

COMPLICAÇÕES OCASIONADAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES

Complications obtained at the post-operative exodontia of third-party molars

¹Ana Carolina de Paiva Ferreira, ² Sydney de Castro Alves Mandarinio.

¹ Aluna do curso de Odontologia do UNIFESO; ² Professor do curso de Odontologia do UNIFESO.

Resumo

A cirurgia de exodontia dos terceiros molares é o procedimento mais comumente realizado na especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações e acidentes, incluindo: dor; trismo; edema; sangramento; alveolite; parestesia temporária ou permanente, entre outras decorrências. O escopo deste estudo foi avaliar a incidência de acidentes e complicações relacionados à exodontia de terceiros molares. Dentre as principais intercorrências tivemos, edema (29%) e trismo (26%), seguida pela dor (18%) e hemorragia (18%) e parestesia (9%). A condição de alveolite não foi identificada nos sinais clínicos analisados nos pacientes (0%). Após pesquisa realizada nas clínicas de especialização e atualização em cirurgia do UNIFESO verificou-se que há necessidade de conhecimento e planejamento das técnicas cirúrgicas objetivando cuidados pelos que realizam tais cirurgias a fim de se evitar acidentes e complicações cirúrgicas.

INTRODUÇÃO

A cirurgia dos terceiros molares inclusos é o procedimento ambulatorial que o cirurgião maxilofacial mais frequentemente tem acesso e aborda nos consultórios particulares e públicos. Como todo procedimento eletivo, consta de particularidades como técnica anestésica própria, tipo de incisão e descolamento de retalhos únicos, ostectomia e odontosseção, proximidade com estruturas nobres, feixes vasculares e nervosos e ainda, exige destreza e habilidade peculiares ao procedimento dando garantia e segurança ao paciente, a fim de evitar danos e complicações, sejam estas permanentes ou momentâneas (de menor morbidade) (PETERSON et al., 2004).

Pode-se dizer que os dentes não irrompidos são aqueles que não aparecem na cavidade bucal

Palavras-chaves: Cirurgia bucal; terceiro molar; Complicações pós-operatórias.

Abstract

Third molar extraction surgery is the most common procedure performed in the bucomaxillofacial traumatology specialty. Surgical removal of soft individuals may result in a number of complications and accidents, including: pain; trismus; edema; bleeding; alveolite; temporary or permanent paraesthesia, among other occurrences. The scope of this set was the analysis of the occurrences and the complications related to the third molar extraction. Among the main intercurrents we had edema (29%) and trismus (26%), followed by pain (18%) and hemorrhage (18%) and paresthesia (9%). The alveolar condition was not identified in the clinical examination in patients (0%). The investigation was carried out in clinical and specialization clinics with the objective of detecting and investigating the surgical issues.

Keywords: Oral surgery; third molar; Postoperative complications.

dentro da cronologia normal de irrupção, recebendo denominações, como inclusos ou impactados (ÁLVARES; TAVANO, 2008). Um dente impactado é aquele que não consegue irromper dentro do tempo esperado até a sua posição normal na arcada. A impacção ocorre, porque a irrupção é dificultada pelos dentes adjacentes, por um denso revestimento ósseo ou por excesso de tecido mole sobreposto. Já o termo dente incluso abrange tanto os dentes impactados quanto os dentes em processo de irrupção (PETERSON et al., 2004).

Uma vez indicada a exodontia dos elementos inclusos, é fundamental a realização de um planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e imaginológicos. Através do exame clínico, obtêm-se dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual; o nível de complexidade e de dificuldade

operatória é analisado no exame radiográfico. Dessa forma, realiza-se um cuidadoso planejamento cirúrgico, visando prevenir possíveis acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório, muitas vezes relacionadas à posição e à localização do dente incluso (ÁLVARES; TAVANO, 2008).

Para facilitar a comunicação entre os profissionais, foram criadas diversas classificações de dentes inclusos. As duas mais comuns entre os cirurgiões são as propostas por Winter e por Pell e Gregory. A primeira classifica as angulações do elemento incluso em retenção vertical, em que o eixo maior do terceiro molar é paralelo ao do primeiro e segundo molares, e retenção horizontal, com o eixo maior paralelo ao do primeiro e segundo molar. A segunda avalia a profundidade de inclusão e sua relação com o ramo mandibular no que se refere à relação do dente com o ramo da mandíbula; à profundidade relativa do dente dentro do osso e à posição do longo eixo do dente incluso em relação ao longo eixo do segundo molar. (MARTINS et al., 2010)

A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações, incluindo dor, trismo, edema, sangramento e alveolite, complicações consideradas comuns (PETERSON et al., 2004). A ocorrência e a intensidade destas variam conforme a técnica cirúrgica e a predisposição do paciente (VICENTE, 2010).

Partindo desse propósito, este trabalho teve como objetivo principal analisar as complicações do pós-operatório de terceiros molares na clínica de especialização e atualização de cirurgia do UNIFESO. Os objetivos específicos foram identificar os tipos de intercorrências e as mais comuns, avaliar qual das classificações de inclusão mais predominante e além de verificar qual o gênero mais atendido no período descrito para as cirurgias dos terceiros molares.

