

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Hendrew Mathews Fonseca**

**COMPLICAÇÕES NA EXTRAÇÃO DE  
TERCEIROS MOLARES**

**Taubaté**  
**2022**

**Hendrew Mathews Fonseca**

**COMPLICAÇÕES NA EXTRAÇÃO DE  
TERCEIROS MOLARES**

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté, como parte dos requisitos para obtenção da Graduação em Odontologia  
**Orientador:** Prof. Dr. Afonso Celso Souza de Assis

**Taubaté  
2021**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI**  
**Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi**  
**Universidade de Taubaté - UNITAU**

F676c Fonseca, Hendrew Mathews  
Complicações na extração de terceiros molares / Hendrew Mathews  
Fonseca. -- 2022.  
25 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, Taubaté, 2022.  
Orientação: Prof. Dr. Afonso Celso Souza de Assis, Departamento de Odontologia.

1. Cirurgia odontológica. 2. Complicações cirúrgicas. 3. Terceiros molares. I. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. II. Título.

CDD – 617.522

**Hendrew Mathews Fonseca**

**COMPLICAÇÕES NA EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES.**

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté, como parte dos Requisitos para obtenção da Graduação em Odontologia.

**Área de Concentração:** Cirurgia.

DATA: 28/06/2022

RESULTADO: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Afonso Celso Souza de Assis  
Assinatura \_\_\_\_\_

Universidade de Taubaté

Prof. Me. Alexandre Cursino de Moura Santos  
Assinatura \_\_\_\_\_

Universidade de Taubaté

Prof. Dr. Nivaldo André Zöllner  
Assinatura \_\_\_\_\_

Universidade de Taubaté

## DEDICATÓRIA

Eu, Hendrew Mathews Fonseca, dedico o meu trabalho primeiramente à Deus que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, me iluminando, guiando e protegendo para que eu chegasse até aqui.

À minha família, em especial minha mãe Herica Lidianne da Fonseca, que foi minha base durante todo esse processo, me apoiando, incentivando e sempre segurando minhas mãos. Você sempre foi e sempre será meu maior exemplo de Ser Humano e profissional.

Dedico também a minha noiva Angélica Reis que me acompanhou desde o início da faculdade, agradeço pela paciência, amor e companheirismo. Você é meu Porto Seguro!

Vocês duas são tudo pra mim!

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Prof. Dr. Afonso Assis que me ajudou nesse trabalho e durante todo o curso, além de professor e orientador, foi um grande amigo. Obrigado pela orientação, pela amizade e por contribuir em minha formação!

Agradeço também a magnífica banca composta pelo Prof. Me. Alexandre Cursino e Prof. Dr. Nivaldo Zöllner que são grandes professores e amigos com quem sempre pude contar nesse caminho, que quando precisava de ajuda eles estavam ali para me estender a mão, espero poder contar sempre com vocês!

A todos os professores durante essa caminhada por sempre terem doado parcela de seus conhecimentos para nós alunos, nos tornando profissionais e seres humanos melhores.

Aos nossos amigos que estiveram ao nosso lado em diversos momentos, aqueles que sei que sempre poderei contar, e a todos os funcionários que sempre estão conosco durante toda nossa jornada.

E não menos importante, a Universidade de Taubaté por nos proporcionar tal ensino.

## RESUMO

A remoção cirúrgica dos terceiros molares é um dos procedimentos mais comuns realizados por cirurgiões dentistas. Uma vez indicada a extração, o cirurgião precisa estar preparado para agir corretamente, sendo fundamental estudar o caso detalhadamente, realizar um planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e radiográfico, selecionar a técnica mais adequada e preparar os instrumentos e materiais que serão utilizados com o intuito de prevenir possíveis complicações no transoperatório e pós-cirúrgico. Também é fundamental informar o paciente a respeito da cirurgia a que irá se submeter, esclarecendo-lhe as dúvidas sobre o pré, o trans, o pós-cirúrgico.

**Palavras-chave:** Odontologia; Cirurgia; Complicações cirúrgicas; Terceiros molares.

## **ABSTRACT**

Surgical removal of third molars is one of the most common procedures performed by dental surgeons. Once extraction is indicated, the surgeon must be prepared to act correctly, and it is essential to study the case in detail, carry out a surgical planning based on clinical and radiographic exams, select the most appropriate technique and prepare the instruments and materials that will be used in order to prevent possible complications during and after surgery. It is also essential to inform the patient about the surgery to which he will undergo, clarifying his doubts about the pre, trans, and post-surgical.

