

MANUAL PRÁTICO DE CIRURGIA ORAL MENOR EM TERCEIRO MOLAR INFERIOR INCLUSO DE VIDA

PRACTICAL MANUAL OF MINOR ORAL SURGERY IN THE LOWER THIRD MOLAR INCLUDED

Myllena C. Blaudt¹; Jonathan Ribeiro²

¹Discente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO. ²Cirurgião Bucomaxilofacial. Doutorado em CTBMF, Coordenador da Especialização em CTBMF, Fellow AOCMF "Hospital Universitário Doce de Outubro"-Madrid

Resumo

Os elementos dentários são classificados como dentes inclusos (DI) quando sua erupção ultrapassa o tempo real. Os DI permanecem na cavidade oral recobertos por tecido ósseo ou pela mucosa gengival, sendo impossibilitados de irromper normalmente. A exodontia dos terceiros molares estão associadas com frequência a sintomas de prostração dos pacientes, como dores, edemas, trismo e infecções que interferem na qualidade de vida. Com a ajuda de radiografias e com uma boa anamnese, o profissional deve estar capacitado para diagnosticar e realizar a cirurgia com êxito, a fim de evitar possíveis intercorrências, conhecendo os retalhos para cada posição dentária, o grau de dificuldade de cada elemento de acordo com sua classificação e os cuidados pós operatórios, incluindo devidamente a prescrição medicamentosa.

Descritores: Exodontia dos terceiros molares; Dentes inclusos; Cirurgia oral menor.

Abstract

Dental elements are classified as included teeth (ID) when their eruption exceeds real time. IDs remain in the oral cavity covered by bone tissue or gingival mucosa, and are unable to erupt normally. Third molar extraction is often associated with symptoms of prostration of patients, such as pain, edema, trismus and infections that interfere with quality of life. With the help of radiographs and a good anamnesis, the professional must be trained to diagnose and perform the surgery successfully, in order to avoid possible complications, knowing the flaps for each dental position, the degree of difficulty of each element according to its classification and the postoperative care, including the drug prescription properly.

Keywords: Third molar extraction; Tooth included; Minor oral surgery.

INTRODUÇÃO

Para Antunes (2014), a terminologia pode variar de impação dentária, retenção ou inclusão e pode representar a incapacidade de um elemento erupcionar de forma desejada e no tempo esperado, contudo, a explicação deste feito, pode ser pela falta de espaço no arco dentário, mas há artigos científicos que comprovem a inclusão de dentes determinando os fatores locais, patológicos e etc. O objetivo deste trabalho é elucidar a conduta cirúrgica dos terceiros molares inferiores inclusos para evitar possíveis intercorrências no pré, trans e pós operatório.

Os elementos dentários que mais sofrem impactos nos adolescentes e adultos são os terceiros molares, conhecidos como sisos.

Frequentemente, os terceiros molares manifestam-se em posição anômalas, ou seja, se põe à ordem natural, o que dificulta sua erupção, causando assim, um dente denominado incluso e/ou impactado. Isso pode ocorrer devido a algumas condições do próprio desenvolvimento crânio facial (FRANCO; ASSIS, 2018).

De forma pedagógica, os dentes impactados podem ser classificados como os dentes que não conseguem erupcionar na cavidade oral devido a imposição de uma barreira. Algumas "barreiras" podem ser: presença de cistos, tumores ou lesões de natureza diversa, dentes supranumerários ou com anomalias de forma e tamanho, osso mais denso, crescimento desigual da maxila e mandíbula e do tamanho dos dentes, traumas, estruturas anatômicas com variações, perda prematura dos decíduos, entre outros (BISPO, 2019).

Existem algumas classificações de inclusão dentária, que são: a) inclusão óssea: que são os elementos localizados dentro do tecido ósseo por completo; b) inclusão submucosa: é quando o elemento está na sua posição inclusa na mucosa, exceto a coroa; e os dentes semi inclusos: onde o dente não terminou sua erupção mesmo rompendo a fibromucosa (ANTUNES, 2014).

Além das consequências da manutenção de dentes inclusos, há frequentemente doenças relacionadas como as doenças periodontais, reabsorção radicular, formação de cisto e tumores odontogênicos, reabsorções externas do dente envolvido e lesões de cárie (SILVA; ALMEIDA e CARVALHO, 2018).

É essencial o conhecimento para a indicação da extração dos terceiros molares. A anamnese completa do paciente, exame clínico criterioso e exames complementares como radiografia panorâmica, devem ser exames fundamentais para iniciar este processo (MATOS; VIEIRA e BARROS, 2017).

A cirurgia também é aplicada quando existem outros fatores, como: reabsorção da raiz do segundo molar adjacente, processos patológicos como trismo, abscesso, a dificuldade na higienização na região de terceiros molares inferiores, sintomas de etiologia indeterminadas dor facial, cisto dentígero, tumores odontogênicos e sintomas relacionados à articulação temporomandibular (FRANCO; ASSIS, 2018).