REVISÃO DE LITERATURA

A exérese cirúrgica de terceiros molares é um dos procedimentos mais constante no cotidiano do cirurgião bucomaxilofacial e representa um procedimento padrão para estes profissionais (BUI; SELDIN e DODSON, 2003; JAMILEH; PEDLAR e MCGRATH et al., 2003; POESCHL; ECKEL, 2004).

São os dentes que se encontram retidos com maior frequência, principalmente os inferiores (VERRI, 1973; LIEDKE, 1977). A falta de espaço no arco dental é o principal fator etiológico, porém, hereditariedade, tendência evolutiva, alterações

patológicas, traumatismos, alterações sistêmicas e algumas síndromes podem estar associadas.

A indicação deste procedimento é fruto de divergência entre os autores (GOMES et al., 2004). Em contrapartida, a possibilidade de desenvolvimento associado de alterações patológicas importantes e a maior dificuldade cirúrgica após a formação completa do dente com maiores riscos às estruturas anatômicas vêm sendo afirmadas como justificativa para a conduta cirúrgica de cunho profilático (VALMASEDA-CASTELLON; BERINE-AYTES e GAY-SCODA, 2001; VENTA; YLIPAAVALNIEMI e TURTOLA, 2001;).

Além de ser uma cirurgia rotineira e, muitas vezes, praticada por cirurgiões dentistas não especialistas, apresenta suas dificuldades como, por exemplo, a íntima relação com estruturas anatômicas nobres, a angulação das coroas dos dentes inclusos, as impacções, além das complicações da cirurgia propriamente dita que podem ser vistas no momento da osteotomia, da odontosseção e da remoção destes dentes. Os acidentes, como as hemorragias, lesão de nervos, e injúrias aos dentes vizinhos decorrentes destas cirurgias podem ser observados (MOREIRA, 1991; GRAZIANI, 1995; CHIAPASCO; DE CICCIO e MARRONE, 1993).

A fim de contornar esse problema torna-se necessária a realização de um planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e radiográfico. Com o intuito de facilitar o planejamento, surgiram alguns sistemas de classificação dos terceiros molares não irrompidos, feitos a partir da análise radiográfica, que permitem a previsão de possíveis transtornos no transoperatório, fornecendo possibilidades de escolha da melhor técnica cirúrgica a ser empregada, contribuindo, para um melhor pós-operatório do paciente (CENTENO, 1979; HOWE, 1988; ÁLVARES; TAVANO, 2008).

Quando se refere aos terceiros molares não irrompidos, as classificações mais utilizadas são: em relação à angulação do dente e quanto ao grau de impactação. De acordo com Winter, os terceiros molares podem encontrar-se na posição vertical, mesioangular, disto-angular, horizontal e com as modificações de Archer (1975) e Kruger (1984) sendo invertida, língua-versão e vestibulo-versão. A Classificação de Pell e Gregory relaciona a superfície oclusal dos terceiros molares inferiores com relação ao segundo molar adjacente (Posição A, B, C) e o diâmetro mesio-distal do terceiro molar em relação à borda anterior do ramo da mandíbula (Classe I, II e III).

1. Classificação dos Terceiros Molares Inferiores

Não – Irrompidos

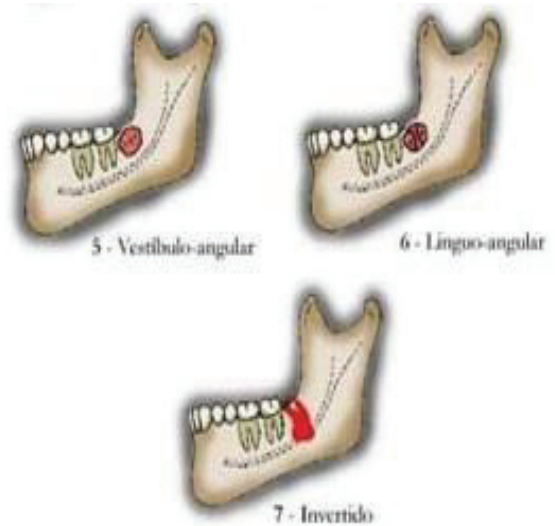
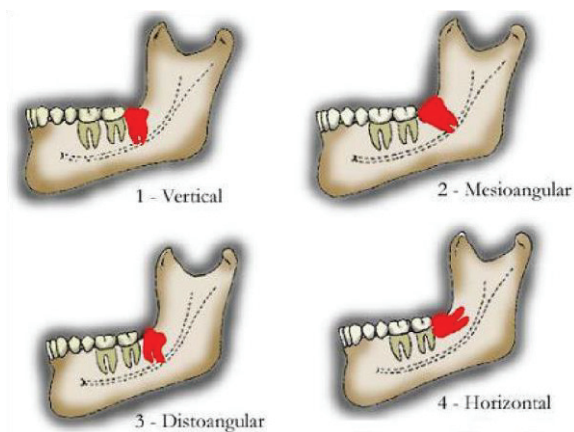
1.1. Angulação

Proposta por Winter (1926) é comparada ao longo eixo de um terceiro molar não irrompido em relação ao longo eixo do segundo molar, válida tanto para os dentes inferiores quanto para os superiores. Por meio de sua utilização é possível determinar a necessidade de osteotomia e/ou odontoseção.

