

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Guilherme de Almeida Lopes Fogaça

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES NAS
EXODONTIAS: uma revisão de literatura**

Taubaté-SP

2022

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Guilherme de Almeida Lopes Fogaça

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES NAS
EXODONTIAS: 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: Prof. Dr. Alecsandro de Moura Silva

Taubaté-SP

2022

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

F655p Fogaça, Guilherme de Almeida Lopes
Prevenção dos acidentes e complicações nas exodontias: uma revisão
de literatura / Guilherme de Almeida Lopes Fogaça. -- 2022.
33 f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, Taubaté, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Alecsandro de Moura Silva, Departamento de
Odontologia.

1. Alveolite. 2. Cirurgia de terceiros molares. 3. Complicações. I.
Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. II. Título.

CDD – 617.522

Guilherme de Almeida Lopes Fogaça

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES NAS EXODONTIAS: 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: Prof. Alecsandro de Moura
Silva

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida _____ Universidade de Taubaté
Assinatura

Prof. Nivaldo André Zollner _____ Universidade de Taubaté
Assinatura

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre me manter confiante, me ensinar que a vida tem obstáculos para serem superados, e que sem eles, não chegaríamos a lugar nenhum, sem o valor devido.

Agradeço, também, aos meus pais, Genoveva Ferreira de Almeida e Marco Antônio Lopes Fogaça, por serem meu porto seguro desde o primeiro dia de vida, até o momento em que conclui essa etapa. Por me darem a oportunidade de viver essa fase tão sonhada, por todo apoio, esforço e trabalho para que eu pudesse me tornar um cirurgião-dentista; sem vocês nada disso seria possível.

Especialmente ao meu orientador, professor Alecsandro, que admiro muito seu trabalho, sua paciência, e seu empenho, espero um dia conseguir ter a sorte de ser um cirurgião tão bom quanto.

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura; teve como objetivo relatar as complicações relacionadas à extração de terceiros molares, tais como alveolite, edema, trismo parestesia 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, pode expor a vida do paciente a risco, afetando sua qualidade de vida e trazendo sintomatologia dolorosa. A revisão de literatura 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 uma anamnese detalhada, conhecimento apurado da técnica cirúrgica, de sua indicação, bem como saber tratar as possíveis intercorrências que possa ocorrer.

Palavras-chave: Cirurgia de terceiros molares. Terceiros Molares. Complicações.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	11
Figura 02	13
Figura 03	13
Figura 04	18
Figura 05	20
Figura 06	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	9
2 PROPOSIÇÃO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 CONCEITOS DE ACIDENTE E COMPLICAÇÃO	11
3.2 ALVEOLITE	14
3.3 TRISMO E PARESTESIA	16
3.4 FRATURA DA MANDIULA	18
3.5 PREVENÇÃO	21
4 DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

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. De acordo com o autor Hupp et al. (2015), o pós-cirúrgico traz mais preocupação ao paciente do que o procedimento em si – complicações como: alveolite, edema, hemorragia e trismo são as mais comuns e previsíveis, sendo que, devem ser evitadas o máximo possível.

Souza e Guimarães (2012), advindo de um caso sobre alveolite, expõe que se trata de uma infecção bastante inconveniente ao paciente, acarretando em dores intermitentes e intensas que se prolongam por um longo período de tempo. O alvéolo é infeccionado pelas bactérias estafilococos e estreptococos; ainda não se tem conhecimento sobre sua etiologia, podendo ocorrer por vários fatores tais como estado sistêmico do paciente, contraceptivos orais, uso de tabaco moderado, trauma cirúrgico, idade do paciente, e também por campo cirúrgico não asséptico. A alveolite geralmente aparece após o terceiro ou quarto dia após a exodontia; com incidência de 1 a 3% em toda as extrações. O trismo é uma complicação que está atrelada ao tempo cirúrgico; sendo assim mais complexa a técnica, como quando se faz odontoseção e osteotomia. São consideradas complicações problemas que ocorrem não sendo esperados após a cirurgia. E acidentes, situações que acontecem durante a cirurgia que não são esperadas.

