

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MARCUS EMANUEL RODRIGUES PEREIRA

**ALVEOLITE SECA PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA:
revisão bibliográfica**

**PATOS DE MINAS
2019**

MARCUS EMANUEL RODRIGUES PEREIRA

**ALVEOLITE SECA PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA:
revisão bibliográfica**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas
como requisito parcial para a conclusão do Curso
de odontologia.

Orientador: Prof^o. Esp. Vinícius Augusto
Gonçalves

**PATOS DE MINAS
2019**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
Curso de Bacharelado em Odontologia

MARCUS EMANUEL RODRIGUES PEREIRA

ALVEOLITE SECA PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA: revisão bibliográfica

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 7 de novembro de 2019.
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: Prof^o. Esp. Vinícius Augusto Gonçalves
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof^o. Esp. Alexandre Costa Ferreira Vianna
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof^o. Esp. José Jorge Vianna Junior
Faculdade Patos de Minas

ALVEOLITE SECA PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA: revisão bibliográfica

DRY ALVEOLITIS AFTER TOOTH EXTRACTION: bibliographic review

Marcus Emanuel Rodrigues Pereira¹

¹ Discente em Odontologia pela Faculdade de Patos de Minas – FPM

E-mail: marcusemanuel2008@hotmail.com

Vinícius Augusto Gonçalves²

² Docente em Odontologia pela Faculdade de Patos de Minas – FPM

Especialista em Implantodontia e Oncologia

E-mail: viniciusag@bol.com.br

Lilian de Barros³

³ Docente em Odontologia pela Faculdade de Patos de Minas – FPM

Mestre em Estomatologia

E-mail: lilidebarros@hotmail.com

RESUMO

A exodontia é o procedimento mais comum da cirurgia oral menor e um dos mais frequentes na Odontologia. Complicações pós-cirúrgicas são recorrentes, podendo ocorrer desde poucos minutos até horas ou dias após a exodontia e necessitam de intervenção adequada e no tempo correto. As complicações pós-operatórias prolongam a o tempo de cicatrização e causam transtornos físicos e emocionais para o paciente. A alveolite seca, descrita pela primeira vez por Crawford em 1896, é a complicação pós-extração dentária mais comum e é caracterizada por queixa álgica severa que não alivia com administração de analgésicos. Frente a esse fato, este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica enfatizando a ocorrência de alveolite seca pós-extração dentária e suas consequências.

Palavras-chave: Extração dentária. Alvéolo Seco. Complicações Pós-Operatórias.

ABSTRACT

Exodontia is the most common procedure of minor oral surgery and one of the most frequent in dentistry. Postoperative complications are recurrent, and can occur from a few minutes to hours or days after the extraction and require adequate and timely intervention. The postoperative complications prolong the healing time and cause physical and emotional disorders for the patient. Dry alveolitis, first described by Crawford in 1896, is the most common post-extraction complication and is characterized by severe pain relief that does not alleviate administration of analgesics. In view of this fact, the objective of this work was to carry out a literature review emphasizing the occurrence of post-extraction dental dry alveolitis and its consequences.

Keywords: Tooth Extraction. Dry Socket. Postoperative Complications.

INTRODUÇÃO

A exodontia é o procedimento mais comum da cirurgia oral menor e um dos mais habituais na prática da odontologia. Complicações pós-extração dentária são recorrentes, podendo ocorrer em poucos minutos, horas ou dias após a mesma, e necessitam de intervenção adequada e no tempo correto. O odontólogo deve estar preparado para solucionar possíveis problemas associados a pós-operatórios complicados, pois de acordo com a sintomatologia, alguns casos evoluem para inflamação excessiva ou infecções graves. (1,2,3)

As complicações pós-operatórias prolongam a duração do processo cicatricial e causam transtornos físicos e emocionais ao paciente. Portanto, é fundamental que o cirurgião-dentista tenha conhecimento dos fatores de risco e, também, das condutas para tratamento. Algumas das complicações que podem surgir são: lesões nervosas, queixas álgicas, infecções, trismo, edema, hemorragia, osteonecrose, alveolite seca, entre outros. (2)

A alveolite seca, relatada pela primeira vez por Crawford, em 1896, é o problema pós-extração dentária mais comum, e é caracterizada por queixa algica severa que não alivia com administração de analgésicos. Esta complicação pode estar associada a um atraso na cicatrização e pode ou não evoluir para um processo infeccioso. (4)