**Keywords:** Dentistry; Surgery; Surgical complications; Third molars.

## SUMÁRIO

1. INTRUDUÇÃO	09
2. PROPOSIÇÃO	10
3. METODOLOGIA	11
4. REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1 - Classificação dos Terceiros Molares	
4.2 - Indicações e Contra-indicações para a remoção dos Terceiros Molares	
4.3 - Idade e complicações cirúrgicas	
4.4 - Complicações intra-operatórias	
4.5 - Complicações pós-operatórias	
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÃO	23
7. REFERÊNCIAS	24

## 1. INTRODUÇÃO

A exodontia de terceiros molares é um procedimento muito comum e frequentemente realizado por cirurgiões dentistas. Como todo procedimento odontológico, necessita de um planejamento pré-operatório. Dentre a preparação está a biossegurança adequada, que engloba a utilização de materiais e campo cirúrgico estéril, além da realização de antissepsia extra-oral e intra-oral no paciente. Na sequência, tem grande importância a escolha correta da técnica anestésica, do sal anestésico e do retalho cirúrgico a ser empregado. Deve-se avaliar a necessidade de realizar odontosecção e osteotomia. Dependendo da posição do dente a ser extraído, deve-se também realizar uma análise radiográfica e tomográfica, avaliando a proximidade do dente com estruturas nobres. Todos esses cuidados somados com a destreza e habilidade que o cirurgião dentista deve ter para realizar o procedimento tem o objetivo de minimizar acidentes e complicações que podem vir a acontecer durante ou após o procedimento. (FERREIRA; MANDARINO, 2019)

A exodontia, embora programada e executada por operador especializado, não está livre de complicações (Chiapasco *et al.*, 2013).

Os terceiros molares são os últimos dentes a erupcionarem e encontram-se semi-inclusos ou inclusos. As complicações ou acidentes podem acontecer no trans ou no pós-operatório (CORDEIRO; SILVA, 2017).

O estudo se justifica exatamente pelo aumento da frequência das cirurgias para remoção dos terceiros molares, o que exige que os cirurgiões dentistas, estejam cientes dos riscos de dificuldades e transtornos trans e pós-operatórios, fiquem mais atentos durante a anamnese e sigam um protocolo adequado, com exames de imagens, indicação consciente e criteriosa da cirurgia, planejamento responsável, cuidados e atenção durante o ato cirúrgico e acompanhamento do paciente durante o pós-operatório.

## **2. PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura quanto aos principais acidentes e complicações que podem ocorrer no transoperatório e no pós-cirúrgico relacionados as extrações dos 3ºs molares que o cirurgião-dentista pode se deparar e como se preparar em caso de ocorrência do mesmo. Desta forma, fazendo-se necessário a conduta do profissional no sentido de realizar um trabalho a fim de que o paciente tenha um tratamento efetivo, possibilitando a recuperação, cicatrização e melhoria na saúde do paciente.

### **3. METODOLOGIA**

Este estudo concentrou em uma revisão de literatura.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir de material elaborado através de artigos científicos, livros e trabalhos de conclusão de curso relacionados ao tema.

O conteúdo teórico de artigos científico foi através da consulta principalmente, nas seguintes bases: PubMed; SciELO e Google Acadêmico.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

Embora seja sempre um procedimento cirúrgico, distingue-se a cirurgia de extração simples da cirurgica, dependendo da possibilidade de ter um acesso suficientemente direto ou não. A extração simples prevê a administração de anestesia local, o deslocamento da mucosa gengival do respectivo dente através da sindesmotomia, e a luxação do ligamento periodontal por meio de uma alavanca e/ou utilizando o correto fórceps (boticão). É necessária a aplicação de uma força firme, mas sempre controlada.

Já a extração cirurgica prevê uma anestesia local (por vezes com o apoio de sedação), a incisão dos tecidos moles e a elevação do retalho mucoperiostal por fim de expor o dente/raiz que de outra forma não seria acessível. Isto é realizado nos casos mais favoráveis recorrendo à utilização de instrumentos manuais tais como fórceps e alavancas. Nos casos em que o dente está em em uma posição desfavorável, é realizado com peças de mão de baixa velocidade.

### **4.1 - Classificação dos Terceiros Molares**

Para auxiliar o planeamento e a comunicação entre os cirurgiões-dentistas, surgiram algumas classificações dos terceiros molares para que se possa realizar um adequado planeamento deste modo minimizando os possíveis transtornos no ato operatório.

As classificações mais utilizadas para retenções dentárias associadas aos terceiros molares são: as de Winter, estudadas por Oliveira, Martins e Oliveira (2016) e Pell e Gregory (1933) (DIAS-RIBEIRO, et al. 2017).

