

FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO AJES
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

MARISA ALVES DE LIMA

COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS DE TERCEIROS MOLARES

Guarantã do Norte – MT

2022

FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO AJES

MARISA ALVES DE LIMA

COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS DE TERCEIROS MOLARES

Pesquisa apresentada ao Curso de Bacharelado em Odontologia da AJES – Faculdade do Norte de Mato Grosso, como requisito parcial para aprovação na disciplina TCC II, sob orientação do Professor e Eloisa Konig da Veiga

Guarantã do Norte – MT

2022

**FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO AJES
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

LIMA Marisa Alves de. **COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS DE TERCEIROS MOLARES.** (Trabalho de Conclusão de Curso) AJES - Faculdade Norte de Mato Grosso, GUARANTÃ DO NORTE - MT, 2022.

Data da defesa: / / .

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Esp. Eloisa Konig da Veiga.
AJES/GUARANTÃ DO NORTE

Membro Titular: Prof.

AJES/GUARANTÃ DO NORTE

Membro Titular: Prof.

AJES/GUARANTÃ DO NORTE

Local: Associação Juinense de Ensino
Superior AJES - Faculdade Norte de Mato
Grosso AJES - Unidade Sede, Juína– MT

FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO AJES

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Eu, **MARISA ALVES DE LIMA, COMPLICAÇÕES PÓS CIRURGICAS DE TERCEIROS MOLARES** DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisas

acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referências à fonte e ao autor.

GUARANTÂ DO NORTE - MT, _ ____ / ____ /

MARISA ALVES DE LIMA

COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS DE TERCEIROS MOLARES

Marisa Alves de Lima.¹
Eloisa Konig da Veiga.²

RESUMO

A extração do terceiro molar se tornou um procedimento corriqueiro nos consultórios odontológicos, principalmente entre pacientes com a idade de 16 a 21 anos de idade, onde sua extração é realizada de forma profilática, decorrente ao alto índice de lesões císticas e até o aparecimento de tumores. Sendo assim, o dentista orienta para sua extração almejando a diminuição do quadro álgico ou até para o simples ganho do espaço na arcada dentária. Este estudo teve como objetivo avaliar as condutas que o cirurgião-dentista pode tomar para evitar complicações e de maneira específica descrever a anatomia da região de terceiros e inervação, além de estudar as indicações para extração dos molares inclusos. O tipo de pesquisa a ser realizada foi uma revisão de literatura narrativa, onde foram pesquisados livros, dissertações e artigos científicos selecionados através de busca nas seguintes bases de dados (livros, sites de banco de dados etc.) “SciELO”, “Pubmed” e “Lilacs”. Por fim, através de tais associações de conhecimento os cirurgiões dentistas estarão mais capacitados para decidir qual melhor conduta perante as intercorrências durante ou após a extração do terceiro molar, minimizando dessa maneira o surgimento de morbidades ao paciente, proporcionando um eficaz e saudável plano de tratamento para os mesmos.

Palavras-chave: Terceiro molar. Extração. Complicação.

ABSTRACT

The extraction of the third molar has become a common procedure in orthodontic offices, especially among patients aged 16 to 21 years old, where its extraction is carried out prophylactically, due to the high rate of cystic lesions and even the appearance of tumors, therefore, the dentist guides for its extraction aiming to reduce the pain or even to simply gain space in the dental arch. This study aimed to show the actions that the dentist can take to avoid certain complications and specifically describe the anatomy of the third region and innervation, study the indications for the extraction of impacted molars and present the actions that the professional should take during complications of molar surgery. The type of research to be

1

LIMA, Marisa Alves de. Acadêmica de odontologia, AJES – Faculdade do Norte de Mato Grosso – MT. Limamarisa308@gmail.com

2

VEIGA, Eloisa Konig da. Professora do curso de bacharelado em odontologia da AJES- Faculdade do Norte de Mato Grosso – MT. e-mail:

carried out was a qualitative literature review, where books, dissertations and scientific articles were searched by searching the following databases (books, database sites, etc.)" Scielo", "Pubmed" and "Lilacs". Finally, through such knowledge associations, dental surgeons will be better able to decide the best course of action in the face of complications during or after the extraction of the third molar, thus minimizing the onset of morbidities to the patient, providing an effective and healthy treatment plan for the same.

Keywords: *Third molar. Extraction. Complication.*

1 INTRODUÇÃO

Dentre as inúmeras intervenções dentárias destaca-se a exérese cirúrgica ou extração do terceiro molar, ação esta que se tornou mais frequente nos consultórios odontológicos, principalmente em complicações, como, lesionar com faixa etária dos 16 a 21 anos de idade. Logo, o conhecimento sobre os riscos que podem ocorrer durante uma cirurgia é essencial tanto para o paciente como para o profissional, podendo assim escolher uma melhor técnica de acordo com a individualidade de cada paciente (BRAGA & SOUZA, 2016).

Torna-se importante salientar a diferença entre o acidente e a complicação no meio cirúrgico. Acidente venha ser uma intercorrência ocasionada no trans-operatório, enquanto a complicação ocorre no período pós-operatório, salientando que qualquer uma das duas intercorrências pode vir a ocorrer ao paciente (GOMES, 2004).

A inflamação de um terceiro molar pode causar vários desconfortos, como febre, dificuldades em mastigar e até mesmo halitose pelo acúmulo de alimento entre a gengiva e o dente ainda não erupcionado, desencadeando uma pericoronarite. Então, a finalidade deste estudo é trazer, de forma científica, a orientação correta aos profissionais de saúde que possam realizar a técnica da melhor forma para uma excelente recuperação e sem nenhuma intercorrência ou agravo na saúde bucal do paciente (GOMES, 2004).