Quanto a sua incidência, é uma complicação frequente associada à exodontia de dentes mandibulares, atingindo principalmente os molares inferiores e a indivíduos do sexo feminino. O diagnóstico se dá, geralmente, entre o terceiro e quarto dia após o procedimento cirúrgico. (5,6,7)

Levando-se em conta a série de medicações que são utilizadas no tratamento de alveolite seca, fica clara a utilização de protocolos de tratamento, sendo prescritos medicamentos de ação local e sistêmica. Entretanto, a literatura relata que mais estudos são necessários para aperfeiçoar os protocolos de tratamento visando à resolução de problemas ocorridos pós-extração dentária. (5)

Portanto, o objetivo principal do trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica enfatizando a alveolite seca pós-extração dentária. Essa revisão foi realizada buscando maior entendimento acerca da alveolite seca e suas características como: diagnóstico, tratamento, fatores de riscos e prevenção; evidenciando sua incidência em pacientes submetidos à exodontia.

METODOLOGIA

A pesquisa foi executada nas seguintes bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Os seguintes descritores em português foram utilizados: extração dentária, alvéolo seco e complicações pós-

operatórias, e em inglês: tooth extraction and dry socket and postoperative complications.

Foram incluídos os artigos que tinham acesso gratuito, que respeitavam as normas de publicação científica e que iam de encontro com o tema proposto. Foram excluídos artigos que não eram de acesso gratuito, que não respeitavam as normas de publicação científica ou que não iam de encontro com o tema em questão.

Foi efetuada a leitura de toda a bibliografia selecionada, em seguida, foi executada uma análise para compressão e amplificação do conhecimento sobre o tema proposto e pesquisado para desenvolvimento do estudo.

Foram selecionados e utilizados 22 artigos que relataram o tema abordado, 10 na língua portuguesa, 10 na língua inglesa e 2 na língua espanhola publicados no período de 2002 a 2018.

REVISÃO DA LITERATURA

Conceito

A extração dentária é um processo traumático no qual ocorre o rompimento dos tecidos moles e estruturas vasculares do ligamento periodontal. Esse processo traumático leva a realização de movimentos bruscos, osteotomias, cortes de tecidos gengivais e/ou curetagens . (7)

Essas injúrias aos tecidos podem produzir um atraso na reparação alveolar, levando a formação de trombose dos vasos subjacentes, limitando a resistência às infecções no osso alveolar surgindo, assim, o aparecimento da alveolite seca. (7,8)

A alveolite seca é a complicação pós-extração dentária mais comum, sendo caracterizada por um atraso no início da neoformação óssea. Portanto, ela é decorrente da desintegração do coágulo sanguíneo dentro do alvéolo, expondo o mesmo a restos alimentares e fluídos não provenientes da cavidade oral, levando ao atraso na sua cicatrização e causando queixa álgica severa. (1,4)

A alveolite seca foi descrita pela primeira vez por Crawford, em 1896 como “presença simultânea de dor severa irradiada e desintegração parcial ou total do coágulo sanguíneo”, devido à sua alta frequência na prática clínica e às suas complicações. (4, 9)

A definição mais recente de alveolite seca é: “uma dor pós-operatória em torno do local da extração, com aumento da sua severidade em qualquer momento entre o primeiro e terceiro dia após a extração dentária, acompanhada por desintegração parcial ou total do coágulo sanguíneo dentro do alvéolo, com ou sem halitose”. (9,10)

Incidência

A incidência dessa patologia é maior na mandíbula do que na maxila, sendo aproximadamente dez vezes mais frequente em molares inferiores do que em molares superiores. Esses autores associam essa maior frequência à limitada perfusão sanguínea na mandíbula por apresentar uma densa cortical óssea. (5,7,8)

Desta forma, a incidência da alveolite seca varia, na literatura, entre 1% a 25% dos casos relacionado às extrações dentárias. Entretanto, outros autores relatam que a alveolite seca está associada a mais de 37% das exodontias, sendo mais habitual em alvéolos de molares mandibulares. (11,12).