1.1. Classificação de Winter Oliveira, Martins e Oliveira (2016) mostram em seu estudo que Winter realizou a classificação dos terceiros molares inclusos, relacionando a inclinação do seu longo eixo em relação ao longo eixo segundo molar: quando o segundo molar e terceiro molar estiverem paralelos, podemos dizer que o terceiro molar está em posição vertical; quando o longo eixo do terceiro molar estiver em posição medial em relação ao longo eixo do segundo molar a sua posição será mesioangular; quando o longo eixo do terceiro molar estiver em posição distal em relação ao longo eixo do segundo molar a posição será

distoangular; quando o longo eixo do terceiro molar estiver perpendicular ao longo eixo do segundo molar, ou seja, quando o terceiro molar estiver deitado na radiografia panorâmica ele estará em posição horizontal. Por outro lado, nos casos em que o dente incluso em questão estiver inclinado para vestibular será classificado como vestibuloversão e quando o terceiro molar estiver inclinado para lingual será classificado como linguoversão, e a última posição que é a invertida (OLIVEIRA; MARTINS; OLIVEIRA, 2016).

1.2. Classificação de Pell e Gregory Pell & Gregory realizaram a comparação entre porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior em relação à face oclusal e cervical do segundo molar inferior serviu como referência para classificar. Sendo a classificação como classe A, B ou C de acordo com a profundidade do terceiro molar na mandíbula. A outra classificação relaciona o diâmetro mesiodistal do terceiro molar inferior em relação ao ramo mandibular, sendo classificado em classe I, II ou III. Segundo PELL E GREGORY, (1933) a classificação quanto a profundidade do terceiro molar no osso da mandíbula e quanto à posição do terceiro molar em relação ao ramo mandibular é descrita da seguinte forma:

1) Profundidade relativa do terceiro molar inferior no osso mandibular. Posição A: a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se ao mesmo nível ou acima da face oclusal do segundo molar inferior. Posição B: a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se abaixo da linha oclusal do segundo molar inferior, mas acima da cervical desse mesmo dente. Posição C: a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se ao mesmo nível ou abaixo da linha cervical do segundo molar inferior.

2) Relação do terceiro molar inferior retido com a margem anterior do ramo da mandíbula, podendo ser: Classe I: há espaço suficiente entre a margem anterior da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior, para acomodar a coroa do terceiro molar inferior. Classe II: o espaço existente entre a margem anterior do ramo da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior é menor que o diâmetro méso-distal da coroa do terceiro molar inferior. Classe III: o terceiro molar inferior encontra-se totalmente no ramo da mandíbula em decorrência da falta de espaço no arco alveolar (DIAS-RIBEIRO, et. al. 2017).

## **4.2 - Indicações e Contra-indicações para a exodontia dos Terceiros Molares**

### **INDICAÇÕES:**

As indicações de exodontia dos terceiros molares são aplicadas tanto a dentes irrompidos ou não irrompidos. Porém, em muitos casos o fator causal dos sintomas não está presente, sendo importante que o paciente procure um cirurgião-dentista mesmo na ausência de sintomas dolorosos. Não é indicado adiar o tratamento, pois a forma de abordagem do caso pode ser alterada com o avanço da idade, sendo que a indicação ideal da exodontia de terceiros molares é que ela ocorra em jovens-adultos com até 25 anos. As indicações podem envolver fatores como falta de espaço, a necessidade do tratamento ortodôntico, cárie extensa, reabsorção radicular, injúria ao nervo alveolar inferior, pericoronarite, problemas periodontais, reabilitação protética, dentes impactados, cisto e/ou tumor, até mesmo por fim profilático (ALMEIDA, 2018).

### **Contra-indicações:**

As contra-indicações para realizar a exodontia de terceiros molares estão geralmente relacionadas a idade avançada do paciente, onde a resposta cirúrgica é menos tolerante e o período de recuperação aumenta, sendo uma recuperação pós cirúrgica mais lenta; problemas vasculares; problemas de saúde e danos cirúrgicos nas estruturas adjacentes como, por exemplo íntimo contato do dente com o nervo alveolar inferior.; espaço suficiente para uma erupção, posições normais e periodonto saudável. Como regra geral, se um paciente tiver um terceiro molar totalmente impactado completamente coberto de osso e não tem sinais de patologia como um saco folicular aumentado ou sintomatologia dolorosa e se o paciente tem mais de 40 anos, não é indicado a extração do dente (MOREIRA, 2019).