Há classificações para inclusão dentária pertinente aos terceiros molares, de acordo com à angulação do dente, e quanto ao grau de impacção. De acordo com Winter, os sisos podem encontrar-se na posição horizontal ou invertida, vertical, mesioangular ou distoangular, também, lingual e vestibular. Para Pell e Gregory, os terceiros molares podem ainda sofrer impacção, o que dependerá da sua profundidade em relação ao plano oclusal do segundo molar inferior (Classificação A, B e C) e também do diâmetro mesiodistal do dente retido em relação à distância do segundo molar inferior e à borda anterior do ramo da mandíbula (Classe I, II e III) (SANTOS et al., 2015).

As intercorrências apresentadas no pós operatório estão intimamente relacionadas com a dificuldade na intervenção e ao tempo operatório. Vários fatores devem ser levados em consideração, como a anatomia do dente e sua relação óssea, a idade, sexo peso e doenças do pa-

ciente. O Cirurgião Dentista utiliza um protocolo terapêutico como hábito rotineiro para reduzir intercorrências (CORDAT, 2018).

As principais causas que interferem nos cuidados pós operatório são como: as instruções são dadas pelo profissional (verbal e/ou escrita) e a influência socioeconômica do paciente. Porém, não há referências literárias que demonstrem a influência no pós operatório ou possível correlação com o nível de ansiedade pré operatória desses dois conceitos (ALVIRA-GONZÁLEZ; GAY-ESCODA, 2015).

OBJETIVOS

Objetivo primário

Criar um manual que pudesse elucidar a conduta de exodontias dos dentes inclusos, em especial os terceiros molares, através da formalização de um manual cirúrgico desde o pré até o pós operatório.

Objetivos secundários

Citar em tópicos as principais etapas, cuidados pré e pós operatórios e condutas que os cirurgiões devam respeitar para realizar uma cirurgia sem intercorrências.

REVISÃO DE LITERATURA

Exames complementares

Na Odontologia atual, os exames complementares, como à radiografia panorâmica, têm fundamental importância para o diagnóstico, planejamento do tratamento clínico e preservação do paciente. Nesse contexto, as radiografias panorâmicas constituem-se em um método radiográfico prático e atual, que fornece uma visão global do complexo maxilomandibular de toda a região dento-alveolar e estruturas adjacentes, sendo cada vez mais utilizadas pelo clínico, com o objetivo de obter informações que proporcionem um tratamento efetivo, com menor incidência de complicações e redução de custo aos pacientes (MEDEIROS, 2003)

Indicação e contra indicações para remoção de dentes inclusos

As indicações de exodontia dos elementos impactados são numerosas, o que pode levar a

acidentes de diferentes formas, como por exemplo: mecânico, infeccioso, nervoso, neoplásico (BISPO, 2019).

Um elemento dentário impactado trará problemas ao paciente a médio e longo prazo, uma vez que geram grandes problemas caso não forem extraídos. Não significa que todos os dentes inclusos irão causar problemas clinicamente (ANTUNES, 2014).

Segundo Antunes (2014), alguns exemplos de indicação para extração de elementos impactados serão listados a seguir: a) Pericoronarite: é uma resposta inflamatória localizada nos dentes impactados, parecida com a gengivite, causando dor leve a moderada ao paciente; b) Cárie dentária: a deficiência da escovação em dentes impactados, em especial na distal do segundo molar e oclusal do terceiro molar, é um grande nicho de hospedagem de microorganismos, possibilitando o aparecimento de lesões cariosas nestas áreas; c) Reabsorção radicular patológica: a pressão exercida pelo dente incluso no elemento adjacente, com intuito de erupção, pode provocar a reabsorção patológica; d) Considerações ortodônticas: os terceiros molares inclusos, em especial os inferiores, serão grandes responsáveis por empecilhos ortodônticos, como: apinhamento de incisivos mandibulares, obstrução do tratamento dentário e interferência com cirurgia ortognática.

Para Medeiros (2003), há algumas contraindicações para a realização da cirurgia dos dentes inclusos, sendo então, idade do paciente (há um grande risco em idades mais elevadas, pelo fato de o osso ser mais compacto, podendo causar trauma operatório com possível fratura óssea), condições médicas (nesses casos, é aconselhável optar por acompanhamento clínico-radiográfico ou uma odontectomia parcial intencional) e proximidade com estruturas nobres.

Avaliação e conduta pré operatória

De acordo com Bispo (2019), a técnica de Clark auxilia na localização do elemento dentário nas posições vestibular ou palatolinguar. Donovan e Miller-Winter utilizam dois filmes radiográficos para realização da sua técnica, sendo um periapical na identificação da dimensão mesiodistal e oclusoapical, mais um adicional, por oclusal, identificando-se o posicionamento vestibulolinguar. A radiografia panorâmica juntamente com uma incidência lateral, de

perfil, obtêm uma riqueza de detalhes no posicionamento dimensional vestibulopalatino do elemento dentário.

A anamnese indicada antes da realização da cirurgia pode ser dividida em três partes: se há história médica, indagação se há uso habitual de medicamentos e se houve episódios recentes de alergias. O questionamento da história médica tem intuito de esclarecer pontos como tratamentos médicos recentes ou atuais, internações hospitalares, doenças prévias ou existentes e cirurgias prévias (MEDEIROS, 2003).