Essa grande variação na incidência provavelmente está relacionada: á diferentes critérios de diagnóstico e avaliação usados pelos cirurgiões-dentistas;

além das divergências nos dados de exodontias de terceiros molares inferiores não-impactados, parcialmente impactados ou completamente impactados, à manipulação durante os procedimentos trans-operatório e pós-operatório de extração dentária, à idade do pacientes e à realização de diferentes técnicas cirúrgicas. (9,13)

A alveolite seca tem uma maior ocorrência em pacientes do sexo feminino, com uma relação de 5 mulheres para 1 homem (5:1). Alguns estudos explicam que essa maior ocorrência nas mulheres pode estar relacionada à utilização de contraceptivos orais, pois o estrógeno ativa o sistema fibrinogênio-fibrina, auxiliando a formação do coágulo após a extração-dentária. (1,3,14)

Outros autores descrevem que não há relação com a utilização de contraceptivos orais. Portanto, evidenciam que a maior incidência da alveolite seca é na população feminina em consequência do seu cuidado com a saúde, sua maior sensibilidade aos estímulos dolorosos, à sua atividade hormonal ou à sua anatomia mandibular. (9,15)

A maior parte da literatura destaca o aumento da incidência em relação ao avanço da idade devido ao aumento de complicações pós-operatórias ou diminuição da eficácia da cicatrização. Em compensação, a faixa etária exata mais acometida não é descrita nos estudos. (10,14)

O hábito de fumar também está associado ao risco de aparecimento de alveolite seca. Os autores explicam que as substâncias tóxicas presentes no cigarro intensificam a reabsorção óssea, interferindo na função osteoblástica e na produção de hemoglobina, interrompendo a cicatrização. (5,9,16)

Os pacientes expostos à radioterapia, dos diabéticos, os imunocomprometidos ou os com doença osteosclerótica ou sistêmica são mais susceptíveis ao surgimento de alveolite seca; uma vez que o risco de complicações

pós-operatórias é consideravelmente aumentado nesses pacientes; já que neles, o processo de cicatrização é alterado. (7,12)

Etiologia

Em relação à etiologia da alveolite seca, não existe uma só causa, mas sim, múltiplos fatores que levam a essa patologia. Portanto, se faz importante o acompanhamento do cirurgião-dentista. (7,12,17)

Dentre os fatores que favorecem o aparecimento da alveolite seca pós-extração dentária, destacam-se: a idade avançada, o tabagismo, o descuido com a higiene bucal, a utilização de contraceptivos orais, a habilidade cirúrgica do cirurgião-dentista, o trauma cirúrgico, a falta de orientação ao paciente sobre os cuidados pós-operatórios, o tipo de anestésico utilizado no procedimento cirúrgico, dentre outros. (12)

Outro fator destacado pelos autores é a intensa irrigação e curetagem do alveólo pós-extração dentária. A intensa irrigação pode levar a não formação do coágulo, promovendo o desenvolvimento de infecção e, a curetagem pode originar lesões no osso alveolar, contribuindo com o aparecimento de alveolite seca após a extração dentária. (5,16)

Como a etiologia da alveolite seca é multifatorial, o principal papel do cirurgião-dentista após a extração dentária é o cuidado para que essa condição pós-operatória não ocorra. Entretanto, após a alveolite seca já ter se instalado, o profissional deve identificar as causas e reduzir as queixas álgicas. (5,9,16)

Diagnóstico

O diagnóstico da alveolite seca é realizado baseado na história clínica do paciente e na sintomatologia do mesmo e se dá, geralmente, entre o terceiro e

quarto dia após a exodontia. O quadro clínico é caracterizado por desconforto, dor aguda, pulsátil e constante, halitose, edema gengival, presença de um alvéolo vazio e desagregação total ou parcial do coágulo. (6,12,18)

A partir dos sintomas relatados pelo paciente é prudente realizar exame radiográfico para excluir qualquer chance de resíduos (raízes dentárias) no alvéolo. Nesse caso, é de extrema importância à realização de uma boa anamnese e também de um bom exame clínico. Ao exame imagiológico, somente em casos avançados serão encontradas alterações significativas. (4,5,12)

É indispensável que o odontólogo seja capacitado para fazer o diagnóstico diferencial em relação às outras complicações pós-operatórias, adequando o tratamento às necessidades de cada paciente. Desse modo, a alveolite seca será caracterizada pelo retardamento do início da neoformação óssea, dor severa, halitose e desintegração do coágulo sanguíneo. (1,7,9)

