

**FACULDADE PATOS DE MINAS
ODONTOLOGIA**

DANILO MATEUS FERREIRA

**CLASSIFICAÇÃO E COMPLICAÇÕES TRANS E PÓS-
OPERATÓRIAS DAS EXODONTIAS DOS TERCEIROS
MOLARES INFERIORES**

**PATOS DE MINAS
2009**

DANILO MATEUS FERREIRA

**CLASSIFICAÇÃO E COMPLICAÇÕES TRANS E PÓS-
OPERATÓRIAS DAS EXODONTIAS DOS TERCEIROS
MOLARES INFERIORES**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Profa. Esp. Hany
Angelis A. B. Oliveira

**PATOS DE MINAS
2009
DANILO MATEUS FERREIRA**

CLASSIFICAÇÃO E COMPLICAÇÕES TRANS E PÓS- OPERATÓRIAS DAS EXODONTIAS DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientadora:

Profa. Esp. Hany Angelis A. B. Oliveira
Faculdade de Patos de Minas

Examinadora:

Profa. Ms. Adriana B. S. P. Fernandes
Faculdade de Patos de Minas

Examinadora:

Profa. Ms. Daniela C. Borges
Faculdade de patos de Minas

Dedico aos meus pais, pelo amor, dedicação, esforço, pelo exemplo de vida, por terem me ensinado a viver, lutar e vencer com dignidade.

Ao meu irmão por compartilhar de meus ideais e sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus por estar sempre ao meu lado me amparando sempre e dando força e coragem para seguir sempre em frente.

Aos meus pais por toda a confiança que em mim depositaram.

À Faculdade Patos de Minas pelo empenho em formar excelentes profissionais.

À Vice-coordenadora Profa. Ms. Adriana B. S. P. Fernandes pela confiança e ajuda incondicional.

À Professora Esp. Lêda Bermardi Cunha pelo empenho e paciência.

À minha orientadora Profa. Esp. Hany Angelis A. B. Oliveira pela dedicação, empenho e carinho durante todo o período de elaboração deste trabalho.

Aos mestres, pelos ensinamentos passados e por ter nos dado a consciência do valor de nossa profissão.

Aos colegas, pois, durante anos estivemos juntos, construindo sonhos e discutindo ideais.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra, me deram motivação para alcançar este grande objetivo.

“O maior desafio da vida é lutar contra as próprias fraquezas. Quando conseguimos suplantar esse obstáculo interior, um grande e brilhante caminho se abre à nossa frente.”

Autor desconhecido

RESUMO

A exodontia dos terceiros molares inferiores é uma das cirurgias orais menores mais realizadas por cirurgiões bucomaxilofaciais. Estes dentes frequentemente se apresentam em uma posição difícil e complicada. Então quando for indicada sua exodontia deve-se determinar o grau de dificuldade cirúrgica, realizando uma cuidadosa classificação deste terceiro molar inferior, analisando o melhor acesso cirúrgico e se poderão ocorrer complicações trans e/ou pós-operatórias. Praticamente em todo procedimento cirúrgico a remoção dos terceiros molares inferiores pode resultar em complicações de morbidade variada. As complicações mais comuns são hemorragia, deiscências do retalho, alveolite, parestesia, trismo, dor e edema, que na maioria das vezes evoluem sem tratamento específico e, no entanto, devem ser prevenidas e tratadas corretamente para maior conforto pós-operatório. O presente trabalho tem como objetivo, revisar as complicações associadas à exodontia dos terceiros molares inferiores, discutindo a prevalência, dos fatores predisponentes, assim como sua relação com a posição desse dente na arcada.

Palavras-chave: Molar. Exodontia. Complicações.

ABSTRACT

The extraction of inferior third molars is one of the most minor oral surgeries performed by maxillofacial surgeons. These teeth often present themselves in a difficult and complicated position. So when the extraction of inferior third molars is indicated there should be made a meticulous planning to assess the degree of surgical difficulty, a careful classification of the tooth, analyzing the best surgical approach and whether there is a greater probability of trans and/or postoperative complications. Most of the surgical procedures for the removal of inferior third molars can result in complications of morbidity varied. The most common complications are hemorrhage, dehiscence of the flap, alveolitis, paresthesia, trismus, pain and edema. These often evolve without specific treatment, but by no means care to avoid them must be neglected by the professional. This paper aims to conduct a systematic review of the literature addressing the main complications, common or not, associated with the extraction of inferior third molars, and also relating the position of this tooth in the dental arch.

Keywords: Molar. Extraction. Complications.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 CLASSIFICAÇÕES DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES	11
2 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES.....	17
2.1 Complicações comuns.....	19
2.2 Complicações incomuns.....	22
CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	28

INTRODUÇÃO

Os terceiros molares inferiores atraíram atenção especial de vários estudiosos por apresentarem grande prevalência de inclusão e devido à dificuldade cirúrgica frente à sua remoção. O objetivo desse trabalho é abordar a ocorrência de complicações durante e após a exodontia de terceiros molares inferiores e classificar sua posição conforme as classificações propostas por George Winter, Pell e Gregory e Durbeck.

Os terceiros molares inferiores apresentam-se em má posição frequentemente devido a fatores mecânicos, patológicos ou filogenéticos. Estes dentes também estão associados a várias condições patológicas como, por exemplo: trismo, abscesso, cisto dentígero, etc. Por isso freqüentemente indica-se sua extração (PETERSON, 1996).

Peterson et al (2001), afirmaram que para se determinar o grau de dificuldade cirúrgica deve-se realizar uma cuidadosa classificação desse dente analisando o melhor acesso cirúrgico e se poderão ocorrer complicações trans e pós-operatórias. Estas classificações são feitas a partir da análise radiográfica e, na maioria das vezes, utilizam-se radiografias panorâmicas nas quais se pode observar o longo eixo do segundo molar, o ramo ascendente da mandíbula e o nível ósseo que servem como parâmetros.