A posição será considerada vertical quando o longo eixo do dente não irrompido segue o mesmo sentido do longo eixo do segundo molar. Considera-se o dente em posição horizontal quando o seu longo eixo se apresenta perpendicular em relação ao longo eixo do segundo molar.

A posição mesioangular é aquela em que a coroa está inclinada na direção do segundo molar. Já a distoangular, o longo eixo do terceiro molar está à distal ou posteriormente angulado em relação ao segundo molar. Quando os segundos e terceiros molares estiverem por vestibular ou por lingual, recebe a denominação de posição transalveolar. Existe ainda a invertida que nada mais é quando a coroa estiver voltada para a base da mandíbula e a raiz voltada para a oclusal.

Figura 1 – Classificação da posição dos terceiros molares segundo Winter. (Adaptada de PETERSON et al.,2004)



Com modificações de **Archer (1975) e Kruger (1984)**:

Fonte: (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

1.2. Em relação ao ramo ascendente da mandíbula proposta por Pell e Gregory (1933):
 Classe I: a coroa, em seu diâmetro mesio distal, está completamente à frente da borda anterior do ramo ascendente.

Classe II: quando o dente estiver parcialmente dentro do ramo.

Classe III: quando o dente estiver localizado completamente dentro do ramo ascendente da mandíbula.

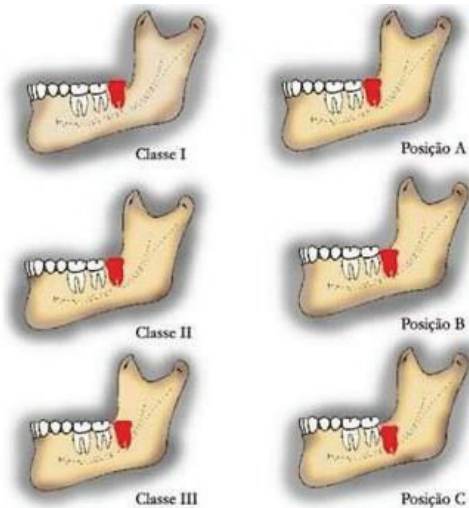
1.3. Em relação ao plano oclusal proposta por Pell e Gregory em (1933):

A: ocorre quando a superfície oclusal do terceiro molar está no mesmo plano oclusal do segundo molar.

B: é aquela na qual a superfície oclusal do dente não irrompido está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar.

C: a superfície oclusal do dente não – irrompido está abaixo da linha cervical do segundo molar.

Figura 2– Classificação da posição dos terceiros molares segundo Pell e Gregory. (Adaptada de PETERSON et al., 2004)



Fonte: (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

2. Hemorragia

O extravasamento sanguíneo natural que se segue em qualquer intervenção não é uma hemorragia. Ela é definida como um extravasamento abundante e anormal de sangue que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica, o qual não se coagula e a hemostasia natural não ocorre. Os acidentes, como as hemorragias, são lesões decorrentes destas cirurgias, podendo ser observados nos pacientes que, a ela se submetem (MOREIRA, 1991; CHIAPASCO; DE CICCO e MARRONE, 1993; GRAZIANI, 1995).

A precaução da perda excessiva de sangue durante a cirurgia é importante para preservar a capacidade do paciente de carregar oxigênio. Além disso, o sangramento nãocontrolado causa diminuição na visibilidade do campo operatório, bem como a formação de hematomas, sendo que estes pressionam as feridas diminuindo a vascularização, aumentam a tensão nas bordas da ferida e atuam como um meio de cultura, potencializando o desenvolvimento de uma infecção (PETERSON et al., 2004).

A quantidade de sangue pode ser diminuída pela ação de anestesia local (anestésico com vasoconstritor em pacientes normais). Para se realizar o tratamento das hemorragias, é necessário limpar a ferida cirúrgica, para que possamos enxergar de onde ela provém (PETERSON et al., 2004).

3. Alveolite

A alveolite se caracteriza clinicamente por um alvéolo aberto, com coágulo sanguíneo parcial ou completamente solto e as paredes ósseas expostas (PETERSON et al., 2004).

Equivale à infecção pútrida do alvéolo dental que se instala no terceiro ou quarto dia após uma extração cirúrgica. Um estudo observou que a incidência de alveolites era muito maior (21,9%), quando os dentes eram removidos por razões terapêuticas do que por razões profiláticas (7,1%) (OLIVEIRA et al., 2006).

As maiores taxas de alveolites estão diretamente relacionadas a procedimentos mais extensos em que foi necessária a utilização da técnica como ostectomia e odontosseção para posterior exodontia do dente envolvido. Quanto mais complexa a técnica cirúrgica em que haja necessidade de se realizar estes procedimentos, maior a chance de complicações pós-operatórias, como alveolites, trismo e parestesias (OLIVEIRA et al., 2006).