A morfologia das raízes deve ser observadas nos exames pré operatórios, como o comprimento e largura, a relação com o nervo alveolar inferior e se há presença de hipercementoses e dilacerações (MEDEIROS, 2003).

Material cirúrgico

A mesa cirúrgica deverá ser organizada pelo cirurgião de acordo com a sequência de uso, diminuindo assim, o processo de tempo operatório (MEDEIROS, 2003).

[...] Os instrumentos cirúrgicos utilizados para extração de dentes inclusos, são: seringa do tipo carpule com refluxo ou aspiração, afastador de Minnesota, cabo de bisturi nº 3, borracha de silicone, aspirador de Frazier, descolador de perioste do tipo Molt, alavanca H77R Hu-Friedy ou Apexo Quinelato, cureta de Lucas, pinça hemostática curva 15cm, lima para osso, porta agulhas do tipo Mayo-Hegar de 15cm, pinça atraumática do tipo Adson-Brown e tesoura reta de ponta romba, cuba metálica. É necessário que a seringa carpule tenha o mecanismo de aspiração ou refluxo pois ela indica se a aspiração foi positiva ou negativa, ou seja, se houve o fusio-namento do anestésico no leito vascular. Os materiais de consumo devem ser descartados após o seu uso, sendo os mais utilizados os anestésicos do tipo benzocaína a 20%, agulha 25G para anestesia local, agulha para irrigação, gaze, cotonete para aplicação do anestésico tópico, lâmina de bisturi número 15 e fio agulhado de seda

com agulha cortante de 2,0 cm. Durante a osteotomia e odontosecção são utilizados a peça reta e caneta de alta rotação convencional. As brocas esféricas número 4, 6 e 8 são usadas para realizar osteotomia e exposição do dente incluso. As brocas 702 (alta e baixa rotação) utilizadas para dentes em situação de difícil acesso e Zekrya (23 e 28mm) com secção fina e precisa, são utilizadas na odontosecção. Alavancas de Pott são utilizadas mais usadas em exodontia de terceiros molares superiores que se encontram acima do

ápice dos segundos molares ou para terceiros molares superiores que ainda não tenha se formado facilitando o acesso. Seu uso deve ser cauteloso pois devido a sua forma em "T" a força aplicada sobre o osso é multiplicada. A mesa de Mayo é para organizar os materiais cirúrgicos, disponibilizando ao cirurgião trabalhar em pé ou sentado. A aspiração deve manter o campo cirúrgico limpo, então é necessário que ela seja potente [...] (MEDEIROS et al., 2003a p. 50)

Imagem 1: mesa cirúrgica com os materiais necessários para a cirurgia dos dentes inclusos.



Fonte: foto autoral.

Anestesia local

As soluções anestésicas mais utilizadas na odontologia são do grupo amida, sendo a lidocaína, mepivacaína, prilocaína e a articaína (MEDEIROS, 2003)

Para Medeiros (2003) é recomendado que um procedimento na maxila tenha início no mínimo 10 minutos após o bloqueio do nervo, para efeito anestésico e na mandíbula, no mínimo 15 minutos.

Para as intervenções na mandíbula é utilizada a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 para o bloqueio regional. A infiltrativa pode ser utilizada como técnica complementar, visando hemostasia e hidrodissociação (ANDRADES; PASSERI e MORAES, 2014).

Retalho

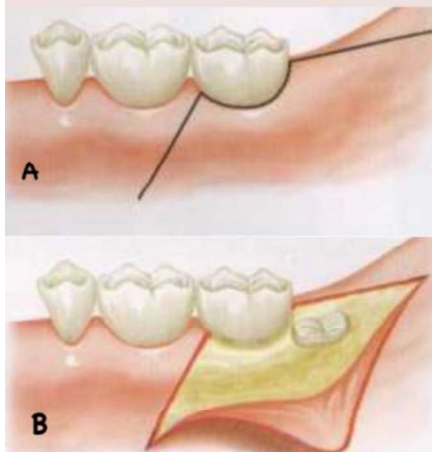
O principal objetivo de um retalho é a adequada visualização do campo cirúrgico, minimizando possíveis traumas ao tecidos (MEDEIROS, 2003).

Devemos lembrar os 5 princípios básicos para realizar uma boa incisão, sendo o primeiro é o uso de uma lâmina de bisturi afiada para evitar danos ao tecido; o segundo princípio é o uso contínuo e firme do bisturi para evitar muito sangramento do tecido e retalhos impróprios; o terceiro princípio é prevenir cortar estruturas nobres; o quarto princípio é que as incisões realizadas nos tecidos epiteliais devem ser feitas no sentido perpendicular à superfície pois há uma menor possibilidade de necrose além de ser mais fácil de juntar as dobras; por último,

incisões em gengiva inserida e sobre osso saudável são mais aconselháveis do que aquelas realizadas em gengiva não inserida ou osso doente ou ausente (HUPP, 2015).