Como em todo procedimento cirúrgico, a exodontia de terceiros molares inferiores resulta em complicações de morbidade variadas. As mais comuns são: hemorragias, deiscências do retalho, alveolite, parestesia (CARDOSO, et al, 2008), trismo, dor e edema. Os fatores que contribuem com estas complicações estão relacionados ao processo inflamatório que é resultado do ato cirúrgico.

Zorzetto, et al (2000), em seu estudo sobre a Cirurgia de terceiros molares inferiores retidos, realizaram uma investigação com o objetivo de observar complicações pós-operatórias nos casos de extração de terceiros molares inferiores retidos. Foram selecionados 94 casos de extração de terceiros molares inferiores retidos. Os procedimentos metodológicos desse estudo foram baseados em observações clínicas e seus resultados demonstram que em 32 % dos casos foram observadas complicações e que em apenas 8,5% dos casos estas não foram

relatadas. Dor e trismo foram as complicações encontradas com maior frequência após a exodontia de terceiros molares inferiores, e infecção e inflamação apresentaram baixa incidência.

Paulesini Junior, Caixeta, Leporace e Rapoport (2008), realizaram uma revisão literária sobre as complicações associadas à cirurgia de terceiros molares, com o objetivo de enumerar as complicações mais comuns associadas à cirurgia para remoção destes dentes, discutindo os eventos mais comumente observados e complicações mais raras descritas na literatura bem como seus fatores predisponentes.

Santos e Quesada (2008) em seus estudos sobre a prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory, realizaram uma investigação com o objetivo de verificar a prevalência de terceiros molares e suas classificações. Foram selecionadas 232 radiografias panorâmicas na disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Mesmo com a existência de vários estudos relacionados à classificação e complicações trans e pós-operatórias das exodontias dos terceiros molares inferiores, é de suma importância enfatizar a ocorrência dessas complicações, suas causas e tratamentos específicos, e a relação entre a posição desse dente com a ocorrência de complicações durante ou após a sua exodontia. Por isso é pertinente a revisão desse tema, devido à frequência em que ocorrem durante a vivência clínica.

1 CLASSIFICAÇÕES DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES

As classificações dos dentes inclusos são aplicadas aos elementos que, mesmo estando completamente desenvolvidos, não irromperam, encontrando-se totalmente encobertos por tecido ósseo e/ou mucoso. Podem ser visualizados somente através de exames complementares por imagem como radiografias ou tomografias.

As inclusões mais freqüentes ocorrem com os dentes de erupção mais tardia, ou seja, os caninos e os terceiros molares (GRAZIANI, 1997). À medida que os dentes permanentes vão surgindo, o desenvolvimento dos maxilares vai permitindo o seu alinhamento na arcada. Quando este desenvolvimento não é suficiente, os dentes podem apresentar-se excessivamente juntos, oblíquos, em má posição ou permanecem inclusos.

Uma das principais causas para a ocorrência de dentes impactados é a falta de espaço adequado para a erupção completa dos terceiros molares. Essa carência de espaço pode ser em detrimento de um tamanho exagerado do dente, de uma mandíbula ou maxila pequena, ou ainda, uma associação de ambas as características. Os terceiros molares são aqueles que apresentam-se com maior freqüência em má posição. Acredita-se que fatores mecânicos, patológicos ou filogenéticos possam ser responsáveis por essa condição.

O sistema estomatognático evoluiu concomitantemente com o tipo de alimentação do homem. Antigamente, os alimentos eram mais rígidos e exigiam mais dos maxilares para dilacerá-los e triturá-los. Hoje a exigência é significativamente menor, pois os alimentos são preparados e menos densos. Essas mudanças dos hábitos alimentares causaram um decréscimo significativo na transmissão de estímulos ósseos, provocando uma redução no tamanho dos maxilares desencadeando falta de espaço para o correto posicionamento dos terceiros molares e gerando transtornos nos casos de má posição (GRAZIANI, 1997). Essas alterações dos maxilares podem ser identificadas com a extinção do

quarto molar, considerado hoje como um supranumerário, e a incidência cada vez maior de anadontia e inclusão dos terceiros molares e pré-molares.

Peterson, et al, (2001), afirmaram que o terceiro molar inicia seu desenvolvimento na posição horizontal, e com o desenvolvimento mandibular e dentário a angulação muda para mesioangular e futuramente para vertical, falhas nesta rotação são as causas mais comuns de impacção, e conseqüentemente má posição dentária.

Peterson, et al, (2001), afirmaram que para se determinar o grau de dificuldade cirúrgica no período pré-operatório, o cirurgião dentista deve examinar o paciente metodicamente. Uma cuidadosa análise e classificação do dente a ser extraído associada à uma técnica operatória correta e bem realizada, garantirão um bom trans-operatório e conseqüentemente um índice reduzido de complicações pós operatórias.

Na literatura existem divergências em relação à classificação dos dentes inclusos. Em 1926, George Winter classificou os terceiros molares inclusos baseando-se na angulação do longo eixo do dente incluso em relação ao longo eixo do segundo molar.

Em 1933, Pell e Gregory classificaram os terceiros molares inferiores de analisando a relação do dente incluso com a borda anterior do ramo ascendente mandibula e com o plano oclusal (profundidade de inclusão). Essas classificações facilitaram a comunicação entre os cirurgiões-dentistas, além de auxiliá-los no planejamento da cirurgia, que normalmente é indicada como uma maneira de prevenção de patologias.

As classificações dos dentes inclusos são feitas a partir da análise de radiografias panorâmicas as quais nos permitem analisar o longo eixo do segundo molar, o ramo ascendente da mandíbula e o nível ósseo que servem como parâmetros.

Segundo Peterson, et al (2001), os dentes impactados podem ser classificados de acordo com a natureza do seu tecido de revestimento em:

1- Inclusão intra-óssea: o dente está no interior do osso, para removê-lo é necessária uma ostectomia extensa e quase invariavelmente a odontosseção.

