, com idade inicial de 20 anos e posterior de 38 anos. Foi constatado um aumento de exérese cirúrgica, sendo que, para pacientes que ainda possuíam os terceiros molares após esse período, seria indicada sua remoção em data futura na vida. Os molares retidos podem apresentar complicações em idade adulta, o que dificulta sua remoção, devido à menor elasticidade do tecido ósseo, riscos de fraturas e danos a estruturas nervosas. Em outra amostra de estudo feita com 868 pacientes de idade entre 09 e 67 anos, houve um aumento significativo de complicações cirúrgicas após os 24 anos de idade. As injúrias pós-cirúrgicas ao nervo alveolar inferior e lingual ocorrem em 1,3% e entre 0,02-0,2% dos casos em pacientes adultos, em decorrência do carreamento de fibras gustativas do nervo facial, junto a fibras do nervo lingual, a casos com danos severos. A cautela com as orientações do procedimento pós-cirúrgico traz benefícios

a longo prazo, conforme relatado por pacientes, sendo maior conforto, melhor odor bucal e condições favoráveis à saúde em geral. Conclui-se que a exérese profilática dos terceiros molares, procedimento comum entre profissionais, é uma conduta viável principalmente em pacientes de idade jovem, visando à prevenção de problemas potenciais e o baixo risco de complicações em condições cirúrgicas.

Este trabalho publicado por Gomes et al.(2004), teve como objetivo avaliar o tipo e frequência dos sinais radiográficos de íntima relação do terceiro molar inferior com o canal mandibular através de ortopantomografias. O estudo foi realizado com 19 ortopantomografias de pacientes do hospital universitário e da clínica privada da cidade de Pernambuco, nas quais foi avaliado o tipo de sinal radiográfico de íntima relação entre os ápices dos terceiros molares inferiores retidos e o canal mandibular. Foram analisados no total 31 dentes, destes 16 (51,6%) eram o dente 38 e 15 (48,4%) o dente 48. Para análise da ortopantomografias, foi utilizado um negatoscópio, fixado com papel PPC 3M sobre elas. Com uma caneta de retroprojeter ultrafina (1mm), foram desenhadas as raízes do terceiro molar e o canal mandibular; em seguida, foi determinado o tipo de sinal radiográfico conforme classificação de Félez-Gutiérrez: A- obscurecimento dos ápices; B- Reflexão dos ápices; C- estreitamento dos ápices; D- Ápices bífidos sobre o canal mandibular; E- Desvio da canal mandibular; F- Estreitamento do canal mandibular; G- Ápice em ilha. De acordo com dados apresentados, constatou-se que o obscurecimento dos ápices (A) foi o mais frequente: 15 casos (45,2%). O desaparecimento das duas corticais do canal mandibular, sugerindo a presença do ápice em ilha (G), ocorreu em 5 casos. A existência de sinal radiográfico de íntima relação com o canal mandibular vem como fator de risco para o aparecimento de lesões nervosas. O caso radiográfico positivo pode determinar uma verdadeira relação entre os ápices

do terceiro molar inferior e a mandíbula. Porém, há casos em que o nervo encontra-se mais vestibular ou lingual a certa distancia dos ápices, dando uma falsa relação positiva, verificada na ortopantomografia. Dessa forma, conclui-se que o sinal radiográfico mais frequente neste estudo, de acordo com a classificação de Féliz-Gutiérrez, foi o obscurecimento dos ápices, seguido do ápice em ilha. O procedimento radiográfico se mostra de grande importância para identificar a presença de íntima relação das raízes de terceiros molares inferiores com o nervo dentário inferior.

O presente estudo realizado por Maluf et al.(2005), teve como objetivo destacar a utilização do laser não ablativo, observando as vantagens e protocolos, discutindo a eficácia dessa tecnologia no dia a dia da odontologia. Laser é uma forma de radiação não-ionizante, que em contato com diferentes tecidos resulta em efeitos térmicos, fotoquímicos e não lineares. Proporciona ao organismo melhor resposta inflamatória, com a redução do edema, minimização da sintomatologia dolorosa e bioestimulação celular. O estudo apresenta um paciente, gênero masculino, 18 anos, sem complicações sistêmicas, com histórico de exodontia do siso 38 com edema facial, trismo e dor pós-operatória persistente por 5 dias. Este procurou o setor de laser terapia da PUCRS para uma extração do siso inferior direito, em posição vertical semi erupcionado com retenção distal (mesma situação do siso 38). Para início do procedimento cirúrgico, foi realizada uma aplicação de laser terapia, somada a um analgésico via oral (indicado por 2 dias). A aplicação ocorreu em seis pontos diferentes: forame mentoniano, músculo masseter, região pré-auricular, ângulo mandibular extrabucal, face vestibular alveolar distal dos dentes (47/48) e no trígono retromolar intrabucal. O laser não-ablativo no presente caso teve indicação para promover a reparação tecidual, trazendo vantagens, como controle da dor pós-

operatória. Houve estimulação da cicatrização e analgesia seguida de menor edema e trismo. Conclui-se que este procedimento com laser terapia não-ablativo proporciona facilidade na cicatrização de tecidos moles e duros, sendo procedimento indicado para exodontia de terceiros molares retidos; é um estudo que deve ser estimulado e incentivado devido aos benefícios em procedimentos cirúrgicos.

Vasconcelos et al.(2005), publicaram este estudo com o objetivo de relatar o controle da dor após exodontias com a utilização de bupivacaína ou lidocaína. Um anestésico local causa anestesia se o nervo é sensitivo, ou paralisia, se é motor. A bupivacaína é anestésico de longa duração e ação e pode ter efeito analgésico pós-operatório. Esta pesquisa comparou o efeito analgésico pós-operatório da bupivacaína, comparado com o da lidocaína, cuja utilização é frequente em clínicas de odontologia. Através deste estudo piloto, analisou-se também a necessidade do uso de analgésico no pós-operatório nos procedimentos de exodontia simples. Este estudo foi analisado de forma quantitativa e comparativa, buscando associar eventos e a relação casual entre eles. A população estudada foi obtida de forma espontânea, sendo examinados 70 pacientes. Dentre os critérios estabelecidos para estudo estavam o de pacientes que tinham dois dentes localizados na maxila, excluindo o terceiro molar; ambos os sexos, com idades entre 18 e 10 anos, sem alterações sistêmicas. Os pacientes seriam operados por alunos do sétimo período da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Para análise foram computados 14 pacientes, que se enquadraram nos critérios pré-estabelecidos, nos quais foram realizadas 28 exodontias simples na maxila. Foi elaborada uma ficha clínica e uma ficha de avaliação da dor pós-operatória manifestada 3 horas após a cirurgia, após 6 horas, 12 horas e 24 horas, de acordo com uma escala analógica visual para cada tempo citado. Caso o paciente assinalasse entre 0 e 25mm, a dor era considerada

leve; entre 26 e 50mm, moderada; entre 51 e 75mm, intensa; e de 76 a 100mm, insuportável. Os resultados de intensidade mostraram que para os pacientes que relataram dor a maioria dos casos era leve ou moderada. Com 3 horas de avaliação, das 16 vezes em que foi registrado dor, onze foram leve, três moderadas e duas intensas. Com 6 horas de avaliação, dos 7 registros de dor, quatro foram leve, dois moderadas e uma intensa. Com 12 horas, duas classificadas como leve e três como moderada. Com 24 horas, quatro registradas como leve e uma como intensa. Ao uso de analgésicos menos da metade dos pacientes pesquisados utilizaram analgésico com 3 horas de avaliação. Com 6, 12 e 24 horas o número foi de no máximo dois pacientes. Assim, observa-se redução da dor pós-operatória para ambos anestésicos, sendo que, de acordo com os dados obtidos, a quantidade não influenciou na presença de dor.

