

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Jessica Rezende Simão

Vitória Bacha e Silva

**COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS DE TERCEIROS
MOLARES: uma revisão de literatura**

Taubaté-SP

2021

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Jessica Rezende Simão

Vitória Bacha e Silva

**COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS DE TERCEIROS
MOLARES: uma revisão de literatura**

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Profa. Mestra Isabel Rosângela dos Santos Amaral

Taubaté-SP

2021

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

S593c Simão, Jéssica Rezende
Complicações pós-cirúrgicas de terceiros molares : uma revisão de
literatura / Jéssica Rezende Simão , Vitoria Bacha e Silva. -- 2021.
44 f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, Taubaté, 2021.

Orientação: Profa. Ma. Isabel Rosângela dos Santos Amaral,
Departamento de Odontologia.

1. Cirurgia odontológica. 2. Complicações pós-operatórias. 3. Terceiro
molar. I. Silva, Vitoria Bacha e. II. Universidade de Taubaté. Departamento
de Odontologia. III. Título.

CDD – 617.522

Jessica Rezende Simão

Vitória Bacha e Silva

COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS: uma revisão de literatura

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Profa. Mestra Isabel Rosângela dos S. Amaral

Data: 10/12/2021

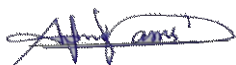
Resultado: aprovado

BANCA EXAMINADORA

Prof. Afonso Celso de Souza Assis

Universidade de Taubaté

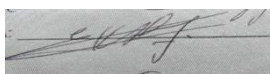
Assinatura



Prof. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida

Universidade de Taubaté


Assinatura



Prof. Claudia Auxiliadora Pinto

Universidade de Taubaté

Assinatura



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre estar presente na minha vida, não me deixando desistir do meu maior sonho, fornecendo a força necessária para seguir meus objetivos.

Agradeço, também, aos meus pais, Karina Rezende Francisco Simão e Ivan Emerson Simão, por serem meu alicerce desde o primeiro dia de vida, até o momento em que concluí essa etapa. Por me darem a oportunidade de viver essa fase tão sonhada, por todo apoio, esforço e trabalho para que eu pudesse me formar cirurgiã-dentista; sem vocês nada disso seria possível.

Aos meus avós, Rosangela Assis Rezende Francisco, Rubens Pereira Francisco, Maria Aparecida da Silva Simão e Antônio Simão, por serem meu alicerce durante essa caminhada e por nunca me deixarem desistir.

A minha orientadora, professora Isabel Rosângela dos S. Amaral, minha grande inspiração profissional, escolhida por Deus para nos ajudar nesse trabalho do qual sinto muito orgulho de realizar. Obrigada pela disponibilidade de tempo, pelo carinho e por todo amor que você sente por sua profissão; que um dia eu possa me tornar uma profissional tão humana quanto você.

E por fim a minha dupla da faculdade e vida, Vitória Bacha e Silva, por fazer parte desse sonho junto a mim. Por todo suporte, paciência e amizade.

Jéssica Rezende Simão

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido viver tudo isso; Ele que sempre foi o autor da minha vida e do meu destino.

Agradeço aos meus pais, Rosely Oliveira Bacha e Welington Amaro da Silva, por todo amor, apoio incondicional, por terem acreditado no meu potencial durante toda minha trajetória acadêmica.

Aos meus irmãos Lucas Bacha e Silva e Diogo Bacha e Silva, por todo apoio, carinho e principalmente por sempre terem tido muito orgulho de mim.

Agradeço também ao meu querido padrasto Élcio Rogério Barrak (in memoriam), que não está mais entre nós, mas que sempre acreditou muito em mim. Sua lembrança me faz persistir. Saudades Eternas.

Agradeço às minhas queridas amigas Thainá D'Azevedo Zanin e Paola Pacheco Moreira, pela amizade, pelas horas de estudo, por todo o carinho, apoio e por nunca terem me deixado desistir.

À minha orientadora, Isabel Rosângela dos S. Amaral, pelos ensinamentos, por tanta dedicação, carinho e paciência.

Por fim, à dupla Jéssica Rezende Simão, por me acompanhar nessa incrível trajetória, por todo carinho, amizade e por sempre acreditar em mim.

RESUMO

O presente trabalho, uma revisão de literatura, teve como objetivo pesquisar o que trazem os autores mais atuais quanto às complicações relacionadas à extração de terceiros molares, tais como trismo, parestesia, alveolite, edema e infecções, visto que esse tipo de procedimento cirúrgico tem sido cada vez mais frequente nos consultórios odontológicos. Ocorre que, se mal indicado, e/ou mal planejado, e/ou mal indicado, pode expor a vida do paciente a risco, afetando sua qualidade de vida e trazendo sintomatologia dolorosa. A pesquisa permitiu concluir que as complicações podem ser abolidas ou minimizadas em sua gravidade quando o cirurgião-dentista está de fato preparado para realizar o procedimento cirúrgico em todas as suas etapas, o que requer conhecimento apurado da técnica cirúrgica, de sua indicação, bem como de acidentes e complicações que dela podem advir.

Palavras-chave: Cirurgia de terceiros molares. Complicações. Prevenção.

ABSTRACT

The present work, a literature review, aimed to research what the most current authors bring about complications related to the extraction of third molars, such as trismus, paresthesia, alveolitis, edema and infections, as this type of surgical procedure has been increasingly frequent in dental offices. It happens that, if poorly indicated, and/or poorly planned, and/or poorly indicated, it can expose the patient's life to risk, affecting their quality of life and causing painful symptoms. The research allowed us to conclude that complications can be eliminated or minimized in their severity when the dentist is in fact prepared to perform the surgical procedure in all its stages, which requires accurate knowledge of the surgical technique, its indication, as well as of accidents and complications that may result from it.

Keywords: Third molar surgery. Complications Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01: Características clínicas da alveolite	13
FIGURA 02: Alveolite seca.....	14
FIGURA 03: Alveolite úmida.....	14
FIGURA 04: Hemorragia	21
FIGURA 05: Trismo	23
FIGURA 06: Classificação de Pell & Gregory.....	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	09
2	PROPOSIÇÃO E METODOLOGIA	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
4	DISCUSSÃO	34
5	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A remoção dos terceiros molares é muito habitual nos consultórios dentários, sendo muitas vezes realizadas por cirurgiões-dentistas não especializados, com base em um parcial planejamento, não tomando como princípio a prevenção. E, é devido a isso que complicações – como dor e inchaço – trazem mais preocupação ao paciente, do que a cirurgia propriamente dita.

Os terceiros molares são os últimos dentes a serem erupcionados de acordo com a cronologia dentária, podendo estar impactados (33% das vezes) ou não; sendo um dente de extrema prevalência na população (90%). De modo geral, eles podem se apresentar inclusos por motivos de: hereditariedade, alterações sistêmicas, tendência evolutiva, alterações patológicas e traumatismos, falta de espaço na arcada, topografia óssea ou devido à posição do segundo molar.

Segundo Hupp et al. (2015), a cirurgia de extração é um procedimento que exige muito do mecanismo hemostático do corpo humano, pois os tecidos são altamente vascularizados; uma ferida aberta é deixada pelo procedimento de remoção dentária; praticamente inexistente um material que realize o completo selamento do alvéolo e pressione-o suficientemente; a língua tende a explorar a área, deslocando assim o coágulo sanguíneo; a ação das enzimas salivares realiza a lise do coágulo.

Autores citados na presente revisão de literatura ressaltam a importância de um conhecimento aprofundado das técnicas cirúrgicas, suas indicações e a prevenção de acidentes e complicações, associando o conhecimento dos riscos à prática clínica para a maior segurança e benefício do paciente.

Este trabalho visa abordar as principais complicações após a extração dos terceiros molares, identificando suas causas e como preveni-las ou minimizá-las, trazendo mais conforto e qualidade de vida ao paciente.

2 PROPOSIÇÃO E METODOLOGIA

A presente monografia – uma revisão de literatura – foi realizado por meio de pesquisas em exemplares físicos e sites de busca voltados para a literatura científica, tais como Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e trabalhos disponíveis no Sibi (Sistema integrado de bibliotecas) da Universidade de Taubaté, tendo como palavras-chave: cirurgia de terceiros molares; terceiros molares; complicações, com o intuito de conscientizar os estudantes de odontologia e os cirurgiões-dentistas sobre a importância de um detalhado e cauteloso planejamento cirúrgico, o que também significa a escolha da técnica mais indicada para que a intervenção gere um mínimo de complicações pós-operatórias. As pesquisas dos autores foram feitas de 2010 á 2020.

3 REVISÃO DE LITERATURA

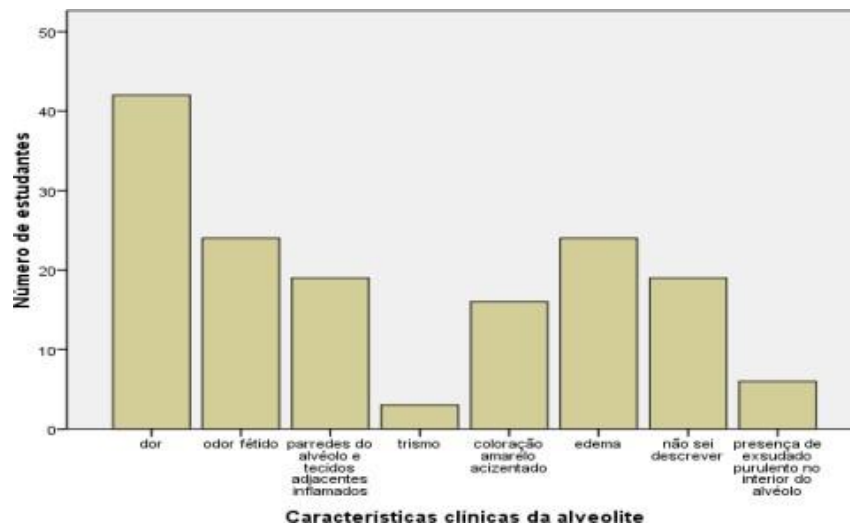
De acordo com o estudo realizado por Kato et al. (2010), as principais indicações para a extração de terceiros molares incluem quadros de pericoronarite aguda ou crônica, lesões teciduais, problemas periodontais, lesões cariosas, dor idiopática e tratamentos ortodônticos. Mesmo a cirurgia sendo realizada com frequência, intercorrências são raras. Entretanto, o procedimento pode levar a sérias complicações ao paciente, como alveolite, hematoma, edema exacerbado, hemorragia, infecção e parestesia temporária. É importante ressaltar alguns fatores capazes de levar a complicações, podendo influenciar no sucesso cirúrgico, como idade do paciente e seu estado de saúde, gênero, grau de impactação do dente, experiência do cirurgião, tabagismo, uso de medicamento anticoncepcional, qualidade da higiene oral, técnica cirúrgica, entre outros. Uma maneira de prevenir o insucesso é o planejamento cirúrgico, desde o conhecimento da história médica do paciente até os cuidados pós-operatórios. Segundo os autores, a remoção do terceiro molar é a cirurgia mais realizada nos consultórios dentários e, como todo tipo de cirurgia, pode trazer complicações ao paciente. Complicação é aqui definida como situações que ocorrem após o término da cirurgia, enquanto acidente diz respeito a toda intercorrência durante o procedimento cirúrgico. No estudo, os autores ressaltam que, dentre as complicações mais encontradas, a alveolite e a hemorragia recebem destaque, sendo a hemorragia tanto uma complicação quanto um acidente, podendo ser classificada como tardia ou recorrente. Os casos em que observamos sangramento intenso após o procedimento uma única vez, são classificados como tardios. Já nas hemorragias recorrentes, mais de um episódio de sangramento abundante ocorre, mesmo sendo reprimido inicialmente. A alveolite, definida por dor intensa e latejante que não cessa com o uso de analgésicos de rotina, caracteriza-se por seu surgimento entre o 2º e o 5º dia após a extração dentária, pela presença de odor fétido e ausência de tecido íntegro no interior do alvéolo. Essa intercorrência deve-se a uma invasão bacteriana com fibrinólise do coágulo. Okamoto e Perri de Carvalho (1987), citados na pesquisa por Kato et. al (2010), demonstram que o uso