## **4.3 - Idade e complicações cirúrgicas**

Vários autores argumentam que a incidência de complicações intra e pós-operatórias é maior em pacientes mais velhos, pelas seguintes razões (Laskin et

al., 1985): aumento da frequência dos problemas de saúde que afetam sobretudo o tempo de cicatrização; espessura estreita de espaço folicular e do ligamento periodontal; raízes completamente formadas; maior densidade e mineralização óssea; maior incidência de hiper cementose e anquilose; redução da espessura do volume da mandíbula ao longo dos anos com aumento do risco de fraturas por uma maior perda óssea.

Os pacientes mais velhos sofrem um atraso da cicatrização e formam osso novo lentamente e em quantidades menores, do que os indivíduos jovens. Isso contribui para uma maior incidência de danos periodontais e de defeitos ósseos residuais na face distal do 2º molar (Kay e Killey, 1975).

#### **4.4 - Complicações intra-operatórias**

**Lacerações dos tecidos moles:** Podem ser causadas por um incorreto desenho das incisões, perda de controle dos instrumentos cirúrgicos ou queimaduras provocadas pelo super aquecimento dos instrumentos rotativos. Isso pode levar ao envolvimento de estruturas anatomicas importantes tais como vasos e nervos resultando em hemorragias e alterações das funcionalidades sensoriais ou, podem envolver estruturas extra-orais, tais como lábios e face com as consequentes implicações estéticas.

Principais sintomas: dor; intumescimento; contusão.

**Fraturas das paredes ósseas:** Determinadas por excessiva força exercida durante as manobras cirúrgicas. Estão particularmente em risco as paredes vestibulares dos dentes superiores, os incisivos inferiores, e os componentes linguais dos molares inferiores.

Principais sintomas: dor; intumescimento.

**Comunicação buco-sinusal:** É a comunicação entre a cavidade oral e seio maxilar sendo uma das complicações que podem vir a acontecer durante o procedimento de exodontia de pré-molares e molares superiores, devido às raízes dentais terem proximidade com o seio maxilar. A comunicação bucosinusal permite acesso entre a cavidade oral e o seio maxilar, fazendo com que a flora bacteriana sofra alteração. Em casos crônicos, a cavidade criada entre a boca e seio maxilar pode sofrer epitelização, configurando a fístula buco sinusal. O tratamento mais

indicado consiste no exame clínico detalhado que possa realizar a localização, extensão e grau de acometimento do seio maxilar bem como o tratamento conjunto com analgésicos, anti-inflamatórios, utilização adequada de antibióticos e descongestionantes nasais. Sob o aspecto cirúrgico, o reparo pode ser feito por retalho vestibular com ou sem rotação do tecido adiposo da bochecha, retalho palatino ou sutura oclusiva em casos de menor extensão (CUNHA; COSTA; GABRIELLI, 2018).

Os principais sintomas são: disfagia; voz nasal; halitose; cefaléia; sinusite maxilar, sinusite crônica ou aguda pela contaminação do seio maxilar pela flora bacteriana da cavidade oral; dor; sensação de pressão na face; hálito fétido; corrimento nasal e anorexia matinal devido à passagem do corrimento nasal para a orofaringe (CARNEIRO; LIMA, 2019).

**Fratura mandibular:** Ocorre predominantemente nos casos de extração dos 3<sup>os</sup> molares inferiores com grave grau de inclusão, especialmente quando associados a cistos de grandes dimensões. As fraturas mandibulares não são apenas causa de erros clínicos mas representam igualmente o produto de causas multifatoriais tais como a idade, grau de inclusão e extensão do dente e doenças que podem predispor para a fratura. As fraturas pós-operatórias são as mais frequentes que as intra-operatórias e geralmente ocorrem na segunda ou terceira semana. As fraturas intraoperatórias são mais frequentes no sexo feminino e as pós-operatórias são mais frequentes no sexo masculino.

Principais sintomas: dor localizada na região fraturada; intumescimento; rigidez; sensação de cara entorpecida; alteração nos movimentos mandibulares; dentes desalinhados e danificados.

**Luxação da ATM e/ou dos dentes adjacentes:** Consiste no deslocamento do côndilo anteriormente a eminência articular (open lock) com a consequente impossibilidade do paciente de fechar a boca de forma espontânea, pode ocorrer em pacientes predispostos, mas frequentemente associada a erro de gestão do instrumento cirúrgico ou a força excessiva durante as manobras de avulsão, outro perigo equivalente são as fraturas de dentes antagonistas devido à perda de controle do instrumental ou realização de força excessiva no momento de realização da luxação dentária, desta forma o instrumento pode atingir o dente antagonista e fraturar o mesmo.