2 PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho – uma revisão de literatura – foi realizada por meio de pesquisas em livros físicos e site de busca voltado para a literatura científica, tais como Pub Med, 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.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acidentes e complicações

Andrade et al. (2012), em uma extensa revisão de literatura, contam “que uma vez indicada a cirurgia de extração, é responsabilidade do cirurgião-dentista realizar um bom planejamento. Baseado nos exames clínicos e radiográficos, coletando dados específicos da saúde geral do paciente, história medica e odontológica pregressa anterior e atual, analisando a dificuldade do pré-operatório através do exame através do exame de imagem, para que com esses conhecimentos esteja melhor preparado para prevenir possíveis acidentes e complicações, que muitas vezes estão relacionados a posição e localização do dente. De acordo com pesquisadores Andrade et al. (2012) – a cirurgia de extração, mesmo que rotineira, e muitas vezes executada por dentistas não especialistas na área, pode apresentar algumas adversidades, como, por exemplo, a íntima relação com estruturas nobres, a angulação da coroa dos dentes inclusos e impactados. 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, a incidência de alveolite é 21,9% maior em extração com indicação terapêutica, enquanto na remoção dentária por razões profiláticas é de 7,1%; 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 como a experiência dolorosa resultante da interpretação do aspecto físico-químico e da interação deste com as características individuais; quanto ao edema, se deve a alguns fatores relacionados ao processo inflamatório devido ao ato cirúrgico; d) trismo: se refere-se 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. 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; outro sim, não previne problemas inflamatórios pós-cirúrgicos.

Figura 01



Raiz em contato com nervo. Fonte Prof. Dr. Alecsandro de Moura

De acordo com Hupp et al. (2015), “geralmente no pós-operatório, ocorre mais preocupação por parte dos pacientes, do que a extração em si, pois pode acarretar problemas como dor e inchaço. Assim que realizado o procedimento cirúrgico, o paciente/acompanhante deve ser instruído quanto as sequelas comuns que podem aparecer no dia da cirurgia ou após alguns dias, devendo ser explicado como reagir frente a essas situações. “A cirurgia de extração é um procedimento que exige muito do mecanismo hemostático do corpo, pois: os tecidos são vastamente vascularizados. Uma ferida aberta é deixada pelo procedimento de remoção dentaria; e é praticamente inexistente um material que realize o completo selamento do alvéolo e pressione-o suficientemente; a língua tende a explorar a área, deslocando o coagulo sanguíneo. A ação das enzimas salivares realiza a lise do coagulo.

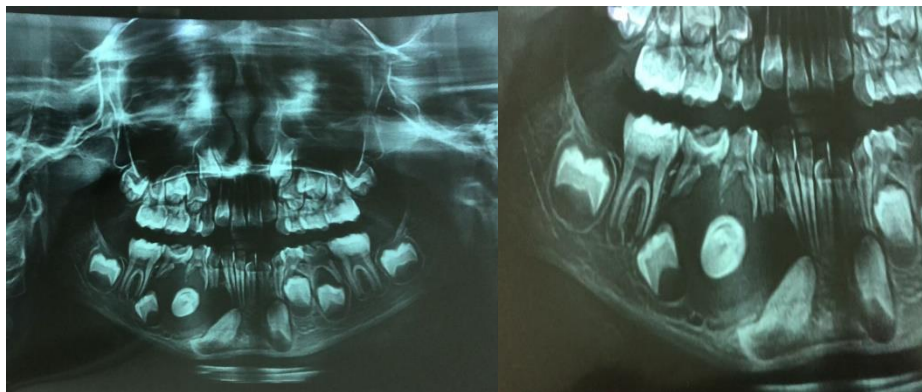
Souza (2020), em artigo, relatou as principais complicações na exodontia de terceiros molares anormal. A autora descreve “os terceiros molares anormais como dentes mal posicionados em relação ao osso alveolar, se desenvolvendo com uma interação complexa entre o tecido mesenquimal subjacente e o epitélio bucal – condição rara, principalmente quando acomete os terceiros molares inferiores (1%) – podendo não apresentar sintomatologia ou, em algum momento causar dor e desconforto ao paciente. Sua extração deve ser feita com base em um planejamento cirúrgico adequado, tendo como principal aliado, os exames de imagem, para que se possa localizar corretamente o elemento dentário, principalmente suas raízes, pois pode haver risco de estar intimamente ligado ao nervo alveolar, neste caso, Souza (2020), afirma que e mais indicado a tomografia cone beam. Dentre as complicações

