

COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS NA REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS

COMPLICATIONS IN POST-SURGICAL REMOVAL THIRD MOLAR

DAIANA SEGURO^{1*}, RENATO VICTOR OLIVEIRA²

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Professor Mestre do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá.

* Avenida Santo Antônio, Sn, Parque Industrial, Caixa Postal 87, Roncador, Paraná, Brasil. CEP: 87.320-000. daia.seguro@gmail.com

Recebido em 31/08/2014. Aceito para publicação em 08/09/2014

RESUMO

A cirurgia de terceiros molares inclusos é uma das mais frequentes entre cirurgiões bucomaxilofaciais, entretanto, algumas complicações pós-cirúrgicas como trismo, infecções, edema, alveolites, comunicações buco sinusais, fratura de mandíbula ou da tuberosidade da maxila e parestesia podem ocorrer devido a um mau planejamento, falta de conhecimento do cirurgião, técnicas e instrumentais inadequados, falta de atenção em exames radiográficos entre outros. O objetivo do trabalho é levantar as principais complicações pós-cirúrgicas relacionadas à exodontia reportando a possível causa, como evitá-la e seu tratamento. O conhecimento do operador, assim como um bom planejamento para a realização da exodontia são fatores que contribuem para a diminuição de possíveis complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Terceiros molares inclusos, complicações pós exodontias, remoção de terceiros molares.

ABSTRACT

The third molar surgery is one of the most frequent among maxillofacial surgeons, however, some post-surgical complications such as trismus, infection, edema, alveolitis, sinus buco communications, jaw or maxillary tuberosity fracture and paresthesia may occur due to a poor planning, lack of knowledge of the surgeon, and instrumental techniques inadequate, lack of attention to radiographic examinations among others. The objective is to identify the main extraction related to post-surgical complications reporting the possible cause, how to prevent it and its treatment. The knowledge of the operator, as well as good planning for the realization of extraction are factors that contribute to the decrease of possible complications.

KEYWORDS: Included third molars, complications after tooth extractions, removal of third molars.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente a cirurgia para remoção de terceiros molares inclusos tem sido a mais frequente entre os cirurgiões bucomaxilofaciais e que muitas vezes, resulta em algumas complicações como dor exacerbada, edema, parestesia do nervo alveolar inferior, trismo, alveolites,

comunicação buco-sinusal, fraturas de maxila e mandíbula.

Pode-se dizer que um dente não irrompido é aquele que não apareceu na cavidade bucal dentro da cronologia normal de irrupção, denominando-se como incluso ou impactado¹.

O dente impactado é aquele que não consegue irromper por ter uma estrutura que o interfere, seja por dentes adjacentes, por um denso revestimento ósseo ou até mesmo excesso de tecido mole. O termo dente incluso abrange tanto dentes impactados como dentes em processo de irrupção².

O planejamento cirúrgico é fundamental, baseando-se no exame clínico e radiográfico do paciente. Através do exame clínico obtém dados específicos da saúde geral do paciente bem como história médica e odontológica, e através do exame radiográfico compreende a dificuldade e complexidade para o ato cirúrgico que muitas vezes está relacionado com a posição ou forma do dente. Com um planejamento adequado é possível prevenir acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório.

O presente trabalho irá abordar as principais complicações pós operatórias relacionadas a remoção de terceiros molares inclusos e qual conduta ser tomada frente a essas complicações.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram coletados dados sobre Complicações pós-cirúrgicas na remoção de terceiros molares inclusos. A coleta foi feita através de artigos publicados via web, e acervo da biblioteca da Faculdade Ingá. Foram selecionados artigos datados a partir de 1985 encontrados pelo site “Google Acadêmico”, utilizando palavras chaves como “terceiros molares”, “complicações em exodontias”, “remoção de terceiros molares inclusos”.

3. DESENVOLVIMENTO

Trismo

Segundo Graziani³, o trismo é descrito como uma dor muscular, que pode ser resultada por injúrias às fibras musculares vindas de múltiplas injeções anestésicas quando penetram nos músculos mastigatórios, ou também o tempo prolongado para a realização da exodontia, além de hematoma e infecção pós-operatória.

Clinicamente o trismo se manifesta de forma com que o paciente sinta dificuldade para a abertura parcial ou total da boca. O músculo pterigóideo medial é o músculo que mais pode ser acometido devido à penetração da agulha no momento da anestesia, no bloqueio do nervo alveolar inferior. O paciente deve sempre ser informado pelo cirurgião a possibilidade de trismo.