Aguiar et al.(2005), avaliaram o grau de abertura bucal e dor pós-operatória em pacientes submetidos à remoção de terceiros molares inferiores retidos, em uma clínica de Cirurgia Buco-Dental de Adultos (CBDA), em um Centro Especializado em Odontologia. Quarenta pacientes, do Sistema Único de Saúde, portadores de terceiros molares retidos, foram avaliados a partir de uma amostra de conveniência. Os dados pessoais foram coletados e também as informações necessárias acerca do dente: procedimentos específicos – segundo a classificação de Pell e Gregory, e Winter; técnica operatória utilizada – 1,2,3 com ou sem osteotomia, e/ou odontosecção; duração da cirurgia; complicações transoperatórias e pós-operatórias; prescrição de fármacos e orientações pós-operatórias. O grau de abertura bucal dos pacientes foi mensurado, a partir de uma régua flexível, antes do ato operatório e após 7 dias da cirurgia. Para a avaliação da dor, no sétimo dia de pós-operatório, foi aplicado aos pacientes o questionário de dor McGill, e uma escala

de avaliação numérica: uma linha de 10cm, numerada de 0 a 10, na qual o intervalo de 0 a 3 representa dor leve; moderada, de 4 a 7; e severa, de 8 a 10. Os pesquisadores observaram que a DI (distância interincisal) no pré-operatório variou de 33 a 65mm, com média de 45,25mm, e o DI pós-operatório variou de 14 a 61, com média de 35mm. Já na avaliação do grau de dor, segundo Pell e Gregory, em relação ao ramo ascendente da mandíbula, 14 pacientes de classe 1 e dois pacientes de classe 2 a classificaram como moderada; 12 pacientes de classe 1 e três de classe 2 a classificaram como severa. Ainda segundo Pell e Gregory, agora em relação ao plano oclusal, 12 pacientes em posição A e três pacientes em posição B classificaram sua dor como leve; sete pacientes de posição A e dois pacientes de posição B classificaram-na como moderada; e 13 pacientes A e dois pacientes posição C a classificaram como severa. Quanta à técnica cirúrgica aplicada, dos 15 pacientes submetidos à técnica 2, seis relataram dor severa, dois relataram dor moderada e quatro pacientes informaram terem sentido dor leve. Dos 25 pacientes que se submeteram à remoção de terceiro molar inferior pela técnica 3, 11 afirmaram terem sentido dores de grau leve, sete de grau moderado e sete de grau severo. Não obtiveram relações diretas entre a posição segundo Winter e a dor pós-operatória. Os autores concluíram que na grande maioria houve algum grau de limitação da abertura bucal pós-operatória, sendo está uma sequela comum na cirurgia de terceiros molares. E, por fim, ratificaram a suspeita da subjetividade individual de dor, sem associação fisiológica real, por isso é de extrema importância que o profissional demonstre ao paciente segurança e tranquilidade no pré-operatório.

Este estudo realizado por Louzada et al.(2006), teve como objetivo verificar a prevalência de terceiros molares inclusos entre estudantes universitários de 18 a 35 anos da região do Vale do Paraíba, estado de São Paulo. Entre uma população total de 130 estudantes universitários, participaram da pesquisa 41, escolhidos aleatoriamente, com idades entre 18 e 35 anos. Para levantamento de dados, os escolhidos foram submetidos a uma anamnese e exame clínico dos arcos dentários, verificando a existência ou não de terceiros molares irrompidos. Nos casos de ausências comprovadas de terceiros molares, foram realizados exames radiográficos periapical, buscando analisar a presença dos dentes inclusos e seu posicionamento intraósseo. Considerou-se como dente incluso aquele que, entre os 17 (formação de 2/3 da raiz) e 18 anos (fechamento apical completo), permanece localizado parcial ou totalmente no interior do osso alveolar, com ou sem manutenção da integridade do saco pericoronário. De acordo com a análise de dados, dentre os 41 voluntários presentes no estudo, 28 apresentavam de um a quatro terceiros molares inclusos, total de 68,2% da amostra examinada. Do total de terceiros molares examinados, 74 (46%) encontravam-se inclusos, 44 (26%) irrompidos, 29 (18%) removidos cirurgicamente e 17 (10%) apresentavam agenesia congênita. Dos 74 dentes inclusos, 44 apresentavam posição vertical, seguida de 26 em posição mesio-angular, 4 em posição disto-angular e 6 apresentavam agenesia congênita. Conclui-se que 68% dos estudantes examinados apresentavam casos de inclusão um a quatro terceiros molares, com posição frequente vertical. Essa análise de estudo pode fornecer subsídio para estudos antropológicos e dados complementares para ortodontia e cirurgia buco-maxilo-facial bucal.

Rosa; Escobar e Brusco (2007), com base em revisão de literatura, publicaram estudo sobre a parestesia nervosa: etiologia, sintomatologia, prevenção, tratamento e prognóstico. Sabe-se que o nervo alveolar inferior e o nervo lingual são ramos sensitivos do nervo mandibular; quando lesados, podem provocar uma parestesia, caracterizada pela falta de sensibilidade da região afetada. Em estágios mais avançados, há um quadro de sensibilidade alterada ao frio, calor e dor, além de sensação de dormência, formigamento, fisgadas e coceira. Tais sinais e sintomas podem ser causados por fatores: i) mecânicos como traumas, compressão e/ ou estiramento do nervo com ruptura; ii) patológicos, como pela presença de tumor comprimindo o nervo; iii) físicos, pelo excesso de calor por uma osteotomia ou de frio, por uma crioterapia; iv) químicos, pela aplicação medicamentosa; v) microbiológicos, por infecção decorrente de necrose pulpar e lesão periapical. A parestesia do nervo alveolar inferior e lingual, pela cirurgia de terceiros molares inferiores, é a principal preocupação dos cirurgiões-dentistas; contudo é evitável, com a adequada técnica cirúrgica, executada por um profissional com habilidade manual, dotado de bom conhecimento sobre a anatomia local e a cirurgia a ser realizada. É necessário identificar a etiologia da parestesia para se estabelecer um tratamento, o qual poderá envolver prescrição de antibióticos frente a uma infecção; uso de corticoides e descompressão cirúrgica, quando o nervo está sendo comprimido por um edema pós-cirúrgico; microcirurgias, em casos de secção do nervo. Em geral não há um tratamento efetivo para a parestesia; os sintomas tendem a regredir dentro de dois meses. O uso de histamina ou medicamentos vasodilatadores contribui efetivamente para uma melhora mais rápida. Os autores concluíram que a prevenção da parestesia é a melhor opção, já que não há um protocolo terapêutico realmente eficaz para os casos de parestesia nervosa.