Tratamento

Com etiologia multifatorial, o tratamento irá direcionar-se para a resolução da infecção e melhora da queixa algica. Os protocolos mais utilizados envolvem a utilização de antibióticos, antissépticos, analgésicos, irrigação com soro fisiológico e curetagem alveolar. (19)

Frente ao diagnóstico de alveolite seca, o passo inicial será realizar a anestesia local, a qual possibilitará redução breve da dor e, em seguida, realiza-se a remoção da sutura, caso ela ainda esteja presente, proporcionando a exposição do alvéolo. Logo após, efetua-se a irrigação alveolar com soro fisiológico, aspirando cautelosamente o interior do alvéolo e, se necessário, realiza-se a curetagem alveolar. (7,9)

A irrigação alveolar com soro fisiológico e a curetagem do alvéolo, separadamente ou juntamente com outras técnicas, ajudam na retirada de detritos e bactérias que se aglomeram no interior do mesmo, auxiliando na melhoria dos sintomas. Uma curetagem agressiva não é indicada, pois isso poderia causar lesões alveolares, provocar bacteriemia e intensificar a dor. (18,20)

Quanto à medicação intra-alveolar em complemento aos tratamentos expostos anteriormente, utilizam-se: curativos antimicrobianos, calmantes e anestésicos locais. Dessa forma, o melhor fármaco intra-alveolar deverá ser antisséptico, levando ao rápido término da dor, não provocar irritação dos tecidos circundantes, ser de fácil absorção e aplicação e apresentar baixo custo. (13)

Entretanto, a aplicação de medicação intra-alveolar é um assunto muito discutido na literatura. Há autores que argumentam que a utilização de curativos no alvéolo aumenta a absorção local de fármacos e impede a entrada de restos alimentares no alvéolo. Por outro lado, outros argumentam que os curativos retardam a cicatrização e levam a problemas locais. (4,5,9,16)

O curativo alveolar Alveogyl® é frequentemente utilizado no tratamento da alveolite seca. Ele é constituído por anestésico local, analgésico e antisséptico. Na maior parte dos casos, a sua utilização tem atingido ótimos resultados em relação à sintomatologia dolorosa. Os seus componentes deprimem os nociceptores e inibem a síntese de prostaglandinas e, por isso, nota-se um retardo na inflamação e cicatrização, sendo desaconselhável o seu uso. (18,19,20)

A esponja de colágeno molhada em plasma rico em fatores de crescimento é uma escolha que tem apresentado excelentes resultados no tratamento da alveolite seca quando comparada à utilização de pasta de óxido de

zinco - eugenol. Acredita-se que o plasma rico em fatores de crescimento acelere a cicatrização e a angiogênese, diminua a dor e reduza o risco de osteonecrose. (18)

Há ainda uma pasta à base de guaiacol, eugenol, clorobutanol e bálsamo do Perú, que é colocada em uma cápsula de gelatina, glicerina e glicose. Ela apresentou resultados satisfatórios na redução da dor quando comparado com a utilização de pasta de óxido de zinco - eugenol. Porém, sua utilização é controversa na literatura, pelo fato da mesma poder causar a osteonecrose e o atraso na cicatrização óssea. (18,20,21)

Todos os curativos descritos acima atuam como uma barreira física para manter o alvéolo fechado, dificultando a exposição das terminações nervosas ósseas. Aconselha-se a retirada de suturas e irrigação alveolar com solução fisiológica antes da aplicação do curativo, sendo que esse deverá ser trocado a cada 2 ou 3 dias. Porém, alguns autores concluíram que não se devem colocar materiais no alvéolo devido à diminuição do processo de cicatrização. (18,19,20)

Os antibióticos intra-alveolares mais utilizados são as penicilinas, a clindamicina, a eritromicina e o metronidazol. A utilização do metronidazol é a mais recomendada na literatura (400 mg/dia, durante 5 dias) devido ao fato desse antibiótico possuir menores efeitos secundários e apresentar resultados satisfatórios. Entretanto, sua possibilidade de promover resistência bacteriana é maior. (5,13,18)

Alguns autores relatam a obtenção de melhores resultados na prevenção da alveolite seca pós-extração dentária quando é administrado antibiótico anteriormente ao procedimento cirúrgico, e não somente no pós-operatório. Contudo, o uso regular de antibióticos para prevenção da alveolite seca pode não ser o melhor, devido ao desenvolvimento de classes de bactérias resistentes e provável hipersensibilidade. (9,5,13)