de contraceptivo oral provoca intenso atraso no processo de reparo, pois pode ocasionar retardo na fase de formação do coágulo. Cohen et. al (1995), também citados na pesquisa, contribuíram com estudos que demonstram que há dados suficientes para sugerir que o uso de medicamento contraceptivo oral é um fator de risco em cirurgias de extração de terceiros molares, sendo indicada a cirurgia em dias em que o medicamento não esteja sendo utilizado. Garcia et al. (2003) e Benediktsdóttir (2004), lembrados por Kato et al.(2010), destacam a informação de que mulheres apresentam até cinco vezes mais chances de desenvolver alveolite do que os homens. Outra complicação é a deiscência do retalho: observada nos dias seguintes à extração, trata-se da retração do tecido mole, levando à exposição do tecido ósseo. Essa intercorrência decorre de técnica inadequada do fechamento do retalho, rompimento prematuro da sutura ou forças mecânicas locais. Os autores concluíram que a experiência do cirurgião-dentista não é um fator fundamental para o aparecimento da infecção, contudo, foram selecionados somente pacientes em bom estado de saúde, o que pode ter tido influência no resultado.

Cordeiro (2010), em monografia, durante seu mestrado na Universidade de Porto, se aprofundou sobre a ocorrência e o tratamento da alveolite. Trata-se de uma das complicações mais frequentemente associadas à extração de dentes permanentes, em especial os terceiros molares inclusos, sendo definida como uma inflamação do alvéolo, resultante da desintegração e infecção do coágulo inicial, levando a uma cicatrização inadequada do tecido. O autor destaca diversas circunstâncias que podem levar à desintegração do coágulo, como traumatismo local, uso de contraceptivo oral, infecções pré-operatórias e tabagismo, sendo de extrema importância o conhecimento do cirurgião-dentista sobre tais condições, para que possam ser suspensas, melhorando assim o pós-cirúrgico. De acordo com o mestrando, ao longo dos anos a complicação já foi conhecida por nomes como alveolalgia, osteomielite, alveolite fibrinolítica, alveolite dolorosa seca/úmida, entre outros; ele ressalta também que existem diversos tipos, podendo ser classificadas de acordo com os pesquisadores, em variadas formas. Cordeiro (2010) informa que a alveolite se manifesta geralmente do segundo ao quinto dia após a cirurgia, apresentando sintomas como dor aguda e pulsátil que não cessa com o uso de analgésicos de rotina – a dor muitas vezes pode irradiar para as orelhas, cabeça e pescoço; a halitose é outra característica sempre presente. O pesquisador esclarece

que a dor costuma ser persistente, atrapalhando a qualidade de vida pessoal e profissional do paciente.

Figura 01. Características clínicas da alveolite



Fonte: Cordeiro et al. (2010).

Com relação a estatísticas a respeito da alveolite, ainda não se tem um dado concreto quanto à sua prevalência, embora seja observada mais frequentemente em mulheres, fumantes, submetidas ao uso de contraceptivos orais; mais presente nas extrações isoladas, realizadas na mandíbula, principalmente nos molares inferiores inclusos. Em relação a sua etiologia, o pesquisador afirma que a condição é multifatorial, variando de paciente para paciente, podendo ser de origem bacteriana ou fibrinolítica, portanto não possui uma causa específica; estudos epidemiológicos apontam certas causas que estão relacionadas à patologia, como inexperiência do cirurgião-dentista, trauma cirúrgico, higiene oral deficiente, gênero feminino, uso de contraceptivos orais, tabagismo, entre outros. Cordeiro (2010, p. 10) define como protocolos a serem usados como medidas profiláticas a suspensão dos fatores de risco e introdução de uma terapia farmacológica com o propósito de favorecer a cicatrização, variando desde o uso de soluções antissépticas pré e pós-operatórias, medicamentos tópicos no interior do alvéolo e medicação sistêmica. É imprescindível o conhecimento amplo acerca da patologia, para evitar consequências desfavoráveis, tanto para o paciente, quanto para o cirurgião-dentista – conhecimento que vai do diagnóstico e tratamento,

até a prevenção. Segundo o autor, após a exodontia, o processo de reparo alveolar é altamente especializado, tendo como objetivo a recuperação morfológica e funcional do tecido ósseo e de revestimento; há, inclusive, uma sequência para que o tecido volte a sua normal função, iniciando o processo inflamatório, de epitelização, fibroplasia e remodelação óssea. Nas primeiras 24 horas, o coágulo coberto de fibrina fixa-se no alvéolo pelos tecidos gengivais, que aos poucos é invadido por capilares neoformados e por fibroblastos, originados em sua maioria por mitose e/ou diferenciação de células mesenquimais, presentes no ligamento periodontal remanescente, ocorrendo a formação do tecido de granulação e o aumento progressivo das fibras colágenas, originando a matriz orgânica, dando lugar à deposição de tecido ósseo, possibilitando a reparação da ferida operatória. O pesquisador aponta que nem sempre o processo decorre como descrito, o que pode originar necrose ou desintegração inicial do coágulo sanguíneo, levando ao atraso do processo de reparação, muitas vezes acompanhado de dor moderada a intensa e exposição do osso alveolar.

Figura 02. Alveolite seca



Fonte: Cordeiro et al. (2010).

Figura 03. Alveolite úmida



Fonte: Cordeiro et al. (2010).

Rossi Junior et al. (2010) relataram que entre as complicações mais comuns em exodontias de terceiros molares está o trismo, ocorrendo em 56% dos pós-operatórios. O trismo pode estar presente no pré-operatório, em casos de artrite traumática das articulações temporomandibulares pelo espasmo muscular em decorrência de hematoma, em pacientes com neoplasias malignas e benignas na região de cabeça e pescoço, em casos de trauma ou de desordem muscular e nervosa decorrente de anestesia, na presença de corpo estranho ou de infecção frequente ou até mesmo decorrente de uma síndrome mais rara. O trismo é uma complicação associada ao tempo cirúrgico; sendo assim, quanto mais complexa a técnica, como em casos de osteotomia e odontosecção, mais chances de complicações no pós-operatório como trismo, alveolite e parestesia. O tratamento do trismo consiste em aplicação de calor úmido sobre o local trismado e uso de medicamentos miorrelaxantes. A partir da década de 50, a eletromiografia vem sendo utilizada para observar o músculo masseter. De acordo com os autores, pós-procedimentos cirúrgicos, devido à presença de edema e processo inflamatório no local da cirurgia, observou-se um aumento da atividade do músculo masseter, como um mecanismo de defesa; possivelmente a contração do masseter ocorre no movimento de abertura da boca, por isso, se houver esse movimento ocorrerá dor; então, para que tal dor seja evitada, o inconsciente do paciente faz com que o músculo masseter entre em contração para impedir essa abertura. Os autores concluíram que todos os pacientes submetidos à exodontia apresentaram algum grau de trismo. O exame eletromiográfico evidenciou que o masseter apresentou diminuição de sua força elétrica, fenômeno já esperado devido ao comprometimento desse músculo durante o ato cirúrgico, o que resultaria em dor na vigência de movimento de abertura da boca.

Andrade et al. (2012), em ampla revisão de literatura, citam Goldberg et al. (1985) e Oliveira et al. (2016), quando estes relatam que a remoção cirúrgica dos terceiros molares impactados é um procedimento bastante comum nos consultórios dentários, que por vezes pode levar a complicações como dor, edema, desconforto e/ou disfunção – permanentes ou temporários. Os articulistas ressaltam que uma vez indicada a cirurgia de extração, é dever do cirurgião-dentista realizar um bom planejamento, baseado nos exames clínicos e radiográficos, coletando dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual, analisando a complexidade operatória através do exame de imagem, para que com essas informações esteja melhor preparado para prevenir possíveis acidentes e complicações, que muitas vezes estão relacionados à posição e localização do dente. De acordo com Chiapasco et al. (1993), Graziani (1995) e Moreira (1991) – pesquisadores mencionados na revisão de literatura – a cirurgia de extração, mesmo que rotineira, e muitas vezes executada por dentistas não especialistas na área, pode apresentar certas dificuldades como, por exemplo, a íntima relação com estruturas nobres, a angulação da coroa dos dentes inclusos e impações. Andrade et al. (2012) citam ainda outras complicações como: a) hemorragia: complicação definida por um extravasamento sanguíneo abundante/anormal, que ocorre durante ou após a extração; o sangue não coagula e não promove a natural hemostasia, se diferenciando do extravasamento sanguíneo natural, decorrente de qualquer intervenção cirúrgica; b) alveolite: infecção pútrida do alvéolo que se manifesta no terceiro ou quarto dia após a extração dentária – autores como Oliveira et al. (2006) apontam que a incidência de alveolite é 21,9% maior em extração com indicação terapêutica, enquanto na remoção dentária por razões profiláticas é de 7,1%; Rood e Mergatroyd (1979) e Colby (1997) caracterizam clinicamente a alveolite por um alvéolo aberto, com coágulo sanguíneo parcial ou completamente solto, com paredes ósseas expostas; c) edema e dor: complicações pós-operatórias comuns advindas da cirurgia; a dor é vista por Melzack e Katz (1994) como a experiência dolorosa resultante da interpretação do aspecto físico-químico e da interação deste com as características individuais; quanto ao edema, Goldberg et al. (1985) afirmam que se deve a alguns fatores relacionados ao processo inflamatório devido ao ato cirúrgico; d) trismo: referido por Graziani (1995) como uma variação de dor muscular devido a um espasmo miofascial que pode resultar de injúrias às fibras musculares, como extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais,

especialmente se estiverem penetrando sobre os músculos mastigatórios, hematomas e infecções pós-operatórias; e) infecções: têm uma pequena incidência, de 1% a 5,8%, dado fornecido por Osborn et al. (1985), pesquisadores citados no texto; Poeschl e Eckel (2004), autores também mencionados na pesquisa, ressaltam que a profilaxia antibiótica não deve ser indicada em todos os casos, pois não contribui para a vitalidade do alvéolo, tampouco para a redução da dor ou melhora da abertura bucal; outrossim, não previne problemas inflamatórios pós-cirúrgicos.