mais comuns segundo Souza (2020) são elas; edema trismo e hematoma, no pós-operatório mediato. A estudiosa Souza (2020) descreve 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 e anestésicos e infecções que possam atingir o canal mandibular. Sendo de grande importância a experiência do cirurgião dentista e a observação de exames radiográficos adequados. Souza (2020), Explica “que o quadro não possui tratamento indicado, porém há descrições de melhoras com o uso de histaminas e vasodilatadores segundo a autora Souza (2020). Quanto a parestesia do nervo alveolar inferior após exodontias de terceiro molar inferior, após exodontia de terceiro molar inferior que as possibilidades de lesão desse nervo durante a cirurgia aumentam; explicam que a adoção de certas medidas – como utilização de exames complementares de imagens, investimento em capacitação profissional de qualidade e o uso de instrumentais adequados – contribui para a prevenção de tal complicação. Souza et al. (2020) concluiu “que cirurgias de terceiro molar ectópico requerem atenção durante o planejamento para que se evite complicações; entretanto, é de grande importância a localização do real posicionamento do terceiro molar na arcada, geralmente por radiografia panorâmica e, com muito mais eficácia a 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 a técnica cirúrgica, ao uso adequado e eficiente dos exames de imagem, bem como das complicações que podem advir de procedimentos inadequadamente conduzidos. Cabe ao profissional operador responsabilmente escolher a técnica sobre qual possui mais domínio e é mais indicada para cada caso, mesmo que isso implique no encaminhamento a um cirurgião bucomaxilofacial.



Lesão dentária provocada pelo mal posicionamento do terceiro molar. Fonte: Prof. Dr. Alecsandro de Moura

Figura 03



Lesão múltipla cística. Fonte: Prof. Dr. Alecsandro de Moura

3.2 Alveolite

De acordo com o estudo feito por Kato et al. (2010), “mesmo a cirurgia oral sendo executada com frequência, acidentes e complicações são raramente vistos – entretanto, quadros como alveolite, edema exacerbado, hemorragia, infecção e parestesia temporária, podem ser presenciados nos consultórios odontológicos. É importante ressaltar algumas causas, que podem levar ao insucesso das cirurgias de extrações dentárias tais como; idade do paciente, e seu estado de saúde, gênero, grau de impaction do dente, experiência do cirurgião, tabagismo, uso de medicamentos contraceptivos, qualidade da higiene oral, técnica cirúrgica, entre outros. Uma maneira de garantir o sucesso da cirurgia, é ter um bom planejamento cirúrgico, desde o histórico médico do paciente até o estágio pós-operatório. Segundo os autores Kato et al. (2010), “todos os tipos de cirurgias podem trazer complicações ao paciente. Complicações que podem ser definidas como situações que ocorrem após o termino da cirurgia, enquanto acidente diz respeito a toda intercorrência durante o procedimento cirúrgico. Há relatos que dentre as complicações mais recorrentes como hemorragia e alveolite se destacam. A alveolite por ser definida

como dor latejante e intensa, que não para simplesmente pelo uso de analgésicos de rotina, se define por seu surgimento entre o 2º e o 5º dia após o procedimento de exodontia, pela presença de odor fétido e ausência de de tecidos íntegros no interior do alvéolo, isso ocorre devido a uma invasão bacteriana conhecida como fibrinólise do coágulo. Kato et al. (2010) concluíram “que para uma cirurgia ter o máximo de eficiência é necessário ter um bom planejamento, técnicas e instrumentos adequados, porém ainda pode haver intercorrências durante a cirurgia, e pós-cirurgia.