Cerqueira et al.(2007), analisaram terceiros molares inclusos, por meio de radiografias panorâmicas, classificando os elementos dentários quanto a sua posição segundo Winter. Para o estudo, foi empregado um método retrospectivo: 200 radiografias panorâmicas de terceiros molares inclusos foram analisadas, em relação à classificação de Winter (horizontal, vertical, mesioangular, distoangular, invertido, linguoversão, vestibuloversão), em pacientes com a faixa etária entre 18 e 30 anos de idade, de ambos os gêneros. Os autores concluíram que a incidência de dentes inclusos é maior no gênero feminino do que no gênero masculino; que a posição vertical é a mais frequente, seguida pela mesioangular; e que o elemento mais acometido foi o 28, seguido pelo 18, ambos com maior prevalência em indivíduos do gênero feminino.

O estudo publicado por Xavier et al.(2010), teve o intuito de avaliar a prevalência das posições de terceiros molares inclusos em relação às classificações de Winter e Pell & Gregory. A classificação dos terceiros molares de acordo com sua posição pode auxiliar o planejamento cirúrgico, facilitando o entendimento na complexidade dos casos. A classificação dos molares não irrompidos pode prever a possibilidade ou não de irrompimento. Este estudo foi realizado com 2629 prontuários de pacientes recebidos na clínica de cirurgia da FOB-USP, em um período de 5 anos. A observação foi realizada através de análises radiográficas, feita por um profissional que classificou a posição dos terceiros molares de acordo com os critérios propostos por Pell & Gregory e Winter. Dos prontuários analisados, 1399 eram de pacientes do gênero feminino, 891 do gênero masculino e 339 foram desconsiderados, por não fornecer informações suficientes. Constatou-se a presença de terceiros molares em 2290 casos, resultando um total de 7722 dentes para estudo. Na classificação de Pell & Gregory, a posição mais comum para os terceiros molares superiores foi A,

seguida de B e C, e para os inferiores foi a posição IIA, seguida de IIB e IIC. Em relação à classificação de Winter, os terceiros molares superiores apresentaram maior posição vertical, seguida de distal e mesial, e os inferiores posição vertical, seguida de mesial. Foram observados, 04 dentes superiores e 23 inferiores invertidos, 07 superiores e 16 inferiores transalveolar. Existem casos de dentes irrompidos que indicam posição angular desfavorável, como horizontal, invertido ou transalveolar, e que mesmo com o passar dos anos não apresentam condições favoráveis para irrompimento. Dessa forma, com os dados observados em relação aos terceiros molares, podemos concluir que a maior frequência de extrações ocorre no sexo feminino; a posição mais comum dos terceiros molares superiores é a vertical e a dos inferiores é a IIA e vertical. Este estudo é necessário para melhor compreensão e planejamento do procedimento cirúrgico que será realizado.

Esta publicação, feita por Zanatta, et al.(2011), verificaram, por meio de um questionário fechado, as condutas adotadas por cirurgiões-dentistas em relação ao uso de antimicrobianos tópicos e sistêmicos em procedimentos cirúrgicos. A utilização de antimicrobianos visa reduzir a incidência de infecções pós-operatórias, sendo uma questão discutida com frequência, para uso de medicamentos consciente, baseado em evidências clínicas. A metodologia estudada foi feita por análise interpretativista de respostas a um questionário fechado, respondido por cirurgiões-dentistas atuantes no Rio Grande do Sul. Foram procurados 48 cirurgiões-dentistas locais, sendo que 33 colaboraram com a pesquisa. Foi aplicado a cada participante um questionário fechado com perguntas de múltipla escolha, referentes à utilização de profilaxia pré e pós-operatória em exodontias; situações clínicas e posologia da medicação foram analisadas. Foram coletados também dados demográficos e de formação profissional. Com a

participação de 33 cirurgiões, em idade média de 40,1 anos (erro percentual de treze anos para mais e menos) foi observado que 89% destes utilizam profilaxia pré-operatória e 100% utilizam profilaxia pós-operatória, em procedimentos cirúrgicos. Visto que o tempo de formação não interfere na atitude de uso da profilaxia, esta é de grande frequência entre os cirurgiões avaliados. De acordo com o apresentado, a situação sistêmica do paciente apresenta grande peso na indicação de antibiótico pré-operatório. A presença de um processo infeccioso agudo preestabelecido faz com que 48% dos cirurgiões utilizem a quimioprofilaxia, nesse caso, sendo aconselhável a realização de tratamento no processo, para a exodontia. Ainda, 34,5% dos cirurgiões entrevistados utilizam a quimioprofilaxia em situações em que se prevê que no procedimento cirúrgico será necessário retalho, odontosseção ou osteotomia. Para que exista maior efetividade na prevenção das infecções, os antibióticos devem ser administrados uma hora antes do procedimento, se via oral, ou 30 minutos antes, se for parental, garantindo maior absorção e distribuição farmacológica. Dentre os entrevistados, 48% relataram o uso da quimioprofilaxia pré-operatória em dose única, quatro vezes a dose terapêutica, postura correta de acordo com o padrão estipulado. Porém, 27% relatam usar duas vezes e 14% uma vez a dose terapêutica, o que foge do recomendado, pois a concentração de antibiótico nos tecidos é baixa para reduzir riscos de infecções. Considerando a utilização de antissépticos, 69% dos cirurgiões faz uso de clorexidina no pré-operatório, contra 31% que não fazem uso. No pós-operatório, 54,5% fazem uso, contra 45,5% que não fazem. A antisepsia é prática que pode reduzir o número de micro-organismos presentes na cavidade bucal, além de diminuir a contaminação através do aerossol no campo operatório, sendo uma prevenção segura e simples, que auxilia a prevenir infecções operatórias. Podemos concluir que se faz

necessário aos cirurgiões-dentistas a utilização de práticas sustentadas por evidências científicas, permeando a prática profissional para que o uso de antimicrobianos seja limitado, na real necessidade do paciente, buscando protegê-lo através de uma prescrição correta e viável, condizente com a necessidade.

Cankaya et al.(2011), relataram dois casos de fraturas mandibulares por iatrogenia, objetivando discutir os riscos e fatores predisponentes à fratura em si e, uma vez diante do acidente, avaliaram a necessidade de tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos. Dois casos de fratura mandibular após uma cirurgia de extração de terceiros molares foram abordados no presente estudo. O primeiro, de paciente de 35 anos, admitida no departamento de cirurgia oral da Universidade de Istambul, com queixa de dor leve no ângulo mandibular direito; uma radiografia panorâmica foi feita e constatou-se a presença de tecido localizado mesialmente ao terceiro molar inferior direito profundamente impactado, circundado por uma radiolucência moderada em torno da coroa e ápice radicular. A extração dentária foi indicada e planejada, mas, durante os movimentos de luxação na cirurgia de extração, ouviu-se um ruído de rachadura. Uma nova radiografia panorâmica feita mostrou fratura mandibular: uma linha desfavorável, que ia da base da margem alveolar até a borda inferior da mandíbula. Não houve mobilidade de fragmentos ósseos, o protocolo terapêutico foi a fixação semirrígida com braquetes ortodônticos e bandas elásticas nos molares e pré-molares por 4 semanas, além da prescrição de antibióticos orais por 5 dias, analgésicos, anti-inflamatórios não estereoidais, e enxaguatórios bucais antimicrobianos. A união óssea foi observada após um mês. Já no segundo caso, o paciente de 33 anos foi encaminhado para a mesma instituição do primeiro caso, após uma tentativa frustrada de extração do terceiro molar esquerdo parcialmente irrompido uma semana antes, o que rendeu uma fratura mandibular esquerda