Souza e Guimarães (2012), por meio de um relato de caso sobre a alveolite, mostraram que se trata de uma infecção bastante incômoda ao paciente, causando dores intensas que se prolongam por vários dias. O alvéolo é infeccionado pelas bactérias estafilococos e estreptococos; sua etiologia é desconhecida, podendo ocorrer por diversos fatores, como uso de tabaco, estado sistêmico do paciente, uso de contraceptivos orais, infecção, idade avançada, trauma cirúrgico, e campo cirúrgico não asséptico. A alveolite geralmente aparece a partir do terceiro ou quarto dia após a extração do dente; sua frequência é de 1 a 3% de todas as extrações, mas quando se fala em terceiros molares inferiores sua incidência aumenta em 25 a 30%. O paciente relata em casos de alveolite dor forte e contínua e presença de forte odor. O diagnóstico é confirmado pela sondagem do alvéolo, que aparece exposto e sensível. O tratamento é manter a higiene da ferida, com o uso de curativos antissépticos e analgésicos no interior da ferida; a curetagem é contraindicada pois retarda a reparação, todavia a curetagem delicada para remoção de restos de coágulo e material necrosado pode ser feita. A prevenção ainda é o melhor tratamento, com cirurgias sem grandes traumas, cuidado para evitar infecção e um bom nível de saúde em geral. Os pesquisadores relataram um caso clínico de um paciente de 28 anos de idade, do sexo masculino, que se apresentou à clínica de cirurgia da universidade José do Rosário Vellano (Unifenas/MG) para uma exodontia indicada por conta de uma pericoronarite. Foram realizadas as exodontias dos dentes 48 e 47. Três dias após, o paciente retornou relatando forte dor e odor fétido no local; após o exame intraoral, notou-se que a região estava inflamada, com o osso alveolar exposto e preenchido por uma camada amarela cinza com restos alimentares e tecido necrótico. O tratamento consistiu na remoção da sutura, limpeza com soro fisiológico 0,9% e preenchimento do alvéolo com uma pomada antisséptica e analgésica; foi indicado também antibioticoterapia. Os autores concluíram que não existe um tratamento

terapêutico padronizado para a alveolite e que o melhor a fazer é cuidar da sintomatologia e manter o local higienizado.

Ishii et al. (2012) realizaram um estudo de caso sobre fratura tardia de mandíbula decorrente das exodontias de terceiros molares, mostrando que esse evento é uma complicação rara e que pode ocorrer duas ou três semanas após a cirurgia, durante a mastigação. Os autores tiveram como objetivo informar os cirurgiões-dentistas a respeito dessa possibilidade, para que eles saibam lidar com essas complicações e até mesmo preveni-las. Na maioria dos casos, a fratura apresenta um traço simples e localiza-se na região de ângulo mandibular; vários fatores influenciam no risco de fratura, sendo eles: gênero, idade, grau de impactação, angulação e volume do elemento dental, presença de tumores, cistos, ou lesões ósseas e doenças sistêmicas. O diagnóstico da fratura é feito por exames de imagem como radiografias panorâmicas e tomografias; às vezes é difícil a identificação da fratura em radiografia panorâmica, por causa de sobreposição. Dentre os sinais e sintomas que acompanham tal tipo de fratura estão: dor à movimentação, crepitação óssea, edema, equimose, alteração na oclusão, mobilidade da mandíbula e sangramento local. O relato de barulho de estalo pós-exodontia também é um sinal de fratura percebido pelo paciente, em muitos casos o ruído é acompanhado de dor e aumento de volume. O tratamento da fratura visa à redução da fratura e fixação do osso, podendo ser cirúrgico ou conservador. Os autores relatam que um paciente do sexo masculino, de 48 anos de idade, realizou uma exodontia para retirada do dente 38; durante a osteotomia, houve uma fratura da cortical vestibular do alvéolo. Após 15 dias, o paciente retornou ao consultório e relatou ter ouvido um barulho durante a operação; ele apresentava edema e alteração oclusal. Exames de imagem foram realizados e detectada uma fratura de ângulo mandibular esquerdo. Como tratamento conservador, foi realizado um bloqueio maxilo mandibular com fio de aço e barra de Erich, mantido por 45 dias. O paciente foi acompanhado durante esse período e os exames de imagem mostraram que a fratura se consolidou; foi removido o bloqueio maxilo mandibular e o paciente foi acompanhado após dois e seis anos. Os pesquisadores concluíram que é muito importante a identificação de fratura tardia; a melhor opção de tratamento é a forma cirúrgica, mas em casos de comorbidade pode ser realizado um tratamento conservador.

Lopes e Freitas (2013) realizaram revisão de literatura ressaltando a importância do conhecimento de que a parestesia do nervo alveolar inferior é uma complicação pós cirurgia de terceiros molares e costuma causar grande desconforto para o paciente. Os pesquisadores citam alguns dos sintomas relatados pelos pacientes, como ausência de sensibilidade em determinada região, formigamento, sensibilidade alterada ao calor e frio, “fisgada” e coceira. Explicam que alterações de sensibilidade podem ocorrer em consequência de traumas diretos pela incisão do nervo, ou indiretos, por compressão devido a hematoma e edema. Para evitar a ocorrência da parestesia, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento anatômico do nervo alveolar inferior, da posição do canal mandibular e das raízes dos terceiros molares. Um bom planejamento pré-operatório é essencial; deve-se avaliar a posição dos terceiros molares de acordo com as classificações de George Winter, Pell & Gregory, sendo que tal avaliação é bem mais eficiente quando se dispõe de exames de imagem; dentre eles, os mais utilizados são a radiografia panorâmica – útil para identificar variedades anatômicas apresentadas pelo canal mandibular, embora seja deficitária em clareza quando há uma estreita relação entre os terceiros molares e o canal mandibular – e a tomografia – mais precisa, pois fornece imagem com menor grau de distorção e em três dimensões. Os autores ressaltam que as complicações pós-operatórias podem estar relacionadas com o uso inadequado de instrumental, aplicação de força excessiva por parte do cirurgião, erros de avaliação, visualização deficiente, além de estresse e ansiedade por parte do cirurgião-dentista. Diante de um quadro de parestesia, é importante saber que a sensibilidade aos poucos retorna ao paciente, em geral espontaneamente em 24 meses; todavia, em alguns casos, são necessários microneurocirurgia, uso de vitamina B e cortisona, e aplicação de laser de baixa densidade. Os autores enfatizam que, em casos mais graves, não há certeza do retorno da sensibilidade mesmo com esses tratamentos, por isso a prevenção ainda é a melhor coisa a se fazer. Os autores concluíram que a exodontia de terceiros molares é uma cirurgia realizada com bastante frequência e as complicações pós-operatórias ocorrem em grande número. A prevenção se baseia em um correto diagnóstico, no conhecimento anatômico por parte do profissional, na utilização de instrumentais corretos e na avaliação de radiografia panorâmica e tomografia, entre outros fatores. Entretanto, se mesmo tomando todos os cuidados a parestesia acontecer, existem diversas formas de tratamento e o cirurgião precisa estar apto a selecionar aquela que for mais adequada ao caso.

Seguro e Oliveira (2014) tiveram como o objetivo relatar as principais complicações cirúrgicas de exodontia de terceiros molares, mostrando como evitá-las e tratá-las. Os autores reconhecem que a cirurgia de terceiros molares é a mais comum entre as cirurgias bucomaxilofaciais e que um correto planejamento cirúrgico evita que ocorram acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório. Assim, é imprescindível realizar exame clínico para avaliar o estado de saúde geral, bem como observar a história medica e odontológica do paciente, e o exame radiográfico, para atentar à complexidade cirúrgica de acordo com a posição e forma do dente. Dentre as complicações, os pesquisadores citaram: a) trismo: dor resultado de injúria muscular, devido a múltiplas injeções anestésicas ou tempo prolongado da cirurgia; o paciente sente dificuldade na abertura parcial ou total da boca; o músculo mais afetado é o pterigoideo medial devido à penetração da agulha no nervo alveolar inferior; o paciente sempre deve ser informado pelo cirurgião-dentista sobre a possibilidade de haver trismo; o tratamento consiste em fisioterapia, aplicação de compressas frias e úmidas e administração de relaxante muscular; b) comunicação buco sinusal: raízes de pré-molares e molares podem estar contato com o assoalho do seio maxilar, por isso deve-se analisar bem as radiografias; o diagnostico é feito pela manobra de valsava, que consiste em uma respiração forçada em que o dentista fecha as narinas do paciente com os dedos e pede para o este expirar enquanto o profissional observa a área da extração – quando há comunicação, formam-se bolhas de sangue pelo alvéolo, indicando a passagem de ar; o tratamento irá variar de acordo com o tamanho da comunicação: se a abertura for menor que 2 mm, o cirurgião-dentista deverá orientar o paciente a não fumar, não assoar o nariz e não beber em canudo, até que se forme coágulo de sangue no alvéolo; se a abertura for entre 2 a 6 mm, realizar sutura em 8 para garantir a formação de coágulo; em abertura maior que 6mm, fazer um retalho para cobrir o local da comunicação; o fechamento da comunicação buco sinusal deve ser feito no mesmo dia, para evitar uma fístula buco sinusal ou uma sinusite maxilar; o paciente deve retornar ao ambulatório a cada 48 ou 72 horas para monitoração e o tratamento medicamentoso consiste em antibióticos, anti-histamínicos e anticongestionantes nasais, por 7 a 10 dias; c) infecção local: muito rara, acontece devido à quebra da cadeia asséptica, por falta de cuidados necessários, pelo mau planejamento ou falta de planejamento da cirurgia; fatores como idade do paciente, estado de saúde geral e tempo de cirurgia podem contribuir para essa complicação; a profilaxia com antibiótico deve ser feita em locais onde não