Para tanto, é importante que a causa esteja firmemente estabelecida a fim de que o tratamento seja iniciado, uma vez que mais de um componente pode ser diagnosticado como fator causal (BLUM, 2002). A maioria dos autores concorda que o principal objetivo do tratamento conforme indicado por Fazakerley (FAZAKERLEY ; FIELD, 1991) é o controle da dor enquanto o reparo alveolar está ocorrendo, e para tanto, na maioria dos casos, as medidas locais são satisfatórias, mesmo que o uso de analgésicos ou antibióticos sistêmicos sejam necessários ou indicados em determinadas situações.

O uso de material curativo intra-alveolar como forma de tratamento local é amplamente sugerido na literatura (MITCHELL, 1986; SWANSON, 1989; VEZEAU, 2000) e diferentes medicamentos de uso local estão disponíveis comercialmente.

4. Edema e dor

Edema e dor podem revelar-se como complicações pós-operatórias comuns advindas da cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores.

A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam (FERRELL; SCHNEIDER, 1988; DYM; OGLE, 2004).

A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais, como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado (MELZACK; KATZ, 1994).

Em relação ao edema, pode-se citar que os fatores contribuintes para esta sequela estão

relacionados ao processo inflamatório iniciado pelo ato cirúrgico (GOLDBERG; NEWMARICH e MARCO, 1985).

Com a intenção de minimizar o edema, o paciente deve ser orientado, ao final do procedimento cirúrgico, a aplicar bolsas de gelo sobre a área para ajudar a minimizar o aumento de volume e fazer com que o paciente se sinta mais confortável; isso também promove um movimento mais ativo do paciente com seu próprio tratamento. O gelo deve ser interposto por uma toalha seca para prevenir lesões cutâneas superficiais. A bolsa de gelo deve ser mantida sobre o local por 20 minutos, e retirada por 20 minutos, sendo que as aplicações não devem ser feitas por mais de 24 horas, visto que grandes períodos de aplicação não ajudam. No segundo dia pós-operatório, nem gelo nem calor devem ser aplicados sobre a face. Do terceiro dia em diante, a aplicação de calor pode ajudar a reduzir o aumento de volume mais rapidamente (PETERSON et al., 2004).

Ainda assim, para prevenção do edema pós-cirúrgico nenhuma medida tem se mostrado tão eficaz quanto à utilização de medicamentos que visam o combate da inflamação, para tanto, devem ser utilizados no período pré-operatório, momento em que os nociceptores ainda não foram sensibilizados. Dentre as medicações, os grupos dos anti-inflamatórios esteriodais apresentam-se como os medicamentos de melhores resultados clínicos que sejam administrados juntamente com anti-inflamatórios não esteriodais, ou isoladamente, reduzindo a dor facial, o edema e a limitação da abertura bucal após cirurgia de terceiro molar, quando administrados antes do procedimento cirúrgico (MAJID, 2011).

5. Trismo

O trismo é explicado como uma variação de dor muscular devido a um espasmo miofascial que pode resultar 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 (GRAZIANI, 1995).

Sendo uma ocorrência frequente nas cirurgias de terceiros molares inclusos, ocorrendo em 56,5% dos pacientes no período de dois dias após a cirurgia, havendo uma redução na reavaliação após sete dias (FLORES et al., 2007).

Para tirar desse inconveniente, as exodontias devem ser menos traumáticas, diminuir o tempo cirúrgico. Na maioria das vezes, necessitando de osteotomias e ou odontosecções mais extensas bem como maior quantidade de

anestésicos locais para controle da dor do paciente (FLORES et al., 2007).

A aplicação de calor úmido pode ajudar a resolver um trismo persistente ou aumento de volume. Está claro que, para a máxima eficácia, a aplicação de calor úmido deve ser utilizada, isto porque uma superfície úmida transfere melhor o calor à pele (PETERSON et al., 2004).

6. Parestesia

A parestesia do nervo alveolar inferior é uma condição que pode afetar os pacientes submetidos à cirurgia de exodontia dos terceiros molares. Alterações de sensibilidade podem ocorrer em consequência de traumas diretos, incisão do nervo, ou indiretos, compressão devido a hematoma e edema (FABER, 2005).

O conhecimento anatômico do nervo alveolar inferior, da posição do canal mandibular e das raízes dos terceiros molares são fatores relevantes para prevenir a ocorrência da parestesia (ROSA; ESCOBAR e BRUSCO, 2007).

Ela se apresenta como uma insensibilização na região inervada por determinado nervo, decorrente da lesão de nervos sensitivos. A sintomatologia apresentada pelo paciente pode variar entre ausência de sensibilidade na região afetada, sensibilidade alterada ao frio ou calor, dor, sensação de dormência, formigamento, “fisgada” e coceira (FARIAS, 2010).

METODOLOGIA

Este trabalho, além de uma revisão da literatura acerca da exodontia dos terceiros molares, pauta-se em uma pesquisa qualitativa sobre a qualidade de vida pós operatória dos pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia Oral do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), de Teresópolis, provenientes do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Faciais e do Curso de Atualização em Cirurgia Oral do UNIFESO.