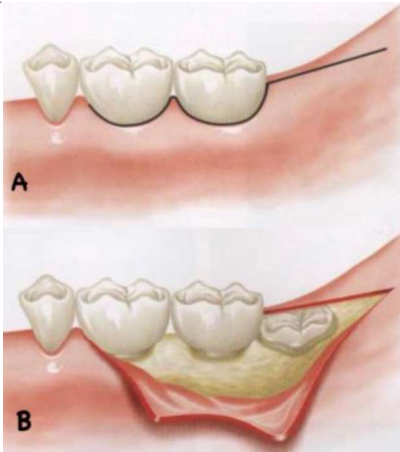
Para Medeiros (2003), os retalhos comumente utilizados em terceiros molares inclusos são os em envelope e o retalho triangular (L), para casos de inclusões profundas.

Figura 1: imagem A simula a incisão triangular (L) e B o retalho com deslocamento



Fonte: Matos (2017).

Figura 2: imagem A simula a incisão em envelope e a B o descolamento do retalho.



Fonte: Matos (2017).

Classificação dos dentes inclusos

Classificação de Pell e Gregory

A classificação de Pell e Gregory será aplicada para o terceiro molar inferior, especificado de acordo com o plano oclusal e a borda anterior do ramo da mandíbula, sendo A, B, e C e também 1, 2 e 3 (MEDEIROS, 2003).

Classificação A

Classe A: o terceiro molar inferior pode estar no mesmo plano oclusal do segundo molar, tornando-se a classificação mais fácil para a realização da exodontia (MEDEIROS, 2003).

Figura 3: classificação de Pell e Gregory em relação ao plano oclusal-



Fonte: Matos (2017).

Classificação B

Pode estar localizado entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar inferior, tornando-se um pouco mais difícil ser extraído e sendo categorizado como intermediário o nível de dificuldade (MEDEIROS, 2003).

Figura 4: classificação de Pell e Gregory em relação ao plano oclusal- Classe B



Fonte: Matos (2017).

Classificação C

Está abaixo da linha cervical do segundo molar inferior, considerando-se então, um procedimento mais difícil de ser realizado (MEDEIROS, 2003).

Figura 5: classificação de Pell e Gregory em relação ao plano oclusal - Classe C



Fonte: Matos (2017).

Classificação 1

Em relação à borda anterior da mandíbula, o dente é identificado como Classe 1, por estar totalmente anterior a esta estrutura (MEDEIROS, 2003).

Figura 6: classificação de Pell e Gregory em relação ao plano oclusal - Classe 1



Fonte: Matos (2017).

Classificação 2

O dente é identificado como Classe 2 quando estiver metade dele coberto pela porção anterior ao ramo (MEDEIROS, 2003).

Figura 7: classificação de Pell e Gregory em relação ao plano oclusal - Classe 2



Fonte: Matos (2017).

Classificação 3

O dente é identificado como Classe 3 quando estiver totalmente coberto pela borda anterior do ramo. Quanto maior o grau de classificação, maior será o nível de dificuldade

apresentado para a extração do elemento (MEDEIROS, 2003).

Figura 8: classificação de Pell e Gregory em relação ao plano oclusal - Classe 3



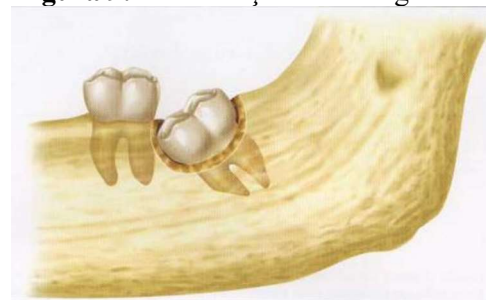
Fonte: Matos (2017).

Classificação de Winter

Winter (1926) classificou quatro tipos de inclusão dos terceiros molares de acordo com a inclinação do seu longo eixo comparado a inclinação do longo eixo do segundo molar (LESM), assim, quando estiverem paralelos, estarão na posição vertical; quando o longo eixo do terceiro molar (LETM) estiver medial ao LESM, a posição será mesioangular; quando o LETM estiver em posição distal à LESM a posição será distoangular; quando o LETM estiver perpendicular ao LESM a posição será horizontal. Em contrapartida, quando o elemento estiver inclinado para vestibular será classificado como vestibuloversão ou quando inclinado para lingual, será classificado como linguoversão e também, invertida (OLIVEIRA; MARTINS e OLIVEIRA, 2016).

➤ Classificação mesioangular

Figura 9: classificação mesioangular



Fonte: Matos (2017).

O elemento com inclusão mesioangular é considerado o mais fácil para a realização de exodontias, sendo também o mais comum. Sua inclinação permite que a alavanca seja posicionada na mesial, permitindo que sua saída seja para a distal (MEDEIROS *et al.*, 2003a).

➤ Técnica cirúrgica

Faz-se o bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal. A incisão deve ser disto-vestibular na região do segundo molar para evitar estruturas nobres como o nervo lingual (MEDEIROS, 2003).

O segundo molar se torna uma barreira física durante a extração dos dentes mesioangulares (MEDEIROS, 2003).

A odontosecção realizada nesta impactação pode tornar-se necessária, realizando a divisão das raízes, removendo primeiro a distal e posteriormente a raiz mesial é extraída em direção ao alvéolo distal. Uma segunda técnica pode ser utilizada, realizando uma odontosecção na região distal com uma base maior para oclusal, possibilitando que primeiramente o fragmento seja removido e logo após o restante do elemento (MEDEIROS, 2003).