Este estudo tem o objetivo mostrar as condutas que o cirurgião dentista pode tomar para evitar certas complicações além de descrever a anatomia na região dos terceiros e inervação, estudar as indicações para extração dos molares inclusos e por fim apresentar as condutas que o profissional deve tomar durante complicações da cirurgia de molares.

A extração de terceiros molares pode apresentar diversas complicações, tanto durante, como após a cirurgia. Uma delas é a fratura de mandíbula e maxila, lesões causadas nos tecidos moles e estruturas nos nervos alveolares inferiores ou linguais, deixando o paciente com parestesia.

Assim, a inflamação de um terceiro molar pode causar vários desconfortos, como febre, dificuldades em mastigar e até mesmo halitose pelo acúmulo de alimento entre a gengiva e o dente ainda não erupcionado, desencadeando uma pericoronarite. Então, a finalidade deste estudo é trazer, de forma científica, a orientação correta aos profissionais de saúde que possam realizar a técnica da melhor forma para uma excelente recuperação e sem nenhuma intercorrência ou agravo na saúde bucal do paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anatomia da região de terceiros molares

Os molares têm início da fase eruptiva logo após o nascimento, porém os terceiros molares são os últimos a erupcionar. Por volta dos cinco anos de idade já se consegue observar a formação de uma cripta na região de terceiro molar que logo em seguida dará origem ao germe dentário, e sua irrupção varia de indivíduo para indivíduo ocorrendo entre os 16 aos 25 anos (RICHARDSON 1998).

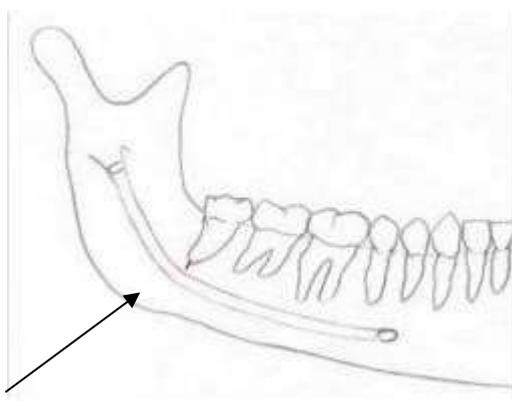
Assim sendo, então, os terceiros molares são os últimos dentes a irromperem e pode haver a retenção dos mesmos pela falta de espaço necessário. Essa falta de espaço é um dos principais motivos para a retenção, porém existem outros fatores que devem-se levar em consideração como: hereditariedade, crescimento dos maxilares, traumatismo, síndrome, alterações sistêmicas e patológicas (GOMES 2004).

De acordo com Medeiros (2003), é possível classificar a retenção de terceiros molares da seguinte forma:

Dentes retidos classificam-se como intraósseos, onde o dente é totalmente circundado por osso; submucoso onde já ocorreu a perfuração da cortical óssea, mas com mucosa recobrando-o; e semiincluso quando o dente se comunica com a cavidade bucal, porém devido sua inclinação ou falta de espaço não atinge a erupção completa (MEDEIROS 2003, p.5).

É de grande importância a identificação da anatomia da região de terceiros molares, pois nessa região se encontra o canal mandibular na região de ápices dos terceiros molares inferiores podendo apresentar em diversas posições, sendo uma das localizações mais frequentes na região do lado vestibular (figura 1) seguida da posição lingual (GOMES et al., 2008).

Figura 1: Localização do canal vestibular

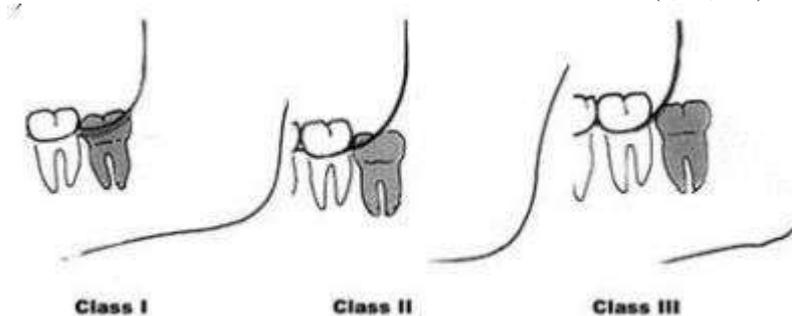


Fonte: Santos et al., (2009, p.83)

Para a realização da cirurgia em terceiros molares além do conhecimento anatômico é necessário a utilização de exames adicionais como a radiografia panorâmica dos maxilares que é uma técnica mais utilizada no mundo e pode, às vezes, servir de parâmetro para averiguar o grau de dificuldade da cirurgia, dependendo da morfologia e posição do terceiro molar e sua relação com estruturas anatômicas adjacentes, riscos cirúrgicos, particularmente relacionada à possibilidade de lesão ao nervo alveolar inferior (GOMES et al., 2008)

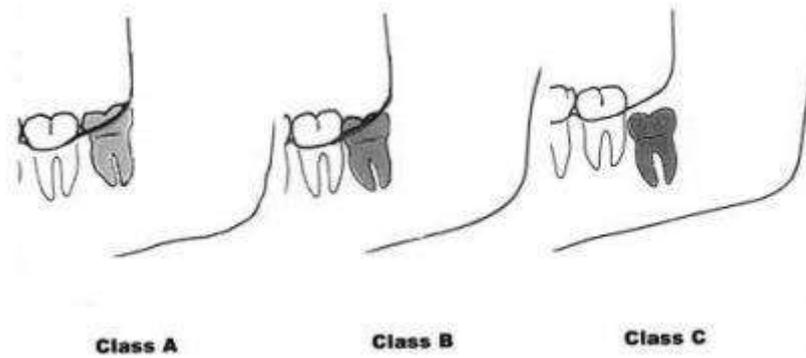
Porém, Pell e Gregory em 1933, propuseram a relação do ramo ascendente da mandíbula (onde a classificação poderá ser I, II ou III) e a que considera o plano oclusal do segundo molar inferior (A, B ou C). Na imagem abaixo (Figura 2 e 3) pode-se observar (GARCIA, 2013).