Os antissépticos utilizados no tratamento da alveolite seca são o peróxido de hidrogênio e os compostos de iodo. O peróxido de hidrogênio é usado em uma concentração de 3% e libera gás oxigênio quando entra em contato com tecidos, provocando a limpeza da lesão pelo seu mecanismo efervescente. (18)

Os compostos de iodo apresentam menor toxicidade, a inexistência de corrosão e atividade antisséptica inexistente. Um dos antissépticos mais utilizados é a clorexidina, sendo prescrita no pré e pós-operatórios na forma de solução para irrigação local, géis ou bochechos, em uma concentração de 0.12% a 0.2%. (9,18)

A clorexidina tem alto poder de diminuição da microbiota oral. A sua capacidade de atenuação de ocorrência de alveolite seca tem sido confirmada por vários autores, aparecendo em alguns estudos com redução de 50% nos casos de alveolite seca. Sua concentração mais sugerida é a de 0,12%, por causar menos efeitos adversos do que a concentração de 0,2%. (5,9,13,17)

A utilização de anestésicos locais tópicos, especialmente na forma de gel, colocados no interior do alvéolo anteriormente à sua curetagem e irrigação, é bastante recomendada. Há, também, a tendência de prescrever analgésicos juntamente com anti-inflamatórios nos casos de alveolite seca diagnosticados. Já a prescrição de antibióticos não é preconizada. (18)

Para diminuição da dor, alguns autores sugerem a utilização de anti-inflamatórios ou de paracetamol associado à codeína. Em contrapartida, outros autores aconselham a utilização do anti-inflamatório Celecoxib® de 200 mg administrado por via oral. Outros protocolos sugerem a terapia com laser, pelo fato do mesmo estimular o processo cicatricial e aumentar a circulação sanguínea no local aplicado e, também, por gerar um efeito analgésico e anti-inflamatório. (5,13,18)

Prevenção

Vários estudos abordam técnicas de prevenção da alveolite seca pós-extração dentária, acreditando que poderá acontecer uma redução na ocorrência da mesma. Devido aos vários fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da alveolite seca, ainda existe discussão em relação ao fato de que nenhuma técnica de prevenção é eficaz em todos os casos. Com isso, têm-se medidas preventivas não farmacológicas e medidas preventivas farmacológicas, podendo as mesmas ser empregadas separadamente ou em conjunto. (7,8,13)

- Medidas não farmacológicas:

Em relação às medidas não farmacológicas, destaca-se: a realização de uma história clínica completa; análise e se possível, afastamento de qualquer fator de risco; estudo e projeto detalhado do procedimento cirúrgico; exodontias com cuidado e menor risco de traumas; comprovação da inexistência de fragmentos dentários ou ósseos no alvéolo e da presença de coágulo sanguíneo no interior do alvéolo pós-extração. (5,9)

Além disso, deve-se realizar a higienização oral antes da extração dentária, tentando diminuir o número de bactérias na cavidade bucal. Os pacientes fumantes devem ser orientados a diminuir a quantidade de cigarros consumidos ou realmente parar de fumar durante o período pós-operatório, principalmente no pós-operatório imediato. Deve-se recomendar ao paciente evitar a realização de bochechos nas primeiras 24 horas após a exodontia e a realizar a escovação de forma delicada. (16,9)

Em relação às mulheres que fazem o uso de contraceptivos orais, as extrações dentárias devem ser realizadas entre o período do dia 23 ao dia 28 do ciclo menstrual, correspondendo aos dias com menor nível de estrogênio. Outro

fator importante na prevenção de alveolite seca é manter o local asséptico durante a extração. Porém, o uso de luvas de procedimento ou de luvas cirúrgicas estéreis não minimiza a ocorrência de alveolite seca. (1,6,13)

- Medidas farmacológicas:

As medidas preventivas farmacológicas abrangem fármacos de ação sistêmica e tópica, podendo ser agentes intra-alveolares, antibacterianos, antissépticos, anti-fibrinolíticos, anti-inflamatórios esteroidais e analgésicos. Na literatura, a administração profilática de antibióticos sistêmicos reduziu os casos de alveolite seca. Entretanto, o seu uso frequente antes ou após extração dentária pode provocar resistência bacteriana e o aumento da sensibilidade. (21,22)