Após a extração, a remoção do folículo pericoronário e a irrigação do alvéolo devem ser realizadas, onde suas finalidades são para remoção de qualquer resíduo presente oriundos à odontosecção e osteotomia (MEDEIROS, 2003).

Imagem 2: radiografia panorâmica.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 3: vista oclusal do elemento após a abertura do retalho.



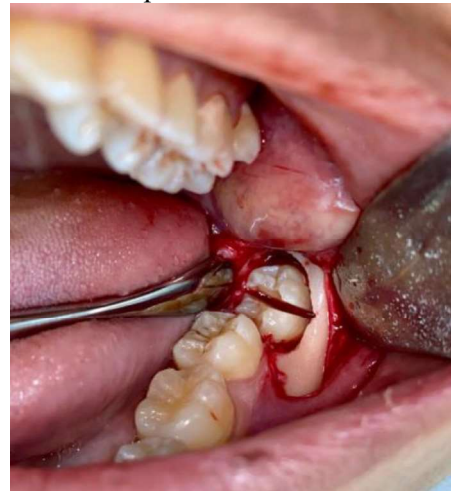
Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 4: realização da sindesmotomia.



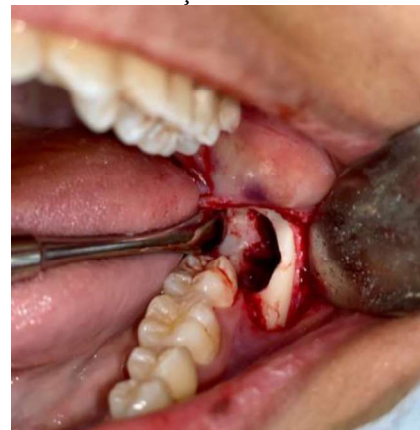
Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 5: odontosecção com o intuito de separar as coroas.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 6: hemostasia do alvéolo após a extração.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 7: sutura.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 9: elemento dentário com inclinação mesioangular.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 10: realização da incisão e divulsão do tecido.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Classificação vertical

Figura 10: classificação vertical.



Fonte: Matos (2017).

A classificação de inclusão vertical é considerada a segunda mais comum, apresentando a mesma inclinação em direção ao longo eixo do segundo molar (MEDEIROS, 2003).

➤ Técnica Cirúrgica

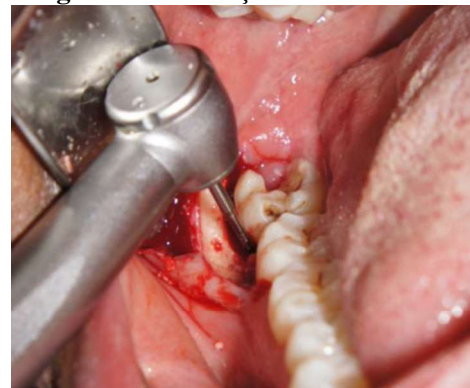
A técnica cirúrgica na impactação vertical é classificada como fácil de acordo com Medeiros (2003), pois ela favorece o operador por causa da posição que ele se encontra. Em algumas situações se torna necessário a separação distomesial para que a força não seja excessiva. Em casos de raízes profundas, a separação é realizada e para facilitar o acesso cirúrgico, normalmente se faz a incisão relaxante na região de segundo molar.

Imagem 8: Radiografia panorâmica.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 11: realização da ostectomia.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 12: odontosecção coronária.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 13: após a remoção da coroa é possível observar os restos radiculares.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 14: imagem à esquerda com alvéolo após a exodontia. Imagem a direita com fragmento dentário.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

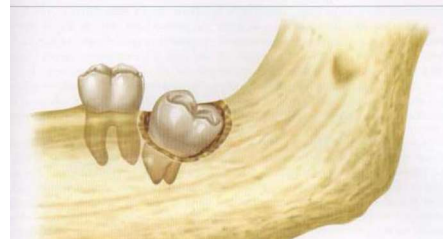
Imagem 15: hemostasia e sutura.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Classificação Distoangular

Figura 11: classificação distoangular.



Fonte: Matos (2017).

Nesta impaction, o terceiro molar está inclinado distal ao segundo molar, o que dificulta sua extração, devido ao seu eixo de saída ser em direção ao ramo da mandíbula e o difícil acesso para realização da osteotomia (MEDEIROS, 2003).

➤ Técnica Cirúrgica

A osteotomia desta classificação abrange a vestibular e crista do rebordo, tornando a raiz distal inacessível para utilizar a broca, então, a maneira mais eficaz para realizar a odontosecção é pela região mesioclusal em direção a distocervical (MEDEIROS, 2003).

Realiza-se uma secção distalmente à coroa do terceiro molar, com intuito de maximizar o espaço para a extração. Com o auxílio da alavanca na região mesial, desloca-se o dente em direção ao ramo da mandíbula. Caso ocorra a movimentação do fragmento em sentido oposto ao ramo da mandíbula, se necessário, pode ser realizado outra odontosecção dos fragmentos (MEDEIROS, 2003).