desfavorável, que se estendia das raízes dentárias até o ângulo mandibular, visualizada na radiografia panorâmica. Os profissionais decidiram deixar que a união óssea se restabelecesse espontaneamente, o que ocorreu após um mês. A mandíbula tem menos suporte ósseo, e por isso sofre frequentes fraturas iatrogênicas, que ocorrem durante a cirurgia ou dentro de quatro semanas. No primeiro caso, os pesquisadores acreditam que a posição do terceiro molar ocupou um grande espaço ósseo, enfraquecendo o ângulo mandibular, diminuindo a área transversal do osso, perdendo-se assim o osso de suporte. Já no segundo caso, a fratura foi provavelmente causada pela aplicação de força excessiva sobre a mandíbula. A literatura explicita que a profundidade de impactação está ligada ao risco de fraturas, porém a fratura iatrogênica é uma complicação grave, multifatorial – entre os fatores estão, por exemplo, a idade dos ossos, a eletricidade deles, a presença de anquilose. Concluíram que um adequado planejamento e a admissão de um cirurgião devidamente competente, conhecedor das técnicas cirúrgicas, com bons conhecimentos de anatomia e com habilidades manuais preveniriam tais complicações.

Araújo et al.(2011), publicaram estudo com o objetivo de analisar a ocorrência de complicações e acidentes na cirurgia de terceiros molares executadas por profissionais com até três anos de experiência em Clínica Geral e relacionar as ocorrências com a técnica, o tempo cirúrgico e a presença de trismo como complicação pós-operatória. A hipótese testada neste estudo é de que haverá maior incidência de acidente e complicações para exodontias usando técnicas cirúrgicas de maior complexidade. Sabe-se que a decisão de extrair ou não os terceiros molares deve ser tomada de forma cuidadosa, pois tal procedimento está diretamente relacionado a uma série de acidentes e complicações. Os acidentes,

como o trismo e a parestesia, podem acontecer do começo ao fim da cirurgia. Foram examinados 142 pacientes, entretanto com apenas 91 deles concluiu-se o estudo. Com o objetivo de tornar mais didática a técnica cirúrgica usada e a escala de dificuldade, foi usada uma classificação a qual se define assim: I) terceiro molar superior com o uso de fórceps e extrator; II) terceiro molar superior com ostectomia; III) terceiro molar superior com ostectomia e odontosseção; IV) terceiro molar inferior com o uso de fórceps e extrator; V) terceiro molar inferior com ostectomia; VI) terceiro molar inferior com ostectomia e odontosseção. Após a cirurgia o paciente foi examinado à procura de possíveis complicações no transoperatório e no pós-cirúrgico. O tempo das cirurgias variou entre 10 a 190 minutos. A técnica mais utilizada neste estudo para terceiros molares superiores foi a técnica I, com 87,5%; e para os terceiros molares inferiores foi a técnica VI, com 39,1%. A hipótese testada neste estudo foi comprovada, pois o maior número de acidentes e complicações ocorreu em molares inferiores, utilizando a técnica VI. Concluiu-se que o acidente transoperatório com maior incidência foi a fratura radicular em exodontias de terceiros molares inferiores erupcionados, utilizando a técnica IV. A complicação operatória com maior acometimento foi o trismo, nos casos de terceiros molares inferiores inclusos, utilizando a técnica VI, e este não está relacionado a um maior tempo cirúrgico neste estudo. Os autores concluíram que a elaboração de um plano de tratamento adequado pode reduzir tanto o trauma do procedimento como o tempo cirúrgico, que são os maiores fatores na incidência de acidentes e complicações.

Oliveira, et al.(2013), publicaram este caso com o objetivo de relatar um estudo clínico de fratura de mandíbula que ocorreu e foi diagnosticado durante exodontia do terceiro molar inferior incluso e tratado com sucesso por método conservador. A

mandíbula apresenta-se como um dos ossos faciais mais acometidos por fraturas, por ser o único osso móvel da boca e pela sua posição anatômica em relação ao esqueleto facial. A fratura de mandíbula é uma complicação rara que ocorre durante a cirurgia ou quando as forças incidentes superam a resistência do osso, sendo sua causa multifatorial. Com a presença do terceiro molar incluso, considera-se que a mandíbula perde parte da sua estrutura, abrigando tecidos que não contribuem para sua resistência. Assim a remoção cirúrgica destes é comum, mediante planejamento cirúrgico e exames radiográficos, prevenindo complicações. O estudo de caso apresentado é de um paciente de sexo feminino, com 25 anos de idade, que compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, queixando-se de dor na região pré-auricular direita e do terceiro molar inferior direito. Após a realização de um exame radiográfico, foi indicada a exodontia do terceiro molar inferior que estava incluso verticalmente e na posição 18, segundo Pell & Gregory. Neste procedimento realizou-se incisão do tipo Maurel, ostectomia periférica com broca cirúrgica 702 e movimentos de alavanca com elevador reto. No momento de extração do dente, detectou-se a fratura de mandíbula; foi instituída a osteossíntese com fio de aço na cortical vestibular, em sua zona de tensão, além do bloqueio maxilo-mandibular com amarras tipo Gilmer-Sauer. Em casos similares de correção cirúrgica, é necessário reduzir de maneira adequada a fratura, por meio do bloqueio maxilomandibular, buscando a oclusão funcional. É fundamental que a imobilização contrarie a direção das tendências de deslocamento, propiciando contato adequado e estável nas bordas da ferida óssea. Com as devidas orientações quanto à medicação e medidas de alimentação pós-operatória, a paciente após uma semana, apresentou oclusão estável com a remoção do bloqueio maxilo-mandibular. De acordo com as informações apresentadas, conclui-se que este tratamento de

bloqueio maxilomandibular mostrou-se adequado, reestabelecendo o padrão ocluso-facial, com o mínimo de sequelas.