A administração pré-operatória de antibióticos sistêmicos apresentou maior efetividade quando comparada à administração pós-operatória. A administração desses fármacos deve ser enfatizada em pacientes com histórico de alveolites prévias ou em pacientes com deficiência no sistema imune. Dentre os antibióticos mais utilizados se encontram as penicilinas, a clindamicina, a eritromicina e o metronidazol. (9,21,22)

O metronidazol apresenta resultados promissores devido aos menores efeitos secundários e, por essa razão, é o mais indicado. A combinação de amoxicilina com clavulanato de potássio não apresentou resultados satisfatórios, de acordo com a literatura. Os autores elucidam que devido ao fato dos antibióticos sistêmicos gerarem maiores efeitos colaterais e toxicidade, o uso tópico dos mesmos é recomendado. (6,16)

A utilização de esponjas gelatinosas molhadas com tetraciclina, clindamicina, lincomicina, metronidazol, penicilinas ou eritromicina apresentou ser favorável na redução da incidência de alveolite seca. Contudo, não houve efeitos

positivos na aplicação tópica de metronidazol em relação ao uso de tetraciclina. (9,22)

Os antissépticos mais relatados na literatura são a clorexidina e o eugenol. Atualmente, tem sido discutida na literatura a utilização de ozonioterapia, pelo fato do ozônio ser considerado, na sua forma aquosa, um antisséptico eficiente e menos citotóxico em relação a outros antissépticos como o gluconato de clorexidina, o hipoclorito de sódio ou o peróxido de hidrogênio. (1,22)

Devido ao fato da clorexidina ter propriedade antisséptica comprovada, apresentar baixo custo, alta tolerância e largo espectro de ação, ela vem sendo cada vez mais administrada nos procedimentos cirúrgicos com o objetivo de diminuir a incidência de alveolite seca. A recomendação da sua utilização varia de acordo com a aplicação (gel ou líquido) e concentração (0.12% e 0.2%). Seu uso no pré e pós-operatório reduz a ocorrência de alveolite seca após a exodontia e diminui o incômodo pós-operatório. (1,9,17,22)

O 9-aminoacridina é um antisséptico considerado ineficiente na redução da incidência da alveolite seca. O eugenol, antisséptico usado em curativos apresentou, em alguns estudos, efeito local desagradável e atraso na cicatrização; impossibilitando seu uso na prevenção da alveolite seca. Alguns estudos relataram que a administração tópica de corticosteroides não tem efeito positivo na prevenção de alveolite seca. (9,13,22)

Após as exodontias, a administração tópica de hidrocortisona e oxitetraciclina mostrou ser eficazes em poucos estudos. Entretanto, devido à falta de maiores evidências científicas, estes não constituem medida preventiva adequada. Os agentes anti-fibrinolíticos são usados de forma tópica com o objetivo de impedir a perda antecipada do coágulo sanguíneo no interior do alvéolo. (9,13)

Alguns exemplos de agentes anti-fibrinolíticos empregados na prevenção da alveolite seca são o ácido para-hidroxibenzóico, o ácido tranexâmico e o ácido polilático. Apesar de apresentarem alto potencial de prevenção da alveolite seca, seus efeitos colaterais precisam ser evitados, necessitando selecionar outras estratégias para prevenção. Outros agentes fibrinolíticos têm sido discutidos, contudo seus resultados ainda são questionáveis. (3,9,22)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aparecimento de complicações pós-extração dentária são recorrentes na prática clínica. O cirurgião-dentista deve estar apto a solucionar as complicações pós- exodontias, a eliminar os fatores de risco, a orientar os pacientes acerca das medidas para prevenção e a aderir aos métodos para tratamento.

A respeito das medidas de prevenção, estas devem ser programadas detalhadamente, através de uma anamnese detalhada e um plano de tratamento eficaz. Durante a extração dentária devem ser adotadas técnicas com menor risco de traumas e que proporcionem manuseio cuidadoso dos tecidos.

Após procedimento cirúrgico, as precauções devem ser adotadas de acordo com a necessidade de cada paciente, com observação cautelosa a respeito das recomendações pós-operatórias, de modo a prevenir futuras complicações.

A complicação mais relatada na literatura é a alveolite seca. Há discussões controversas na literatura em relação às diferentes técnicas utilizadas para a prevenção da alveolite seca com resultados divergentes em alguns estudos. Teoricamente, uma das etapas mais significativas seria a descoberta concreta da sua etiologia.