Imagem 16: radiografia do terceiro molar inferior com inclinação distoangular.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 17: vista oclusal do elemento 38.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 18: exposição das raízes do elemento 38.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 19: acesso a retalho e dissecação dos planos anatômicos.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 20: alvéolo pós exodontia e toailete da cavidade.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Imagem 21: hemostasia e sutura.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

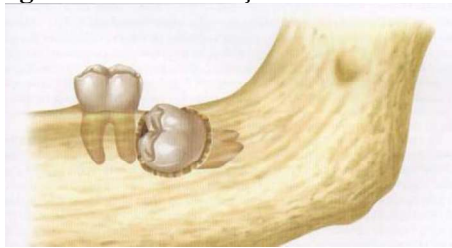
Imagem 22: fragmentos dentários.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Jonathan Ribeiro.

Classificação horizontal

Figura 12: classificação horizontal



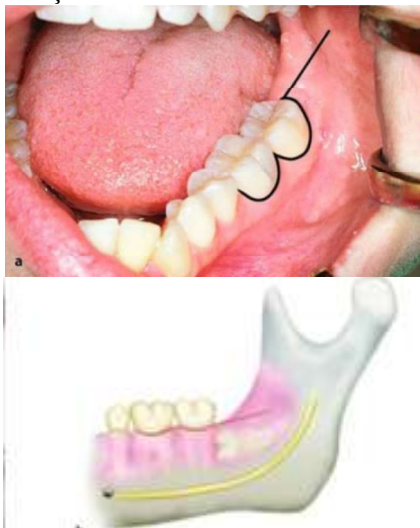
Fonte: Matos (2017).

A inclusão horizontal é a menos frequente e dificilmente causa problemas periodontais com o dente adjacente devido a inclinação de suas raízes, e além disso, sua extração não é difícil de ser realizada (MEDEIROS, 2003).

➤ Técnica Cirúrgica

A osteotomia desta classificação tem por finalidade a separação da coroa e da raiz, que vai desde a região do rebordo alveolar, prolongando-se para o terço cervical do elemento dentário. Pela face vestibular, a ampliação inferior alcança a face mesial da coroa, deixando uma exposição parcial da mesma. Deste modo, se a coroa for extraída primeiro, deixa espaço anterior para a extração das raízes (MEDEIROS, 2003).

Imagem 23: A marcação de acesso e B localização do nervo alveolar inferior.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Sydney Mandarino.

Imagem 24: A e B técnica de odontosecção com remoção de coroa.



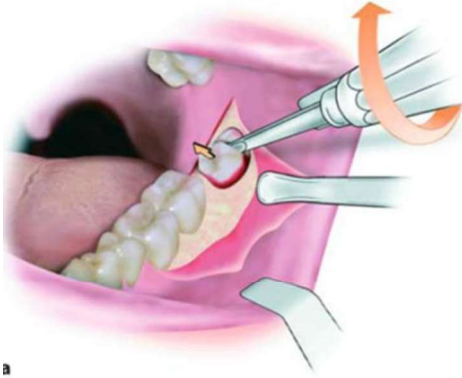
Fonte: fotos cedidas pelo professor Sydney Mandarino.

Imagem 25: clivagem de coroa.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Sydney Mandarino.

Imagem 26: na imagem A e B está sendo realizado a exérese da parte coronária.



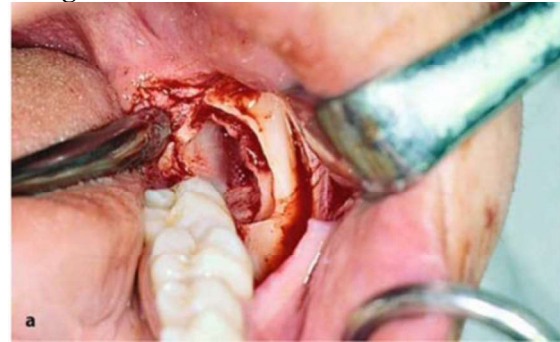
Fonte: fotos cedidas pelo professor Sydney Mandarino.

Imagem 27: na imagem A, mostra a ilustração didática do uso da alavanca e na B, seu uso para a remoção do fragmento.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Sydney Mandarino.

Imagem 28: em A e B é a hemostasia e sutura.



Fonte: fotos cedidas pelo professor Sydney Mandarino.

Prescrição medicamentosa

Para pacientes onde ansiedade não pode ser controlada sem a prescrição de fármacos a sedação mínima é uma indicação. Prescrever midazolam 7,5 mg ou alprazolam 0,5 mg, 30 min antes do atendimento (ANDRADES; PASSERI e MORAES, 2014).

Para analgesia e controle do edema pré operatório serão administrados 8 mg de Dexametasona (2 comprimidos de 4 mg), a serem tomados 1 hora antes da intervenção. No pós operatório imediato deve ser realizado um esquema de AINES (anti-inflamatório não esteroides) e analgésico de 2 -5 dias dependendo do trauma cirúrgico realizado (ANDRADES; PASSERI e MORAES, 2014).

Tabela 1: medicamentos comumente usados em cirurgia de dentes incluídos

Analgésicos	Antiinflamatórios	Antibióticos	Ansiolíticos
Dipirona 500mg	Nimesulida 100mg	Amoxicilina 500mg	Midazolam 7,5mg
Cetorolaco 10mg	Meloxicam 15mg	Clindamicina 300mg	Alpazolam 0,5mg

Fonte: adaptado e modificado de Andrade, 2014.