Figura 2: Observa-se a classificação de Pell e Gregory do terceiro molar inferior, que relaciona o ramo ascendente da mandíbula (I, II, III)



Fonte: Garcia (2013, p 32)

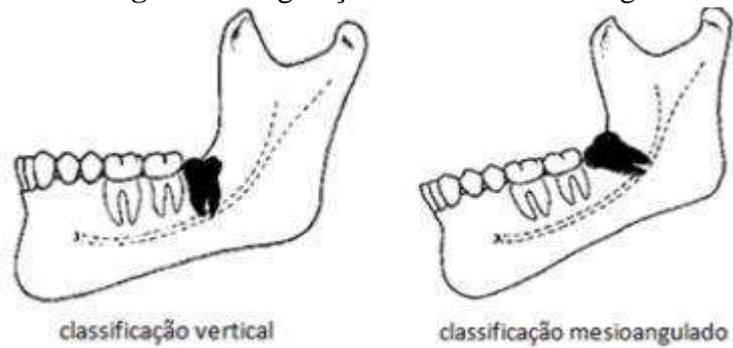
Figura 3: Referente ao plano oclusal do segundo molar inferior (A, B, C)



Fonte: Garcia (2013, p 33)

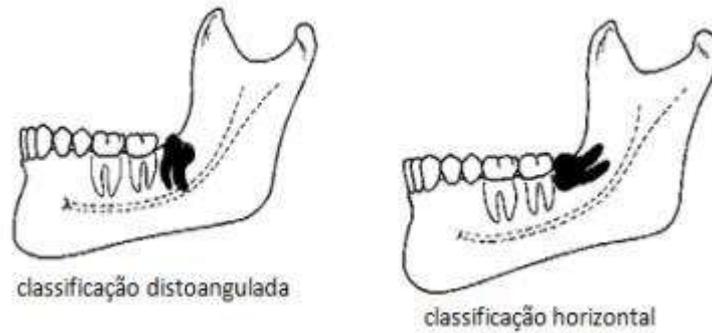
Com isso ainda é possível estabelecer a classificação de Miller-Winter descrita em 1926 no qual se baseia ao longo eixo do segundo molar irrompido em relação ao longo eixo do terceiro molar incluso como é possível observar na imagem abaixo (figuras 4 a 6) observa-se a classificação de Miller-Winter, na qual se considera a angulação do dente incluso, podendo o mesmo se apresentar vertical, mesioangulado, distoangulado, horizontal, transalveolar ou invertido (TRENTO et al., 2009).

Figura 4: Angulação vertical e mesioangulado



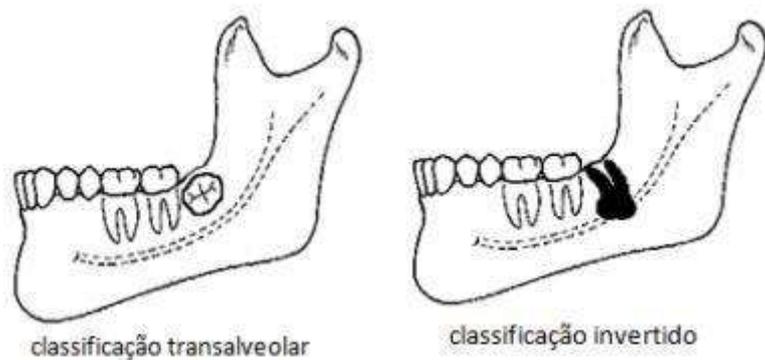
Fonte: Garcia (2013, p 33)

Figura 5: Angulação distoangulada e horizontal.



Fonte: Garcia (2013, p 33)

Figura 6: Posição transalveolar e invertido.



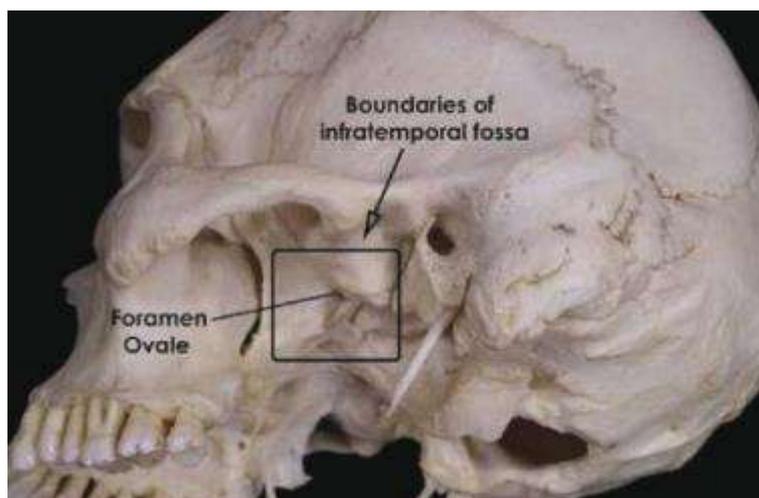
Fonte: Garcia (2013, p 33)

O crescimento da caixa craniana em detrimento dos maxilares, a dieta menos exigente do aparelho estomatognático (conjunto de estruturas bucais que desenvolvem funções comuns, tendo como característica constante a participação da mandíbula), a consciência de uma odontologia preventiva, em que o paciente não mais sofre mutilações em seu período de infância e adolescência, adentrando a idade adulta com todos os elementos dentários no arco, gerando falta de espaço, são fatores cruciais para retenção dos molares (BAMGBONSE, 2005).