O tratamento do trismo varia de acordo com o fator que ocasionou a dificuldade de abertura bucal e consiste basicamente em fisioterapia, aplicação de compressas quentes e úmidas e administração de relaxantes musculares. Se o trismo for constatado com presença de infecção ou inflamação, deve-se realizar uma terapia com antibióticos ou antiinflamatórios juntamente com compressas quentes e úmidas e fisioterapia.

Comunicação Buco-sinusal

É necessário que se faça uma cuidadosa análise sobre as radiografias pré operatórias, afim de que se evite uma complicação como, por exemplo, a comunicação buco-sinusal. Algumas raízes de dentes como pré-molares e molares podem estar em contato com o soalho do seio maxilar, onde é recoberto apenas por uma mucosa. A comunicação buco sinusal pode ocorrer principalmente se o seio for amplo, se não houver osso entre as raízes dos dentes e o seio maxilar ou se as raízes forem muito divergentes⁴.

Para diagnóstico da perfuração buco-sinusal há um sinal importante como a passagem de alimentos e líquidos da cavidade oral para o seio maxilar e conseqüente refluxo para a cavidade nasal⁵. O paciente pode apresentar timbre nasal da voz e o estabelecimento de uma sinusite aguda ou crônica^{3,5}.

A técnica mais utilizada para o diagnóstico de comunicação buco-sinusal em casos de comunicações menos extensas e que não é possível ser evidenciada clinicamente é a manobra de Valsalva. Essa técnica consiste na expiração nasal forçada, onde o profissional fecha as narinas do paciente com os dedos, pede-se para que o mesmo expire, enquanto o cirurgião observa a área da extração dentária. Se houver a comunicação, haverá passagem de ar pelo alvéolo e o sangue presente nessa área irá borbulhar⁴.

O tratamento será de acordo com o tamanho da comunicação buco-sinusal, sendo ele medicamentoso ou cirúrgico. Quando a abertura for menor que 2 mm, o

tratamento não será cirúrgico. O cirurgião deverá garantir a formação de um coágulo sanguíneo no alvéolo, e depois orientar o paciente para que tenha cuidados respiratórios como evitar assuar o nariz, fumar ou beber de canudo, para que não haja o deslocamento do coágulo do alvéolo⁶.

Se a abertura entre a cavidade bucal e o seio for de 2 mm a 6 mm, o profissional deve realizar uma sutura em oito para garantir a formação de coágulo e preservação do mesmo no local da extração. Deve-se prescrever ao paciente o uso de antibióticos por 5 dias, para que se evite uma possível sinusite maxilar, além de um descongestionante nasal para contrair a mucosa nasal e manter o óstio do seio operante, permitindo ocorrer a drenagem normal do seio⁶.

Quando a abertura for grande, tendo mais que 6 mm é necessário que se utilize um retalho para cobrir o local da comunicação. O retalho mais utilizado é o retalho vestibular, onde é feita uma incisão e elevada até fundo de vestibulo, fazendo com que o periosteio seja incisado, liberando inserções do retalho, permitindo que o mesmo se posicione sem tensão sobre o local da comunicação. Outro tipo de retalho utilizado é o retalho palatino, esse deve ter o tamanho que permita a rotação passiva do mesmo para cobrir todo o defeito com as margens do retalho estendidas sobre as margens ósseas do defeito⁷.

O retalho palatino tem suas vantagens como a espessura do tecido, tendo assim um bom suporte sanguíneo dos vasos palatinos, porém, gera desconforto e dor na região do tecido ósseo exposto além de aumentar o risco de infecção⁸.

O fechamento das comunicações preferencialmente deve ser realizado no mesmo dia em que ocorre a abertura, para que se evite conseqüente fistula buco sinusal e a sinusite maxilar, caso venha a acontecer às medicações e precauções são as mesmas utilizadas nos casos de comunicação moderada⁶.

O tratamento medicamentoso consiste em antibióticos como penicilina, um anti-histamínico e descongestionantes nasais de 7 a 10 dias para que seja realizada a prevenção de infecções. O paciente deve voltar ao consultório a cada 48 ou 72 horas afim de que seja monitorado se caso aparecerem sintomas de sinusite maxilar⁷.

Infecção Local

As infecções locais acontecem quando ocorre a quebra da cadeia asséptica, ou não são tomados cuidados necessários após a extração ou ainda devido ao mau planejamento ou falta de planejamento para o ato cirúrgico. A idade do paciente, estado de saúde geral, grau de impactação dental, e tempo da cirurgia também podem ser fatores predisponentes a essa complicação⁹.