Cuidados pós operatórios

De acordo com Andrades (2014) e Medeiros (2003), existem cuidados necessários que devem ser tomados pelo paciente no pós operatório, com relação ao repouso, alimentação, higienização, entre outras, descritas a seguir:

- Fazer repouso, nos primeiros três dias;
- Evitar atividades físicas e exposição ao sol durante 5 dias;
- Alimentação líquida ou pastosa nas primeiras 48 horas, após esse horário, o paciente deve ser orientado a voltar a alimentar-se normalmente;
- Manter a compressa de gaze colocada sobre a ferida por 15 min;
- Não tocar o local da ferida;
- Evitar colocar a língua sobre a ferida; não fique cuspiendo por qualquer motivo;
- Escovar os dentes normalmente, tomando cuidado com a área operada;
- Empregar a solução antisséptica à base de clorexidina duas vezes ao dia, no máximo por 7 dias;
- Tentar não fumar ou ao menos reduza a quantidade de cigarros até a cicatrização do corte;
- Não tomar bebidas alcoólicas de nenhuma espécie;
- Não tomar nenhum medicamento por conta própria;
- No caso de dor, edema ou sangramento excessivo, comunicar o dentista;
- Não deixar de comparecer à consulta de retorno para a remoção dos pontos.

DISCUSSÃO

Segundo Bagain *et al.* (2012) a incisão em envelope resultou em menor edema, deiscência, etc. Já segundo Dolanmaz *et al.* (2012) o retalho L (triangular) proporciona os mesmos resultados.

Segundo Hupp (2015) o posicionamento de maior dificuldade é a acessibilidade, onde as estruturas adjacentes atrapalham a extração. Já segundo Medeiros (2003), o dente que proporciona mais transtornos para sua extração é o terceiro molar incluso distoangular.

Osunde, Adebola e Saheeb (2012), relataram a técnica *sutureless*, onde o apresenta uma opção simples e viável a fim de minimizar as

morbidades. Entretanto, essa técnica foi fortemente criticada por Quintans, Castro e Machado (2013), devido ao risco de infecção como alveolite.

O controle de edema pré-operatório é uma das bases para o bom pós-operatório. Herrera-Briones *et al.* (2012), indicam corticoide na dose de 8mg de dexametasona 1h antes. Já Kim *et al.* (2009) recomendam AINE (anti-inflamatório não esteroide) na dose 600mg de ibuprofeno 1h anterior à cirurgia. Porém, na revisão sistemática de 2018 foi concluído que o corticoide no pré operatório apresenta maior redução de edema comparado aos anti-inflamatórios não esteroideais.

A profilaxia antibiótica representa uma grande discussão durante as cirurgias de 3º molar inferior. Siddiqi, Morkel e Safar (2010) e Calvo *et al.* (2012) relatam que não há qualquer melhora na taxa de infecção, dor, ou deiscência. Já Marcussen *et al.* (2015) relatam uma menor taxa de infecção quando se realiza o uso do antibiótico de maneira profilática, como exemplo uma única dose pré-operatória de amoxicilina 2g.

Optamos por não realizar a prescrição de antibióticos pois só serão necessários em determinados casos, como: válvula protética, endocardite previa, doenças e malformações congênitas, prolapso mitral com regurgitações e cardiopatia hipertrófica.

Portanto não recomendamos profilaxia antibiótica a pacientes saudáveis. Estudos demonstram que bochecho com clorexidina 0,12% diminui consideravelmente a população bacteriana, por isso deve ser realizado de forma rotineira.

CONCLUSÃO

Os elementos mais difíceis de serem extraídos são considerados os horizontais e os distoangulares e os elementos mais fáceis de serem extraídos são os verticais e os mesioangulares.

Os tipos de retalhos para extração dos terceiros molares inclusos inferiores são os retalhos triangulares (em L) ou em envelope.

O uso de corticóides no pós operatório diminui edemas e dores no pós operatório imediato.

REFERÊNCIAS

ALVIRA-GONZÁLEZ, J; GAY-ESCODA, C.

Compliance of postoperative instructions following the surgical extraction of impacted lower third molars: a randomized clinical trial.

Journal section: Oral Surgery, v. 20, n. 2, p. 224-230, mar/ 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393987/>

Acesso em: 25 de març. 2020.

ANDRADES, E. D; PASSERI, L. A; MORAES, M. Cirurgias bucais. In: ANDRADES, E. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2014. Cap. 10, p. 102-104.

Acesso em: 27 de mar. 2020.

ANTUNES, H. Complicações associadas à extração de terceiros molares inclusos. **Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências de Saúde Porto**, p. 1-82, 2014

Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4465/1/PPG_11784.pdf

BAGAIN, Z. *et al.* Flap design and mandibular third molar surgery: a split mouth randomized clinical study. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 41, n. 8, p. 1020-1024, mar 2012.

Disponível em: 10.1016/j.ijom.2012.02.011

Acesso em: 21 de agost. de 2020

BISPO, L. Da necessidade e oportunidade da exodontia: relato de caso de incisivo superior retido. **Rev. Odontol. Univ. Cid**, v.31, n.2, p. 194-204, abr/jun. 2019

Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022166/da-necessidade-e-oportunidade-da-exodontia-relato-de-caso-de-i_PSmHWvt.pdf Acesso em: 11 de abr. 2020.