2.1 Inervação maxila e mandíbula

De acordo com Rossi (2010), na maxila temos as seguintes estruturas anatômicas na região da tuberosidade maxilar, região de osso esponjoso e delgado; o seio maxilar, cavidade contida no interior do corpo da maxila; o hêmulo pterigoide, pertencente à lâmina medial do processo pterigoide; ramos da artéria maxilar (alveolar superior posterior) que pode ocasionar sangramentos, e ainda os tecidos moles da região que podem ser lacerados durante o ato cirúrgico.

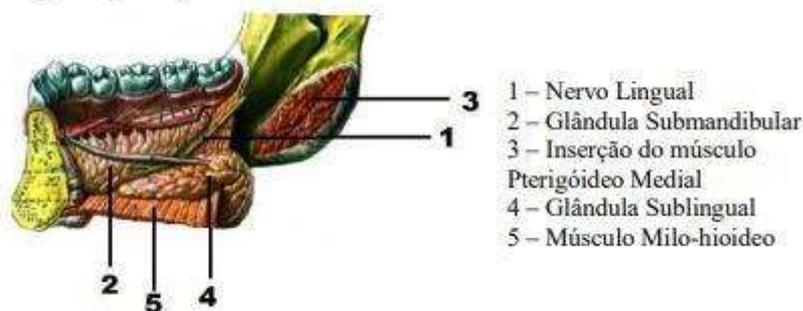
Figura 7: Inervação da região de maxila



Fonte: Garcia (2013, p 33)

Na mandíbula estão presentes as seguintes estruturas a relação do terceiro molar com o canal mandibular, que contém o feixe vâsculo-nervoso (artéria, veia e nervo) e que percorre o corpo da mandíbula (figura 8); o nervo lingual e que deve ser evitado durante a incisão e a exérese, e tecidos moles que podem sofrer lacerações, entre outras (ALVES E CÂNDIDO 2009).

Figura 8: Inervação da mandíbula



Fonte: Garcia (2013, p 33)

3 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES

A elaboração de um protocolo clínico adequado, realizar um procedimento cirúrgico com a indicação correta é imprescindível para o sucesso deste. Assim, agindo como suporte

para esta indicação, antes de tudo, requisita-se uma anamnese bem como exame clínico intraoral detalhada aonde será possível perceber quaisquer sinais que possam interferir em uma execução cirúrgica sem intercorrências, além de utilizar de maneira complementar exames de imagem, nesse caso, a radiografia panorâmica que possui dentre principais benefícios a contribuir para o manejo da conduta cirúrgica: localização do elemento a ser retirado em relação a outros presentes em sua arcada, área óssea, a qual o dente está incluso, áreas nobres da maxila e mandíbula além da facilidade na sua realização por esta em ambiente extra oral, o que minimiza desconfortos para o paciente. Tais fatores, em conjunto, ajudam a construir um planejamento cirúrgico, minimizando chances de intercorrências (MATOS *et al.*, 2017).

Cabe destacar, dessa forma, as principais indicações para retirada de terceiros molares inclusos: a remoção profilática em pacientes jovens, prevenção de ocorrência de doença periodontal e cáries dentárias, devido a difícil higienização dada a sua localização, possibilidade de desenvolvimento da pericoronarite além de interferências oclusais e de finalidade ortodôntica (MATOS *et al.*, 2017).

3. 1 Extração profilática

As denominadas extrações profiláticas são executadas mesmo na ausência de sinais ou sintomas, caracterizando uma das cirurgias mais realizadas no âmbito da sub-área da cirurgia bucomaxilofacial. Em literatura, apesar de não haver consenso na comunidade científica, comumente recomenda-se esse tipo de extração levando em consideração não só seus impactos mesmo que secundários na oclusão mais também que persistência de tais elementos dentários resultam em lesões patológicas, expostas a ocorrência de modificações malignas e, conseqüentemente, tumores odontológicos representados principalmente, nessa região, pelo ameloblastomas. A indicação para remoção profilática de terceiros molares inclusos é prevalente em adultos jovens com faixa etária entre 17 e 20 anos. Isso ocorre em função do ciclo de desenvolvimento do elemento não estar completo, mais especificamente a raiz, fato que otimiza sua remoção (NEGREIROS, 2014).

3.2 Doença periodontal e pericoronarite

É relativamente comum a ocorrência de tecido mole recobrendo parcialmente dentes inclusos ou semi-inclusos. Tal tecido gengival é denominado operáculo e em razão da sua

localização e devido a funcionalidade dos dentes que estes recobrem com sulcos e cavidades retentivas, pode vir a ocorrer acúmulo de resíduos alimentares, a longo prazo e aos fatores citados aqui, propício ao acúmulo de microrganismos e consequente quadro de infecção bacteriana, causando impactos desde halitose e dor até mesmo a difusão para o sistema linfática (TEIXEIRA, 2018).

Dessa forma, têm-se o desenvolvimento da pericoronarite que corresponde a esse processo de infeccioso de tais tecidos moles, prevalentes em terceiros molares inferiores. Além de sua etiologia infecciosa, a pericoronarite pode ser resultado de trauma resultante do atrito com o dente antagonista, aonde tal estresse só cessa com a remoção do terceiro molar inferior (TEIXEIRA, 2018).

3.3 Cárie dentária

Acometendo 95% da sociedade nos tempos atuais, apesar de apresentar regressão gradual nos últimos anos, a cárie dental continua sendo a doença mais prevalente em todo mundo. Todavia, os dados epidemiológicos normalmente excluem os elementos dentários correspondentes aos terceiros molares desse estudo, processo passível de acontecer, em especial, decorrente da anatomia da região com capacidade retentiva que associada a má higienização resulta no depósito de biofilme, culminando na cárie (NEGREIROS, 2014).