e possível manter a cadeia asséptica, como em serviços públicos; d) alveolite e dor pós-operatória: a dor pós operatória é uma complicação muito comum após o efeito da anestesia passar, por isso, o paciente tem que ser orientado para que no momento em que ele sinta um formigamento já comece a tomar analgésico por dois dias de 4 em 4 horas; já a alveolite é uma infecção no alvéolo após a extração, que ocorre pela falta de sangue, falta de coágulo por conta de sucção ou bochechos no local, falta de assepsia por parte do operador e instrumentais não esterilizados; a curetagem excessiva do alvéolo no momento da cirurgia é um fator a ser considerado para que ocorra essa complicação; a sintomatologia da alveolite é severa, intensa e pulsátil, não cede aos analgésicos comuns; o tratamento da alveolite consiste em preenchimento do alvéolo com óxido de zinco e eugenol, esponjas embebidas com antibióticos metronidazol 10% e lidocaína a 2%; inicialmente deve-se realizar uma simples curetagem e em seguida com mais intensidade irrigação de soro fisiológico como uma limpeza cirúrgica antes da introdução de medicamentos no interior do alvéolo; e) edema: muito comum, está relacionado com o processo inflamatório iniciado pelo ato cirúrgico; o edema aparece geralmente no segundo dia de pós-operatório e desaparece no quinto ou sétimo dia; o tratamento consiste na aplicação de bolsa de gelo no rosto durante 20 minutos e retirando 20 minutos, não excedendo seu uso por mais de 24 horas; f) parestesia: lesão nervosa que causa perda da sensibilidade e gera desconforto para o paciente, podendo ser permanente ou transitória; a causa da lesão pode ser cirurgia de terceiros molares, principalmente os inferiores, onde passa o nervo alveolar inferior; o paciente com parestesia relata formigamento, dormência, insensibilidade ao calor ou frio, inchaço, sensibilidade dolorosa e coceira na língua; para determinar o grau da injúria são realizados testes neurosensoriais; há casos em que os paciente se recuperam espontaneamente, em outros os sintomas persistem por mais de 3 meses em evolução (nesse caso geralmente é realizada uma microcirurgia por um neurocirurgião); complexo B é o medicamento que pode ser prescrito pelo cirurgião-dentista, pois acredita-se que promova o desenvolvimento da bainha de mielina, embora ainda nada tenha sido comprovado cientificamente. Os autores concluíram que a cirurgia de terceiro molar é um procedimento muito frequente, mas exige bom planejamento cirúrgico e biossegurança. Para evitar acidentes e complicações, o cirurgião-dentista deve estar atento e estudar caso a caso, porque quanto maior a complexidade da cirurgia maior a chance de uma complicação.

Lovat, Feron e Conde (2015), em revisão de monografia, tiveram como objetivo descrever as recomendações de dietas no pós-operatório de cirurgia de terceiros molares, as quais podem ajudar a evitar ou minimizar certas intercorrências indesejáveis como alveolite, edema e hemorragia. Os autores observaram que para diminuir a sintomatologia da cirurgia de terceiros molares se faz necessário rigorosa observação dos passos da técnica, menor trauma possível na sua execução e recomendações ao paciente sobre o pós-operatório, a fim de que tenha maior conforto e bem-estar. As principais recomendações são: evitar exercício físico durante 5 dias, tomar corretamente a medicação prescrita, aplicar compressas de gelo no local no primeiro dia, dormir com o travesseiro mais alto, não bochechar ou cuspir por 3 dias, evitar o uso do tabaco durante as primeiras 48 horas, escovar com cuidado os dentes e a região operada, alimentação fria, pastosa ou líquida. Dentre as dietas indicadas pelos autores estão: a) dieta pastosa: tem como finalidade proporcionar pouco ou nenhum esforço por parte do paciente durante a alimentação pós-operatória; os alimentos são amassados, triturados ou moídos; purês, mingaus e cremes fazem parte desta dieta, além de pastas, gelatinas, frutas cruas ou amassadas, entre outros; b) dieta semilíquida: constituída por alimentos como sopas, purês de vegetais, frutas em papa, caldos de carne e carnes moídas ou desfiadas; c) dieta líquida completa: é empregada no pós-operatório de pacientes com problema de mastigação e deglutição, como aqueles com bloqueio maxilomandibular – é considerada uma dieta inadequada e não pode ser administrada por um longo período de tempo; dentre os alimentos que podem ser utilizados nessa categoria estão o caldo de carne, de legumes, de verdura, de cereais, suco de frutas, gelatina e chá; é uma dieta que proporciona pouca saciedade e deve ser administrada de 2 em 2 horas; para uma maior fonte proteica, o paciente deve consumir alimentos à base de leite, como iogurte, queijos cremosos e sorvete (em caso de intolerância à lactose, esses alimentos podem ser substituídos por leite de soja). Os autores sugerem que, nas primeiras 48 horas no pós-operatório de exodontia dos terceiros molares, o paciente receba alimentos frios ou gelados, líquidos ou pastosos, e com uma grande quantidade calórica, a fim de manter a área operada sem traumatismo, contribuindo para sua homeostasia; a partir do terceiro dia, o paciente poderá voltar com sua alimentação normal de maneira gradativa, dando preferência para alimentos macios até a retirada da sutura. Os autores concluíram que: o pós-operatório de cirurgia de terceiros molares em geral impossibilita e/ou dificulta a mastigação do paciente por 7 a 10 dias; deve-se estimar as necessidades

energéticas e proteicas do paciente de acordo com o grau da severidade da cirurgia; os alimentos devem ser consumidos frios ou gelados nas primeiras 48 horas; a consistência deve ser líquida inicialmente e ir ficando mais espessa com o passar dos dias; a cicatrização e a redução de infecções dependem também da dieta do paciente no pós-operatório.

De acordo com Hupp et al. (2015), as complicações pós-operatórias, como dor e inchaço, trazem mais preocupações para a maioria dos pacientes do que o procedimento de extração em si. Assim que realizado o procedimento cirúrgico, o paciente/acompanhante deve ser instruído quanto a sequelas comuns que podem aparecer no dia da cirurgia ou após alguns dias, devendo ser explicado como reagir frente a essas situações. A extração é um procedimento cirúrgico que exige muito do mecanismo hemostático do corpo, pois os tecidos são altamente vascularizados; uma ferida aberta é deixada pelo procedimento de remoção dentária; praticamente inexistente um material que realize o completo selamento do alvéolo e pressione-o suficientemente; a língua tende a explorar a área, deslocando assim o coágulo sanguíneo; a ação das enzimas salivares realiza a lise do coágulo. Os autores destacam algumas complicações e a forma de evitá-las: a) hemorragia pós-operatória: assim que terminada a extração, a manobra inicial realizada para que seja controlado o sangramento é a compressão de uma gaze diretamente sobre o alvéolo, por no mínimo 30 minutos; a gaze deve estar úmida para que não ocorra a coagulação do sangue que está extravasando e o coágulo seja deslocado no momento de retirada da gaze. Um pequeno sangramento nas primeiras 12 ou 24 horas depois de uma extração é bastante esperado; no entanto, se houver persistência do quadro, é necessária a atenção do cirurgião; b) dor e desconforto: o desconforto pós-cirúrgico é bastante esperado pelos pacientes, sendo dever do cirurgião-dentista relatar uma expectativa realista sobre o pós-operatório. O paciente deve ser orientado a realizar o tratamento medicamentoso com ibuprofeno ou acetaminofeno, para o controle da dor nas horas iniciais, quando o efeito da anestesia se dissipar; c) edema: grande parte dos procedimentos cirúrgicos apresenta edema ou inchaço após a cirurgia. O auge do edema se dá em 36 a 48 horas após o procedimento cirúrgico, diminuindo entre o terceiro/ quarto dia ou até mesmo ao final da primeira semana. O inchaço que aumenta após o terceiro dia pode ser um sinal de processo infeccioso; d) trismo: a extração de dentes, especialmente os terceiros molares inferiores, pode trazer como complicação o trismo, limitação da abertura de boca, resultante do trauma, múltiplas injeções

anestésicas e inflamação envolvendo os músculos da mastigação. Essa complicação geralmente não é severa, mas o paciente precisa ser alertado sobre ela; e) equimose: complicação mais frequente em pacientes idosos, decorrente do extravasamento sanguíneo na submucosa e no subcutâneo, derivando lesão nos tecidos orais/face; f) infecção: é geralmente a causa mais comum para o retardo da cicatrização tecidual, contudo é raramente vista depois de uma extração dentária de rotina. Por outro lado, comumente presenciada em cirurgias com deslocamento das bordas dos tecidos e remoção de tecido ósseo, precisando ser feita a correta assepsia, como forma de prevenção; g) alvéolo seco: é um atraso na cicatrização, causando dor desde moderada a intensa, que aparece no terceiro ou quarto dia após a remoção do dentária. Clinicamente, o alvéolo aparenta estar vazio, com perda parcial ou total do coágulo sanguíneo, expondo algumas superfícies do alvéolo; a dor é indefinida, de moderada a intensa, latejante e quase sempre irradiada para o ouvido; a lesão tem odor fétido e o paciente relata gosto desagradável na boca. Os pesquisadores ressaltam que a prevenção das complicações deve ser o foco do operador, contudo, quando se apresentam, devem receber atenção e rápidas e eficientes atitudes, sempre antecipando ao paciente possíveis condutas e sequelas.

Miloro et al. (2016) relataram grande incidência de complicações ligadas à extração de terceiros molares, aproximadamente 10%, variando desde resultados previsíveis e esperados, como dor, inchaço e leve sangramento, a mais graves e constantes, como parestesia do nervo alveolar e fratura da mandíbula, sempre levando em consideração respostas fisiológicas normais da extração, como leve sangramento, inchaço, rigidez e dor, devendo ser minimizadas o máximo possível. Os autores ressaltam dados publicados, por autoridades, quanto ao curto impacto a curto prazo sobre a remoção do terceiro molar na qualidade de vida, apresentando maior sintomatologia na primeira semana pós extração, porém, a longo prazo é relatado um quadro bastante positivo, como melhora na qualidade de vida, eliminação da dor e da inflamação crônica, especialmente pericoronarite. São descritas pelos pesquisadores diversas complicações, dentre elas: 1) sangramento: pode ser minimizado por uma boa técnica cirúrgica, evitando o esgarçamento do tecido do retalho ou trauma excessivo do tecido mole, sempre estancando o sangramento durante a secção do vaso sanguíneo, para prevenir hemorragias secundárias; a melhor hemostasia após a extração é a compressão leve, utilizando gaze úmida sobre o local onde foi realizada a cirurgia. Em alguns casos, a hemostasia imediata não é tão facilmente obtida,

podendo ser utilizadas diversas técnicas para auxiliar a hemostasia local segura, o que abrange sutura excedente e colocação tópica de trombina em uma pequena esponja gelatinosa absorvível dentro do alvéolo; este também pode ser preenchido com celulosa oxidada, dispensando o uso da esponja e sendo colocada dentro do alvéolo sob pressão; em casos específicos, o coágulo microfibrilar pode ser usado para promover o tamponamento plaquetário.