Principais sintomas: deformação da natural oclusão dentária; a mandíbula pode ser

desviada para o lado ou para frente; dentes desalinhados; incapacidade de fechar os dentes e mastigar; dor na cabeça, na mandíbula e/ou orelha; dificuldade em falar; dor do dente adjacente; sensibilidade do dente adjacente.

**Deslocamento de fragmentos de dentes e raízes para regiões anatômicas nobres:** A fratura acidental de terceiros molares para regiões anatômicas nobres não é considerado uma complicação comum na odontologia apesar de ser relativamente frequente. Porém, é uma complicação de grande importância que o cirurgião dentista tenha conhecimento, pois suas consequências podem resultar em grandes traumas teciduais, sequelas e infecções. As causas mais comuns para essa complicação estão relacionadas ao uso incorreto dos fórceps e das alavancas extratoras, pouca experiência do profissional e falta de conhecimento anatômico (LIMA; ANJOS, 2020).

Principais sintomas: dor; hematoma.

**Hemorragia intra-operatórias:** Durante as intervenções cirúrgicas que envolvem incisões é inevitável que haja alguma hemorragia (Flanagan, 2003). Pode haver hemorragia que limite a visibilidade do campo cirúrgico, diminua e alongue as fases operacionais e que pode predispor a hematomas na fase pós-cirúrgica. A hemorragia mais grave, embora rara, ocorre em caso de lesão da artéria facial.

**Lesões neurológicas:** Afetam principalmente o nervo alveolar inferior e lingual durante a avulsão dos 3<sup>os</sup> molares inferiores e, em menor medida podem também afetar o nervo bucal, o nervo mentoniano, o palatino maior, o nervo nasopalatino e o infraorbital (Chiapasco, 2013).

Podemos distinguir 3 graus de lesão (Chiapasco, 2013):

- a. Neuropraxia: causada por compressão direta do nervo durante a fase cirúrgica ou indireta e secundária para a formação de edema pós-operatório.
- b. Axonotemese: há a ruptura física dos axônios, mas em que as bainhas são mantidas intactas.
- c. Neurotemese: há interrupção tanto das bainhas como dos axônios com clara separação das duas cabeças lesadas.

Principais sintomas: parestesia (alteração da sensibilidade); anestesia (falta de sensibilidade); disestesia (alteração da sensibilidade acompanhada por dor); hiperestesia (acentuação da sensibilidade).

**Enfisema subcutâneo:** Manifesta-se como um inchaço de dimensões

importantes, causada por injeção forçada de ar no tecido conjuntivo por baixo da camada dérmica por instrumentos rotativas (turbina). O ar comprimido no tecido pode permanecer localizado ou continuar a difundir-se, até alcançar, nos casos mais graves o mediastino (Romeo, 2011).

Principais sintomas: intumescimento localizado; crepitação à palpação.

#### **4.5 - Complicações pós-operatórias**

**Dor pós-operatório:** A intensidade da dor é muitas vezes diretamente proporcional ao grau de dificuldade e o pico máximo de dor ocorre geralmente doze horas após a avulsão, com maior incidência nas mulheres que nos homens (Seymour, 1983). O controle da dor pós operatório é fundamental para a recuperação de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diante disso para que a dor pós operatória seja controlada deve ser necessário garantir a eficácia da analgesia pósoperatória. Para isso, a administração de fármacos de ação analgésica ou antiinflamatória, no período pré-operatório, pode minimizar a intensidade da dor após o procedimento cirúrgico. Além dos medicamentos alopáticos disponíveis no tratamento e prevenção das dores pós operatórias, também podem ser utilizados medicamentos fitoterápicos e homeopáticos (FERNANDES, 2016).

**Trismo:** é um limite de abertura bucal que ocorre devido uma variação de dor muscular devido a um espasmo miofascial que pode resultar de injúrias às fibras musculares, exodontia com prolongado tempo de duração, várias injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios; hematoma; inflamações e infecções pós-operatórias. Essa ocorre com grande frequência nas exodontias de terceiros molares, na maioria dos pacientes ocorrendo no período de dois dias após a cirurgia, havendo uma redução do trismo após sete dias. Para evitar essa intercorrência no consultório odontológico, as exodontias devem ser menos traumáticas e diminuir o tempo cirúrgico (ANDRADE, et.al. 2016).

Principais sintomas: dificuldade em abrir a boca; maxila rígida; dor ao mastigar; dificuldade de deglutição.