Tal processo instalado e sem a devida intervenção necessária, acarreta em dor, impactos na mastigação e, conseqüentemente, na alimentação do indivíduo, ambos malefícios que podem ser cessados com a retirada do terceiro molar afetado quando há indicação. Também é possível perceber de acordo com os fatores mencionados, uma maior tendência na ocorrência de cáries não só na região do terceiro molar propriamente dito, mas também na região disto-mesial, região fronteira entre o terceiro e segundo molar, cárie essa, quando consultado achados bibliográficos consolidados, de difícil diagnóstico (NEGREIROS, 2014).

3.4 Finalidade ortodôntica

Outro ponto de relevância na indicação da retirada de terceiro molar impactado refere-se ao impacto desse na arcada como um todo. Acredita-se que desenvolvimento desses elementos exerce “força” sobre dentes posicionados anteriormente conduzindo ao apinhamento dentário, causa comum de queixa dos indivíduos que buscam melhorar a estética do sorriso, seja em pacientes que já realizaram tratamento ortodôntico, seja em pacientes ainda em conclusão,

sendo difundido entre os profissionais habilitados em ortodontia a relação entre a estabilidade oclusal e a retirada de terceiros molares, apesar de ainda constituir uma controvérsia em âmbito científico dado o caráter multifatorial do apinhamento dentário tardio (KIZI, 2013).

Nesse viés, postula-se através de Seixas (2014), uma reflexão clara ao contexto elencado: “À semelhança do apinhamento tardio dos incisivos, a presença dos 3^{os}Ms, não é a única responsável pela recidiva, podendo, no entanto, em conjunto com outras ocorrências influenciar a estabilidade do tratamento”.

Também é válido mencionar a contradição verificada em achados científicos, aonde uma parcela de profissionais contraindica a remoção em caráter profilático utilizando argumentos como a necessidade desse elemento em casos onde o paciente já tenha retirado o primeiro ou/e segundo molar anteriormente sendo utilizado, nesses casos, para reabilitação dessa região. Em paralelo a isso, também se argumenta as consequências maléficas, não raras na retirada destes dentes, a exemplo de sangramentos, trismo, hemorragia e fraturas na região mandibular (MATOS *et al.*, 2017).

Outra contraindicação mencionada, confere-se a faixa etária do paciente submetido a cirurgia. Não se recomenda a retirada nem em pacientes com idade avançada tão pouco em pacientes muito jovens. Nestes geralmente emprega-se a retirada profilática, gerando impactos deletérios aqui mencionados, naqueles leva-se em consideração a resposta do paciente pós-cirurgia, com maior risco a complicações bem como no ato cirúrgico necessita-se de maior retirada de osso, de maneira a gerar sintomas como edema e dor acentuada, devido a esse estresse observado (TEIXEIRA, 2018).

4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NA EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES E A CONDUTA DO CIRURGIÃO DENTISTA

As ressalvas acerca da extração de terceiros molares correspondem principalmente as disfunções temporomandibulares (DTM), o qual corresponde a um espectro de problemas musculares e articulares associados ao mal funcionamento da mandibular e fatores que limitem a abertura correta da boca, ambos passíveis de gerar imbróglis operatórios (MATOS *et al.*, 2017).

A incidência desses distúrbios pós-extração é maior em indivíduos acima de 30 anos, entre 2,6% a 30,9%, devido a elasticidade e a diminuição de reparação óssea adquirida com a idade e a população feminina é a mais acometida (TOLSTUNOV et al., 2009).

Além das desordens acima citadas, outras podem vir a surgir, como por exemplo, reações individuais de cada organismo e vômitos. Novotnakova et al., (2010) relatou os seguintes comprometimentos após uma extração dentária de terceiros molares:

4.1 Dano nervoso

Oliveira (2006), se refere ao dano causado ao nervo trigêmeo, que se trata de um nervo com função motora e sensitiva, havendo predominância de função sensitiva, como uma das repercussões com alto comprometimento médico. Renton et al., (2012), relata que uma das consequências causada pelo aumento do uso de implantes dentários no Reino Unido é o dano ao nervo alveolar inferior.

Uma lesão nervosa periférica pode derivar dormência total ou perda média da sensibilidade, sendo estes permanentes ou temporários. Outra consequência é a sensibilidade dolorosa anormal que podem ser geradas por um espessamento causado por uma fibrose no local lesionado e alterações tanto no sistema nervoso autônomo quanto no sistema nervoso central (BAMGBONSE, 2005).

Os autores supracitados mencionam que a reabilitação total se dá no prazo de 6 a 8 semanas, mas que pode retardar até 2 anos, sabendo que depois dos 9 meses, essa regeneração se torna mais difícil ou praticamente impossível. O nervo alveolar inferior por se localizar em uma área de risco, canal ósseo, se expõe facilmente a traumas e lesões (NOVOTNAKOVA; PITEKOVAL; SATKO, 2010).

Sintomas de alteração da sensibilidade e de trauma no nervo alveolar inferior podem ser percebidos pelo paciente tão logo cesse o efeito anestésico. Na literatura podemos encontrar casos em que o paciente só veio a perceber tal sintomatologia 8 dias pós exodontia (TOLSTUNOV et al., 2009).

Tolstunov, et al., (2009), ainda explica que essa percepção tardia pode resultar do quadro infeccioso local e outras características pós-cirúrgicas, como por exemplo, formação do tecido cicatricial. Segundo o mesmo, essa perda de percepção tardia é causada devido a uma pressão sobre o nervo alveolar inferior, como consequente de uma hemorragia que por sua vez pressiona o nervo contra fragmentos ósseos.