Cordeiro (2010), descreve a alveolite e seu tratamento adequado. “Como uma das complicações mais vistas diante da extração dos dentes permanentes, se tratando a desintegração e cicatrização indevida do coágulo inicial, resultando no pós-operatório indesejável. É importante ressaltar que algumas condições podem elevar as chances do aparecimento da alveolite, tais como suas etiologias mais comuns. Sua sintomatologia se manifesta entre o segundo e quinto dia após a extração, apresentando odor fétido, dor pulsátil e aguda- podendo irradiar para a cabeça e pescoço- da qual não cessa como uso de analgésicos de rotina; sintomas dos quais afetam a qualidade de vida do paciente. Tal condição é mais presenciada em mulheres submetidas ao uso de contraceptivos, fumantes, com prevalência em extrações únicas, de terceiros molares implantados na mandíbula. O pesquisador Cordeiro (2010), 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, entre outras etiologias citadas anteriormente. Também a protocolos que possam ser usados como medidas profiláticas a suspensão dos fatores de risco e introdução de uma terapia farmacológica com o propósito de favoreceres cicatrização. É de suma importância que se tenha conhecimento amplo da patologia, para que se evite consequências desfavoráveis, tanto para o cirurgião quanto para o paciente. Segundo o autor Cordeiro (2010), após a exodontia, o processo de reparo alveolar é altamente especializado, tendo em vista a recuperação morfológica e funcional do tecido ósseo e de revestimento. O pesquisador Cordeiro (2010), 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.

3.3 Trismo e parestesia

Rossi e junior et al. (2010) descrevem “que dentre as complicações mais rotineiras na exodontia relacionada a terceiros molares está o trismo, que ocorre em 56% dos casos. O trismo pode estar presente no pré-operatório, em casos de artrite traumática das articulações tempromandibulares ocasionadas pelo espasmo muscular em virtude de hematomas. O trismo é uma complicação que está atrelada ao tempo cirúrgico; sendo assim mais complexa a técnica, como quando se faz odontosecção e osteotomia. Para tratar o trismo, a técnica consiste em aplicação de calor úmido (feita com uma compressa de gaze) sobre o local trismado, e a utilização de medicamentos miorelaxantes. Com base nos estudos dos autores Rossi e junior et al. (2010), “após a realização da cirurgia, devido a presença de edema e processo inflamatório no local em que foi realizado a cirurgia, observou-se um aumento de atividade no musculo masseter, como um mecanismo de defesa. O paciente, inconscientemente faz com que o musculo masseter contraia, para que não realize a abertura. Rossi e junior et al. (2010) “chegaram à conclusão de que os pacientes em geral que são submetidos a exodontia, possuem um pequeno grau de trismo.

Lopes e Freitas (2013) executaram uma revisão de literatura destacando 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 Lopes e Freitas (2013), mencionam alguns dos sintomas relatados pelos pacientes, como ausência de sensibilidade em determinada região, coceira e formigamento. Explicam que mudanças de sensibilidade podem ocorrer em decorrência de traumas diretos pela incisão do nervo, ou indiretos devido a hematoma e edema. Um bom planejamento pré-operatório é de suma importância; deve-se avaliar a posição dos terceiros molares de acordo com as classificações de George Winter, Pell & Gregory, já que tal avaliação é bem mais eficiente quando se tem 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. Lopes e Freitas (2013)

salientam que as complicações decorrentes após a cirurgia podem estar pertencentes ao uso inadequado de instrumental, aplicação de força excessiva, avaliações erradas, além de ansiedade e estresse por parte do cirurgião dentista. Os autores concluíram que a exodontia de terceiros molares é uma cirurgia efetuada 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 dentista, na utilização de instrumentais corretos e na avaliação de exames radiográficos e tomografia, entre outros fatores. Porém, se mesmo tomando todos os cuidados a parestesia ocorrer, existem outras maneiras de tratamento e o profissional precisa estar capacitado a escolher aquela que for mais adequada ao caso.

Os autores Belloti Neto et. Al (2017), trouxeram algumas complicações recorrentes de exodontia de terceiros molares. "Complicações como parestesia e hemorragia podem advir de acidentes durante a exodontia. Para que não haja tais acidentes é necessário que se atente a tais precariedades dos cuidados pós-cirúrgicos realizados pelo paciente, como também a eficácia de seu sistema imunológico. É dever do cirurgião observar fatores como idade do paciente; uso de medicamentos como antibióticos; gênero; contraceptivos orais; corticosteroides; ou contraceptivos orais; tabagismo; infecção anterior; irrigação insuficiente; higiene oral; periodontite; preparo do cirurgião; dificuldade de extração; número de dentes extraídos e técnicas anestésicas; sendo imprescindível um bom planejamento cirúrgico. A extração dentária exige muito do organismo humano e do mecanismo hemostático e ressalta que há 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 a hemorragia adicional; o tamponamento quase improvável de ser 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 de nervos sensitivos é uma complicação que se caracteriza pela ausência de sensibilidade na região afetada, podendo evoluir, para sintomas como sensibilidade alterada ao calor, frio e dor; sensação de dormência, formigamento "fisgadas" e coceira. O nervo alveolar inferior e lingual são os mais vistos quando se trata de parestesia, por sua localização próxima aos terceiros