Seguro e Oliveira (2014), pesquisaram o que a literatura específica traz sobre as principais complicações pós-operatórias em cirurgias de terceiros molares inclusos, e a conduta a ser empregada diante das possíveis complicações. Destacam que entre elas encontram-se: i) trismo, que é a limitação da abertura bucal, com dor muscular causada por aplicações excessivas de anestésicos em cirurgias muito extensas, além de hematomas e infecções pós-operatórias; seu tratamento consiste em fisioterapia, com aplicação de compressas quentes e úmidas sobre o local e administração de relaxantes musculares; ii) comunicação bucosinusal, cujo risco deve ser avaliado pela correta análise radiográfica; seu tratamento pode ser apenas medicamentoso em comunicações menores, de até 2mm; em comunicações maiores, de 2 a 6mm, o cirurgião deve suturar em oito para garantir a formação do coágulo; já em comunicações maiores que 6mm é necessária a utilização de um retalho para cobrir o local, podendo ser ele um retalho vestibular ou palatino; iii) infecção local, que acontece quando há quebra da cadeia asséptica ou cuidados inadequados; nesses casos é necessária uma profilaxia antibiótica bastante efetiva, para prevenir complicações ou infecções sistêmicas; iv) alveolite e dor pós-operatória, embora a dor no pós-operatório seja muito comum e tratada simplesmente com analgésicos, há também o risco da alveolite, que causa uma dor intensa e muito desagradável, motivada pela infecção do alvéolo pela falta de formação de coágulo; o recurso terapêutico é promover a limpeza cirúrgica da cavidade antecedendo a introdução de medicamento no seu interior; v) edema, complicação pós-operatória muito comum em cirurgias do terceiro molar, relacionado ao processo inflamatório, assim como a dor; para diminuir o edema o paciente deve

aplicar bolsa de gelo sobre a face, em intervalos de tempo regulares; vi) parestesia, trata-se de lesão nervosa, que provoca a perda da sensibilidade do nervo acometido e pode ser transitória ou permanente; em alguns casos, com o tempo a sensibilidade volta naturalmente, já em casos mais graves há necessidade de intervenção microcirúrgica; vii) fratura da tuberosidade da maxila, complicação rara causada pelo mau planejamento e técnica cirúrgica inadequada; quando ocorre, o paciente deve ser examinado para que se encontre uma possível comunicação bucosinusal, em seguida, é preciso suturar a região; viii) fratura da mandíbula, geralmente provocada pelo uso de força excessiva na extração ou pela aplicação incorreta de instrumentos, sendo a mais comum o uso inadequado da alavanca. Seguro e Oliveira concluíram que o sucesso de uma cirurgia de terceiro molar depende de adequado planejamento, correto uso da biossegurança e conhecimentos suficientes do operador para a consumação cirúrgica.

Normando (2015), publicou estudo em que verificou o estado da arte das indicações e contraindicações de cirurgias de extração de terceiros molares. Fundamentando-se em literatura bibliográfica, o pesquisador asseverou que patologias como cáries, pericoronites, problemas periodontais na face distal dos segundos molares, cistos odontogênicos, entre outros, são os motivos pelos quais muitos cirurgiões-dentistas optam pela extração de tais elementos, principalmente na prevenção de problemas potenciais ou pelo posicionamento desfavorável à erupção, tornando-a improvável. Em contrapartida, a confiabilidade de se prevenir problemas na erupção de um terceiro molar é baixa; assim, revisões sistemáticas contraindicam a remoção profilática de terceiros molares. Tais dentes proporcionam benefícios, como assumir a posição de segundos ou primeiros molares caso tenham sido extraídos, e ser material rico para obtenção de células-tronco. A literatura mostra que indicações

para tais extrações devem ser acompanhadas de justificativas quanto à possibilidade de um tratamento futuro com abordagem ortodôntica, cirúrgica e /ou protética. Normando concluiu que é mais pertinente manter o terceiro molar e acompanhar sua erupção, e que a exodontia profilática não é um procedimento bem indicado.

Pedrosa et al.(2016), em pesquisa bibliográfica exploratória, estudaram sobre a eficácia da profilaxia antibiótica na prevenção ou redução de complicações infecciosas e inflamatórias pós-operatórias. Na literatura há controvérsias quanto ao emprego de antibiótico profilaxia; alguns estudos afirmam sua eficácia na redução de complicações infecciosas, entretanto, outros estudos mostram que seu uso não traz benefícios significativos, considerando parâmetros como trismo, edema facial e temperatura corporal. Diante destes estudos, os pesquisadores concluíram que o uso de antibiótico profilaxia deve ser desencorajado, pois seus resultados não são contundentes.

Pedrosa et al.(2016), buscaram na literatura específica evidências científicas que justifiquem ou não a administração profilática da amoxicilina em extrações de molares retidos em pacientes saudáveis. Os pesquisadores encontraram diversos estudos que afirmam não haver diferença significativa entre o grupo controle e o grupo experimental no que diz respeito às complicações pós-operatórias com o uso de amoxicilina profilática. Para alguns pesquisadores, a amoxicilina administrada profilaticamente tem sua eficácia comprovada na prevenção de complicações infecciosas pós-cirúrgicas, enquanto outros afirmam não existir evidências que comprovem tal eficácia. Portanto, há uma evidente controvérsia na literatura sobre o presente assunto, pela limitação de estudos científicos. Pedrosa et al. concluíram

que é possível afirmar que o emprego profilático da amoxicilina em extrações de terceiros molares retidos deve ser realizado com cautela e mediante critérios de real necessidade bem estabelecidos.

Este estudo, publicado por Dias-Ribeiro et al.(2017), foi realizado em uma clínica de radiologia em João Pessoa-PB, Brasil, com objetivo de analisar a prevalência de terceiros molares retidos em radiografias ortopantomográficas. Foram disponibilizadas 498 radiografias ortopantomográficas de pacientes atendidos na clínica, sendo que 249 foram excluídas, pois não apresentavam os critérios necessários. A amostra analisada foi realizada com 249 radiografias de pacientes em faixa etária de 20 a 40 anos de idade, que apresentavam pelo menos um terceiro molar retido. Na coleta de dados foi utilizada uma ficha com registro de idade, sexo do paciente e classificação das posições de acordo com os critérios estabelecidos por Winter e por Pell e Gregory. De acordo com o apresentado, avaliou-se um total de 996 regiões correspondentes aos quatro quadrantes dos terceiros molares, de ambos os arcos e lados. Destas, foi possível averiguar que 577 representavam molares retidos, sendo 218 na maxila, 359 na mandíbula e 419 dentes estavam ausentes devido a cirurgias prévias ou por agenesia. Os terceiros molares superiores retidos observados em ambos os lados e posições, classificados em relação à angulação de acordo com Winter, apresentaram posição vertical frequente, seguida da méso-angular. Do total de molares retidos na mandíbula, 179 eram inferiores esquerdos, 77 com posição prevalente méso-angular, seguida de 41 casos em posição vertical. Dos 180 molares inferiores direitos, 74 apresentaram posição méso-angular, seguida de 42 casos em posição horizontal. Analisando a posição dos molares inferiores retidos de acordo com a classificação de Pell e Gregory, nos esquerdos a posição A, classe All, foi a mais frequente, com 95 casos,

seguida da posição B, classe BII. Quanto ao estudo dos molares inferiores direitos, a posição A, classe All foi prevalente com 98 casos, seguida da posição B, classe BII. Conclui-se que a mandíbula apresenta maior retenção de terceiros molares, com posição frequente mésio-angular, de acordo com Winter e posição All de acordo com Pell e Gregory. Quanto à maxila, a posição frequente foi a vertical, com base na classificação de Winter. Com as descrições classificativas de Winter e de Pell e Gregory, é possível diagnosticar o terceiro molar quanto à sua angulação e posição, procedimento necessário que visa facilitar a comunicação entre cirurgiões, desenvolvendo assim, um transoperatório e um prognóstico favorável ao paciente.