4.2 Dor

O quadro álgico no pós-operatório de remoção de terceiros molares tem sua intensidade exacerbada nas primeiras 12 horas, iniciando logo após o término do efeito anestésico local. Para sua regressão é utilizado medicações analgésicas e anti-inflamatórias, sendo bastante eficazes os anestésicos de efeito a longo prazo (MARKOVIC et al., 2006).

4.3 Edema

Por ser uma condição normal após um processo cirúrgico, o edema, já é esperado e pode desaparecer entre 2 a 3 dias. Para ajudar nessa diminuição, o gelo é um forte aliado nas primeiras 24 horas, sendo colocado por 15 a 20 minutos durante o dia (RENTON; YILMAZ; GABALLAH, 2012).

Para Kim et al., (2006), seus principais causadores são a duração e a dificuldade da cirurgia e a idade do paciente. Ainda para Kim et al., (2006), a idade dificulta a penetração nos vasos sanguíneos.

4.4 Equimose e petéquias

Kim et al., (2006), elucidam que o processo inflamatório e a fragilidade vascular contribuem para o aparecimento de equimoses e petequeias. A equimose trata-se de uma infiltração de sangue na malha de tecidos do organismo, devido à ruptura de capilares. Já as petequeias são um pequeno ponto vermelho na pele ou mucosas, causado por uma pequena hemorragia de vasos sanguíneos, sendo situações reversíveis.

Distúrbios na produção de fatores de coagulação sanguínea pelo fígado, retirada imprópria de células com funções hematopoiéticas e de defesa imunitária, baixa produtividade de plaquetas, são fatores que podem induzir a equimose (MARKOVIC et al., 2006).

4.5 Fratura da mandibular

Mazorla (2000), sustentou que a osteomielite (doença infecciosa grave, aguda ou crônica, causada especificamente pelo estafilococo áureo, mais comum em crianças e adolescentes, que geralmente atinge ossos longos como o fêmur, a tíbia ou o úmero), tumores císticos, entre outros fatores, podem estar relacionados a fratura de mandíbula.

Durante a exodontia de terceiros molares, esse tipo de fratura é facilitado devido à mobilidade da articulação enquanto realiza-se a extração. Mas para Bhat; Cariappa (2012), a principal causa seria a utilização incorreta da alavanca após excesso de desgaste ósseo.

4.6 Alveolite

Quando se verifica a formação do coágulo sanguíneo pós-extração com exposição do respectivo osso e correspondentes terminações nervosas, conduzindo a uma situação de desconforto e dor muito acentuada, chamamos de alveolite (TOLSTUNOV; POGREL, 2009). Alveolite é definida como uma infecção localizada no alvéolo, provocada por bactérias do tipo estafilococos e estreptococos, após uma remoção dentária. Vários fatores podem desencadear esse quadro patológico, como por exemplo, a falta de sangue no alvéolo, retirada do coágulo por sucção e bochechos, não higienização, instrumentos não esterilizados, entre outros.

A alveolite seca instala-se quando não se verifica a formação do coágulo sanguíneo pós-extração, ficando o interior do alvéolo seco, ou seja, com exposição do respectivo osso e correspondentes terminações nervosas, conduzindo a uma situação de desconforto e dor muito acentuada. Já a alveolite purulenta ocorre quando o alvéolo é infectado verificando-se a secreção e produção de pus. Esta presença de pus proliferado dentro do alvéolo, provoca não só dor forte e normalmente difusa, como um cheiro ou odor fétido e acentuado (BRANN; BRICKLEY; SHEPHERD, 1999).

Para que ocorra o procedimento cirúrgico o profissional dentista através de um exame radiográfico, busca analisar e planejar todo o material que será utilizado durante o procedimento, se o dente estiver totalmente incluído, torna-se necessário remover o osso antes de retirá-lo, se tiver semi-incluído, podendo variar decorrente seu posicionamento, é necessário que o dentista realize uma odontoseção para que assim o mesmo possa removê-lo em pequenos fragmentos. Por meio de um pequeno corte (incisão) na gengiva, que após a remoção do dente será suturado por meio de pontos. A anestesia local juntamente com o uso de calmantes é utilizada caso o paciente apresente quadro de ansiedade (TOLSTUNOV; POGREL, 2009).

Se a extração do terceiro molar ocorrer de forma indevida o paciente pode apresentar um cisto na região adjacente do mesmo, ou pode apresentar um quadro infeccioso causando ao paciente intenso quadro álgico e um relativo edema (pericoronarite) (BRANN; BRICKLEY; SHEPHERD, 1999).

Torna-se se suma importante salientar de que a extração do terceiro molar é de caráter cirúrgico, onde por inúmeras vezes o paciente é submetido a uma anestesia local ou dependendo do caso pode ocorrer uma anestesia geral. Um acontecimento comum é o inchaço no local,

assim como o aparecimento de relativos hematomas. Conforme o uso de analgésicos e bolsas de gelo devidamente orientados pelo dentista ou cirurgião dentista auxiliam para uma recuperação mais efetiva e sem qualquer relato de algias (MARKOVIC et al., 2006).

Durante o período de recuperação da cirurgia o paciente necessita alimentar-se a partir de uma dieta leve, de preferência líquida ou pastosa, até que o local comece se recuperar. Os alimentos necessitam ser com temperatura amena ou fria, pois os alimentos quentes não são recomendados, porque podem desencadear na remoção do coágulo da cavidade e proporcionando infecções (BHAT; CARIAPPA, 2012).