Figura 04. Hemorragia



Fonte: Bazarin e Oliveira (2018).

2) inchaço: definido como um quadro normalmente esperado no pós-cirúrgico; corticosteroides podem minimizar o inchaço; a compressão com bolsa de gelo no rosto não possui efeitos sobre o edema, trazendo somente um conforto momentâneo ao paciente; via de regra, o inchaço alcança seu grau máximo no segundo dia pós-operatório e finaliza entre o quinto e sétimo dia; 3) trismo: é geralmente esperado após a extração, também sendo de costume o uso de corticosteroides para a diminuição do sintoma; atinge seu ápice no segundo dia e pode persistir até por uma semana; 4) dor:

morbidade também bastante esperada, tendo início assim que o efeito da anestesia local atinge seu ápice; durante as primeiras 12 horas pós-cirúrgicas é indicada uma variedade de analgésicos para o controle da dor, tais como a combinação de acetilsalicílico, paracetamol com codeína e seus similares, e analgésicos anti-inflamatórios não esteroidais; 5) infecção: complicação bastante incomum, com baixa incidência (de 1,7 a 2,7%); quase 5% das inflamações são abscessos subperiosteal, que ocorrem de 2 a 4 semanas após a extração; 6) osteíte alveolar: causada pela ruptura do coágulo antes que seja formado o tecido de granulação, sendo caracterizada pela presença de dor e halitose, sintomas observados no terceiro e quarto dia pós-cirúrgico; os agentes fibrinolíticos podem ser de origem salivar, bacteriana e tecidual; a complicação pode ser vista com mais frequência em fumantes e mulheres que fazem uso de contraceptivos orais. Para minimizar o quadro, os autores indicam redução da contaminação bacteriana na área cirúrgica, alta irrigação na área com soro fisiológico, irrigação pré-cirúrgica com agentes antimicrobianos como clorexidina e colocação tópica de uma pequena quantidade de antibiótico, como tetraciclina ou lincomicina; 7) lesões em nervos: a remoção dos terceiros molares causa alta exposição do nervo lingual, alveolar inferior e ramos da terceira divisão do trigêmeo; a incidência da lesão é de aproximadamente 3%, contudo, pequena parte dessas parestesias é permanente, o fator predisponente mais relatado é a impactação dos terceiros molares.

Belloti Neto et al. (2017), em revisão de literatura, trouxeram algumas complicações recorrentes da exodontia de terceiros molares. Gomes et al. (2014), autores citados no estudo, observam que o conhecimento dos riscos da prática clínica e do tratamento das complicações é de extrema importância, para maior segurança e benefício do paciente. Complicações como hemorragia e parestesia podem decorrer de acidentes durante a exodontia. Para prevenir tais acidentes é preciso atentar à precariedade dos cuidados pós-cirúrgicos realizados pelo paciente, como também à efetividade de sua resposta imunológica. Cabe ao cirurgião observar fatores como idade do paciente; gênero; uso de medicamento como antibióticos, corticosteroides ou contraceptivos orais; tabagismo; infecção anterior; periodontite; higiene oral; preparo do cirurgião; dificuldade de extração; irrigação insuficiente; número de dentes extraídos e técnicas anestésicas, sendo imprescindível, então, um bom planejamento cirúrgico. Uma das complicações citadas no artigo é a hemorragia; Hupp (2009) ressalta que a extração dentária exige muito do organismo humano e do mecanismo

hemostático e ressalta dificuldades como a alta vascularização dos tecidos orais e maxilares; a ferida aberta deixada pela exodontia, tanto em tecidos moles, como a nível ósseo, levando ao exsudato e à hemorragia adicional; o quase impossível tamponamento completo durante a cirurgia para prevenir a hemorragia; a influência da língua, deslocando coágulos sanguíneos, provocando hemorragias secundárias e por fim as enzimas salivares que fazem a lise do coágulo sanguíneo antes que ele se organize e antes do crescimento do tecido de granulação. A parestesia – insensibilização da região inervada, decorrente da lesão dos nervos sensitivos – é uma complicação caracterizada pela ausência de sensibilidade na região afetada, podendo evoluir, de acordo com Silveira et al. (2008), para sintomas como sensibilidade alterada ao calor, frio e dor; sensação de dormência, formigamento, “fisgada” e coceira. Hupp (2009) assevera que o nervo alveolar inferior e lingual são os mais vistos quando tratamos de parestesia, por sua localização próxima aos terceiros molares inferiores, sendo possível sua lesão durante a exodontia. Bhat et al. (2012) ressaltam que o trauma causado pela cirurgia num nervo periférico pode levar tanto à anestesia (perda total de sensibilidade), quanto à hipostasia média (diminuição média da sensibilidade), ou até mesmo à disestesia (sensações anormalmente dolorosas, que poderão ser originadas por um neuroma, localizados no local do trauma, mudanças no sistema nervoso autônomo ou alterações no sistema nervoso central).

Figura 05. Trismo



Fonte: Bazarin e Oliveira (2018).

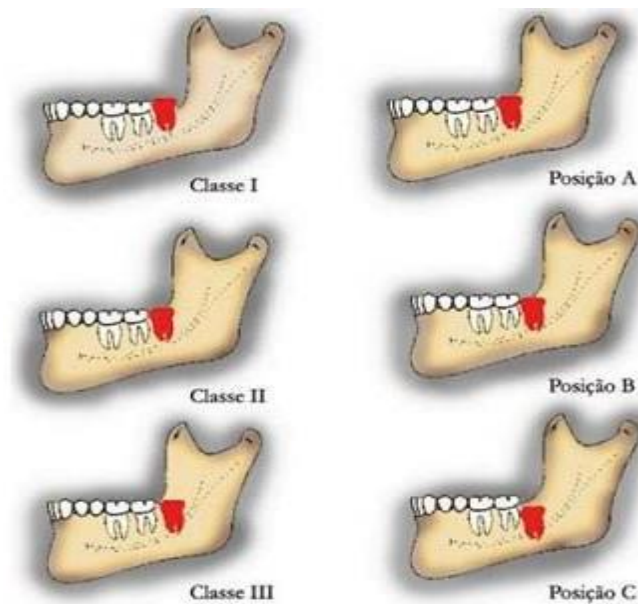
Castanha et al. (2018, p.105) explicam a diferença entre acidente e complicação em cirurgia, da seguinte forma: “Acidentes podem ser considerados

como intercorrências ocasionadas no transoperatório, enquanto as complicações são aquelas que ocorrem no período pós-operatório”. E ressaltam, ainda, que os acidentes podem trazer futuras complicações ao paciente; por exemplo, uma comunicação bucossinusal não tratada poderá evoluir para uma sinusite maxilar. Dentre as complicações nas cirurgias de terceiro molar, os pesquisadores destacam:

- a) edema: frequente, relacionado tanto à resposta imunoinflamatória do paciente quanto à habilidade do cirurgião;
- b) alveolite: infecção que se instala no alvéolo após exodontia, provocada por estafilococos e estreptococos. Pode decorrer da falta de sangramento e irrigação do alvéolo, remoção do coágulo por meios mecânicos, como sucção ou bochechos, falta de assepsia do operador ou uso de material não estéril, traumatismo do osso alveolar durante a cirurgia, curetagem excessiva do alvéolo ou ainda infecções pré-operatórias, como as pericoronarites;
- c) trismo: limitação na abertura da boca provocando dor muscular, podendo ser resultado de lesão das fibras musculares por múltiplas injeções, tempo cirúrgico prolongado, edema ou infecção pós-operatória. Os autores ressaltam que a anestesia pterigomandibular é a que mais provoca esse tipo de complicação pós-cirúrgica;
- d) infecção local: é a mais grave das complicações, de evolução rápida por causa da localização e da facilidade de progressão, podendo atingir regiões vitais e até levar o paciente a óbito, se não for adequadamente tratada. Segundo os autores, é fundamental observar, quando da indicação de um procedimento cirúrgico, os seguintes fatores: idade do paciente, estado de saúde geral, grau de impaction dental, tempo de cirurgia e as condições assépticas da região a ser operada. Os pesquisadores concluíram que o sucesso das exodontias de terceiros molares está atrelado à prática clínica e ao conhecimento apurado das técnicas cirúrgicas, bem como dos acidentes no transoperatório e das complicações nos pós-operatório. Tal associação de conhecimentos permitirá ao profissional atuar com mais segurança, reduzindo a morbidade do ato em relação ao paciente. Os autores concluíram que os cuidados pré e pós-operatórios são de suma importância para evitar acidentes e complicações, sendo a prevenção através do planejamento o principal objetivo. Castanha et al. (2018) também teceram considerações sobre a importância de o cirurgião-dentista conhecer com profundidade a respeito dos acidentes e complicações em exodontias de terceiros molares, visto que tais eventos podem ser frequentes tanto na maxila quanto na mandíbula e em tecidos circunvizinhos. De acordo com os pesquisadores, essa cirurgia – que pode se tornar complexa devido a certas variáveis como dilaceração radicular, inclusão em

tecido ósseo, posição do elemento e proximidade de estruturas nobres – é bastante indicada para pacientes entre 16 e 21 anos, geralmente por razões profiláticas para evitar lesões císticas e tumorais, ou por necessidade de ganho de espaço em tratamentos ortodônticos. Para os autores, os acidentes e complicações podem ser simples, de fácil resolução (como fraturas dentárias, pequenas comunicações bucossinusais, laceração de retalhos) ou mais graves (grandes comunicações bucossinusais, fraturas de instrumentais com penetração total nos tecidos, fraturas mandibulares transoperatórias e lesões nervosas), podendo comprometer a saúde do paciente. Winter (1926) e Pell e Gregory (1933) são autores citados neste artigo, pois criaram sistemas de classificação tridimensional para os terceiros molares quanto à sua posição nas arcadas e sua relação com as bases ósseas superior ou inferior.