Foi confeccionado um questionário no qual está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no (APÊNDICE A e B) com perguntas fechadas para atender a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi enviado, via Plataforma Brasil (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>) para ser aprovado pelo comitê de ética institucional. Após a aprovação do comitê de ética (ANEXO A) e pesquisa em seres humanos do UNIFESO, correspondendo à normativa atual. Após a coleta dos dados, foram analisados: (01) identificar os tipos de intercorrências e as mais

comuns, (02) avaliar qual das classificações de inclusão mais predominante, (03) além de verificar qual o gênero mais atendido no período descrito para as cirurgias dos terceiros molares.

Após o agrupamento das informações, obteve-se um panorama sobre a etapa pós-operatória da exodontia dos terceiros molares inclusos, de modo a identificar quais são as complicações e acidentes mais comuns nos pacientes.

Após a tabulação dos dados, utilizando planilhas do Excel, estes foram submetidos à estatística descritiva.

Seleção das amostras

- Foram 36 pacientes, sendo que 30 compareceram no pós-operatório e 6 não compareceram.
- Pacientes que foram atendidos na Clínica de Cirurgia Oral do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), de Teresópolis, provenientes do Curso de Especialização em

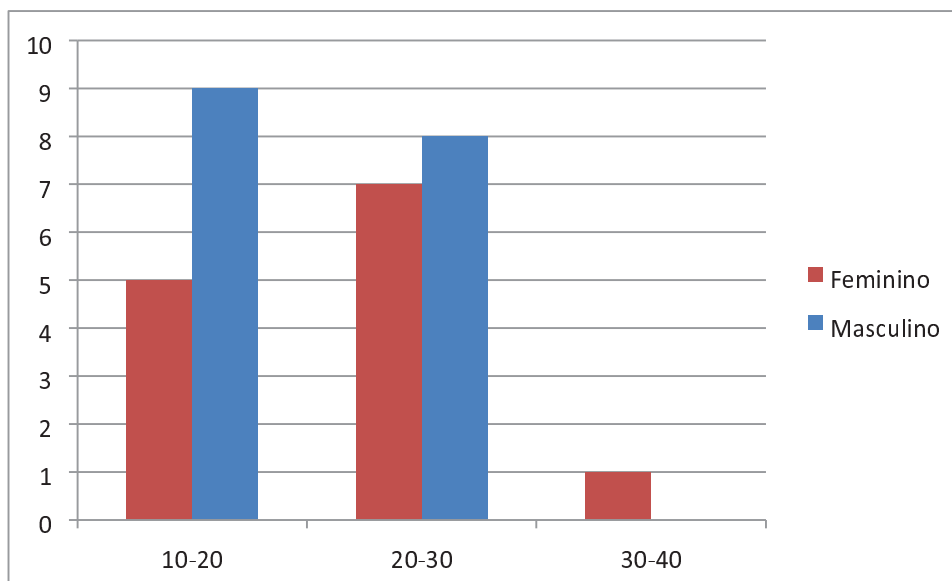
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais e do Curso de Atualização em Cirurgia Oral do UNIFESO no período letivo dos anos 2017 e 2018.

- Faixa etária: 10 a 40 anos;
- Gênero: 17 homens e 13 mulheres;
- Todos os pacientes atendidos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A)
- A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética. CAAE: 65696117.6.0000.5247

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o gráfico da Figura 1, foi observado em relação à faixa etária dos pacientes submetidos ao procedimento, que a maioria dos indivíduos se concentrou na faixa de 20 a 30 anos de idade, seguidos igualmente pela distribuição etária de 10 a 20 e acima de 30 anos, consecutivamente.

Gráfico 1 – Distribuição por faixa etária dos pacientes submetidos à cirurgia de terceiros molares inferiores inclusos/impactados por gênero.

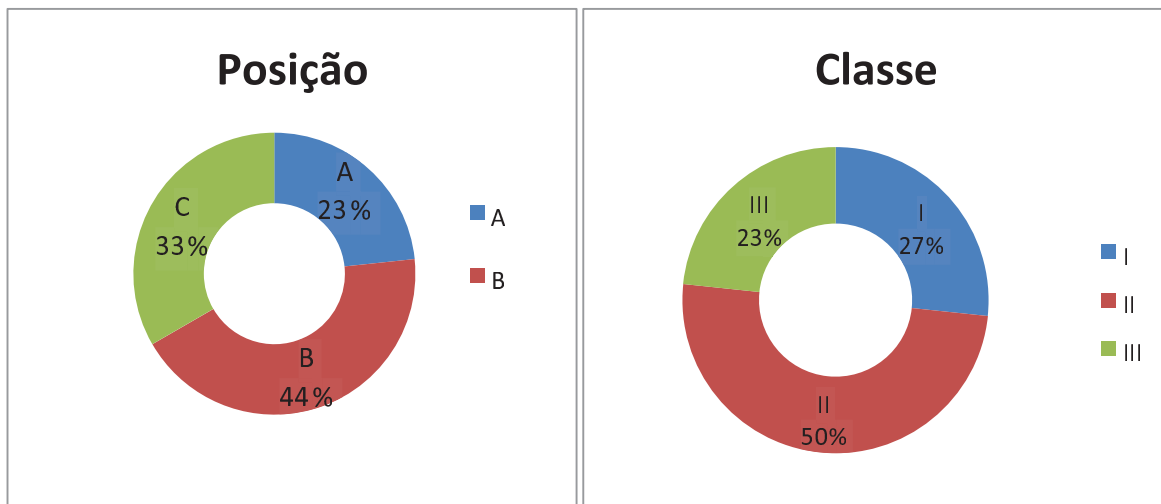


Fonte: a autora.