2- Semi-inclusão: o dente incluso está em processo de erupção, podendo ou não ter perfurado o teto ósseo alveolar, porém este não terá condições de erupção correta, posicionando-se incorretamente na arcada. Para a remoção destes dentes

deve-se incisar o tecido mole, rebater o retalho e remover o osso que se encontra acima do dente. A odontosseccão pode ou não ser necessária.

3- Inclusão submucosa: o dente encontra-se recoberto por uma fibromucosa, porém não erupcionou completamente. Para a remoção de dentes com esse tipo de impacção deve-se incisar e descolar o tecido mole para ter acesso ao mesmo. Geralmente é o de mais a fácil remoção.

A classificação de George Winter (1926) reúne todos os requisitos necessários para um planejamento cirúrgico, porém para aprimoramento desses planos clínico-cirúrgicos, a associação com a classificação de Pell e Gregory é de suma importância.

De acordo com Peterson, et al (2003), a classificação de George Winter é baseada na angulação dos terceiros molares inclusos, podendo esses serem classificados como em posição vertical, méso-angular, disto-angular, horizontal, linguoversão, vestibuloversão e dente incluído ectópico (Figura 1).





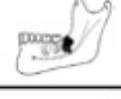



CLASSIFICAÇÃO DE WINTER			
Quanto à inclinação	Vertical		
	Horizontal		
	Disto Angular		
	Mesio Angular		

Figura 1 – Classificações de Winter e Pell e Gregory
Fonte: Santos e Quesada, 2008.

Na impacção vertical o molar incluído está paralelo ao longo eixo do segundo molar. Essa impacção é a segunda mais freqüente e é a terceira em dificuldade de remoção.

O terceiro molar méso-angulado está voltado para a mesial, ou seja, encontra-se incluído na direção do segundo molar. Neste caso, o dente está na posição mais fácil de removido e de ocorrência mais freqüente. Sua inclinação permite um ponto de apoio para a alavanca na sua porção mesial, propiciando a saída do dente na direção distal (MEDEIROS, et al, 2003).

O dente com impacção disto-angular apresenta-se voltado para a distal em relação ao segundo molar. A face oclusal desse dente está voltada para as amígdalas do paciente, conferindo uma das posições mais raras. Essa impacção apresenta maiores dificuldades para o profissional no momento da extração. O trajeto de saída do dente está voltado para o ramo da mandíbula, dificultando o acesso, visualização. (MEDEIROS, et al, 2003).

O terceiro molar horizontal encontra-se totalmente horizontalizado (deitado), com a face oclusal voltada para o segundo molar e suas raízes para a distal, é a posição mais rara já encontrada. O dente incluso nesta angulação causa frequentemente problemas periodontais ao dente adjacente, em decorrência de sua proximidade com a raiz do segundo molar (MEDEIROS, et al, 2003).

A linguoversão e a vestibuloversão ocorrem quando o dente está horizontalizado com sua face oclusal voltada para a tábua óssea vestibular (vestibuloversão) ou voltada para a parede lingual (linguoversão). É uma variação da classificação horizontal, modificando-se apenas o eixo do dente incluso.

O terceiro molar invertido está de "cabeça para baixo", este tipo de inclusão é raríssima.

O dente incluso ectópico é aquele que se encontra impactado em local que não é o habitual, ou seja, fora da tuberosidade maxilar (superior) ou da região retromolar (inferior).

Em 1933, Pell e Gregory desenvolveram duas formas distintas de classificação para os dentes inclusos, uma considerando o espaço existente entre a distal do segundo molar e o ramo ascendente da mandíbula, e outra relacionando a profundidade de inclusão do dente no osso.

Considerando a relação do dente incluso com o ramo ascendente da mandíbula e a distal do segundo molar inferior irrompido, os terceiros molares inferiores podem ser classificados em: classes I, II e III (Figura 2).







Relacionado à inclusão no Ramo Mandibular.	Classe I		
	Classe II		
	Classe III		

Figura 2 – Classificações de Winter e Pell e Gregory
Fonte: Santos e Quesada, 2008.

Na classe I existe espaço suficiente para acomodar o terceiro molar incluso entre o segundo molar e o ramo ascendente da mandíbula. O diâmetro méso-distal da coroa do terceiro molar está totalmente à frente da borda anterior do ramo ascendente da mandíbula. Se o dente estiver em posição vertical, existe a possibilidade de erupção em posição normal. Dentes nessa posição oferecem melhor acesso no ato cirúrgico, facilitando a exodontia.

Na classe II existe pouco espaço para acomodar o terceiro molar incluso, ou seja, o espaço entre a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior é menor que o diâmetro mesio-distal do terceiro molar incluso. O dente fica recoberto por osso em sua porção distal.

Na impacção de classe III não existe espaço para acomodar o terceiro molar incluso entre a borda anterior do ramo e a face distal do segundo molar inferior. Portanto, o terceiro molar está quase ou totalmente dentro do ramo ascendente da mandíbula. Essa inclusão gera grande dificuldade para a remoção do dente impactado visto que o acesso é restrito (PETERSON et al, 2003).

Considerando a relação do dente incluso com o plano oclusal, ou seja, quanto à profundidade relativa do terceiro molar incluso no osso em relação à altura do segundo molar, o grau de dificuldade é medido pela espessura do osso sobrejacente. O grau de dificuldade aumenta conforme a profundidade do dente aumenta. À medida que o dente se torna menos acessível, dificultando a secção e o preparo do ponto de apoio, a dificuldade cirúrgica aumenta substancialmente (PETERSON, et al, 2003). Levando-se em consideração a profundidade relativa dos terceiros molares inferiores, estes podem ser classificados em classes A, B e C (Figura 3).






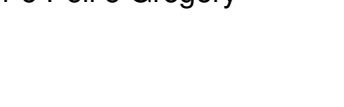
CLASSIFICAÇÃO DE PELL E GREGORY			
Relacionado à Profundidade	Classe A		
	Classe B		
	Classe C		

Figura 3 – Classificações de Winter e Pell e Gregory
Fonte: Santos e Quesada, 2008.