Este estudo, elaborado por Dias-Ribeiro et al.(2017), buscou avaliar as posições de terceiros molares retidos em ortopantomografias por meio de uma revisão de literatura. A incidência de dentes retidos é decorrente de fatores mecânicos, sendo altíssima a prevalência com terceiros molares. O cirurgião-dentista verificando a necessidade de exérese cirúrgica deve elaborar um planejamento de acordo com uma classificação pré-estabelecida, que facilita a comunicação entre os profissionais e previne possíveis acidentes trans e pós-operatórios. Foram analisados artigos científicos que abordavam a posição dos terceiros molares retidos em radiografias, obtidos das bases de dados PUBMED, Portal de Periódico CAPES, SCIELO, BBO, BIREME E LILACS, sem restrição de tempo. De acordo com a análise de estudo dos autores obtidos, verificou-se maior prevalência de terceiros molares retidos em faixas etárias de 15-20 anos de idade e posteriormente de 21-25 anos. As posições que mais apareceram foram mesial, seguida da distal, segundo a classificação de Pell & Gregroy All, seguida da BII, para molares inferiores, mais comum em pacientes do sexo feminino. Nos terceiros molares superiores prevaleceu a angulação vertical e classe A. Conclui-se que os procedimentos de investigação do

caso clínico, a avaliação e classificação dos terceiros molares é algo fundamental para amparar o procedimento cirúrgico, cabendo ao cirurgião-dentista ter conhecimento dessa classificação e suas aplicabilidades na prática odontológica.

Matos; Vieira e Barros (2017), por meio de revisão de literatura, pesquisaram sobre as indicações e contra-indicações das exodontias de terceiros molares inclusos, e também sobre as classificações dos terceiros molares inclusos e técnicas radiográficas para melhor obtenção do plano de tratamento. Os pesquisadores observaram que atualmente existe uma grande contradição entre os autores quanto à indicação ou contra-indicação da extração dos molares inclusos. Os que defendem a indicação da extração alegam que tal ação é preventiva de doenças como cáries, periodontites, pericoronarites, tumores odontogênicos, entre outros. Já os que preferem manter o dente incluso entendem que assim podem evitar complicações pós-operatórias, como parestesia, hemorragia, trismo, por exemplo.

#### 4 DISCUSSÃO

Os terceiros molares são os dentes que mais constantemente encontram-se retidos, susceptíveis a causar transtornos de diferentes origens, sendo frequentemente extraído profilaticamente. Gomes et al.(2004), concluíram em sua tese que a exérese profilática dos terceiros molares é uma conduta viável principalmente em pacientes jovens, visando a prevenção de problemas potenciais e o baixo risco de complicações em condições cirúrgicas. Em contrapartida Normando (2015), afirma que mesmo os terceiros molares tendo problemas potenciais e frequentemente tendo um posicionamento desfavorável, é pertinente mantê-lo, pelos seus benefícios tais como assumir a posição de segundos ou primeiros molares se necessário, e ser ainda um material rico para obtenção de células-tronco, deve-se acompanhar sua erupção, a exodontia profilática não é um procedimento bem indicado. Matos et al.(2017), também deu sua contribuição científica para o presente estudo, concluíram que atualmente existe uma grande contraindicação para tais extrações, como para a sua indicação, tudo isso porque os que defendem a extração dos mesmos, alegam prevenir doenças como cárie, periodontites, tumores odontogênicos entre outros. Já os que preferem conservar o dente, entendem que assim podem evitar complicações pós-operatórias, como parestesia, hemorragias, trismo entre outras.

Como dito anteriormente, a uma grande incidência de inclusão em terceiros molares, Cerqueira et al.(2007), analisaram a prevalência das posições através de radiografias panorâmicas, classificando os elementos dentários quanto a sua posição de Winter , ao fim de seu trabalho os pesquisadores ratificaram uma maior incidência de dentes inclusos no gênero feminino quando comparado ao gênero

masculino; que a posição vertical é a mais frequente, seguida pela méso-angular, e que o elemento mais acometido é o 28, seguido pelo 18, ambos com maior prevalência em indivíduos do gênero feminino. Dias- Ribeiro et al.(2017), também colaborou com sua pesquisa de campo e revisão literária, ambas com a mesma finalidade. Em sua pesquisa de campo afirmou que a mandíbula apresenta maior retenção de terceiros molares, com a posição mais frequente méso-angular, de acordo com Winter e Pell e Gregory a posição All. Quanto à maxila, a posição mais frequente foi a vertical, com base na classificação de Winter. Já em sua pesquisa baseada em revisão literária, obteve os seguintes resultados; maior predominância de terceiros molares retidos em faixas etárias de 15-20 anos de idade e posteriormente 21-25 anos. As posições que mais apareceram foram mesial, seguida da distal, segundo a classificação de Pell e Gregory All, seguida da BII, para molares inferiores, mais comum em paciente do sexo feminino. Em contrapeso Xavier et al.(2010), alegou que o grupo mais acometido é o sexo feminino, a posição mais comum dos terceiros molares superiores é a vertical e a dos inferiores é IIA e vertical. E por fim, Lousada et al.(2006), complementou com um estudo publicado onde verificou a incidência de terceiro molar incluso e sua posição, entre estudantes universitários de 18-35 anos da região do Vale do Paraíba, chegando ao resultado de que; do total de terceiros molares examinados, 46% encontravam-se inclusos, 26% irrompidos, 18% removidos cirurgicamente e 10% apresentavam agenesia congênita. Dos 74 dentes inclusos, 44 apresentavam posição vertical, seguida de 26 em posição méso-angular. Estes estudos são necessários para melhor compreensão e planejamento do procedimento cirúrgico.

A existência de sinais radiográficos de íntima relação entre os ápices dos terceiros molares inferiores retidos e o canal mandibular vem como fator de risco para o aparecimento de lesões nervosas. Pensando nisso, Gomes et al.(2004), realizou um estudo onde avaliou o tipo e frequência dos sinais radiográficos de íntima relação do terceiro molar inferior com o canal mandibular conforme a classificação de Félez-Gutiérrez. Os sinais radiográficos são; obscurecimento dos ápices, reflexão dos ápices, estreitamento dos ápices, ápices bífidos sobre o canal mandibular, desvio do canal mandibular, estreitamento do canal mandibular, e ápice em ilha. E chegou a conclusão de que o sinal radiográfico mais presente neste estudo de acordo com a classificação de Félez-Gutiérrez, foi o obscurecimento dos ápices, seguido do ápice em ilha. O procedimento radiográfico se mostra de grande importância, identificando a presença de íntima relação entre as raízes de terceiros molares inferiores com o nervo dentário inferior ou não, possibilitando assim um melhor planejamento.