6. METODOLOGIA

O tipo de pesquisa a ser realizada foi uma revisão de literatura qualitativa, onde foram pesquisados livros, dissertações e artigos científicos selecionados através de busca nas seguintes bases de dados (livros, sites de banco de dados etc.)” Scielo”, “Pubmed” e “Lilacs”. Serão coletados dados a partir da temática complicações na extração de terceiros molares. As palavras-chave utilizadas na busca foram:” terceiro molar”, “extração” e” complicação”

Serão incluídos artigos completos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas inglês e português e que abordem o tema. Serão excluídos artigos que não abordem diretamente o tema, teses, livros, dissertações e monografias.

7 RESULTADOS

Após a seleção de 33 artigos sendo feita primeira seleção pelos descritores, serão excluídos os artigos duplicados. Depois foi feita nessa ordem, a seleção pelo título, seguido do resumo e do próprio conteúdo do artigo.

Essa etapa consistiu em uma análise das informações colhidas dos artigos científicos a qual se tornou necessária observações analíticas para que fosse possível a ordenação e sumarização de cada estudo, sendo feita de forma descritiva, destacando os dados mais importantes serem utilizados na pesquisa.

Para Anwar, (2001) a extração por meio de cirurgia dos terceiros molares podem ocasionar complicações como algia, constrição mandibular devido à contratatura involuntária dos músculos mastigatórios, inchaço, sangramento, inflamação dos alvéolos, lesões no nervo lingual que pode levar a ausência de estimulação e consequentemente sensações como

formigamento e dormências podem surgir temporariamente ou permanentemente, fraturas na camada delgada que circunda a raiz dos dentes, fraturas nos dentes ao redor ou na ATM (articulação temporomandibular), morte das células ósseas, entre outras.

Seguro & Oliveira (2014) a infecção é uma complicação muito rara associada à cirurgia de dente impactado. A incidência de infecção após cirurgia de terceiros molares é muito baixa, variando de 1,7% a 2,7%. Vários autores discutiram o uso de antibiótico profilaxia, porém, em situações em que é realmente necessário como as complicações sistêmicas ou outros tipos de infecções.

Uma pesquisa realizada por Oliveira et al., (2013) onde paciente com 25 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Oswaldo Cruz queixando-se de dor região pré-auricular direita e região de terceiro molar inferior direito. Ao realizar a radiografia panorâmica foi observado que seria necessário a extração da unidade, assim realizou-se o acesso e posterior retirada do dente, porém durante o procedimento cirúrgico escutou-se um estalo que indicava a fratura da mandíbula. No entanto ao realizar imediatamente a tomografia não foi constatado realmente a fratura, assim o paciente foi então medicado e orientado sobre ingerir comida líquida e pastosa e a conduta do dentista mediante isso foi uma osteossíntese com fio de aço.

8 DISCUSSÃO

Oliveira et al., (2013) declara que as fraturas mandibulares associadas à remoção de terceiros molares são uma complicação rara que pode ocorrer como complicação pós-operatória imediata, durante a cirurgia, ou como complicação tardia, geralmente nas primeiras 4 semanas após a cirurgia. As fraturas da mandíbula que ocorrem durante a cirurgia também podem ocorrer como resultado de instrumentação incorreta e transmissão descontrolada de força excessiva para a mandíbula.

Entretanto a verdadeira prevalência de fraturas mandibulares no momento da cirurgia é difícil de determinar. Acredita-se que a etiologia desta complicação seja multifatorial, incluindo: idade, sexo, grau de impacção, volume relativo dos dentes inferiores, infecção préexistente ou dano ósseo, incapacidade de manter uma dieta branda imediatamente após a cirurgia e técnica cirúrgica (OLIVEIRA et al., 2013).

Peterson et al., (2004) segundo ele há outros motivos que podem levar a fratura da mandíbula como osteomielite, tumor cístico, estados fisiológicos ligados ao metabolismo de

cálcio e diabetes podem ser fatores relacionados a fratura, bastando um esforço mínimo para esse resultado.

Seguro & oliveira (2014) deixa claro que o planejamento cirúrgico é essencial com base nos estudos clínicos e de imagem do paciente. Por meio de exames clínicos, são obtidos dados específicos sobre o estado geral de saúde do paciente e histórico médico e odontológico, e por meio de exames de imagem, obtém-se a dificuldade e complexidade do procedimento cirúrgico, que muitas vezes está relacionado à localização do dente. Com planejamento adequado, acidentes intraoperatórios e complicações pós-operatórias podem ser evitados.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do conhecimento clínico e de toda técnica científica apurados para os inúmeros casos transformaram-se em alguns dos primordiais meios que determina para o êxito da exodontia de terceiros molares, que é o conhecimento sobre as estruturas anatômicas da maxila e mandíbula.

Porém outros fatores que necessitam obter uma maior atenção são as complicações e acidentes causados por tal procedimento, pois dessa maneira, agrega-se ao profissional dentista uma grande bagagem acadêmica para que o mesmo possa solucionar eventuais problemas críticos, que podem ocorrer durante a intervenção clínica.

Por fim, através de tais associações de conhecimento os cirurgiões dentistas estarão mais capacitados para decidir qual melhor conduta perante as intercorrências durante ou após a extração do terceiro molar, minimizando dessa maneira o surgimento de morbidades ao paciente, proporcionando um eficaz e saudável plano de tratamento para os mesmos.

REFERÊNCIAS

ALVARES LC, TAVANO O. Curso de radiologia em odontologia. São Paulo: **Livraria Santana Editora**, 3 eds. 1993

ALVES, N., CÂNDIDO, P. L. **Anatomia para o curso de odontologia geral e específica**. Santos-SP: 2 ed. 2009.

ANWAR BB. **Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery**. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59(9):1012-17

BAMGBONSE, BO. **Effects of co-administered dexamethasone and diclofenacpotassium on pain, swelling and trismus following third molar surgery** *Head & Face Medicine* 2005, 1:11:10.1186/1746-160.