O dente classe A, encontra-se acima do plano oclusal ou na mesma linha do segundo molar, ou seja, ao nível ou acima do plano oclusal em relação aos outros molares. Sua remoção não apresenta grandes dificuldades (MEDEIROS, et al, 2003).

Já na classe B, o terceiro molar encontra-se abaixo do plano oclusal e acima da linha cervical do segundo molar inferior, ou seja, a superfície oclusal do terceiro molar está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar. Este dente apresenta nível intermediário de dificuldade de remoção (MEDEIROS, et al, 2003).

Na classe C, a posição mais alta do dente incluso encontra-se abaixo da linha cervical do segundo molar. Sendo considerado o mais difícil de ser removido (MEDEIROS, et al, 2003).

De forma geral, existe ainda a classificação de Durbeck que relaciona o terceiro molar incluso com o arco dental: Normal: dente incluso no centro do osso; Projeção vestibular: dente incluso voltado para vestibular; Projeção lingual: dente incluso voltado para lingual.

Segundo Dias (2006), existem na literatura diferentes classificações referentes aos terceiros molares, a citar as de WINTER (1926) e PELL, GREGORI (1933), cabendo ressaltar que a classificação adotada em seu trabalho de estudo foi a de Winter, por considerar mais elucidativa na identificação dos diferentes tipos de posições que podem acometer os terceiros molares nas radiografias panorâmicas.

Através de um levantamento e atualização bibliográfica, Dias (2006), concluiu em seu trabalho de monografia que a posição mais observada para terceiros molares inferiores foi a vertical, representado 65,8%. Com relação a posição mesioangular, encontrou uma prevalência de 16,0%, a terceira posição encontrada foi a distoangular a qual obteve um resultado de 9,5%, e por último a posição transalveolar com 1% de incidência.

Já Santos et al (1997), concluiu em sua publicação que nos terceiros molares inferiores, as classificações de maior prevalência foram: angulação Vertical, Classe A e Classe I.

2 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES

Os dentes impactados mais comuns são os terceiros molares. Eles são os últimos dentes a irromper e por isso, na grande maioria das vezes, não dispõem do espaço de que necessitam (MASIERO; JESUS; ROSAS, 2008), ficando então impactados. Os terceiros molares inferiores são encontrados impactados com maior frequência (DAUDT et al, 2002; PETERSO, 2005;).

Os terceiros molares inferiores impactados podem estar associados a várias condições patológicas como pericoronarite, lesões císticas, tumores, cárie dental, periodontite, infecção periapical e reabsorção das raízes dos dentes adjacentes (PETERSON, 1996), por isso frequentemente indica-se extração desses dentes. A indicação mais comum para exodontia de terceiros molares inferiores é a pericoronarite (LOPES et al, 1995) (Figura 1). Outras justificativas para sua extração são dores oro-faciais, solicitações periodontais, cárie no terceiro e segundo molar, cistos e tumores odontogênicos, além de alterações relacionadas à articulação temporomandibular (CHIAPASCO et al, 1993).

A retenção dos terceiros molares pode desencadear complicações locais e sistêmicas nos pacientes, e que a sua extração visa uma melhora na saúde bucal do paciente que apresente sintomatologia ou patologia que justifique o procedimento, podendo também ter indicações ortodônticas ou protéticas, sendo a pericoronarite a indicação mais freqüente, onde a exodontia diminui a microflora salivar e sua patogenicidade, devendo ser realizada preferencialmente em jovens (DIAS, 2006 apoud SANTOS et al, 1997).

A cirurgia para remoção de terceiro molar inferior é o procedimento mais realizado por cirurgiões bucomaxilofaciais e algumas vezes realizado por clínicos gerais. Como em todo procedimento cirúrgico, a remoção de terceiros molares inferiores resulta em complicações de morbidade variada, algumas tem a sua resolução sem tratamento específico, já outras são consideradas complexas e quando são identificadas deve-se encaminhar para tratamento imediato e/ou

hospitalização (PAULESINI JUNIOR et al, 2008). A intervenção cirúrgica para remoção dos terceiros molares inferiores envolve, invariavelmente, trauma ao osso e aos tecidos moles predispondo a região a alterações pós-operatórias (MALUF et al, 2006; LAUREANO FILHO et al, 2008).

As complicações mais comuns na cirurgia de remoção dos terceiros molares inferiores são hemorragia, alveolite, parestesia (CARDOSO, et al, 2008), trismo, dor e edema. Dentre essas complicações, a dor e o edema são normalmente esperados, gerando ansiedade para o paciente e preocupação para o cirurgião dentista, mas em pequena escala (PAULESINI JUNIOR et al, 2008). Também podem ocorrer complicações sérias como infecções relacionadas ao processo inflamatório resultante do ato cirúrgico. Nesses casos o paciente deve ser acompanhado de perto pelo profissional.

Cardoso et al (2008) relaciona algumas complicações pós-operatórias com um trans-operatório prolongado e/ou complicado, com a técnica cirúrgica realizada e experiência do cirurgião dentista, ou ainda à influência da idade, do sexo, o uso de contraceptivos orais e a posição do dente.

Para reduzir o índice de complicações trans e pós-operatórias em exodontias de terceiros molares inferiores, deve-se estar atento aos detalhes cirúrgicos, como o preparo do paciente, assepsia e anti-sepsia, manejo cuidadoso dos tecidos, controle da força aplicada com o instrumental, hemostasia e instruções pós-operatórias adequadas. Outras medidas preconizadas para reduzir à incidência de complicações nesses procedimentos são irrigação perspicaz durante a cirurgia, uso de antibiótico tópico e bochecho com clorexidina no pré-operatório (HERMESCH et al, 1998). Deve-se também receitar ao paciente antibióticos, antiinflamatórios, agentes anti-fibrinolíticos e diguclonato de clorexidina para bochechos.