As idades dos pacientes variaram de 10 a 40 anos, com uma média de 19 anos, sendo que a idade de 20 anos foi a mais prevalente. Quando analisadas em que faixas etárias foram encontradas as maiores prevalências de retenções dentárias, detectamos que dos 10 a 20 anos, 14 pacientes apresentavam algum tipo de retenção dentária, seguida daqueles que tinham de 20 a 30 anos (n=15).

Estes dados são semelhantes àqueles encontrados por CHIAPASCO; DE CICCO e MARRONE, 1993, Garcia et al. (2000), Zorzetto et al. (2000) e Santana et al. (2000), na qual a maior faixa etária para remoção de terceiro molar inferior corresponde à idade entre 18 a 24 anos.

Gráfico 2 - Frequência de retenção dentária, de acordo com a classificação de Pell e Gregory.



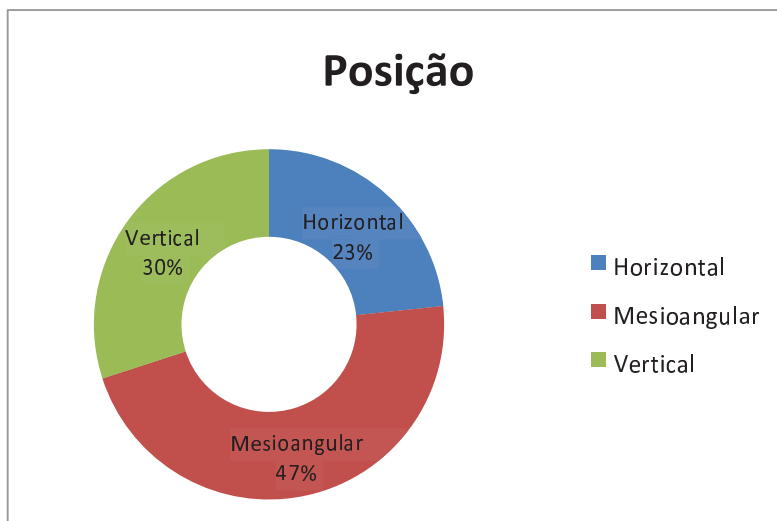
Fonte: a autora.

Em relação ao grau de retenção de Pell e Gregory, a grande maioria da amostra inseriu-se na Classe I (27%) e na posição A (23%), seguindo-se pela Classe II (50%) e posição B (44%), e, finalmente, na posição C (33%). Dados que se confrontam com os obtidos por Zorzetto et al. (2000), no qual de uma amostra de 74 casos a totalidade quase absoluta encontrava-se em Classe II (78,72%), 21,8% em Classe I, e a Classe III não esteve presente, coincidente com os dados obtidos nesta pesquisa na qual também não foi encontrado nenhum caso de classe III.

Confrontam com a classificação de Pell e Gregory, a posição mais comum para os terceiros molares superiores foi a “A”, seguida da “B” e a “C”. Com relação aos dentes inferiores, a posição mais comum foi a IIA para ambos os quadrantes (3º e 4º), seguida de IIB, IA, IIIC.

Quanto à posição, a mais comumente encontrada é a IIB (o plano oclusal encontra-se entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar adjacente e com metade do diâmetro mésio-distal do terceiro molar recoberta pelo ramo da mandíbula) dados semelhantes que foram obtidos por Farish e Bouloux, (2007).

Gráfico 3 - Frequência da posição dentário do terceiro molar inferior, segundo Winter.



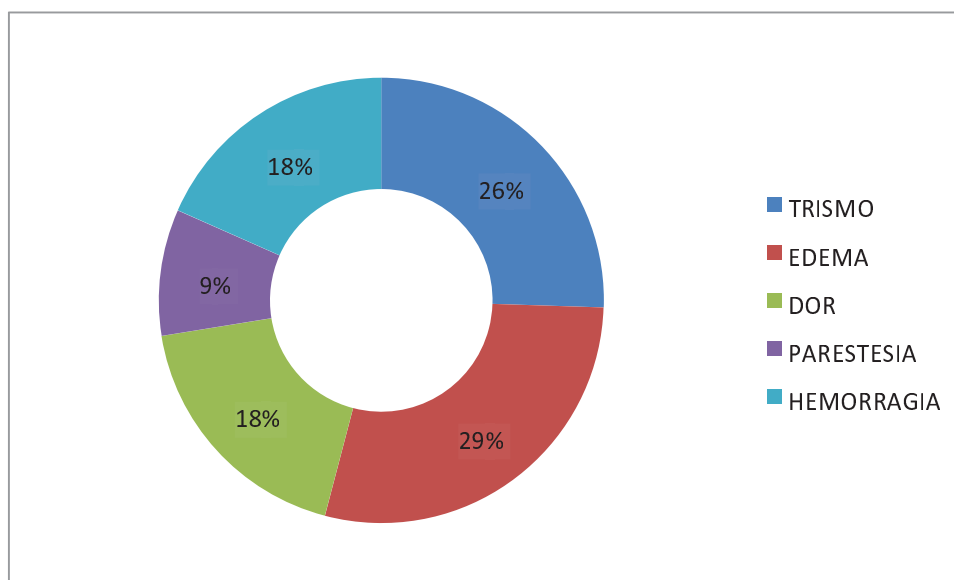
Fonte: a autora.