Figura 06. Classificação de Pell e Gregory



Fonte: <https://www.odontoup.com.br/dentes-retidos/>

Bazarin e Oliveira (2018), em revisão de literatura, relataram que, mesmo que a extração dentária não seja considerada de risco, algumas complicações podem ocorrer, necessitando que o cirurgião-dentista esteja apto para evitá-las ou administrá-las. De acordo com Grandini (1992), autor citado pelos pesquisadores, a complicação de uma extração é multifatorial, precisando de um diagnóstico primoroso,

considerando gênero, idade do paciente, tabagismo, higiene oral, uso de medicamentos, saúde do paciente, técnica utilizada pelo cirurgião-dentista, tempo da cirurgia, experiência do cirurgião, entre outros. As complicações citadas pelos autores compreendem: a) hemorragia: complicação muito frequente; pode ocorrer no transoperatório ou pós-operatório, sendo classificada como tardia, quando o sangramento ocorre apenas uma vez após o procedimento, ou recorrente, quando o sangramento se dá várias vezes após a extração; b) alveolite: idade, gênero, tabagismo, higienização precária, falta de cuidado pós-operatório, experiência do cirurgião, trauma cirúrgico, localização anatômica, falha na cadeia asséptica, ação dos anestésicos locais, curetagem alveolar, pouco suprimento sanguíneo local, fibrinólise, remoção do coágulo pelo paciente, presença de processo infeccioso são fatores a serem considerados na vigência dessa complicação; Kato (2010), citado pelos autores, ressalta o surgimento da alveolite entre o segundo e quinto dia após a cirurgia, e a descreve como uma sendo uma dor intensa e latejante, a qual não cessa com analgésicos de rotina, havendo odor e ausência de tecido íntegro dentro do alvéolo; c) trismo: complicação que dificulta a abertura de boca, aparece por múltiplas injeções anestésicas nos músculos da mastigação ou quando são realizados procedimentos de longa duração; d) parestesia: lesão no nervo, perdendo sua sensibilidade, pode ser transitória ou permanente; mais frequente em exodontias dos terceiros molares inferiores inclusos, é caracterizada pela perda total ou parcial da sensibilidade do lado afetado, sensação de dormência e formigamento. Os autores concluem que, mesmo a exodontia apresentando um certo grau de complexidade, acidentes e complicações podem ser evitados com uma boa anamnese, um bom planejamento, utilizando recursos atuais de grande qualidade. São também importantes o conhecimento e a experiência do cirurgião-dentista, para que em caso de complicações saiba como proceder.

Prado e Salim (2018) enumeraram os principais cuidados preventivos que devem ser tomados pelo cirurgião-dentista em se tratando de cirurgias de terceiro molar, como: somente realizar cirurgias para as quais o profissional esteja habilitado e com as quais esteja familiarizado; fazer um avaliação pré-operatória rigorosa; possuir um detalhado plano de tratamento e segui-lo rigorosamente; sempre que necessário, trabalhar com equipe multifuncional; possuir no campo operatório os instrumentos necessários para a correta execução cirúrgica; não realizar procedimentos sem um bom campo operatório; sempre realizar os procedimentos com

calma e respeitar a cadeia asséptica; realizar exames de imagem e respeitar áreas nobres às quais o local a ser operado esteja intimamente ligado; não realizar força excessiva, optando pela odontossecação; somente realizar a sutura depois que a hemostasia foi garantida. Os autores afirmam que a chave para o sucesso das exodontias e o diagnóstico precoce das possíveis complicações, em uma avaliação pré-operatória bastante rigorosa. Dentre as complicações, descrevem a parestesia – mais vista durante a técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior, tendo como causas: trauma gerado pela agulha, volume da solução anestésica, múltiplas repetições, tipo de anestésico local e neurotoxicidade; o profissional deve minimizar as reações adversas, utilizando anestésicos locais apropriados para cada pessoa, calcular as doses e realizar aspiração prévia. Outra complicação apresentada por Prado e Salim (2018) é a lesão aos tecidos moles, geralmente ocasionada por trauma mecânico, devido a uso inadequado de afastadores, instrumentos rotatórios, alavancas ou realização/manipulação indevida de retalhos, uso de força excessiva e falta de atenção do operador. Os autores tratam ainda de casos de hemorragias transoperatórias, uma das mais frequentes complicações – sendo uma adequada avaliação, conhecimento dos distúrbios de coagulação e métodos de tratamento, o mais indicado em termos de prevenção; esclarecem que a melhor maneira de controlar o sangramento abundante é através da compressão com gaze durante trinta minutos ou mais; quando a conduta não for suficiente, pode-se recorrer a métodos hemostáticos locais. Sobre infecções, Prado e Salim (2018) explicam que toda ferida cirúrgica tem a possível chance de infecção, sendo de grande importância o respeito à cadeia asséptica, ao tempo operatório e às condições sistêmicas do paciente. E por fim, os autores discorrem sobre a alveolite – complicação que pode ocasionar o atraso na cicatrização dos tecidos – tendo como sintomatologia, dor forte e contínua no terceiro/quarto dia pós-operatório, associada a odor fétido e à falta de coágulo sanguíneo no alvéolo, posteriormente levando à exposição óssea; a etiologia da alveolite ainda parece não ser clara, podendo resultar dos altos níveis de atividade fibrinolítica no alvéolo, provocando lise no coágulo.

A relação entre o tempo cirúrgico e a prevalência da infecção pós-operatória é muito bem relatada na monografia apresentada por Carvalho e Gonella (2019). A prática de extração dos terceiros molares impactados tem trazido certas complicações na atuação em clínica geral, devido à realização por dentistas não especializados, de acordo com Antunes (2014) e Seguro e Oliveira (2014) –

pesquisadores citados pelos autores. Castanha et al. (2018 apud Carvalho e Gonella, 2019) observam que, devido ao aumento de extrações dos terceiros molares nos consultórios dentários, é inevitável a maior frequência das complicações no pós-operatório, quadro que também pode estar ligado à prática realizada por cirurgiões inexperientes e recém-formados. Segundo autores presentes na monografia, as complicações se dividem entre comuns e incomuns. Os episódios considerados menos preocupantes incluem dor, edema e trismo; enquanto os menos frequentes são as fraturas mandibulares e infecções de espaços faciais, contudo, concluíram que todo e qualquer tipo de cirurgia de terceiros molares tem como consequência complicações, sendo dever do profissional responsável minimizá-las, sempre precedendo um bom diagnóstico e alertando o paciente dos possíveis incidentes. Um estudo bastante notório realizado por Araújo et al. (2011), citado na monografia, demonstra que a impaction pode ocorrer com qualquer elemento dentário, entretanto tem maior incidência nos terceiros molares, que na maioria das vezes se encontram incluso ou impactado na arcada dentária, em decorrência da falta de espaço no arco, pela topografia ou devido à posição do segundo molar. Os mesmos pesquisadores ressaltam que a extração de terceiros molares é o mais frequente procedimento realizado por especialistas em cirurgia oral, e pode acarretar certos acidentes e complicações, tais como: dor, trismo, edema, sangramento, alveolite, fraturas dentoalveolares, injúrias periodontais a dentes adjacentes e ATM, parestesia temporária ou permanente, infecções que abrangem espaços faciais, fratura da tuberosidade da maxila e mandíbula, comunicações bucossinusais, deslocamento de dentes para áreas nobres, entre outros – o estudo apontou as mais prováveis ocorrências, como lesão na comissura labial (14 casos), dor (9), hematoma (8), sangramento (8), ulceração em mucosa jugal (4), abscesso (1), e comunicação bucossinusal (1). Ao final da revisão de literatura, Carvalho e Gonella (2019) concluíram que as infecções estão ligadas ao tempo cirúrgico, sendo ideal que tal tempo seja menor que 50 minutos, bem como aos casos que demandam odontosecção e osteotomia (dentes impactados); contudo, o fator que mais contribui para acidentes e complicações é a falta de experiência do cirurgião, pois o tempo cirúrgico é elevado, sendo maiores as chances de processos infecciosos como alveolite seca e infecções no sítio cirúrgico com sintomas de edema e dor. Ressaltam ainda que um bom planejamento associado à técnica correta tem grande impacto na diminuição dos quadros de acidentes e complicações.

Silva et al. (2019) realizaram estudo observacional do tipo transversal com cirurgiões que atuam na área bucomaxilofacial. Dividiram os pacientes em grupos de acordo com o nível de formação de seus dentistas e os resultados mostraram que a maior parte dos profissionais indica a remoção de terceiros molares impactados assintomáticos como medida profilática, com a finalidade de evitar futuras complicações. Terceiros molares impactados geralmente estão envolvidos em alterações patológicas do tipo pericoronarite, gengivite, periodontite, reabsorção radicular, cárie e desenvolvimento de cistos e tumores. A remoção profilática evita que essas lesões se desenvolvam com o passar do tempo e evita também o risco de complicações pós-operatórias. De acordo com os pesquisadores, a exodontia é um procedimento simples, realizado com anestesia local de forma ambulatorial, porém alguns pacientes necessitam de atendimento no hospital sob anestesia geral ou sedação intravenosa. A cirurgia apresenta riscos, como lesão nervosa ou temporária, alveolite, infecção, hemorragia, edema, dor e trismo. Os autores entendem que a remoção dos terceiros molares impactados traria mais benefícios do que malefícios em pacientes jovens, pois eles apresentam poucas chances de complicações em exodontia de terceiros molares e no pós-operatório sofrem pouco impacto na sua qualidade de vida. Os pesquisadores concluíram que a indicação de retirada do terceiro molar impactado assintomático leva em consideração a aceitação do paciente, o conhecimento clínico do profissional e uma meticulosa avaliação da imagem radiográfica do dente em pauta.

Jardim e Duarte (2020), em revisão de literatura, descrevem a exodontia como um procedimento definitivo, que compreende a remoção do elemento dentário. É indicada em situações como cárie dentária em estágio avançado de destruição, quando o tratamento conservador não está indicado, em periodontopatias severas em estágio de perda óssea e na presença de infecções locais. Também os dentes inclusos e impactados na maioria das vezes podem ter a exodontia indicada. De acordo com os estudiosos, os terceiros molares constituem o grupo de dentes mais acometidos por infecções locais e que, em consequência, mais apresentam indicação cirúrgica (dentes inclusos/impactados). Eles iniciam o processo de erupção quando o paciente tem de 18 aos 24 anos de idade, sendo conhecidos como os últimos dentes a erupcionarem (daí serem chamados dentes do siso, ou do juízo), o que muitas vezes pode resultar em falta de espaço na arcada dentária, podendo causar retenção ou

erupção parcial – dependendo da angulação do dente, pode haver impactação através do segundo molar, de acordo com Mattos e Correa, em 2014, autores privilegiados na pesquisa de Jardim e Duarte (2020). Segundo os articulistas, a exodontia é um dos procedimentos mais realizados em consultórios dentários, na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, podendo haver acidentes e decorrer complicações, tais como alveolite, dor, infecções, edema, trismo, injúrias em dentes adjacentes, fraturas ósseas, fraturas de agulha, hemorragias e introdução acidental do dente no interior do seio maxilar. A identificação do posicionamento dentário é de extrema importância, para que o cirurgião-dentista saiba como atuar, decidindo qual instrumental usar, fazendo o planejamento da técnica cirúrgica e um prognóstico da intervenção. A melhor forma de evitar tais ocorrências é fazer um planejamento cirúrgico minucioso baseado em exames clínico, físico e de imagem. Os acidentes ocorrem durante a procedimento cirúrgico, podendo ser no início ou ao fim, enquanto as complicações podem advir desses acidentes, como alveolite, infecção, dor, edema, trismo e hemorragia. Flores et al. (2016), pesquisadores mencionados pelos autores, estudaram, em pesquisa de campo, a prevalência do trismo como manifestação pósoperatória na extração de terceiros molares, concluindo que a complicação não pode ser comprovada como decorrente do trauma cirúrgico. Outra complicação citada são os quadros de infecção; apesar da sua baixa incidência (10%) frente à quantidade de cirurgias realizadas, o número de casos de infecção tende a ser elevado. Contudo, a realização da profilaxia antibiótica vem sendo questionada em função da sua eficácia, de seus efeitos colaterais, custos e principalmente pelo aumento no número de microrganismos resistentes. Os pesquisadores explicam que diversos trabalhos vêm tentando comprovar tal questionamento, porém, tendo em vista o grande número de variáveis e a forte interação entre elas, ainda não foi possível concluir de forma confiável. Ao final, concluíram que conhecimento das técnicas cirúrgicas, anamnese bem conduzida, bom planejamento, cuidados durante todo o procedimento e acompanhamento do paciente são essenciais para minimizar o risco de acidentes e complicações, o que, conseqüentemente, resulta no sucesso cirúrgico.