**Hemorragia tardia:** Pode acontecer também uma vez terminada a fase

cirúrgica. Geralmente ligada à presença de inflamação ou infecção, mas isso também pode ocorrer quando a operação é realizada em perfeita hemostase (Givol, 2000). Várias considerações devem ser analisadas como, por exemplo, os tecidos bucais são altamente vascularizados, a exodontia deixa uma ferida aberta no alvéolo, tanto em nível de tecido mole como a nível ósseo, produzindo exsudado e hemorragia adicional. É de grande dificuldade realizar um bom fechamento da ferida durante a cirurgia para evitar a hemorragia. A língua permanece em contato com a área cirúrgica e pode deslocar coágulos sanguíneos, provocando hemorragias secundárias, o que pode também ser provocado quando a língua cria pressões negativas que sugam o coágulo sanguíneo do alvéolo. Hemorragias podem ser tratadas com algumas manobras locais, sendo a pressão com compressas de gazes por 5 minutos efetiva e normalmente suficiente para o controle. Hemorragia persistente pode ser controlada com suturas adicionais, pode também ser utilizados materiais hemostáticos colocado em feridas abertas para parar a hemorragia como, por exemplo a esponja de colágeno. Quando ocorre a hemorragia arterial, deve ser identificado o vaso rompido e realizar a ligadura ou cauterização do vaso (NETO, et.al. 2017).

**Intumescimento / edema:** é uma complicação comum em exodontias de terceiros molares, para esta complicação estão relacionados ao processo inflamatório iniciado no ato cirúrgico. Com o objetivo de diminuir o edema, o paciente deve ser orientado, ao final do procedimento cirúrgico sobre os cuidados pós operatório, entre eles estão a aplicação bolsas de gelo sobre a área para ajudar a minimizar o aumento de volume e fazer com que o paciente se sinta mais confortável. A aplicação de gelo deve ser mantida sobre a região operada por 20 minutos, em seguida retirar por 20 minutos, as aplicações não devem ultrapassar mais de 24 horas, pois grandes períodos de aplicação não alteram os resultados. No segundo dia pós-operatório não deve ser aplicado gelo nem calor sobre a face. Após o terceiro dia de pós operatório, a aplicação de calor pode ajudar a reduzir o edema mais rapidamente (ANDRADE, 2016).

Principais sintomas: dor.

**Lesão do nervo alveolar inferior:** As lesões do nervo alveolar inferior são frequentes nas práticas cirúrgicas, porém há riscos de ocorrer em outras práticas odontológicas. A parestesia do nervo alveolar inferior pode ser causado devido a traumas mecânicos, compressão ou estiramento do nervo com ruptura sendo total,

ou parcial de suas fibras, trauma do tecido ao redor das fibras nervosas, presença de hemorragias, hematomas e edema em torno do mesmo, o paciente sente a parestesia durante as primeiras 14 a 48 horas após o procedimento operatório (ZGUR, et.al, 2017).

**Osteíte alveolar ou alveolite seca:** É uma das complicações mais frequentes após a extração na rotina odontológica. Essa complicação pode ser definida como uma dor no alvéolo dentário, que geralmente aparece entre o terceiro e quinto dia após o procedimento cirúrgico, devido à separação total ou parcial do coágulo sanguíneo, podendo ocorrer halitose, e também pode ou não ocorrer a exposição óssea. O alvéolo pode estar repleto de restos alimentares, com presença de edema e linfadenopatia na região. Sendo uma complicação da cicatrização, que acontece quando o coágulo é formado, mas tem uma dissolução e uma fibrinólise muito rápida antes que ocorra substituição natural por tecido de granulação, sendo assim considerada uma complicação multifatorial. Essa complicação pode ser reduzida com o uso de alta rotação para odontosecção e osteotomia com a refrigeração adequada, evitando traumatismos, e de muita importância também não realizar a quebra da cadeia asséptica durante o procedimento (SANTOS, 2018).\*\*. Há fatores que aumentam a sua incidência: pacientes fumantes; mulheres que tomam contraceptivos orais; mulheres no período menstrual; anestesia intraligamentosa; avulsão difícil e má higiene oral (Meechan et al., 1988).

Principais sintomas: dor intensa após 3 dias; sensibilidade à sondagem do alvéolo; halitose.

**Deiscência da ferida:** Pode ser ligado a uma falha prematura da sutura por dissolução ou laceração dos tecidos com consequências sobre a forma e o tempo de cicatrização. Frequentemente, esta complicação resulta de infecção da ferida. Principais sintomas: dor; rubor.