A maneira mais fácil e eficaz de se tratar complicações cirúrgicas é com a prevenção, porém, caso esta ocorra mesmo após tomados todos os cuidados necessários, esta deverá ser prontamente e efetivamente tratada (PAULESINI JUNIOR et al, 2008). De acordo com a literatura a prevenção pode ser obtida com um detalhado planejamento, destreza e conhecimento do profissional e técnicas cirúrgicas adequadas.

2.1 Complicações comuns

As complicações comuns que ocorrem em cirurgias para remoção de terceiros molares inferiores normalmente envolvem sem tratamento específico porém, devem ser prevenidas utilizando técnicas para minimizar ou tratá-las para que o paciente tenha maior conforto durante o período pós-operatório.

A dor, o edema e o trismo são geralmente esperados após a exodontia de terceiros molares inferiores mas, apesar de serem transitórios são fonte de ansiedade para o paciente (MUÑOZ-GUERRA et al, 2006), e seu controle é essencial para o sucesso da cirurgia. Sangramento excessivo ou persistente e alveolite são outras complicações comuns que podem ocorrer após um procedimento cirúrgico para a remoção de terceiros molares inferiores (PAULESINI JUNIOR et al, 2008).

A dor após o procedimento cirúrgico atinge sua intensidade máxima nas primeiras doze horas (SHEPHERD; BRICKLEY, 1992), tendo seu início logo após o término do efeito do anestésico local. O uso de analgésicos e antiinflamatórios não-esteroidais, analgésicos de ação central e esteróides têm sido empregados para controlar a dor pós-operatória em exodontias. Anestésico local de longa duração pode ser efetivo no controle imediato da dor, se comparado ao uso de anestésico de curta duração (PAULESINI JUNIOR et al, 2008).

A remoção de um dente impactado causa traumatismo aos tecidos moles e pode resultar em um acúmulo anormal de líquido na região operada (edema) grande aumento de volume local (edema). Após exodontias, há formação de um edema decorrente do processo inflamatório, porém, este pode apresentar-se com maior extensão em decorrência um procedimento cirúrgico mais traumático. A face é bastante propensa à formação de edema visto que é muito vascularizada e constituída principalmente por tecido conjuntivo frouxo.

O edema, quando instalado em pequena proporção após a cirurgia, atua estimulando a fibrogênese. Porém, quando atinge grandes proporções, pode levar à deiscência de suturas, compressão de vasos sanguíneos e nervos, além causar de interferência na reparação tecidual (MALUF et al, 2006; PETERSON, 2008).

Após as exodontias, o profissional deve prescrever para o paciente analgésico e antiinflamatório, ou se achar conveniente realizar tal prescrição antes do procedimento para minimizar o desconforto da dor e edema pós operatórios (FREITAS, 2006). Se o edema tiver relação direta com a atividade infecciosa, o profissional deve prescrever antibióticos para o paciente, e realizar exame clínico da área, para verificar se não há formação de coleção purulenta que exija drenagem imediata.

O edema cirúrgico alcança sua expressão máxima no segundo ou terceiro dia após o procedimento, e começa a regredir a partir daí, tendo sua resolução, normalmente, em um período de sete dias (POESCHL et al, 2004). O paciente deve estar ciente de que o edema é uma resposta fisiológica do organismo.

O trismo é uma complicação comum em pacientes submetidos à cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores. Este impede múltiplas funções devido à limitação de abertura da boca (redução da amplitude de movimento).

Segundo Graziani (1995), o trismo é descrito como uma dor muscular, causada por um espasmo miofascial que pode ser resultado de injúrias às fibras musculares, extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios, hematoma e infecções pós-operatórias.

O trismo é resultado de inflamação dos músculos da mastigação que pode também ter origem da disseminação do processo inflamatório. A remoção de terceiros molares inferiores impactados frequentemente resulta em trismo porque a resposta inflamatória ao procedimento cirúrgico é disseminada (PETERSON et al, 2003). O uso de corticóides no pré-operatório, utilização de antiinflamatórios não-esteroidais no pós-operatório ou a associação destas duas terapias reduzem o trismo. O calor úmido local no período pós-operatório pode melhorar o trismo persistente (PAULESINI JUNIOR et al, 2008).

A hemorragia é o extravasamento abundante e anormal de sangue, de difícil coagulação que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica. O extravasamento sangüíneo natural que se segue em qualquer intervenção não é uma hemorragia.

O sangramento pode ser efetivamente tratado com medidas locais, onde primeiramente se identifica de onde vem o sangramento e promove a hemostasia das seguintes maneiras: realizando-se suturas eficientes na região, promovendo a compressão da região com gazes, utilizando dentro do alvéolo substâncias pró-coagulantes à base de fibrina, colágeno ou celulose e cera para osso (FREITAS,

2006). Normalmente apenas a compressão da região com gazes é suficiente para o controle do sangramento. Sangramento persistente pode ser manejado com suturas adicionais, uso de gelfoam ou surgicel. Se for confirmado que o sangramento é arterial deve-se identificar o vaso do qual o sangramento é proveniente e realizar ligadura ou cauterização.

Segundo Coelho (2008), após a exodontia dos terceiros molares inferiores pode surgir uma reação inflamatória decorrente do trauma. Essa reação depende de fatores como a extensão da cirurgia, a manipulação dos tecidos e a resposta tecidual de cada indivíduo. No entanto, mesmo com uma técnica cirúrgica adequada, manifestações indesejáveis podem ocorrer. O tratamento do processo inflamatório é realizado com o uso de fármacos antiinflamatórios

A alveolite é um quadro de inflamação aguda no alvéolo do dente extraído. Manifestam-se entre dois ou três dias após a cirurgia, com uma sintomatologia exacerbada de dor, halitose e periadenite cervical, podendo alguns pacientes apresentar mal-estar geral e febre. A mucosa encontra-se edemaciada, hiperêmica, e o alvéolo, com tecido ósseo exposto ou mesmo recoberto por um coágulo sangüíneo em fase avançada de desorganização (OLIVEIRA et al, 2006).