Souza (2020), em monografia, descreveu as principais complicações na exodontia de terceiros molares em posição ectópica. A autora descreve os terceiros molares ectópicos como dentes mal posicionados em relação ao osso alveolar, se desenvolvendo com uma complexa interação entre o epitélio bucal e o tecido

mesenquimal subjacente – condição rara, principalmente quando acomete os terceiros molares inferiores (1%) – podendo não apresentar sintomatologia ou, em algum momento, causar dor ao paciente. Sua remoção deve ser realizada com base em um planejamento cirúrgico adequado, tendo como principal aliados os exames de imagem, para a correta localização do elemento dentário, em especial suas raízes, pois há risco de estar intimamente ligado ao nervo alveolar, sendo a tomografia de cone beam a mais indicada nesse caso. As complicações mais comuns são edema, hematoma e trismo, nos pós-operatório imediato; além de cicatrizes irregulares e bridas artificiais e parestesia nos pós-operatório mediato. A estudiosa descreve a parestesia como uma complicação que pode ser decorrente de um trauma, da ação de um tumor que cresce comprimindo o nervo, do excesso de calor em vista ao uso de instrumentos rotatórios, de ação química de anestésicos e infecções que possam atingir o canal mandibular, sendo de grande interferência a experiência do cirurgião-dentista e a observação de exames radiográficos adequados. Esclarece que o quadro não possui tratamento indicado, mas há relatos de melhora com o uso de histaminas e medicamentos vasodilatadores. Lopes et al. (2013), autores privilegiados na monografia, relatam, quanto à parestesia do nervo alveolar inferior após exodontias de terceiro molar inferior, que as chances de lesão desse nervo durante o procedimento cirúrgico aumentam; explicam que a adoção de certas medidas – como utilização de exames complementares de imagem, investimento em capacitação profissional de qualidade e o uso de instrumental cirúrgico adequado – contribui para a prevenção de tal complicação. Souza (2020) concluiu que cirurgias de terceiro molar ectópico necessitam de atenção durante o planejamento para evitar complicações; ademais, é de grande importância a localização do real posicionamento do terceiro molar na arcada, por meio da radiografia panorâmica e, melhor ainda, da tomografia computadorizada, que traz maior precisão cirúrgica. Ainda que rotineira a extração de terceiros molares em clínicas odontológicas, é fundamental o conhecimento do profissional quanto às técnicas cirúrgicas, ao uso adequado e eficiente dos exames de imagens, bem como das complicações que podem advir de procedimentos inadequadamente conduzidos. Cabe ao profissional operador responsabilmente optar pela técnica sobre a qual possui mais domínio e é mais adequada para cada caso, mesmo que isso implique no encaminhamento do caso a um cirurgião bucomaxilofacial.

Ferreira Filho et al. (2020), em revisão de literatura, pesquisaram sobre a importância de um bom diagnóstico e planejamento das cirurgias, com a ajuda de exame de imagem. Observaram que, além disso, é imprescindível o conhecimento teórico e prático do cirurgião-dentista quanto às estruturas anatômicas do elemento a ser removido e de seu entorno. Também os cuidados pré e pós-operatórios são de suma importância para diminuir a incidência de acidentes e complicações, sempre enfatizando a prevenção associada ao conhecimento do profissional. Medeiros et al. (2017, apud Ferreira et al., 2020) ressaltam a importância de um bom planejamento cirúrgico, sempre se baseando em exames radiográficos ou até mesmo tomográfico, além de um profundo conhecimento cirúrgico/da anatomia local, orientação e medicação pós-operatória, evitando possíveis complicações no pós-operatório. Oliveira et al. (2017), igualmente citados pelos pesquisadores, explicam que muitas vezes o procedimento de extração pode se tornar complexo, devido a variáveis envolvidas, como dilaceração radicular, inclusão em tecido ósseo, posição do elemento, proximidade de estruturas nobres, além da pouca habilidade do profissional. Dentre as complicações descritas pelos autores, destaca-se a hemorragia, uma condição associada à alta vascularização dos tecidos orais e maxilares, além da ferida aberta deixada pela exodontia, tanto em nível de tecido mole, quanto a nível ósseo; fatores como dificuldade de tamponamento, movimentação excessiva da língua e enzimas salivares que desorganizam o coágulo do alvéolo antes do crescimento do tecido de granulação contribuem para que o processo hemorrágico se instale. Certas condições relacionadas com topografia óssea, espaço na arcada, posição do segundo molar e posicionamento do dente no osso podem contribuir para acidentes e complicações nas intervenções de remoção do terceiro molar, tais como dor, trismo, alveolite, injúrias nervosas, periodontais e a dentes subjacentes, infecções, fraturas da tuberosidade maxilar e mandibulares e também a comunicação buccossinusal. Normando (2015), autor citado pelos autores, relata a importância da indicação correta associada a um bom planejamento para a extração do terceiro molar, pois também serve como prevenção de complicações, como o risco de impactação, de cárie, de pericoronarite, problemas periodontais na face, cistos odontogênicos e apinhamento. Santos et al. (2018), mencionados na revisão de literatura, enfatizam que a alveolite está entre as complicações mais comuns dentro das exodontias de elementos dentários permanentes, sendo descrita como uma dor pulsátil no alvéolo dentário, que se apresenta do terceiro ao quinto dia

após a cirurgia, dada à desintegração total ou parcial do coágulo, provocando halitose, podendo haver ou não exposição do tecido ósseo. Outra complicação descrita pelos pesquisadores, citada por Bauer (2016), é a infecção, que apesar da sua baixa incidência, está entre as principais complicações relacionadas à cirurgia de extração. De acordo com o autor, o risco de complicação está associado com o tempo da cirurgia; estudos mostram que a cada minuto de cirurgia a chance de complicação infecciosa aumenta em 2,7% e que cirurgias acima de 60 minutos aumentam o risco em seis vezes. De acordo com Pereira et al. (2020), graves complicações hemorrágicas devido à extração são raras e pouco estudadas, no entanto, é uma ocorrência que pode trazer graves riscos para a vida do paciente, precisando ser devidamente gerenciada em um curto período de tempo.

4 DISCUSSÃO

Hupp (2015) e Kato et al. (2010) afirmaram que a complicação é definida como situação que ocorre após o término da cirurgia, enquanto acidente diz respeito a toda intercorrência durante o procedimento cirúrgico. Enfatizam que muitas vezes a dor e inchaço trazem mais preocupações para a maioria dos pacientes do que o procedimento de extração em si.

Bezarin e Oliveira (2018), Miloro et al. (2016), Andrade et al. (2012), Kato et al. (2010) concluem que, embora a extração dentária não seja considerada um procedimento capaz de trazer grandes riscos ao paciente, acidentes e complicações, tais como alveolite, hematoma, edema exacerbado, hemorragia, infecção e parestesia temporária, dor, edema, desconforto e/ou disfunção – permanentes ou temporários – podem ocorrer. Em vista disso, é necessário o conhecimento do cirurgião-dentista, sobre acidentes e complicações, para que saiba como evitá-los ou minimizá-los o máximo possível.

Jardim e Duarte (2020) e Hupp (2015) observaram que a extração é um procedimento cirúrgico definitivo, que compreende a remoção do elemento dentário, exigindo muito do mecanismo hemostático do corpo, pois os tecidos são altamente vascularizados; uma ferida aberta é deixada pelo procedimento de remoção dentária; praticamente inexistente um material que realize o completo selamento do alvéolo e

pressione-o suficientemente; a língua tende a explorar a área, deslocando assim o coágulo sanguíneo; a ação das enzimas salivares realiza a lise do coágulo.

Souza e Guimarães (2012), Seguro e Oliveira (2014), Jardim e Duarte (2020) apontaram que a exodontia de terceiros molares é a cirurgia mais frequentemente realizada em consultórios odontológicos na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Ferreira Filho et al. (2020), Souza (2020) e Carvalho e Gonella (2019) chegaram à conclusão de que, devido ao aumento de extrações dos terceiros molares nos consultórios dentários, é inevitável a maior frequência das complicações no pós-operatório, quadro que também pode estar ligado à prática realizada por cirurgiões inexperientes, recém-formados e não especializados, se fazendo imprescindível o conhecimento teórico e prático do cirurgião-dentista quanto às estruturas anatômicas do elemento a ser removido e de seu entorno, cabendo ao profissional operador optar pela técnica sobre a qual possui mais domínio e é mais adequada para cada caso, mesmo que isso implique no encaminhamento do caso a um cirurgião bucomaxilofacial.

Castanha et al. (2018) e Bazarin e Oliveira (2018) atrelaram o sucesso cirúrgico à prática clínica e ao conhecimento apurado das técnicas cirúrgicas, bem como dos acidentes no transoperatório e das complicações nos pós-operatório. Tal associação de conhecimentos permitirá ao profissional atuar com mais segurança, reduzindo a morbidade do ato em relação ao paciente. Em contraposição, Carvalho e Gonella (2019) defendem que as infecções estão ligadas ao tempo cirúrgico, sendo ideal que tal tempo seja menor que 50 minutos. Nos casos que demandam odontosecção e osteotomia (dentes impactados), o tempo cirúrgico e a dificuldade dos passos operatórios são maiores, o que aumenta as chances de complicações. Para os autores, no entanto, o fator que mais contribui para acidentes e complicações é a falta de experiência do cirurgião, pois o tempo cirúrgico é elevado, sendo maiores as chances de processos infecciosos como alveolite seca e infecções no sítio cirúrgico com sintomas de edema e dor.