Segundo Peterson et al., (2004), a posição mesioangular é a de maior prevalência, acometendo cerca de 45% dos dentes retidos. No entanto, na amostra em questão, a posição de Winter mesioangular corresponde a, 47% (n=14) dos dentes removidos, sendo a maior prevalência. Na posição vertical, correspondendo a 30% (n=9).

Estes dados confrontam com Zardo et al (1997), Santana et al (2000) e Freire Filho (2001).

Em relação à classificação de Winter, a classificação foi utilizada para os inferiores, a maioria estava em posição vertical seguida de mesial, diferente do encontrado na amostra acima.

Gráfico 4 - As complicações clínicas pós-operatórias da cirurgia de terceiros molares foram encontradas na maioria dos pacientes submetidos ao procedimento.



Fonte: a autora.

Dentre as principais intercorrências (Gráfico 4), edema (29%) e trismo (26%) apresentou-se mais frequente, seguida pela dor (18%) e hemorragia (18%) e parestesia (9%). A

condição de alveolite não foi identificada nos sinais clínicos analisados nos pacientes (0%).

Segundo Martins et al., (2010), as principais intercorrências, a dor pós-operatória local persistente após três dias da intervenção

apresentou-se mais frequente (77,2%), seguida pelas alveolites (13,6%) e hematomas (9%). As condições locais de trismo e edema não foram identificadas nos sinais clínicos analisados nos pacientes (0,0%). As alveolites apresentaram uma baixa incidência (13,9%), juntamente com os hematomas (9%), edemas locais e outras formas de complicações. A aplicação e padronização das técnicas de exérese, de anestésias, de biossegurança dos equipamentos e ambiente, bem como de esterilização dos instrumentais, rigorosamente supervisionados por profissionais experientes, exigidos na clínica cirúrgica da instituição, podem, direta ou indiretamente, ter influenciado e reduzido os riscos de infecções, traumas, complicações e acidentes pós-operatórios para esse tipo de cirurgia.

Esses fatores podem estar relacionados à redução dos riscos de infecções e à diminuição da aplicação de técnicas inadequadas, como curetagem do alvéolo e suturação dos tecidos subjacentes, tornando os riscos de insucesso cirúrgico menores.

O trismo (limitação de abertura bucal) foi à complicação mais encontrada, onde 13 pacientes no retorno de 7 dias para controle do pós-operatório mantinham uma abertura bucal reduzida em pelo menos, 10mm da abertura bucal do pré-operatório. (OLIVEIRA et al., 2006).

CONCLUSÃO

Após avaliação dos dados encontrados neste trabalho e conflitá-los com dados da literatura, concluiu-se que:

- A maior frequência de extrações de terceiros molares foi observada em pacientes do sexo masculino;
- A posição mais comum dos terceiros molares inferiores foi IIB e mesioangular;
- A análise dos dados nos levou a concluir que algum grau de limitação de abertura bucal e edema pós-operatória foi observado na grande maioria dos pacientes analisados.

REFERÊNCIAS

1. ALVARES, L.C.; TAVANO, O. Curso de radiologia em odontologia. 5 ed. São Paulo: Livraria Santana Editora, 2008.
2. ARAUJO, C.O. et al. Incidência dos acidentes e complicações em cirurgia de terceiros molares. Rev. Odontol. UNESP, v. 40, n. 5, p. 290/295, Jan. 2011.
3. BLUM, I.R. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 31, n. 3, p.309–317, Jun. 2002.
4. BUI, C.H.; SELDIN, E. B.; DODSON, T.B. Types, frequencies and risk factors for complications after third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg, v. 12, n. 1, p. 1379 -1389, Dec. 2003.
5. CENTANO, G.A.R. Extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos: Cirurgia bucal. 8 ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1979. Cap. 13, p. 221- 330.
6. CHIAPASCO, M.; DE CICCO, L.; MARRONE, G. Side effects and complications associated with third molar surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, v. 76, n. 4, p.412420, Oct. 1993.
7. DYM, H.; OGLE O. Atlas de cirurgia oral menor. São Paulo: Santos; 2004.
8. FABER, J. Alteração de sensibilidade após a remoção de terceiros molares inferiores. Dental Press Ortodon Ortop Facial, v.10, n. 6, p. 16, nov./dez. 2005.
9. FARIAS, B.N. Parestesia do nervo alveolar inferior após cirurgia dos terceiros molares mandibulares. 2010. Monografia de conclusão de curso. Universidade Federal da Paraíba, Curso de Graduação em Odontologia, João Pessoa.
10. FARISH, S.; BOULOUX, G.F. General technique of third molar removal. Oral and Maxillofac Surg Clin North Am. v. 19, n. 1, p. 23-43, 2007.
11. FAZAKERLEY, M.; FIELD, E. A., “Dry socket: a painful postextraction complication” Dental Update, v.18, n. 1, p. 31–34, Jan/Feb1991.
12. FERRELL, B.R.; SCHNEIDER, C. Experience and management of cancer pain at home. Câncer nurs, v. 11, n. 2, p. 84-90, 1988.
13. FLORES, J.A. et al. Avaliação da prevalência de trismo em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. RGO, v. 55, n. 1, p. 17-22, jan./mar. 2007.