BHAT P, CARIAPPA K.M. **Inferior alveolar nerve deficits and recovery following surgical removal of impacted third molars.** *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2012; 11(3), pp. 304-308.

BRAGA AC, SOUZA FLD. Transtornos Psicológicos Associados à Disfunção Temporomandibular. *Revista Psicologia e Saúde em Debate.* 2016; 2(1): p. 100-120

BRANN CR, BRICKLEY MR, SHEPHERD JP. Factors influencing nerve damage during lower third molar surgery. **Brazilian Dental Journal.** 1999; 186(10), pp. 514-6.

GARCIA, Juliana Terezinha. **CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES – CONHECIMENTO ANATÔMICO.** 2013. 1-82 f.Trabalho de Conclusão de curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, [S. l.], 2013.

Disponível em:
https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/100288/TCC_Formatado_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 abr. 2021.

GOMES ACA, et al. Sensitivity and Specificity of Pantomography to Predict Inferior Alveolar Nerve Damage During Extraction of Impacted Lower Third Molars. **J Oral Maxillofac Surg.** 2008, n.66, p.256-9.

GOMES, A. C. A. Terceiros Molares, o que fazer? *Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Pernambuco*, v.4, n.3, p. 137-143, jul/set. 2004.

GOMES, A. C. A. Terceiros Molares, o que fazer? *Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Pernambuco*, v.4, n.3, p. 137-143, jul/set. 2004.

KIM J, CHOIN S, WANG S, KIM S. **Minor complications after mandibular third molar surgery: type, incidence and possible prevention.** *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology.* 2006;102, pp. e4-e11.

KIZI, Gunel Mammadova Nazim. **PREVALÊNCIA DA PRESENÇA DE TERCEIROS MOLARES NUMA POPULAÇÃO EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO.** 2013. 56 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal, 2013.

MADEIRA, M. C. **Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para a prática odontológica.** 5. Ed. São Paulo: Savier, 2004.

MADEIRA, M. C. *Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para a prática odontológica.* 5. Ed. São Paulo: Savier, 2004.

MARKOVIC AB, TODOROVIC L. **Postoperative analgesia after lower third molar surgery: contribution of the use of a long-acting local anesthetics.** *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology.* 2006; 102(5), pp. 4-8.

MATOS, Alziro Fernando da Silveira *et al.* Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Rev.Psicol Saúde e Debate**, (S.I), v. 3, n. 1, p. 34-49, jan. 2017.

MATOS, Alziro Fernando da Silveira; VIEIRA, Lucas Eduardo; BARROS, Lilian. TERCEIROS MOLARES INCLUSOS: revisão de literatura. **Rev.Psicol Saúde e Debate.**, [s. l.], ano 2017, v. 3, n. 1, p. 34-49, junho 2017. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/89/73>. Acesso em: 17 abr. 2021.

MAZORLA C. **Técnicna Exodôntica**. 3ª edição. 2000. São Paulo: Pancast.

MEDEIROS, P. J. **Cirurgia dos dentes Inclusos**. São Paulo: ed. Santos, 2003.

MEDEIROS, P. J. **Cirurgia dos dentes Inclusos**. São Paulo: ed. Santos, 2003.

NEGREIROS, Renata Matalon Vicente. **Erceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental / Third molar: evaluation of caries, periodontal disease and quality of life and its variation concerning to dental position**. 2014. 129 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

NOVOTNAKOVA D, PITEKOVAL L, SATKO. **Complications after third molar surgery**. **Bratislava Medical Journal**. 2010;111(5), pp. 296-298.

OLIVEIRA C.C.M.X et al. Fratura de mandíbula durante exodontia de terceiro molar inferior incluso: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilofac**. vol.13 no.4 Camaragibe Out./Dez. 2013

OLIVEIRA LB, et al. **Avaliação dos acidentes e complicações associados à cirurgia dos 3º molares**. Ver Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac 2006; 6(2):51-6.

PETERSON I, et al. **Cirurgia oral e maxilofacial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004

PETERSON LJ. **Cirurgia oral e maxilofacial: contemporânea**. 5. ed **Rio de Janeiro**: Elsevier; 2005. p. 153-192

PRECIOUS D, MERCIER P. Risk and benefits of removal of impacted molars: a critical review of the literature. **J Oral Maxillofac Surg** 1992; 21(1):17-27.

RENTON Z, YILMAZ K, GABALLAH M. **Evaluation of trigeminal nerve injuries in relation to third molar surgery in a prospective patient cohort. Recommendation for prevention**. **International Journal of Maxillofacial Surgery**. 2012;41, pp. 1509-1518.

RICHARDSON, M. O Terceiro Molar: Uma Perspectiva Ortodôntica. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. [S.I.]. v.3, n.3, maio/jun., 1998

RICHARDSON, M. O Terceiro Molar: Uma Perspectiva Ortodôntica. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. [S.I.]. v.3, n.3, maio/jun., 1998

ROSSI, M. A. **Anatomia Craniofacial aplicada à Odontologia: Abordagem fundamental e clínica.** São Paulo: ed. Santos, 2010.

SANTOS T. S et al. Relação topográfica entre o canal mandibular e o terceiro molar inferior em tomografias de feixe volumétrico. **Rev. Cir. Traumatol.** Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.9, n.3, p. 79 - 88, jul./set. 2009

SEIXAS, Natália Andrea Pereira. **Influência dos Terceiros Molares na Estabilidade do Tratamento Ortodôntico.** 2014. 55 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

TEIXEIRA, Joana Filipa Pereira. **Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento.** 2018. 41 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, 2018. Cap. 1.

TRENTO, C. L., et al. **Localização e 78 Classificação de Terceiros Molares: Análise Radiográfica.** Interbio, v. 3, n. 2, 2009.