**Infecções:** São eventos que se manifestam entre a segunda e a quarta semana após avulsão. Geralmente são subperiosteais e são devidas a detritos residuais, produzido durante as fases de osteotomia e odontosecção ou por restos de comida que determinam infecção e o aparecimento de abscessos, intumescimento e dor.

Principais sintomas: dor nas gengivas em correspondência do dente (ângulo da mandíbula); gengiva ruborizada; gengiva intumescida; possível irradiação da dor

para o ouvido; dificuldade de mastigação e em abrir a boca; intumescimento dos linfonodos do pescoço; febre; halitose.

**Problemas periodontais:** Alguns autores indicam que a avulsão dos 3Ms pode causar o agravamento da condição periodontal na face distal do 2M, em pacientes que, anteriormente, não tinham nenhum sinal de doença periodontal (Karapataki, 2000). Outros autores indicam que suturas ancoradas podem limitar a perda de inserção de forma mais eficaz do que os pontos de sutura simples (Cetinkaya, 2009).

Principais sintomas: dor à mastigação; sensibilidade; halitose; aparecimento de bolsas periodontais; mudança da posição dos dentes; mobilidade dentária.

## 5. DISCUSSÃO

Importa afirmar que a gravidade e frequência destas complicações na última década diminuiu, graças à melhor capacidade de detectar os casos em risco, ao aperfeiçoamento da técnica e a uma gestão mais cuidadosa dos casos complexos. Um dado que permanece inalterado, é a associação entre a idade do paciente e a frequência da gravidade das complicações. Segundo alguns autores, de fato, a incidência de complicações depende do grau de dificuldade do tratamento, do grau de inclusão e da idade do paciente (Osborn et al., 1985). Alguns estudos mostram que os pacientes mais jovens têm um curso operatório e pós-operatório significativamente melhor do que os pacientes mais velhos. Com base nisso, os autores concluíram que quando for estabelecido que os 3<sup>os</sup> molares devem ser removidos, a cirurgia deve ser programada em adultos enquanto jovens. Foi também focada a relevância de realizar profilaxia antibiótica como prevenção de complicações tais como infecções e alveolite. Outra variável relevante é a experiência do cirurgião dentista (Joy, 2009). Nas indicações e contra-indicações para extração dos 3<sup>os</sup> molares ainda existem muitas opiniões opostas e diferentes pensamentos, sendo ainda necessária a realização de muitos estudos e investigações, a fim de produzir um único pensamento que otimize o sucesso da cirurgia e a segurança do paciente, durante e após a fase cirúrgica. O resultado da extração, das complicações e evolução pós-operatória depende de vários fatores, listados a seguir: experiência do cirurgião dentista; estado de saúde geral do paciente (patologias, medicamentos a tomar, gravidez, etc.); grau de desenvolvimento das raízes do dente a ser removido; aplicação de todas as precauções que antecipem a remoção do siso; observância de conselhos úteis com vista a minimizar o risco de complicações após a extração do siso.

De acordo com os vários artigos, constatou-se que a exodontia dos 3<sup>os</sup> molares continua a ser um dos procedimentos mais frequentes realizados pelos cirurgiões dentistas. Apesar de ser considerada relativamente simples, a extração dos 3<sup>os</sup> molares é considerada efetivamente uma intervenção cirúrgica, e como tal, exige uma certa preparação do cirurgião dentista. No entanto, a prevenção das complicações no tratamento cirúrgico parte do conhecimento da anatomia das áreas em que se atua e das corretas habilidades manuais em diferentes técnicas cirúrgicas.

## 6. CONCLUSÃO

Com base nos autores desta revisão de literatura e na discussão aqui relatada foi possível concluir, quanto a acidentes e complicações clínicas nas extrações de terceiros molares que: Idade, história médica, posição do dente, tempo de cirurgia e técnica cirúrgica utilizada são fatores associados a complicações e acidentes na cirurgia. A experiência do cirurgião influencia no aumento das taxas de complicações. A maioria das intercorrências estão relacionadas à localização e posição do dente na cavidade bucal, sendo fundamental a avaliação radiográfica para auxiliar no planejamento da cirurgia. Quanto maior a complexidade do caso, maior a chance de ocorrer alguma complicação. Profilaxia antibiótica é recomendada para procedimentos com duração acima de 50 minutos, em que são realizados osteotomia e odontosecção. É possível prevenir acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório se o cirurgião preparar-se corretamente, estudar o caso detalhadamente, realizar um bom planejamento feito e empregar a técnica adequada para cada caso.