A infecção é uma complicação muito rara em relação à cirurgia de dentes inclusos. A incidência de infecção após cirurgias de terceiros molares é muito baixa, atin-

gindo 1,7 a 2,7%⁸.

Vários autores discutem sobre a utilização de profilaxia antibiótica, porém, em casos onde não é possível manter a cadeia asséptica, tendo presença de complicações sistêmicas ou infecções como em serviços públicos, a profilaxia antibiótica é utilizada¹⁰.

Alveolite e dor pós-operatória

A dor pós-operatória é comum após o efeito de o anestésico ser cessado, essa complicação é muito frequente e provoca transtornos tanto para o paciente como para o profissional. O paciente deve ser orientado para que a partir do momento que começar a sentir um formigamento na região em que foi anestesiado, faça uso imediatamente de analgésicos recomendados, e mantê-lo por dois dias com intervalo de quatro em quatro horas¹¹.

Isso não ocorre com a Alveolite que é uma infecção localizada no alvéolo e é provocada principalmente por estafilococos e estreptococos, após uma extração dental¹¹. Essa complicação se dá pela falta de sangue no alvéolo resultando a falta de coágulo, a remoção do coágulo por meios mecânicos como sucção ou bochechos, falta de assepsia e anti-sepsia do operador e utilização de instrumental não esterilizado.

Outros fatores etiológicos como o traumatismo do osso alveolar durante a cirurgia, a curetagem excessiva do alvéolo ou ainda infecções pré-operatórias como a pericoronarite que é um dos fatores predisponentes¹² podem ser considerados.

O diagnóstico da alveolite é dado no terceiro ou quarto dia após uma extração cirúrgica. Clinicamente se caracteriza por um alvéolo aberto, com coágulo sanguíneo parcial ou completamente solto e as paredes ósseas expostas².

A maior causa de alveolites está associada a procedimentos mais extensos e que utilizam técnicas como ostectomia e odontosecção para a exodontia. Dependendo do grau de complexidade da técnica cirúrgica em que seja necessário o desgaste de osso, maior a chance de complicação pós operatória, como alveolites, trismos e parestesia^{13,14}.

A sintomatologia é dolorosa, severa e pulsátil não cedendo à ação de analgésicos comuns¹¹. Filetes nervosos não mielinizados após a desintegração do coágulo ficam expostos à ação das toxinas bacterianas, restos alimentares e produtos em degradação.

Existem dois tipos de alveolite, são elas:

Alveolite seca: se instala no alvéolo. Ocorre um distúrbio entre a organização do coágulo e o surgimento do tecido de granulação. Os coágulos formados na membrana periodontal sofrem degeneração, ocorrendo a quebra ou necrose da cortical óssea.

Alveolite úmida ou osteíte exsudativa, instala-se numa fase posterior da reparação alveolar. Há um distúrbio entre a formação do tecido de granulação e a formação

do tecido conjuntivo jovem¹⁵.

Quando instaladas e perfeitamente diagnosticadas, as alveolites devem ser tratadas adequadamente. O tratamento da alveolite pretende curar a infecção, acelerar a regeneração do osso normal aliviando a dor do paciente. Essa regeneração dura um período de 2 a 3 semanas^{16,17,12}. Podem ser realizados tratamentos locais como alguns autores citam o preenchimento do alvéolo com oxido de zinco e eugenol, esponjas embebidas com antibióticos, metronidazol a 10% e lidocaína a 2%, entre outros. Ou em casos em que o paciente possa ter comprometimento sistêmico um dos antibióticos usados para a prevenção e que mostra melhores resultados na alveolite é o metronidazol, o mesmo tem ação sobre bactérias anaeróbicas, reduzindo a resistência bacteriana e possuindo menores efeitos adversos¹⁸ podendo ser utilizado de forma local ou sistêmica. Deve-se realizar uma discreta curetagem inicialmente, e em seguida com maior intensidade e irrigação do alvéolo com soro fisiológico como sendo uma limpeza cirúrgica antecedendo a introdução de medicamentos no interior do mesmo^{19,12,17}.

Edema

Assim como a dor, o edema é uma das complicações pós-operatórias mais comuns da cirurgia de terceiro molar. Pode-se dizer que o edema está relacionado com fatores do processo inflamatório iniciado pelo ato cirúrgico¹².