Castanha et al. (2018) defendem que os acidentes e complicações podem ser simples, de fácil resolução (como fraturas dentárias, pequenas comunicações bucossinusais, laceração de retalhos) ou mais graves (grandes comunicações bucossinusais, fraturas de instrumentais com penetração total nos tecidos, fraturas

mandibulares transoperatórias e lesões nervosas), podendo comprometer a saúde do paciente. Entretanto Bazarin e Oliveira (2018), Castanha et al (2018), Belloti Neto et al. (2017), Andrade et al., (2012) notaram que o procedimento pode se tornar complexo devido a certas variáveis como dilaceração radicular, inclusão em tecido ósseo, posição do elemento e proximidade de estruturas nobres. Uma vez indicada a cirurgia de extração, é dever do cirurgião-dentista realizar um bom planejamento, baseado nos exames clínicos e radiográficos, coletando dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual, analisando a complexidade operatória através do exame de imagem, utilizando recursos atuais de grande qualidade, para que com essas informações esteja melhor preparado para prevenir possíveis acidentes e complicações, que muitas vezes estão relacionados à posição e localização do dente.

Ferreira Filho et al. (2020), Bazarin e Oliveira (2018), Kato et al. (2010) afirmam que o sucesso da prática cirúrgica é multifatorial, precisando de um diagnóstico primoroso, considerando gênero, idade do paciente, tabagismo, higiene oral, uso de medicamentos, saúde do paciente, técnica utilizada pelo cirurgião-dentista, tempo da cirurgia, experiência do cirurgião, seu estado de saúde, grau de impactação do dente, tabagismo, uso de medicamento anticoncepcional e qualidade da higiene oral. Também os cuidados pré e pós-operatórios são de suma importância para diminuir a incidência de acidentes e complicações

Miloro et al. (2016), Belloti Neto et al. (2017), Kato et al. (2010), Cordeiro et al. (2010), Prado e Salim (2018) afirmam que, entre as complicações mais frequentes, a alveolite e hemorragia recebem destaque. De acordo com os autores, a hemorragia pode ser vista tanto como um acidente quanto como complicação, podendo ser minimizada por uma boa técnica cirúrgica, sempre estancando o sangramento durante a secção do vaso sanguíneo e realizando a hemostasia após a extração, comprimindo uma gaze úmida sobre o local onde foi realizada a cirurgia. A alveolite é uma das complicações mais frequentemente associadas à extração de dentes permanentes, sendo definida como uma inflamação do alvéolo, resultante da desintegração e infecção do coágulo inicial, levando a uma cicatrização inadequada do tecido. Esclarecem que toda ferida cirúrgica tem a chance de infecção, sendo de grande importância o respeito à cadeia asséptica, ao tempo operatório e às condições sistêmicas do paciente.

Lopes e Freitas (2013), Seguro e Oliveira (2014), Jardim e Duarte (2020), Souza (2020) afirmam que um bom planejamento cirúrgico é necessário para que se evite acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório; deve-se observar a história médica e odontológica do paciente, e o exame radiográfico, para atentar à complexidade cirúrgica de acordo com a posição e forma do dente. Os autores defendem que a melhor forma de evitar tais ocorrências é fazer um planejamento cirúrgico minucioso baseado em exames clínico, físico e de imagem. Os exames de imagem servem para a correta localização do elemento dentário. A tomografia de cone beam é a mais indicada nesse caso. Para evitar acidentes e complicações, o cirurgião-dentista deve estar atento e estudar caso a caso, porque quanto maior a complexidade da cirurgia maior a chance de uma complicação.

Seguro e Oliveira (2014), Silva et al. (2019), Jardim e Duarte (2020), Souza (2020) observaram que a cirurgia apresenta riscos, e pode ter complicações como lesão nervosa permanente ou temporária, alveolite, infecção, hemorragia, edema, dor, trismo, comunicação buco sinusal e parestesia. Entretanto Lovat, Feron e Conde (2015) recomendam dietas no pós-operatório de cirurgia de terceiros molares, que podem ajudar a evitar ou minimizar certas intercorrências indesejáveis como alveolite, edema e hemorragia.

Silva et al. (2019) mostraram que a maior parte dos profissionais indica a remoção de terceiros molares impactados assintomáticos como medida profilática, com a finalidade de evitar futuras complicações.

Os autores Rossi Junior et al. (2010), Souza e Guimarães (2012), Ishii et al. (2012) foram bem específicos e descreveram algumas das complicações decorrentes de exodontia de terceiros molares. Rossi Junior et al. (2010) explicam que o trismo é uma complicação associada ao tempo cirúrgico, quanto mais complexa a técnica, como em casos de osteotomia e odontosecção, mais chances de complicações no pós-operatório. Todavia, Souza e Guimarães (2012) contam que a alveolite pode ocorrer por conta de uso de tabaco, estado sistêmico do paciente, uso de contraceptivos orais, infecção, idade avançada, trauma cirúrgico, e campo cirúrgico não asséptico. Ishii et al. (2012) descrevem perfeitamente a fratura de mandíbula que é decorrente de exodontias, trata-se de uma complicação rara e que pode ocorrer duas ou três semanas após a cirurgia, durante a mastigação. Na maioria dos casos, a fratura apresenta um traço simples e localiza-se na região de ângulo mandibular.

Lopes e Freitas (2013) e Souza (2020) concordam sobre a necessidade de uma prevenção, e isso se baseia em um correto diagnóstico, no conhecimento anatômico por parte do profissional, na utilização de instrumentais adequados e na avaliação de radiografia panorâmica e tomografia, entre outros fatores.

5 CONCLUSÕES

Após a revisão de literatura e a discussão encetada, foi possível concluir que:

- A exodontia de terceiros molares é uma cirurgia realizada com bastante frequência e as complicações pós-operatórias ocorrem com relativa frequência.
- Os cuidados, desde o planejamento até a realização da cirurgia, são indispensáveis para que se evite ou minimize grande parte das complicações.
- O cirurgião deve ter domínio das técnicas cirúrgicas e conhecimento suficiente para selecionar e desempenhar a mais adequada a cada caso.
- O cirurgião, igualmente, deve ter conhecimento sobre as complicações que podem advir de um procedimento cirúrgico e empreender esforços e técnica para evitá-las ou minimizá-las, sabendo, também, como proceder na vigência de uma complicação, o que inclui saber orientar o paciente.

REFERÊNCIAS

Kato RB, Bueno R de BL, Oliveira Neto PJ de, Ribeiro MC, Azenha MR. Acidentes e complicações associadas à cirurgia dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2010; v.10, n.4, out./dez. pp. 45-54.

Cordeiro AML. Alveolite: ocorrência e tratamento [monografia]. Porto: Universidade do Porto; 2010.

Rossi Junior WC, Esteves A, Bérzin F, Couto Filho CEG do, Nogueira DA, Villela Júnior GA, Arruda L de M, Jorge M. Masseter e Exodontia de Terceiros Molares: Avaliação Eletromiográfica. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.11, n.2, p. 101-108, abr./jun. 2011

Andrade VC, Rodrigues RM, Bacchi A, Coser RC, Bourguignon Filho AM. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares. Saber Cient. Odont. 2012; 2(1): 27-44.

Souza FV de, Guimarães A de A. A complicação alveolite após a remoção de terceiro molar inferior; relato de caso. Odontologia ciência e saúde- revista do cromg. v.13,n.2,julho/dezembro 2012.

Ishii FT, Negreiros RM, Milani B de A, Bauer HC, Jorge WA. Fratura de mandíbula decorrente de exodontia de terceiro molar: relato de caso. Rev assoc paul ciR dent 2012;66(4):268-71

Lopes GB, Freitas de JB. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares. Arquivo Brasileiro de Odontologia v.9 n.2; 2013.

Seguro D, Oliveira R V. Complicações pós-cirúrgicas na remoção de terceiros molares inclusos. 2014; Rev. UNINGÁ Rev. vol.20, n.1, out-dez ,p.30-34.

Lovat L, Feron L, Conde A. Pós-operatório de terceiros molares: dietas indicadas. 2015; Rev. Ciênc. Saúde. v.17, n.1, jan-jun, p.47-52.

Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. Controle pós-operatório do paciente, prevenção e tratamento das complicações de extrações. In: Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 168-187.

Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Dentes impactados. In: Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 3ª. ed. São Paulo: São Paulo; 2016. p. 77-96.

Belloti Neto O, Igarçaba M, Fernandes B dos R, Pereira R, Ribeiro J, Vieira EH. Principais complicações das cirurgias de terceiros molares: revisão de literatura. Ciência atual. 2017; v.10, n. 2, p. 02-08

Castanha D de M, Andrade TI de, Costa M de R, Nunes JRR de M, Vasconcelos RG de. Considerações a respeito de acidentes e complicações em exodontias de terceiros molares: revisão de literatura. Bras. Journ. of Surg. Clin. Research. 2018; v.24, n.3, set./nov. pp. 105-109.

Bazarin R, Oliveira RV. Acidentes e complicações nas exodontias. Revista Uningá. 2018; v.1, n. 55, p. 32-39.

Prado R, Sali]m MAA. Complicações em exodontias. In: Prado R. Cirurgia bucomaxilofacial. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 231-254.

Carvalho LF de, Gonella VTP. Relação ente o tempo cirúrgico e a infecção pós operatória na exodontia de terceiros molares [monografia]. São Paulo: Universidade de Odontologia de Taubaté; 2019.

Silva CG, Ferreira VH, Lima EP, Carneiro SC, Leal JF, Vasconcelos BC. Indication for extraction of impacted third molars: Cross-sectional study. J Braz Coll Oral Maxillofac Surg. 2019 Sept-Dec;5(3):24-8. DOI: <https://doi.org/10.14436/2358-2782.5.3.024-028.oar>

Ferreira Filho MJS, Silva HRS da, Rosario MSR do, Takano VYS, Nascimento JR do, Aguiar JL de et al. Acidentes e complicações associados a exodontia de terceiros molares. Braz. J. of Develop. 2020; 6: 93650-93665.

Jardim BS, Duarte NAF. Exodontia terceiros molares: evolução e sucesso [tese]. Taubaté/SP: Universidade de Taubaté; 2020.

Souza de CR. Complicações de terceiro molar em posição ectópica: revisão de literatura [monografia]. Taubaté/SP: Universidade de Taubaté; 2020.

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

Jessica Rezende Simão

Vitória Bacha e Silva

Taubaté, novembro de 2021.