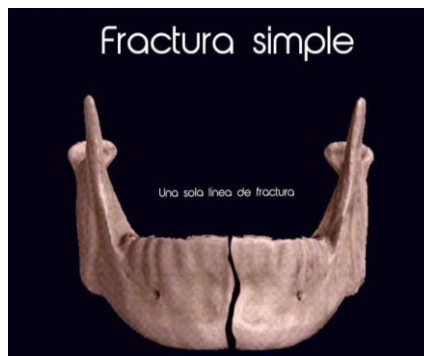
molares inferiores, sendo possível sua lesão durante a exodontia. O trauma causado pela cirurgia num nervo periférico a anestesia (perda total de sensibilidade), quanto a hipostasia média (diminuição média da sensibilidade) ou até mesmo a disestesia (sensações anormalmente dolorosas, que podem ser originadas por um neuroma, que se situa no local do trauma, mudanças no sistema nervoso autônomo ou alterações no sistema nervoso central).

3.4 Fratura mandibular

Ishii et al. (2012) executam um estudo de caso sobre fratura tardia de mandíbula decorrente das extrações de terceiros molares, salientando que esse é um evento raro e que pode ocorrer duas a três semanas após a cirurgia, durante a deglutição. Tiveram como objetivo noticiar os cirurgiões dentistas sobre este fato, para que eles saibam como lidar com essa com essas complicações, e até mesmo preveni-las. Em maior parte dos casos, a fratura apresenta um simples traço e localiza-se na região do ângulo mandibular; vários fatores influenciam no risco de fratura, sendo eles: idade, gênero, volume do elemento dental, grau de impactação, cistos, presença de tumores, doenças sistêmicas e lesões ósseas. O diagnóstico da fratura é realizado por meio de radiografias panorâmicas e tomografias; por conta que em alguns casos há sobreposição, na radiografia panorâmica e mais difícil a identificação da fratura. Dentre os sintomas que acompanham tal tipo de fratura estão; dor a movimentação, edema, equimose, crepitação, sangramento no local, alteração na oclusão, e mobilidade na mandíbula. 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. Ishii et al. (2012) contam que um paciente de 48 anos de idade, do sexo masculino, realizou uma exodontia para retirada do elemento dentário de número 38; durante a osteotomia, houve uma fratura do cortical vestibular do alvéolo; após 15 dias, o paciente retornou e relatou que ouviu um barulho durante o procedimento cirúrgico; ele apresenta alteração oclusal e edema. Exames radiográficos detectam uma fratura na mandíbula esquerda. 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. Ishii et al. (2012) deduziram que a identificação da fratura tardia é de suma importância, e que a forma de tratamento mais eficaz é a intervenção cirúrgica, mas em casos de comorbidade pode ser realizada de maneira conservadora.

Figura 04



Fratura mandibular. Fonte: Dr. Alejandro Alanex

Bazarin e Oliveira (2018) se aprofundaram em algumas complicações, ressaltando “que é dever do profissional se preparar e atentar, mesmo que a extração seja um procedimento considerado simples, pois intercorrências podem surgir, sendo necessário saber como agir diante delas. As complicações mais frequentes são, alveolite, infecção, hemorragia, parestesia temporária, edema exacerbado, hematoma, comunicação bucosinusal persistente, dano permanente ao nervo, danos aos dentes vizinhos. E os acidentes mais frequentes são fraturas radiculares, fraturas mandibulares ou maxilares, e hemorragia. Além dos acidentes citados, um dos piores acidentes que se pode acontecer, é a Fratura mandibular, considerado um dos piores acidentes possíveis, pode ocorrer durante a exodontia, causada muitas vezes pelo excesso de força. Como a mandíbula é o único osso móvel da face, a chance de ocorrer uma fratura é relativamente baixa, podendo ser uma complicação imediata ou tardia. Além de ocorrer por excesso de força, pode ocorrer por várias etiologias como idade, sexo, o volume relativo do dente, grau de compactação, infecções ou lesões já existentes segundo Bazarin e Oliveira (2018). Ao mesmo tempo que a pessoa envelhece, a mandíbula vai ficando mais fragilizada, devido a fatores como desmineralização secundária, osteoporose, ou presença de lesões císticas. Os tratamentos variam de acordo com o tipo de fratura, condição de morfologia dentária,