Os mecanismos de desenvolvimento da alveolite ainda não foram bem definidos, mas considera-se a fibrinólise independente e a invasão bacteriana como possíveis fatores desencadeantes do processo, levando-se em consideração o fato de que o uso de anti-fibrinolíticos diminuem o índice de alveolite após remoção de terceiros molares inferiores.

Alguns autores associaram fatores como uso de tabaco, idade, sexo, uso de contraceptivos orais à alveolite (CAPUZZI et al, 1994; CHIAPASCO et al, 1993).

A inflamação do alvéolo pode apresentar-se de duas formas, a granulomatosa e a seca. A alveolite granulomatosa que é uma inflamação do alvéolo, que se apresenta purulento, sangrante e doloroso. Geralmente, trata-se de reações à anti-corpos estranhos, sobretudo de esquirolas ósseas e às vezes de esquirolas dentárias. Ocorre entre cinco e sete dias após o ato cirúrgico e é caracterizado por um odor fétido e dor localizada.

O tratamento da alveolite granulomatosa consiste em um novo ato cirúrgico onde se realiza a remoção do coágulo e do corpo estranho, irrigação abundante com soro fisiológico e curetagem para a formação de um novo coágulo no interior do alvéolo e sutura; deve-se prescrever analgésico e antiinflamatório.

Na alveolite seca o alvéolo encontra-se aberto, sem coágulo, com as paredes ósseas expostas, tecido gengival pouco infiltrado e há sintomatologia dolorosa principalmente nos bordos. É uma lesão em que, por falta imediata ou por desaparecimento prematuro do coágulo, o alvéolo fica aberto e entra em contato direto com fluidos da cavidade bucal. Suas paredes ósseas apresentam uma cor acinzentada, a dor é irradiada, ocorre de dois a três dias após a cirurgia.

O tratamento da alveolite seca consiste na limpeza do alvéolo, e aplicação de uma pasta de óxido de zinco e eugenol, após a analgesia da área com anestésico tópico. Esse tratamento oferece um alívio imediato da sintomatologia dolorosa, esta medicação deve ser trocada até a melhora do quadro. Deve-se orientar o paciente a realizar rigoroso controle da higiene na região, e prescrever analgésico sistêmico se necessário. Alguns autores preferem prescrever antibiótico (FREITAS, 2006).

2.2 Complicações incomuns

Apesar de incomuns, algumas complicações associadas à cirurgia para remoção de terceiro molar inferior podem levar a lesões teciduais severas, hospitalização, grande morbidade e seqüelas irreversíveis. Fraturas, infecções de espaços faciais, lesão em nervos, deslocamento de dentes são complicações consideradas severas por Paulesini Junior et al, 2008.

A fratura mandibular em cirurgia para remoção de terceiro molar inferior é considerada rara, mas pode ocorrer durante ou após esse procedimento cirúrgico. A fratura mandibular ocorre pela redução da porção óssea, secundária à intervenção cirúrgica e forças excessivas aplicadas em instrumentos para a elevação do elemento dentário. Consideram-se como fatores de risco dentes impactados profundamente, osteoporose, cistos, tumores, atrofia mandibular ou infecção envolvendo o osso da região (LIZUKA et al, 1997). Diante desse quadro deve-se imobilizar imediatamente o paciente, realizando a contenção da mandíbula com amarras simples ou bloqueio intermaxilar com barra de Erich, em seguida avaliar radiograficamente e clinicamente para programar o tratamento adequado para a redução da fratura. É essencial a avaliação do paciente por um cirurgião bucomaxilofacial (FREITAS, 2006).

Segundo Peterson et al, (2003), alguns pacientes podem apresentar sangramento submucoso e subcutâneo, conhecido como equimose. A equimose é geralmente encontrada em pacientes idosos que apresentam tônus muscular diminuído e fraca fixação intercelular. Apresenta-se como uma área arroxeadada na face ou região submandibular. Normalmente surge de dois a quatro dias após a intervenção cirúrgica e tem regressão de sete a dez dias.

As infecções após a cirurgia para remoção de terceiro molar parecem ter uma maior incidência em comparação com outros tipos de exodontias, ocorrendo em 3% a 5% (CHIAPASCO et al, 1993) das cirurgias, com acréscimo nas impacções ósseas mandibulares. A experiência do cirurgião dentista, o tempo de duração da cirurgia, pericoronarite, doenças debilitantes são fatores predisponentes para infecções pós-operatórias. Para reduzir o índice de infecção deve-se realizar uma técnica asséptica, com boas condições de hemostasia, manejo delicado dos tecidos e irrigação abundante do sítio cirúrgico (HERMESCH et al , 1998).

As infecções dos espaços faciais profundos são raras, porém são situações de perigo potencial, e podem disseminar-se para espaços cervicais, torácicos e órbita, comprometendo as vias aéreas e colocando o paciente em risco (PAULESINI et al, 2008).

O abscesso intra-orbitário, apesar de raro, foi descrito como complicação após a cirurgia para remoção de terceiro molar. O enfisema subcutâneo é pouco observado na prática clínica, porém inúmeros relatos estão disponíveis na literatura, onde se relacionam lesões graves ao uso de peças de mão para remoção de terceiros molares, e conseqüente injeção de ar nos tecidos. As características clínicas observadas no enfisema subcutâneo são aumentos de volume, consistência endurecida e crepitação à palpação. O ar pode permanecer próximo ao sítio cirúrgico e em raros casos envolver espaços distantes aos espaços mastigatórios, atingindo espaço parafaríngeo, retrofaríngeo e mediastino. Foi descrito enfisema cervicofacial, axilar bi-lateral e de mediastino anterior após exodontia de terceiro molar inferior e enfisema subcutâneo e pneumomediastino em três pacientes submetidos à cirurgia para remoção de terceiro molar (PAULESINI JUNIOR, et al, 2008).

Observa-se também que a injúria aos ramos sensitivos do nervo trigêmeo: nervo alveolar inferior e nervo lingual está relacionada à cirurgia para remoção de terceiros molares inferiores. Este trauma sobre o tronco nervoso pode produzir a secção, o amassamento ou o desgarro do nervo. Estas lesões resultam em neurites,

neuralgias ou parestesia (anestesia em zonas diversas), que podem ser definitivas, prolongadas ou passageiras.