CALVO, A. *et al.* Are antibiotics necessary after lower third molar removal?. **Oral and maxillofacial sugery**, v. 114, n. 5S, p. S199-S208, nov. 2012.

Disponível em: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.oooo.2011.10.022> Acesso em: 15 de set. de 2020.

CORDAT, M. Protocolo terapêutico de pré-exodontia dos terceiros molares inferiores inclusos. **Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências de Saúde Porto**, p. 1-22, fev/jun. 2018.

Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7294/1/PPG_29952.pdf Acesso em: 19 de mai. 2020.

DOLANMAZ, D. *et al.* Effect of 2 flap designs

on postoperative pain and swelling after impacted third molar surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**. v. 116, n. 4, p. 244-246, jul. 2012

Disponível em: 10.1016/j.oooo.2011.11.030

Acesso em: 20 de agost. de 2020

FRANCO, E.; ASSIS, I. Estudo das posições de terceiros molares inclusos e suas classificações clínicas e radiográficas segundo Winter e Pell & Gregory. **Rev. Nova Esperança**, v.16, n.3, p.58-66, dez/2018.

Disponível em: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2018/12/CAP-07_N3.pdf

Acesso em: 19 de mai. 2020.

HERRERA-BRIONES, F. *et al.* Update on the use of corticosteroids in third molar surgery: systematic review of the literature. **Oral and maxillofacial sugery**, v. 116, p. 342-351, nov. 2012.

Disponível em: 10.1016/j.oooo.2012.02.027.

Acesso em: 15 de agost. 2020.

HUPP, J. Princípios da exodontias complexas. In: HUPP, J.; ELLIS, E.; TUCKER, M. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. GEN Guanabara Koogan, 2015. Cap. 8, p. 320-329.

HUPP, J. Princípios de tratamento de dentes impactados. In: HUPP, J.; ELLIS, E.; TUCKER, M. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. GEN Guanabara Koogan, 2015. Cap. 9, p. 399.

KIM, K. *et al.* The use of corticosteroids and nonsteroidal antiinflammatory medication for the management of pain and inflammation after third molar surgery: A review of the literature. **Department of oral and maxillofacial surgery**, v. 107. P. 630-640, may. 2009.

Disponível em: 10.1016/j.tripleo.2008.11.005.

MARCUSSEN, K. *et al.* A Systematic Review on Effect of Single-Dose Preoperative Antibiotics at Surgical Osteotomy Extraction of Lower Third Molars. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 74, n. 4, p. 693-703, apr. 2015.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2015.11.017>

MATOS, A.; VIEIRA, L.; BARROS, L. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 3, n. 1, p. 34-49, 1 jul. 2017.

Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/89/73>

MEDEIROS, P. *et al.* Seleção e preparo do material. In: MEDEIROS, P. *et al.* **Cirurgia dos dentes inclusos: Extração e Aproveitamento**. São Paulo, SP: Santos Editora, 2003a. Cap. 3, p. 15-23.

MEDEIROS, P. *et al.* Terapêutica medicamentosa. In: MEDEIROS, P. *et al.* **Cirurgia dos dentes inclusos: Extração e Aproveitamento**. São Paulo, SP: Santos Editora, 2003b. Cap. 2, p. 9-14.

OLIVEIRA, D.; MARTINS, V.; OLIVEIRA, M. Avaliação tomográfica de terceiros molares inclusos segundo classificação de winter. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v.16, n.2, p. 18 - 23, abr/jun. 2016

Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v16n2/a04v16n2.pdf>

OSUNDE, O.; ADEBOLA, R.; SAHEEB, B. A comparative study of the effect of suture-less and multiple suture techniques on inflammatory complications following third molar surgery. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**, v. 41, p. 1275-1279, 2012.

Disponível em: [10.1016/j.ijom.2012.04.009](https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.009).

QUINTANS, A.; CASTRO, J.; MACHADO, P. Sutureless Technique in Third Molar Surgery: An Overview. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 24, n. 6, nov. 2013.

Disponível em: [10.1097/SCS.0b013e3182a242ef](https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3182a242ef).

SANTOS, T. *et al.* Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. **Rev. odontol. Da UNESP**, v.44, n.1, p.6-11, jan/fev. 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v44n1/1807-2577-rounesp-44-01-00006.pdf>

SIDDIQI, A.; MORTEL, J.; ZAFAR, S. Antibiotic prophylaxis in third molar surgery: A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial using split-mouth technique. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 39, n. 2, p. 107-114, feb. 2010.

Disponível em: [10.1016/j.ijom.2009.12.014](https://doi.org/10.1016/j.ijom.2009.12.014).

SILVA, J.; ALMEIDA, F.; CARVALHO, E. Conduta clínica para dentes inclusos em pacientes assintomáticos: uma revisão de literatura. **Rev. Científica da Fasete**, v.1, p. 154-166, 2018.

Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/16/conduta_clinica_para_dentes_inclusos_em_pacientes_asintomaticos.pdf