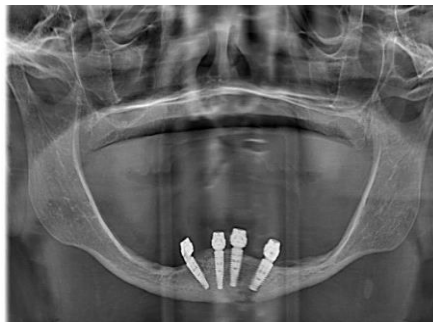
número adequado de dentes, estudo radiográfico, domínio da técnica, conhecimento de oclusão dentária. O tratamento pode ser cirúrgico ou conservador. Dentre elas temos talas gessadas, imobilização maxilomandibular, bandagens, mentoneiras, fios de kirschner, amarrão circunferencial, suspensões e osteossíntese, fixação interna, máscara de “De air”. Entre os episódios mais vistos estão: a) hemorragia: condição vista tanto como complicação quanto acidente, se subdividindo entre hemorragia tardia, que se trata de um único sangramento após o procedimento ou recorrente, quando se observa a complicação mais de uma vez após o procedimento; b) alveolite: surge entre o segundo e quinto dia após a extração, apresentando dor não suspensa pelo uso de analgésicos rotineiros, odor fétido e ausência de coágulo alveolar, sendo mais abrangente em tabagistas e observado que fatores como idade, gênero, higienização precária, falta de cuidado pós-operatório, experiência do cirurgião dentista, localização anatômica, local ou instrumentais não estéreis, ação dos anestésicos locais, ausência ou falha na curetagem alveolar, pouco suprimento sanguíneo, fibrinólise, remoção do coágulo inicial, presença de infecções; c) parestesia: é uma lesão nervosa podendo ser apenas temporária ou em alguns casos permanente, sendo caracterizada pela perda da sensibilidade pós extração, apresentando formigamento ou sensação de dormência, os estudiosos afirmam que a condição é mais frequente em exodontias de terceiros molares inferiores inclusos, d) trismo: nada mais é que a dificuldade durante a abertura bucal, sendo causada por múltiplas injeções anestésicas nos músculos mastigatórios ou em procedimentos de longa duração. Bazarin e Oliveira (2018), chegaram à conclusão de que realizando uma boa anamnese e um meticuloso planejamento cirúrgico, a incidência de acidentes e complicações podem ser cada vez menores, para que dessa forma o dentista saiba como agir frente a intercorrências durante a extração.

Figura 05



Áreas de fragilidade da mandíbula. Fonte : Dr. Alejandro Alanex

Figura 06



Fratura de mandíbula por colocação de implante. Fonte Prof. Dr. Alecsandro de Moura

3.5 Prevenção

Seguro e Oliveira (2014) tiveram como propósito relatar as principais complicações cirúrgicas de extração de terceiros molares, mostrando como evita-las e trata-las. Os autores Seguro e Oliveira (2014) admitem “que a cirurgia de terceiros molares é a mais comum entre as cirurgias bucomaxilofaciais e que um planejamento correto evita que acidentes aconteçam no transoperatório e complicações no pós-operatório. É imprescindível realizar exame clínico para avaliar o estado de saúde geral, assim como observar a história medica e odontológica do paciente, e o exame de imagens, para atentar à complexidade cirúrgica de acordo com a posição e formado dente. Dentre as complicações, os pesquisadores citaram 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, 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 diagnóstico 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 6mm, 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 bucosinusal 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, 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 é possível manter a cadeia asséptica, como em serviços públicos, 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 neurossensoriais; 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. Seguro e Oliveira (2014) 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 literatura, tiveram como foco, retratar as recomendações do que se deve ingerir após a cirurgia de extração, as quais podem minimizar ou evitar certas intercorrências indesejáveis como alveolite, hemorragia e edema. Lovat Feron e Conde (2015) atentam que para reduzir a sintomatologia da cirurgia de extração se faz necessários rigorosas observações dos passos da técnica, tentar executar de maneira que evite traumas e instruir o paciente no pós-operatório, com finalidade de que o paciente tenha maior conforto e bem-estar. As recomendações são: evitar exercícios pesados no período de 5 dias, tomar a medicação prescrita corretamente, aplicar compressas de gelo no local, no primeiro dia dormir com o travesseiro mais alto, não bochechar ou cuspir por 3 dias, evitar uso de tabaco e álcool durante as primeiras 48 horas, ingerir alimentos frios, cuidados na