A proximidade do nervo lingual com os tecidos moles adjacentes coloca-o em risco durante exodontias de terceiros molares inferiores.

Em alguns casos o íntimo contato das raízes dos molares inferiores com o canal mandibular é considerado o principal fator de risco para lesão do nervo alveolar inferior, essa proximidade deve ser avaliada radiograficamente com o auxílio de radiografias ortopantomográficas e tomografias computadorizadas (CHOSSEGROS et al,2002). A lesão permanente do nervo alveolar inferior ocorre em 0,5% das exodontias desses dentes. As lesões diretas são causadas por injeção de anestésico, instrumentação cirúrgica, ostectomia, odontosecção e curetagem do alvéolo. Já as lesões indiretas são resultados da movimentação das raízes em contato íntimo com as paredes do canal mandibular, compressão por edema ou hematoma.

Paulesini Junior et al (2008) relatou a resolução de paralisia do nervo facial, após remoção de terceiro molar inferior, em sete dias utilizando-se terapia com corticóides

Uma complicação classicamente descrita em livros de cirurgia oral é o deslocamento de dentes durante a cirurgia para remoção de terceiro molar inferior. Um fragmento da raiz, coroa, ou mesmo um dente inteiro pode ser deslocado. Em elementos inferiores pode ocorrer deslocamento para o espaço submandibular, soalho da boca e região cervical. Cuidados na manipulação do instrumental, evitando-se manobras intempestivas, são essenciais para prevenir essa complicação. Caso haja o deslocamento de algum fragmento ou até mesmo do dente para um dos espaços faciais já mencionados, a tomografia computadorizada é o exame de eleição para localização e planejamento cirúrgico para sua remoção (PAULESINI JUNIOR et al, 2008).

Outra complicação é a luxação da mandíbula, que consiste na saída do côndilo de sua cavidade glenóidea. É um acidente raro que, no entanto, pode ocorrer em exodontias de terceiros molares inferiores, quando a intervenção é demorada e o paciente permanece muito tempo com a boca aberta. Em casos de luxação, o côndilo deve colocado novamente em seu sítio, colocando-se os polegares de ambas as mãos sobre a arcada dentária da mandíbula enquanto que os outros a mantêm. Imprimem-se fortemente movimentos simultâneos para baixo, para cima e para traz à mandíbula para que esta possa ser reposicionada.

Sem dúvida são muitas as complicações associadas à cirurgia de remoção do terceiro molar, que podem gerar diferentes graus de morbidade. As complicações consideradas menores incluem dor, edema, trismo e na maioria das vezes evoluem satisfatoriamente mesmo sem tratamento específico, no entanto deve ser prevenidas e tratadas corretamente para maior conforto pós-operatório do paciente, redução da morbidade e dos custos. Por outro lado, as complicações menos frequentes como fraturas mandibulares, infecção de espaços faciais, exigem diagnóstico preciso e tratamento adequado, onde se justifica a atuação do cirurgião bucomaxilofacial. Em todos os casos os pacientes submetidos à remoção de terceiros molares devem ser orientados sobre os riscos e possibilidades de tais complicações acontecerem (PAULESINI JUNIOR et al, 2008).

CONCLUSÃO

As cirurgias para remoção de terceiros molares inferiores requerem minuciosa análise, desde a classificação da posição do dente para avaliar o melhor acesso e técnica cirúrgica à detecção de fatores que possam desencadear complicações trans e pós-operatórias.

Deve-se realizar uma anamnese completa do paciente, seguida pelo exame clínico minucioso, observando se existe a presença de focos infecciosos na região a ser operada e análise radiográfica detalhada. A partir das observações feitas o profissional tem condições de determinar qual o melhor protocolo a ser seguido e prever bons resultados.

O exame radiográfico, principalmente o ortopantomográfico, é indispensável ao planejamento de uma cirurgia para remoção de terceiros molares inferiores. Através deste, os tecidos duros que circundam o dente a ser extraído, bem como sua posição em relação à estruturas nobres e alterações radiculares poderão ser observados.

A posição mais frequente encontrada dos terceiros molares é a vertical classe A em relação ao plano oclusal. Porém, o terceiro molar inferior incluso, posição disto-angular, classe III em relação ao ramo da mandíbula e classe C em relação ao plano oclusal, apresenta maior dificuldade cirúrgica para sua remoção, o que leva a um longo período cirúrgico e maior possibilidade complicações trans e pós-operatórias.

A classificação de WINTER (1926) é de grande importância no correto diagnóstico e na prevenção de acidentes e complicações com o procedimento cirúrgico, pois é sabido que para cada angulação do terceiro molar, existe uma particularidade nos passos operatórios, o que justifica a importância do seu estudo.

Entretanto, são muitas as complicações associadas à exodontia de terceiros molares inferiores e, as mais comuns incluem dor, edema, trismo e na maioria das vezes envolvem sem tratamento específico, porém devem ser prevenidas e tratadas para maior conforto pós-operatório do paciente. Já a

infecção, inflamação, hemorragia e parestesia apresentam baixa incidência e requerem tratamento imediato e específico.

Logo, em todos os casos de remoção de terceiro molar inferior, o paciente deve ser orientado sobre os riscos e possibilidades de apresentar complicações trans e pós-operatórias, e sem dúvida, a destreza profissional aliada aos conhecimentos técnicos cirúrgicos se torna importante para que o paciente tenha um bom pós-operatório, livre de tais complicações. E, sem dúvida, os cuidados pós-operatórios, associados á uma medicação profilática pré-operatória, contribuem de forma significativa pra o sucesso do procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ALVEOLITE. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/odontologia/alveolite.htm>

CAMARGO, T. L. Classificação radiográfica da dificuldade cirúrgica dos terceiros molares inferiores inclusos. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/irARecurso.do?page=http%3A%2F%2Fwww.biblioteca.pucpr.br%2Ftede%2F%2Ftede_busca%2Farquivo.php%3FcodArquivo%3D935&id=34107113. Acesso em: 6 ago. 2009.