Um bom planejamento antes de qualquer procedimento é essencial para obtenção de bons resultados, a profilaxia antibiótica em extração de terceiro molar retido deve fazer parte deste planejamento, levando em conta sua indicação para cada caso. Pedrosa et al.(2016), em seus dois estudos publicados, distintos entre si, sendo um deles a favor do desencorajamento frente ao uso de profilaxia antibiótica em extração de terceiro molar retido, em pacientes saudáveis, afirmando que seus resultados não são contundentes. Na literatura a inúmeras controvérsias sobre a indicação profilática de antibiótico e sua eficácia na redução de complicações infecciosas, porém a amoxicilina administrada profilaticamente tem sua eficácia comprovada na prevenção de tais complicações infecciosas pós-cirúrgicas. Frente a isso em seu outro estudo, declara que o emprego profilático de antibiótico, especificando a amoxicilina, em extrações de terceiros molares retidos, reitera a

inevitabilidade de ser realizada com cautela, mediante a critérios de real necessidade bem estabelecidos. Já Zanatta et al.(2011), avaliou por meio de um questionário fechado, as condutas adotadas por cirurgiões-dentistas em relação ao uso de antimicrobianos tópicos e sistêmicos em procedimentos cirúrgicos, no pré-operatório, visando também a redução de incidência de infecções pós-operatórias. Relatou que 48% dos cirurgiões-dentistas utilizam quimioprofilaxia pré-operatória em dose única, na tentativa de redução de riscos de infecção. Concluindo que se faz necessário a utilização de práticas sustentadas por evidências científicas, permeando o uso de antimicrobianos, o tornando limitado, na real necessidade de cada paciente, visando seu bem estar.

Acidentes e complicações pós-operatórias são uma realidade nas exodontias de terceiros molares inclusos, quanto maior a complexidade da técnica cirúrgica utilizada, maior são as chances dessas adversidades acontecerem. Araújo et al.(2011), em seu estudo, analisaram a ocorrência desses acidentes e complicações em exodontias de terceiro molar executadas por profissionais com até três anos de experiência em clínica geral e relacionar tais ocorrências com as técnicas empregadas. Sua hipótese testada em seu estudo, é de que haveria maior incidência de acidentes e complicações em cirurgias de maior complexidade. Ao fim, sua tese foi confirmada, o acidente transoperatório de maior ocorrência foi a fratura radicular em exodontias de terceiros molares inferiores erupcionados, utilizando a técnica com ostectomia e odontosecção. E a complicação pós-operatória de maior acometimento foi o trismo, nos casos de molares inferiores inclusos. Rosa et al.(2007), Cankaya et al.(2011), e Oliveira et al.(2013), se aprofundaram em um só acidente transoperatório, no caso de ambos foi escolhida a fratura mandibular. A mandíbula apresenta-se como um dos ossos faciais mais acometidos por fraturas,

por ser o único osso móvel da boca e pela sua posição anatômica em relação ao esqueleto facial, assim a fratura de mandíbula é uma complicação rara que ocorre durante a cirurgia ou quando as forças incidentes superam a resistência do osso, sendo sua causa multifatorial. Com a presença do terceiro molar incluso, considera-se que a mandíbula perde parte da sua estrutura, abrigando tecidos que não contribuem para a sua resistência. Em seu estudo Cankaya et al.(2011), apresenta dois casos clínicos de pessoas que sofreram uma fratura mandibular em exodontias de terceiro molar incluso, o primeiro paciente, 35 anos, foi submetido a uma cirurgia de exodontia e em sua decorrência ouviu-se um ruído, ao radiografar o local, mostrou fratura mandibular, uma linha desfavorável, que ia da base da margem alveolar até a borda inferior da mandíbula. Como não houve mobilidade óssea, o protocolo terapêutico foi a fixação semirrígida com braquetes ortodônticos e bandas elásticas nos molares e pré-molares por 4 semanas, além da prescrição de antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos. No segundo caso, paciente de 33 anos, foi encaminhado já com a fratura mandibular que se estendia das raízes dentárias até o ângulo mandibular, causada após uma frustrada tentativa de exodontia do terceiro molar esquerdo parcialmente incluso. Neste caso os profissionais optaram por deixar a união óssea se reestabelecesse espontaneamente, o que ocorreu após um mês. Concluíram, que um adequado planejamento, e a admissão de um cirurgião-dentista competente, conhecedor das técnicas cirurgias, com bons conhecimentos anatômicos e com habilidades manuais preveniriam tais complicações. Em complementação Oliveira et al.(2013), também apresentou em seu estudo um caso clínico, para melhor ilustração do tema. Após indicação de exodontia do terceiro molar inferior que estava incluso verticalmente e na posição 18, segundo Pell & Gregory, iniciou-se a cirurgia de exodontia com ostectomia

periférica e movimentos de alavanca com elevador reto. No momento de extração do dente, detectou-se a fratura de mandíbula; foi então instituída a osteossíntese com fio de aço na cortical vestibular, em sua zona de tensão, além do bloqueio maxilomandibular, buscando a oclusão funcional. Afirmaram que é de fundamental importância a imobilização contrária a direção das tendências de deslocamento, propiciando contato adequado e estável nas bordas da ferida óssea. Concluindo-se então que este tratamento de bloqueio maxilomandibular mostrou-se adequado, reestabelecendo o padrão ocluso-facial, com mínimo de sequelas. Seguro et al.(2014), deram também sua contribuição para o assunto, em sua pesquisa, citaram as principais complicações pós-operatórias em cirurgias de terceiro molar incluso e a ideal conduta do profissional frente a elas. E são elas; o trismo, comunicação bucosinusal, infecção local, alveolite, edema, parestesia, fratura da tuberosidade da maxila e fratura mandibular. Concluíram que o sucesso de uma cirurgia de terceiro molar depende de adequado planejamento, correto uso da biossegurança e conhecimentos suficientes do operador para consumação cirúrgica. Em contrapartida Rosa et al.(2007), aprofundou-se em uma só complicação pós-operatória, a parestesia do nervo alveolar inferior e lingual em cirurgias de terceiro molar inferior. Caracterizada pela falta de sensibilidade na região afetada, a parestesia em estágios mais avançados, apresenta um quadro de sensibilidade alterada ao frio, calor e a dor, além de sensação de dormência, formigamento, fisgadas e coceira. Esses sinais e sintomas podem ser causadas por vários fatores, como mecânico, químico entre outros. É necessário identificar a etiologia da parestesia para estabelecer um plano de tratamento que pode ser desde uma prescrição antibiótica a uma microcirurgia. Concluíram que a prevenção da parestesia é a melhor opção, já que não há um protocolo terapêutico realmente

eficaz para os casos de parestesia nervosa. E por fim, Aguiar et al.(2005), e Vasconcelos et al.(2005), deram sua contribuição para as possíveis complicações pós-operatórias. Aguiar et al.(2005), em seu estudo publicado avaliou o grau de abertura bucal e dor pós-operatória em pacientes submetidos à remoção de terceiros molares inferiores retidos através dados coletados de 40 pacientes do SUS, portadores de terceiro molar retidos. Chegando a uma conclusão de que na grande maioria houve algum grau de limitação da abertura bucal pós-operatória, sendo esta uma sequela comum na cirurgia de terceiros molares. Ratificaram também a suspeita da subjetividade individual de dor, sem associação fisiológica real, por isso é de extrema importância que o profissional demonstre ao paciente segurança e tranquilidade no pré-operatório. Já Vasconcelos et al.(2005), objetivou relatar o controle da dor após exodontias com a utilização de bupivacaína e lidocaína, comparando as duas entre métodos que foram empregados e observaram que a redução da dor foi igual para ambos os anestésicos, sendo que de acordo com os dados obtidos, a quantidade não influenciou na presença da dor. Para cada complicação pós-operatória existe um protocolo terapêutico, sendo ele determinante para a cura ou paliativo, ou até mesmo um simples acompanhamento para que o próprio organismo faça seu papel.