escovação. Lovat Feron e Conde (2015), sugerem “que nos primeiros dias que 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; após três dias, o paciente pode voltar com sua alimentação normal, de maneira gradativa, dando preferência a alimentos macios até a remoção da sutura. Os autores Lovat Feron e Conde (2015), apontam “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 considerar 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.

Hupp et al. (2015), destacam algumas complicações e a forma de evitá-las, como 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. 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. Segundo Hupp et al. (2015), 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. Hupp et al. (2015), deduz que, “No caso de 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. Hupp et al. (2015) relata “que o trismo, que consiste em 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. A equimose, complicação mais

frequente em pacientes idosos, decorrente do extravasamento sanguíneo na submucosa e no subcutâneo, derivando lesão nos tecidos orais/face. A infecção, que 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. Alvéolo seco, é um atraso na cicatrização, causando dor desde moderada a intensa, que aparece no terceiro ou quarto dia após a remoção 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) dividem as complicações entre as mais graves e as menos complexas, variando entre dor, inchaço, edema, leve sangramento, fratura da mandíbula, parestesia do nervo alveolar, entre outras – sendo que devemos sempre considerar respostas fisiológicas normais do corpo após uma cirurgia de extração (dor, rigidez, inchaço e leve sangramento), sendo dever do cirurgião-dentista minimiza-las sempre que possível. Miloro et al.(2016) observam que o momento pós extração dos terceiros molares pode decair a qualidade de vida do paciente, contudo, a longo prazo, é visto grande melhora, indicando que a cirurgia de extração do terceiro elemento da classe dos molares traz grandes benefícios, como eliminação da dor e inflamação, como por exemplo, a pericoronarite. Os autores relatam complicações como as quais: 1) sangramento: o qual deve ser minimizado pelo cirurgião com uma boa técnica cirúrgica, causando o menor trauma possível nos tecidos moles, sempre estancando o sangramento com uma gaze úmida. Existem casos em que a hemostasia não é facilmente obtida, levando o dentista a utilizar técnicas que auxiliam no estancamento sanguíneo, tais como – sutura excedente ou colocação tópica de trombina em uma pequena esponja gelatinosa dentro do alvéolo; 2) inchaço: um dos quadros bastante esperados pós-cirurgia.

Prado e Salim (2018) destacam “que o conhecimento do cirurgião dentista é imprescindível, devendo ser realizadas cirurgias de extração somente as quais o

profissional se julga totalmente qualificado, tendo em mãos um rigoroso plano de tratamento, uma detalhada anamnese, manter o máximo possível a cadeia asséptica no local utilizando sempre de um bom campo operatório com os devidos instrumentais para cada caso, realizar exames de imagem para que seja respeitado o máximo possível as nobres áreas ao redor da onde será realizado o procedimento, evitar a força excessiva usando como alternativa a odontosecção dentária e somente suturar após a completa hemostasia do local. Por fim os autores Prado e Salim (2018) concluem “que a prevenção e assepsia adequada leva ao sucesso cirúrgico, devendo ser de conhecimento do cirurgião-dentista a maneira adequada de como fazê-las.