CARDOSO, C. L. et al. Abscesso tardio após exodontia de terceiros molares inferiores: relato de dois casos. Rev. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial, Camaragibe v.8, n.3, p. 17 - 24, jul./set. 2008.

Chossegros,C. et al. Is lingual nerve protection necessary for lower third molar germectomy? A prospective study of 300 procedures. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002 ;31(6): 620-4

CLASSIFICAÇÃO radiográfica da dificuldade cirúrgica dos terceiros molares inferiores inclusos. Disponível em: http://www.cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/PDF3/artigo_3.pdf.> Acesso em: 13 mar. 2009.

COELHO, R. C. P. LASER DE BAIXA INTENSIDADE: uso em pós-operatório de cirurgia de terceiros molares. Disponível em: www.spemd.pt/rev/rev_pdf/49_4/artigo8.pdf. Acesso: 12. set. 2009.

ACIDENTES e complicações dos dentes irrompidos. Disponível em: <http://www.angelfire.com/nm/cirurgia/acidentes/acidentes.html> . Acesso: 22. out. 2009.

DENTES Inclusos: Terceiros Molares Inferiores. Disponível em: www.angelfire.com/nm/.../3molares/3molares.html. Acesso em: 6 nov. 2009.

DIAS, M. O. Estudo do posicionamento dos terceiros molares de acordo com a classificação de Winter. Disponível em: <http://www.qprocura.com.br/dp/32761/Estudo-do-posicionamento-dos-terceiros-molares-de-acordo-com-a-classificacao-de-Winter.html> . Acesso: 01. nov. 2009.

EXODONTIA de terceiros molares inclusos. Disponível em: <http://www.centralartigos.com/saude/exodontia-de-terceiros-molares-inclusos.html>.> Acesso em: 07 abr. 2009.

EXODONTIA de terceiros molares inclusos: quando remover o dente do siso?

Disponível em:
<<http://www.profissionaldasaude.com/20080715258/odontologia/artigos-sobre-odontologia/exodontia-de-terceiros-molares-inclusos-quando-remover-o-dente-do-siso.html>> Acesso em: 09 mar. 2009.

FABER, Jorge. **Alterações de sensibilidade após a remoção de terceiros molares inferiores.** Disponível em: <<http://www.clinicafaber.com.br/pdf/v10n6.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2009.

FREITAS, R de. **Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial.** 1 ed. São Paulo: Editora Santos, 2006.

FREITAS, S. F. de. **Formação e irrupção do terceiro molar inferior, uma avaliação radiográfica em pacientes dotados de oclusão considerada normal.** Disponível em:
<<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000223686>> Acesso em: 16 abr. 2009.

GRAZIANI, **Cirurgia Bucomaxilofacial.** 8 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1997.

Hermesch, C.B et al. Perioperative use of 0,12% chlorhexidine gluconate for the prevention of alveolar osteitis: efficacy and risk factor analysis. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1998; 85(4): 381-7.

JUNIOR, W. P. et al. **Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares.** Disponível em:
<[http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20\(2_11\)_2008.pdf](http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_11)_2008.pdf)> Acesso em: 25 jun. 2009.

MALAMED, Stanley F. **Manual de anestesia local.** 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MALUF, A. P.; UGHINI, G. C.; MALUF, R. P.; PAGNONCELLI, R. M. Utilização de laser terapêutico em exodontia de terceiros molares inferiores. **RGO**, v.54, n.2, p.182-84, abr-jun, 2006.

MASIERO, F. M.; JESUS, V. J. de.; ROSAS, R. F. **Fisioterapia no pós – operatório de exodontia de terceiro molar.** Disponível em: www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/08b/fernanda_viviana/Resumo.pdf. Acesso: 22 set. 2009.

SANTOS, D. R.; QUESADA, G. A. T. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-facial**, Camaragibe. v.9, n.1, p. 83 - 92, jan./mar. 2009.

Medeiros, P. J. **Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento.** Editora Santos. São Paulo: 2003.

NERY, F. S. et al. **Avaliação da prevalência de terceiros molares inclusos e da posição e inclinação do seu longo eixo em radiografias panorâmicas.** Disponível em: <http://www.cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/PDF3/artigo_3.pdf> Acesso em: 22 jan. 2009.

OLIVEIRA, L. B. de. et al. Avaliação dos acidentes e complicações associados à exodontia dos 3^{os} molares. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe. v. 6, n.2, p. 51 - 56, abril/junho 2006.

PETERSON, Larry. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

ROBERTO, Elias. **Terceiros Molares: Quando submetê-los a Cirurgia.** Disponível em: www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?id=102. Acesso em 22 out. 2009.

Shepherd, J. P; Brickley, M. Activity analysis: measurement of the effectiveness of surgical training and operative technique. **Am R Coll Surg Engl** 1992, 74: 717-420.

SINAIS de íntima relação dos terceiros molares com o canal mandibular em radiografia panorâmica. Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/catalogoresumo/6.SAUDE/6CCSDCOSMT15.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2009.

TERCEIRO molar inferior. Disponível em: <<http://www.cir.com.br/?pg=artigos-all&id=1069>> Acesso em: 10 mai. 2009.

VASCONCELOS, R. J. H. et al. Incidência dos terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. **Rev. Cir. Traumat. Buco - Maxilo-Facial**, v.1, n.2, p. 43-47, jan/jun - 2002

VICENTINI, E. L.; PÀDUA, J. M. de. FREITAS, K. V. de. Análise de 290 prontuários de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores semi-irrompidos e não irrompidos. **Revista AORP**. v. 1, n. 3, p. 5-8, mar, 2008.

ZORZETO, D. L. G. et al. Cirurgia de Terceiros Molares Inferiores Retidos Complicações Pós-Operatórias (Observações Clínicas). **RGO**, (2): 102-108, abr/mai/jun., 2000.