14. GOLDBERG, M.H.; NEWMARICH, A.N.; MARCO, W.P. Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. *J Am Dent Assoc*, v. 111, n. 2, p. 277-279, Aug. 1985.
15. GOMES, A.C.A., et al. Terceiros Molares: o que fazer? *Rev Cirur e Traumat Bucomaxilo-facial*, v. 4, n. 3, p. 137-143, jul./set. 2004.
16. GRAZIANI, M. *Cirurgia Bucomaxilofacial*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
17. HOWE, G.L. *Conduta com terceiros molares mandibulares impactados. Cirurgia oral menor*. 3 ed. São Paulo: Santos, 1988.
18. JAMILEH, Y.; PEDLAR, J. Effect of clinical guidelines on practice for extraction of lower third molars: study of referrals in 1997 and 2000. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 41, n. 6, p. 371-375, Dec. 2003.
19. LIEDKE, E.D. Prevalência das retenções dentárias, em especial dos terceiros molares inferiores. *RGO*, v.1, n. 4, p. 228-229, 1977.
20. MAJID, O.W. Submucosal Dexamethasone Injection Improves Quality of Life Measures After Third Molar Surgery: A Comparative Study. *J Oral Maxillofac Surg*, v.69, n. 9, p. 2289-2297, Sep. 2011.
21. MARTNS, M. et al. Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado, *ConScientiae Saúde*, v. 9, n.2, p.278-284, São Paulo, 2010.
22. MELZACK R.; KATZ J. Pain measurement in persons in pain. In: WALL, P.D., MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994. Cap. 18, p.337-351.
23. MITCHELL, R. "Treatment of fibrinolytic alveolitis by a collagen paste (Formula K). A preliminary report." *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 15, n. 2, p. 127-133, Apr. 1986.
24. MOREIRA, J.G.C. *Cirurgia dos dentes retidos*. In: COLOMBINI, N.E.P. *Cirurgia Maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face*. São Paulo: Pancast; 1991. Cap. 9, p. 175-194.
25. OLIVEIRA, L.B.; Avaliação dos acidentes e complicações associados à cirurgia dos 3º molares. *RevCir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, v.6, n. 2, p. 51-56, abr/jun 2006.
26. PETERSON, L. et al. *Cirurgia oral e maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
27. PELL, G.J.; GREGORY, B.T. Impacted mandibular third molars classification and modified technique for removal. *Dental Dig*, v.39, n. 9, p. 330-338, Sep. 1933.
28. POESCHL, P.W.; ECKEL, D. "Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery – a necessity?". *J Oral Maxillofac Surg*, v. 62, n.1, p. 3-8, Jan. 2004.
29. ROSA, F.M.; ESCOBAR, C.A.B.; BRUSCO, L.C. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. *RGO*, v. 55, n. 3, p. 291-295, jul/set 2007.
30. SWANSON, A.E. Removing the mandibular third molar: neurosensory deficits and consequent litigation. *J Can Dent Assoc*, v.55, n. 5, p. 383-387, May. 1989.
31. SANTANA, E.; FERREIRA JÚNIOR, O.; PIZAN, C. R. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos; *BCI Rev. bras. cir. implant.*, Curitiba, v. 7, n. 27, p. 42-45, 2000.
32. VALMASEDA-CASTELLON E.; BERINE-AYTES L.; GAY-SCODA C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v. 92, n. 4, p. 377-383, Oct. 2001.
33. VENTA, I.; YLIPAAVALNIEMI, P.; TURTOLA, L. Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 58, n. 3, p. 288-291, Mar. 2001.
34. VERRI, R.A. Estudo clínico-radiográfico da incidência de dentes inclusos em 3000 indivíduos. *APCD*, v. 27, n. 5, p. 274-279, set/out 1973.
35. VEZEAU, P.J. "Dental extraction wound management: medicating postextraction sockets," *J Oral Maxillofac Surg*, v. 58, n. 5, p. 531-537, May. 2000.

36. VICENTE, R. M. N. Cirurgia de Terceiro Molares: avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo-SP, 2010.

37. WINTER, G.B. Impacted mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book, 1926.

38. ZARDO, M. et al. Avaliação clínica e radiográfica de terceiros molares em acadêmicos do curso de Odontologia da UEPG. Odontol. mod., Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 6-8, 1997.

39. ZORZETTO, D. L. G. et al. Cirurgia de terceiros molares inferiores retidos. Rev. gauch. odontol., Porto Alegre, v. 2, p. 102-108, 2000.