Para que se minimize o edema, o paciente deve realizar aplicações de bolsas de gelo na face, o que vai fazer com que os pacientes se sintam mais confortáveis. A bolsa de gelo deve ser mantida por 20 minutos e retiradas por 20 minutos e não devem ser feitas por mais de 24 horas. O edema geralmente aparece no segundo dia do pós-operatório e desaparece pelo quinto ou sétimo dia².

Parestesia

A parestesia é uma lesão nervosa caracterizada pela perda de sensibilidade do nervo afetado, causando desconforto ao paciente, sendo de forma transitória ou permanente em alguns casos. Pode ser classificada em três níveis e são eles:

Neuropraxia, é a forma menos grave de lesão nervosa, ocorre um bloqueio transitório da condução neuronal devido a um leve trauma, não há ruptura dos axônios. Trauma contuso ou tração, inflamação ao redor de um nervo ou isquemia local podem produzir uma neuropraxia⁷. A recuperação da lesão nervosa retorna espontaneamente em alguns dias ou semanas.

Axonotmese, é de forma grave, onde ocorre a interrupção do axônio sem transecção do nervo, ou seja, a bainha epineural ainda tem continuidade. Esmagamento ou tração extrema de um nervo pode gerar essa lesão⁷. A função nervosa retorna num período entre 2 a 6 meses.

Neurotmesa, é o tipo mais grave das lesões nervosas, é a perda completa da continuidade do nervo. Pode ser gerada por projeteis, facas, ou por secção iatrogênica⁷. O prognóstico é ruim, exceto se as extremidades do nervo ficarem bem próximas e com orientação apropriadas. Para esse tipo de lesão se tem a indicação de micro neurocirurgia.

A lesão pode ser ocasionada pela extração de terceiros molares, principalmente os inferiores acometendo o nervo alveolar inferior. Exames radiográficos pré-operatórios devem ser criteriosamente analisados, pois, a parestesia pode estar relacionada com vários fatores entre eles a proximidade com o nervo, total impaction óssea do dente, forma do dente e sua posição e angulação. Na classificação de inclusão, as angulações mais comuns são as mesio-angulares e verticais².

Após a lesão, o paciente com parestesia pode relatar sensibilidade alterada como formigamento, dormência, sensibilidade ao calor ou ao frio, inchaço, sensibilidade dolorosa na língua e coceira. Testes neurossensoriais são realizados para que se determine o grau de injúria. Os testes são mecanoceptivos e nociceptivos baseados nos estímulos de receptores específicos. O teste mecanoceptivo é baseado em toques leves estáticos, é realizada a onde o paciente deve indicar a diferença entre dois pontos, relatando a sensibilidade normal e a alterada. Os testes nociceptivos são testes térmicos e de dor, onde é usada a punção sobre a pele, como o uso de agulha aplicada em forma de picada rápida em intensidade suficiente para ser percebida pelo paciente. A resposta adequada seria a percepção de dor e não apenas de pressão²⁰.

Em alguns pacientes a recuperação da sensibilidade ocorre espontaneamente onde não é preciso um tratamento específico. Porém em casos de lesões maiores e os sintomas persistirem por mais de três meses sem que haja evolução, a intervenção é microcirurgia, sendo realizada por um neurocirurgião. Se tratando de terapêutica medicamentosa o cirurgião pode prescrever vitaminas do complexo B, que promovem o desenvolvimento de bainha de mielina dos nervos, embora não haja comprovação científica²¹.

Fratura da tuberosidade da maxila

Fraturas da tuberosidade da maxila é uma complicação não muito comum e que ocorre muitas vezes devido ao mau planejamento e técnica cirúrgica inadequada. Comumente esse acidente é constatado quando é aplicada força de lateralidade demasiadamente em um terceiro molar com raízes divergentes ou com hipercementose¹⁷, já que nessa região da tuberosidade o osso é bastante delgado.

Como forma de tratamento, deve-se evitar ao máximo a fratura, para isso, é necessário utilizar técnicas e instrumentos corretos. Quando houver força excessiva,

deve-se mudar a técnica cirúrgica imediatamente para que não ocorra a fratura, caso haja, o paciente deve ser examinado para que uma possível comunicação buco-sinusal seja constatada, assim o paciente é orientado e, em seguida suturar adequadamente a região¹¹.

Fratura de mandíbula

A fratura de mandíbula, assim como a fratura da tuberosidade da maxila, é uma complicação rara, entre as causas da mesma está a aplicação incorreta e exagerada de força para extrair o terceiro molar. Osteomielite, tumor cístico, estados fisiológicos ligados ao metabolismo de cálcio e diabetes podem ser fatores relacionados a fratura, bastando um esforço mínimo para esse resultado².