## 7. REFERÊNCIAS

Kato RB, Bueno RBL de, Oliveira Neto PJ de, Ribeiro MC, Azenha MR. Acidentes e complicações Associados à Cirurgia de Terceiros Molares Realizadas por Alunos de Odontologia. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe. v.10, n.4, p.45-54, out-dez, 2010.

Pitekova L, Satko I, Novotnakova D. Complications after third molar surgery. Bratisl Lek Listy. 2010.

Meyer ACA de, Sá-Lima JR, Nascimento RD, Moraes MB de, Terra TM de, Raldi FV. Prevalência de alveolite após a exodontia de terceiros molares impactados. RPG, Rev. Pósgrad. vol.18 no.1 São Paulo Jan.-Mar, 2011.

Antunes HDA. Complicações Associadas à Extração de Terceiros Molares Inclusos [tese]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2014.

Gomes ACA. Estudo das lesões nervosas após cirurgia dos terceiros molares inferiores retidos. [Dissertação]. Pernambuco: Universidade de Pernambuco, 2001.

Xu, G.Z. et alii. (2013). Anatomic relationship between impacted third mandibular molar and the mandibular canal as the risk factor of inferior alveolar nerve injury. British Journal of Oral Surgery, 51(8), pp.215-219.

American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. (2016). Management of Third Molar Teeth.

Costa, H. C., Póvoa, I. H. X., Barros, W. L., Queiroz, G. E. R., Avelar, J. C. (2020). Complicações e intercorrências associadas a exodontia de terceiros molares na clínica de odontologia da faculdade vértice-univertix, Anais XIII FAVE.

Filho, M. J. S. F., Silva, H. R. F., Rosário, M. S. R., Takano, V. Y. S., Nascimento, J. R., Aguiar, J. L., Milério, L. R., Pimenta, Y. S. (2020). Acidentes e complicações associadas a exodontia de terceiros molares – Revisão de Literatura. Braz. J. of Develop.

Seguro, D., Oliveira, R. V. (2014). Complicações pós-cirúrgicas na remoção de terceiros molares inclusos. Revista UNING 20 (1), 30-34.

ANDRADE, Valdir Cabral; RODRIGUES, Renato Marano; BACCHI, Ataís; COSER, Raphael C.; FILHO, Aguiar M. B. Complicações e Acidentes em Cirurgias de Terceiros Molares– Revisão de Literatura. Revista Saber Científico, v. 2, n. 1, p. 27-44, 2016.

COSTA, Rita Carvalho. Complicações pós-operatórias na extração de terceiros molares mandibulares: avaliação dos fatores de risco. 2017. 132 f. Dissertação (Mestre em Medicina Dentária)-Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Viseu, 2017.

DÉDA, Yago Lira; RIBEIRO, Hilda Rollemberg; PEREIRA, José Carlos. Acidentes

e complicações em cirurgia oral menor, diagnóstico e tratamento: revisão de literatura. Openrit, maio, 2019.

DIAS-RIBEIRO, Eduardo; PALHANO-DIAS, Julliana Cariry; ROCHA, Julierme Ferreira; SONODA, Celso Koogi; SANT'ANA, Eduardo. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: revisão da literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 29, n. 2, p. 154-162, 2017.

FERREIRA, Ana Carolina de Paiva; MANDARINO, Sydney de Castro Alves. Complicações Ocasionadas no Pós-Operatório de Exodontia de Terceiros Molares. Cadernos de Odontologia do UNIFESO, v. 1, n. 1, 2019.

ALMEIDA, Mariana Nunes de. Avaliação das indicações para remoção do terceiro molar e sua localização a partir de imagens radiográficas. Monografia (Graduação em Odontologia)- Faculdade Maria Milza. Governador Mangabeira- BA, 38 f. 2018.

BAZARIN, Renata; OLIVEIRA, Renato Victor. Acidentes e complicações nas exodontia. REVISTA UNINGÁ, v. 55, n. 1, p. 32-39, 2018.

PELL GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classifications and modified technique for removal. The Dental Digest, v. 39, n. 9, p.330-338, sep.1933.

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

Hendrew Mathews Fonseca.

Taubaté, 28/06/2022.

## DECLARAÇÃO DE REVISÃO DAS NORMAS

Eu, Professor Dr. Afonso Celso Souza de Assis, como orientador do discente Hendrew Mathews Fonseca, venho por meio deste documento declarar que o seu trabalho de graduação foi conferido e está dentro das normas estabelecidas pelo UNITAU.

Taubaté, \_\_\_/\_\_\_\_\_/2022.

Professor Dr. Afonso Celso Souza de Assis (Orientador).