Muluf et al.(2005), cientificou o uso do laser não ablativo, observando as vantagens e protocolos, discutindo a eficácia dessa tecnologia. O laser é uma forma de radiação não-ionizante, que em contato com diferentes tecidos resulta em efeitos térmicos, fotoquímicos e não lineares. Proporciona ao organismo melhor resposta inflamatória, com a redução de edema, minimização da sintomatologia dolorosa e bioestimulação celular. Em seu estudo apresentou um caso clínico; paciente do gênero masculino, 18 anos de idade, sem complicações sistêmicas, com histórico de

exodontia do siso 38 com edema facial, trismo e dor pós-operatória persistente por 5 dias. Este procurou o setor de laser terapia para a exodontia do dente 48, foi realizada uma aplicação de laser terapia, somada a um analgésico via oral. O laser não-ablativo no presente caso teve indicação para promover a reparação tecidual, trazendo vantagens, como controle da dor pós-operatória. Além de promover estimulação da cicatrização e analgesia seguida de menor edema e trismo. Sancionam então que tal procedimento proporciona facilidade na cicatrização de tecidos moles e duros, sendo procedimento indicado para exodontias de terceiros molares inclusos; devendo ser estimulado e incentivado devido aos seus benefícios cirúrgicos.

## 5 CONCLUSÕES

Deve fazer uma correta avaliação do caso, qualificando se a real necessidade de indicação para exodontias profiláticas de terceiros molares retidos. O gênero feminino possui maior incidência de inclusão de terceiros molares, sendo a posição vertical a mais freqüente seguida pela mesio-angular de acordo com a classificação de Winter, e posição AII seguida de BII de acordo com a classificação de Pell e Gregory.

O procedimento radiográfico é essencial para a identificação de sinais radiográficos de íntima relação entre os ápices de terceiros molares inferiores e o canal mandibular, tendo como sinal radiográfico mais presente o obscurecimento dos ápices seguido do ápice em ilha.

A conduta profilática antibiótica deve ser empregada de forma cautelosa, descartando seu uso desenfreado, sendo utilizado somente em pacientes com indicações visando seu bem estar.

Os cuidados pré, trans e pós-operatórios são fundamentais para o sucesso das exodontias de terceiros molares inclusos.

O laser não-ablativo trás muitos benefícios tais como reparação tecidual de tecidos moles e duros, analgesia, menor edema, entre outros, sendo um procedimento muito indicado para exodontias de terceiros molares inclusos.

## 6 REFERÊNCIAS

Aguiar A. S. W., Oliveira A. C. X., Martins P. C., Freire R. O. M., Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.5 n.3, p.57-64, jun/set 2005.

Maluf A. P., Ughini G. C., Maluf R. P., Pagnoncelli R. M., Utilização de Laser Terapêutico em Exodontia de Terceiros Molares Inferiores. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.54, n°2, p.182-184, abr/junh 2005.

Dias-Ribeiro A., Freire J. C. P., Braga E. C. C., Sant'Ana E., Dias-Ribeiro E., Avaliação radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos: um estudo observacional em João Pessoa. **FOL – Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v.27, n°2, p.5-15, jul-dez 2017.

Gomes A. C. A., Vasconcelos B. C. E., Silva E. D. O., Albert D. G. M., Verificação dos sinais radiográficos mais frequentes da relação do terceiro molar inferior com o canal mandibular. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.4, n°2, p.252-257, out/dez 2004.

Gomes A. C. A., Silva E. D. O., Bezerra T. P., Pontual M. M., Vasconcelos Z. R., Terceiros Molares: O que fazer?. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.4, n°3, p.137-143, jul/set 2004.

Araújo O. C., Agostinho C. N. L. F., Marinho L. M. R. F., Rabelo L. R. S., Bastos E. G., Silva V. C., Incidência dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares. **Rev. Odontol UNESP**, Araraquara. nov/dez 2011; 40(6): 290-295.

Vasconcelos B. C. E., Porto G. G., Nogueira R. V. B.; Controle da dor após exodontias com a utilização de bupivacaína ou lidocaína: estudo piloto. **Ciência Odontológica Brasileira**, 2005, v. 8, nº1, jan/mar.

Oliveira C. C. M. X., Júnior E. Z. S., Júnior O. B., Almeida H. C. R., Pacheco G. M., Fratura de mandíbula durante exodontia de terceiro molar inferior incluso: relato de caso. **Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, v.13, nº4, p.15-20, out/dez 2013.

Cankaya F. R. A. et al.(2011), Fratura Mandibular Iatrogênica Associada à Remoção do Terceiro Molar. **International Journal of Medical Sciences**; 8(7): 547-553.

Cerqueira, Farias P. R. F., Filho D. L. B. S., Oliveira J. P., Análise da topografia axial dos terceiros molares inclusos através da radiografia panorâmica dos maxilares em relação a classificação de Winter. **Revista Odonto Ciência, Fac. Odonto/PUCRS**, v.22, n.55, jan/mar 2007.

Xavier C. R. G., Dias-Ribeiro E., Ferreira-Rocha J., Duarte B. G., Ferreira-Júnior O., Sant'Ana E., Gonçalves E. S., Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. **Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, v.10, n.2, p.83-90, abr./jun. 2010.

Dias-Ribeiro E., Palhano-Dias J. C., Rocha J. F., Sonoda C. K., Sant'Ana E., Avaliação das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: revisão de literatura. **Revista de Odontologia da cidade de São Paulo**, 2017.

Zanatta F. B., Richter E. A., Pedroso A. R. S., Rosing C. K., Condutas clínicas na utilização de antibióticos em exodontias. **Revista Gaúcha Odontológica**, v.59, n.2, p.171-177, abr/jun. 2011.

Matos A. F. S., Viera L. E., Barros L., Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Rev. Psicol Saúde e Debate**. Jan. 2017 :3(1):34-49.

Nicodelmo Filho R. A., Louzada J. M., Arisawa E. A L., Prevalência de Terceiros Molares Inclusos entre Estudantes de uma Instituição Universitária. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**.

Normando D., Terceiros molares: extrair ou não extrair ?. **Dental Press J Orthod**, jul/ago 2015.

Pedrosa M. S., Ferro F. E. D., Pompeu J. G. F., Borba M. S. C., Administração profilática de amoxicilina em cirurgias de terceiros molares retidos em pacientes saudáveis. **Rev. Bahiana de Odontologia**. 2016 Mar; 7(1): 40-48.

Pedrosa M. S., Viera S. M., Ferro F. E. D., Silva J. L., Pompeu J. G. F., Borba M. S. C., Profilaxia antibiótica no contexto de cirurgias de terceiros molares retidos em pacientes saudáveis: é justificável?. **SALUSVITA, Bauru**, v. 35, n. 1, p. 101-117, 2016.

Rosa F. M., Escobar C. A. B., Brusco L. C., Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. **RGO, Porto Alegre**, v. 55, n.3, p.291-295, jul./set. 2007.

Seguro D., Oliveira R. V., Complicações pós-cirúrgicas na remoção de terceiros molares inclusos. **Revista UNINGÁ Review**, Vol.20,n.1,pp.33-34, out/dez 2014.

Autorizo a divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lisley Ramos

Renato Neves Bergamini

Taubaté, dezembro 2019