Durante a extração de terceiros molares inclusos, principalmente localizadas no ângulo da mandíbula, a fratura de mandíbula é frequente, isso ocorre porque na região, não se tem apoio necessário para mantê-la imóvel enquanto é realizada a luxação do dente. Porém, os autores apresentam como causa mais comum da fratura mandibular o uso incorreto da alavanca, após desgaste excessivo de osso³.

4. CONCLUSÃO

A cirurgia de terceiros molares inclusos é realizada com grande frequência, porém possui certo grau de dificuldade que pode levar a sérias complicações. Os cuidados desde o planejamento, biossegurança até a realização das cirurgias para a remoção de terceiros molares inclusos é indispensável, podendo se evitar uma série de complicações se intercorrências cirúrgicas. O cirurgião deve estar atento e ter conhecimento necessário para realizar a exodontia, pois quanto maior a complexidade do caso, mais facilidade terá de ocorrer uma complicação pós-cirúrgica como alveolite, trismo e parestesia, principalmente em casos que é necessária a realização de ostectomia ou odontosseção.

REFERÊNCIAS

- [1] Alvares LC, Tavano O. Curso de radiologia em odontologia. São paulo: livraria Santana Editora, 3 ed. 1993.
- [2] Peterson I, *et al.* Cirurgia oral e maxilofacial. 4 ed. Rio de janeiro: Elsevier; 2004.
- [3] Graziani M. Cirurgia bucomaxilofacial. 8. Ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan. 1995; 401-3.
- [4] Osborn TP, Frederickson JR G, Small IA, Torgerson TS. A prospective study of Complications related to mandibular third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg. 1985; 43(9):767-9.
- [5] Garcia RR, Rabelo LRS, Moraes M, Moreira RWF, Albergaria-Barbosa JR. utilização de encherto pediculado do corpo adiposo da bochecha no tratamento de comunicações oro-antrais. Rev Port Estomat, Med Dent E Cir Maxilofac. 2000; 41:17-24.

- [6] Farias JG, *et al.* Prevalência de dentes inclusos em pacientes atendidos na disciplina De cirurgia do curso de odontologia da universidade estadual de feira de santana. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2003; 3(1):15-9.
- [7] James R. Hupp EE III, Myron R. Tucker; *cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de janeiro: Elsevier, 2009.
- [8] Petterson LJ, *et. Al.* *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3ª ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- [9] Poeschl PW, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery are necessity?. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62:3-8.
- [10] Arteagoitia I, Diez A, Barbier L, Santamaría G, Santamaría J. Efficacy of amoxicillin/clavulanic acid in preventing infectious and inflammatory complications following impacted mandibular third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:e11-8.
- [11] Marzola C. *Retenção dental*. 2nd ed. São Paulo: Pancast, 1995.
- [12] Marzola C. *Fundamentos de cirurgia e traumatologia buco maxilo facial*. São Paulo: Ed. Bigforms, 2008; 6.
- [13] Oliveira IB, Schmidt DB, Assis AF, Gabrielli MAC, Hochuli-Vieira E, Pereira Filho VA. Avaliação dos acidentes e complicações associados à cirurgia dos 3º molares. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2006; 6(2):51-6.
- [14] Andrade vc, *et. Al.* *Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares – revisão de literatura*, Porto Velho. 2012; 2 (1):27-44.
- [15] Amler, HH. Alveolites: Generalidades, diagnostic e tratamento. Marzola C. *Fundamentos de cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial*. São Paulo: Ed Bigforms, 2008; 6.
- [16] Donado M. *Cirurgia bucal- patologia y técnica*. 3ª edição, Barcelona: Ed. Masson, 2005; 598-601.
- [17] Marzola c. *Técnica exodôntica*. 3ed. São Paulo: Pancast, 2000.
- [18] Alexander R. Dental extraction wound management: a case against medicating postextraction sockets. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 58(5):538-51.
- [19] Carvalho PSP, *et al.*, influence of surgicai cleaning andlor alveosan dressing on infected wound healing after tooth extraction. *Histological study in rats*. *Rev Odont Unesp.* São Paulo. 1991; 20(9):165-73.
- [20] Ziccardi VB, Zuniga JR. Nerve injuries after third molar removal. *Oral Maxillofac Surg Clinic North Am.* 2007; 19:105-15.
- [21] Schultze-Mosgau S, Reich RH. Assessment of inferior alveolar and lingual nerve disturbances after dentoalveolar surgery, ando f recovery of sensitivity. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993; 22(4):214-7.