Com etiologia multifatorial, o tratamento da alveolite seca irá consistir em melhorar a queixa álgica e infecção, através de protocolos de tratamento utilizando medicações locais ou sistêmicas. A prevenção envolverá medidas preventivas farmacológicas e não farmacológicas.

A alveolite seca pode ocorrer mesmo se o cirurgião dentista realizar as melhores técnicas cirúrgicas, e realizar uma cirurgia o mais asséptica possível. Porém, o mesmo terá que ser capacitado a realizar o diagnóstico de alveolite seca em relação às outras complicações pós-operatórias. Além disso, o cirurgião dentista deverá estar apto para aplicar um protocolo terapêutico de acordo com as necessidades de cada paciente.

Portanto, a importância do conhecimento do cirurgião dentista acerca da alveolite seca, a sua capacidade para resolução dos problemas, a execução de uma anamnese detalhada e a orientação minuciosa dos cuidados necessário no pré e pós-operatório de extração dentária ao paciente são etapas que irão ajudar na prevenção do aparecimento da alveolite seca.

REFERÊNCIAS

1. Akinbami BO, Godspower T. Dry Socket: Incidence, Clinical Features, and Predisposing Factors. [periódico na Internet]. Int J Dent. 2014 [acesso em 22 de out 2018]; 2014(2014):1–7. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC406_0391/
2. Escoda CG, Aytés LB. Tratado de Cirurgia Bucal: tomo I. 1. ed. Madrid: Ergon; 2003.
3. Venkateshwar GP, Padhye MN, Khosla AR, Kakkar ST. Complications of exodontia: a retrospective study. [periódico na Internet] Indian J Dent Res. 2011 [acesso em 22 de out 2018]; 22(5):633-638. Disponível em: <http://www.ijdr.in/text.asp?2011/22/5/633/93447>
4. Bortoluzzi MC, Manfro R, Déa BE, Dutra TC. Incidence of dry socket, alveolar infection, and postoperative pain following the extraction of erupted teeth. [periódico na Internet] J Contemp Dent. 2010 [acesso em 22 de out 2018]; 11(1):1-9. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5ebf/e58e508fd54bbb670c8298953030abe2550a.pdf>
5. Pereira ARH. Complicações infecciosas pós-extração dentária. [dissertação] [Internet]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2010. [acesso em 22 de out 2018]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/60882/2/Andreia%20Pereira%20ComplicaesinfecciosaspsextracodentriaAndreiaRHPereira.pdf>
6. Simões TJFSC. Avaliação da distribuição relativa e fatores de risco da alveolite na consulta de cirurgia oral da clínica dentária universitária da UCP. [Tese] [Internet]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2014. [acesso em 22 de out 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15295/1/Tese%20final.pdf>
7. Marzola C. Fundamentos de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. 1. ed. São Paulo: BigForms; 2008.
8. Takemoto M, Gauer L, Zago CDC, Andrade MR, Tagliari D. Prevenção e tratamento de alveolites. [periódico da Internet] Rev Tec. 2015 [acesso em 07 de fev 2019]; 3(2):51-59. Disponível em: <https://uceff.edu.br/revista/index.php/revista/article/view/73>
9. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. [periódico da Internet] Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2002 [acesso em 07 de fev 2019]; 31(3):309-317. Disponível em: <http://www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/Contemporary-views-on-dry-sockets.pdf>