Castanha et al. (2018), em revisão de literatura, realtam sobre a relevância do cirurgião-dentista conhecer com profundidade a respeito dos acidentes e complicações em exodontias, visto” que tais ocorrências podem ser frequentes tanto na maxila quanto na mandíbula e em tecidos circunvizinho. De acordo com pesquisadores e estudiosos, essa cirurgia que pode se tornar complexa devida a certas variáveis como dilaceração radicular, inclusão em tecido ósseo, posição do elemento e proximidade das estruturas nobres – é bastante indicada para pacientes entre 16 e 22 anos, quase sempre por razões profiláticas para evitar lesões císticas e tumorais, ou para que haja um ganho de espaço em tratamentos ortodônticos. Castanha et al. (2018), os acidentes e complicações podem ser simples, de fácil resolução (como laceração do retalho, pequenas comunicações bucosinusais, fraturas dentarias) ou mais graves (lesões nervosas, fraturas mandibulares, grandes comunicações bucosinusais, fratura de instrumentais com penetração total nos tecidos, fraturas mandibulares transoperatórias), podendo afetar a saúde do paciente.

Silva et al. (2019) fizeram um estudo do tipo transversal com cirurgiões bucomaxilofacial. Dividiram os pacientes em grupos de acordo com o nível de formação de seus dentistas, e o resultado mostra que a maior parcela dos profissionais sugere a extração do terceiro molar impactado assintomático como medida profilática, com o objetivo de que se evite futuras complicações, tais como pericoronarite, gengivite, periodontite, reabsorção radicular, cárie, cistos e tumores. A medida de remoção profilática é capaz de trazer benefícios tanto como prevenção de futuras complicações, quanto pós-operatório mais regular. Silva et al. (2019) ressaltam “a simplicidade da cirurgia de extração, sendo a mesma realizada no consultório, sob efeito de anestésicos locais, salvo raras exceções que necessitam que o procedimento seja feito em âmbito hospital com anestesia geral ou sedação

intravenosa, sempre considerando possíveis complicações como, alveolite, hemorragia, lesão nervosa temporária, trismo e dor. Concluindo que a remoção do terceiro molar traz mais benefícios do que malefícios a saúde dos pacientes jovens, sendo indicada a remoção profilática, pois nessa faixa etária o pós-operatório não traz tanto impacto em sua rotina e qualidade de vida., devendo ser considerada aceitação do paciente e amplo conhecimento do cirurgião-dentista.

Jardim e Duarte (2020) em revisão de literatura, relatam 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). A identificação do posicionamento dentário é de suma importância, para que o profissional saiba como proceder, decidindo qual instrumento utilizar, fazendo a técnica cirúrgica e um prognóstico da intervenção. A melhor maneira de se evitar tais ocorrências é fazer um planejamento preciso pautado em exames clínicos, físico e de imagem. “Os acidentes ocorrem durante o procedimento cirúrgico, podendo tanto ocorrer no início quanto no fim, enquanto as complicações podem advir desses acidentes. Os estudiosos explicam “que diversos trabalhos vêm tentando justificar 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 fundamentais para que se evite o risco de acidentes e complicações, o que, acaba gerando um sucesso cirúrgico mais satisfatório.

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. Bazarin 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 na 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 odontosseção e osteotomia (dentes impactados), o tempo cirúrgico e a dificuldade do pós-operatório são maiores, o que aumenta as chances de complicações. Para os autores Carvalho e Gonella (2019), 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 bucos sinusais, laceração de retalhos) ou mais graves (grandes comunicações bucos sinusais, 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 de o 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 sucesso da prática cirúrgica é multifatorial, precisando de um diagnóstico primoroso, considerando alguns aspectos etiológicos do paciente, (2013 grau de impactação do dente, tabagismo, uso de medicamentos contraceptivos 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, 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, por que 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 odontosseção, 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 CONCLUSÃO

Com base na revisão de literatura, foi possível concluir que:

- Planejamento, anamnese detalhada, e exames de imagens como tomografia e radiografias adequadas, são as principais condições para o sucesso da execução da técnica cirúrgica mais adequada.

- O cirurgião deve ter conhecimento para executar as melhores técnicas cirúrgicas destinadas a cada caso
- O profissional deve ter conhecimento e experiência clínica para tratar as intercorrências cirúrgicas.

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.

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

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*.11, n.2, p. 101-108, abr./jun. 2011.

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, FeronL, Conde A. Pós-operatório de terceiros molares: dietas indicadas.2015; *Rev. Cienc. 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: HuppJR, 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.

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.

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>.

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

Ferreira Filho MJS, Silva HRS da, Rosário 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.

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.

Alecsandro de Moura Silva

Guilherme de Almeida Lopes Fogaça

Taubaté, julho de 2022.