10. Brito GOG, Melo GS. Alveolite e seus aspectos atuais. [Trabalho de Conclusão de Curso] [Internet]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2015. [acesso em 14 de fev 2019]. Disponível em:
<http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1903/ALVEOLITE%20E%20SEUS%20ASPECTOS%20ATUAIS%20%28UNIT-SE%29.pdf?sequence=1>
11. Sharif MO, Dawoud BES, Tsihklaki A, Yates JM. Interventions for the prevention of dry socket: an evidence-based update. [periódico da Internet] British Dental Journal. 2014 [acesso em 14 de fev 2019]; 2017(1):27-30. Disponível em:
<https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.550>
12. Portela PP, Bedendo RS, Vieira PGM, Magalhães SR. A complicação alveolite após a remoção do terceiro molar inferior: revisão de literatura. [periódico da Internet] Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde. 2014 [acesso em 14 de fev 2019]; 4(1):94-104. Disponível em:
<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/1556/1222>
13. Santos ASF. Prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações pós-extração dentária. [dissertação] [Internet]. Portugal: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz; 2015. [acesso em 17 de fev 2019]. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11779/1/Santos%2C%20Ana%20Sofia%20Freire%20dos.pdf>
14. Leitão MTA. Alveolite: Diagnóstico e Tratamento [dissertação] [Internet]. Porto: Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde; 2016. [acesso em 17 de fev de 2019]. Disponível em:
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5599/1/PPG_25716.pdf
15. Haraji A, Rakhshan V. Single-dose intra-alveolar chlorhexidine gel application, easier surgeries and younger ages are associated with reduced dry socket risk. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2014;72(8):259-265.
16. Lagares DT, Figallo MA, Ruíz, MM, Cossío PI, Calderón MG, Pérez JL. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. [periódico na Internet]. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005 [acesso em 20 de fev 2019];10:77-85. Disponível em:
http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n1/en_11.pdf
17. Lopes DG. O uso da clorhexidina em cirurgia oral [dissertação] [Internet]. Portugal: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz; 2018. [acesso em 20 de fev 2019]. Disponível em:
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23507/1/Lopes_Daniela_Gon%C3%A7alves.pdf
18. Buenaventura AV. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. [periódico na Internet]. Revista Española de Cirugía Oral Y Maxilofacial. 2014 [acesso em 27 de fev de 2019];36(4):169–173. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v36n4/v36n4a04.pdf>
19. Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). [periódico da Internet]. The

Cochrane Library. 2012 [acesso em 08 de mar 2019];12(12):01-82. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006968.pub2/epdf/full>

20. Kaya GS, Yapici G, Savas Z, Güngörmüş M. Comparison of Alvogyl, SaliCept Patch, and Low-Level Laser therapy in the management of alveolar osteitis. [periódico da Internet]. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2011 [acesso em 23 de mar 2019];69(6):1571-1577. Disponível em: [http://www.exodontia.info/files/J Oral Maxillofac Surg 2011. Comparison of Alvogyl SaliCept Patch Low-Level Laser Therapy in the Management of Alveolar Osteitis.pdf](http://www.exodontia.info/files/J%20Oral%20Maxillofac%20Surg%202011.%20Comparison%20of%20Alvogyl%20SaliCept%20Patch%20Low-Level%20Laser%20Therapy%20in%20the%20Management%20of%20Alveolar%20Osteitis.pdf)

21. Haghghat A, Bahri Najafi R, Bazvand M, Badrian H, Khalighinejad N, Goroohi H. The effectiveness of GECB pastille in reducing complications of dry socket syndrome. [periódico da Internet]. International Journal of Dentistry. 2012 [acesso em 23 de mar de 2019];2012(2012):1-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346972/>

22. Kolokythas A, Olech E, Miloro M. Alveolar osteitis: a comprehensive review of concepts and controversies. [periódico da Internet]. International Journal of Dentistry. 2010 [acesso em 26 de mar 2019];2010(2010):1–10. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/45283042 Alveolar Osteitis A Comprehensive Review of Concepts and Controversies](https://www.researchgate.net/publication/45283042_Alveolar_Osteitis_A_Comprehensive_Review_of_Concepts_and_Controversies)

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo a Deus, por tornar realidade meu sonho de ser cirurgião-dentista. Ao meu orientador Esp. Vinicius Augusto Gonçalves e a minha coorientadora Ms. Lilian de Barros demonstro meu maior agradecimento pelo apoio, exigência e principalmente pelos conhecimentos adquiridos. Aos meus queridos professores Esp. Alexandre Costa Ferreira Vianna e Esp. José Jorge Vianna Junior, por terem aceitado fazer parte da banca examinadora. A todos os professores e funcionários da Faculdade de Patos de Minas, pela atenção, carinho e ensinamentos. A minha família, por estarem, integralmente ao meu lado nestes anos acadêmicos. A minha namorada e filha, por ser meu porto de abrigo quando mais precisei.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

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

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Marcus Emanuel Rodrigues Pereira

Orientador Profº Esp. Vinicius
Augusto Gonçalves

DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu _____,
matriculado sob o número _____ da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: ALVEOLITE SECA PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA: revisão bibliográfica.

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em _____ da Faculdade Patos de Minas.

Marcus Emanuel Rodrigues Pereira
Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientador que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Orientador Profº. Esp. Vinicius Augusto Gonçalves