



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO

ALUNO: GUSTAVO HENRIQUE DOS ANJOS ASSIS

Orientador(a): Prof. Dr. José Ricardo de Albergaria Barbosa

ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO: 2005

Assinatura do Orientador



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Gustavo Henrique dos Anjos Assis
RA: 016253

**Estudo retrospectivo das cirurgias orais
menores realizadas na Clínica de
Graduação da Faculdade de Odontologia
de Piracicaba – Unicamp, no período de
2000 a 2004**

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Albergaria Barbosa

**Monografia apresentada ao Curso de
Odontologia da Faculdade de Odontologia de
Piracicaba - UNICAMP, para obtenção do
Diploma de Cirurgião-Dentista.**

**Piracicaba – SP
- 2005 -**

SUMÁRIO

Listas.....	03
Resumo.....	07
Revisão de Literatura.....	08
Proposição.....	16
Metodologia.....	17
Resultados esperados.....	20
Discussão e Resultados.....	21
Referências Bibliográficas.....	28
Anexos.....	31

Listas de tabelas e gráficos		Página
Tabela 1 -	Tipos de exodontias e o número de ocorrências.....	18
Tabela 2 -	Doenças relatadas pelos pacientes e o número de ocorrências.....	19
Tabela 3 -	Dentes extraídos e número de ocorrências.....	22
Gráfico 1 -	Número de pacientes dividido em sexo masc e feminino.	18
Gráfico 2 -	Pacientes divididos em grupos de idade.....	19
Gráfico 3 -	Uso de tabaco ou não pelos pacientes.....	20
Gráfico 4 -	Uso de bebida ou não pelos pacientes.....	21

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, que doaram suas vidas, seu tempo, seu amor e carinho por mim em todos os momentos, meu pai, Joaquim e minha mãe, Idalina.

À minha eterna companheira e amiga em todas as horas, minha irmã, Lorrana Luyse, que sempre torceu pelo meu sucesso.

Meu sonho de ser Cirurgião Dentista se realizou devido a vocês, serei eternamente grato!

Deus os ilumine sempre!

Agradecimentos

Agradeço imensamente meu orientador, Prof. Dr. José Ricardo de Albergaria Barbosa, pela paciência, dedicação e atenção dada a mim durante toda a graduação, neste e em outros trabalhos.

Aos meus amigos de faculdade, pois, juntos amadurecemos, crescemos, e hoje triunfamos esta importante vitória! Vocês me acompanharam nos momentos felizes, foram meu apoio naqueles difíceis, me ajudaram muito em diversas ocasiões!

Que Deus sussurre em seus ouvidos a mais pura e bela palavra de agradecimento...

RESUMO

Os procedimentos cirúrgicos orais são um componente integral da odontologia moderna, nenhum clínico pode praticar com sucesso sua profissão sem uma compreensão básica dos princípios e procedimentos cirúrgicos.

A palavra “menores” no título do projeto não significa que minimizamos a importância e complexidade destas cirurgias, mas somente implica que estes são procedimentos cirúrgicos comumente executados em pacientes de clínica, com anestesia local. Entretanto, por serem mais ou menos complexas na sua realização, as mesmas podem apresentar complicações trans e pós-operatórias.

Este estudo retrospectivo desenvolverá uma análise retrospectiva de pacientes submetidos à cirurgia oral menor, no período de fevereiro de 2000 a novembro de 2004 por alunos do segundo, terceiro e quarto anos da Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, orientados pelos professores da Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da mesma Faculdade. A amostra será representada pelo total de cirurgias realizadas (visto que um mesmo paciente pode ter se submetido a mais de uma cirurgia). Serão analisados os tipos de cirurgia, a presença de complicações trans-operatórias, presença de complicações pós-operatórias e tratamento destas complicações. Para tanto serão analisados os prontuários de todos os pacientes que se submeteram a cirurgias orais menores, na Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp, no período acima citado.

Os dados serão tabulados para a realização de uma análise estatística descritiva com o auxílio do programa Excel para o Microsoft Windows® XP*, com a finalidade de obter-se um panorama das cirurgias realizadas no período.

REVISÃO DE LITERATURA

A cada dia a frequência de pacientes que procuram atendimentos públicos ou privados para a remoção de terceiros molares inclusos ou outros dentes impactados, excisão de cistos nos maxilares ou ainda para reparar algumas “deformidades” anatômicas (tais como o torus) vem aumentando substancialmente.

Por própria iniciativa do paciente ou por indicação de um profissional, o paciente vem procurar o cirurgião dentista ou o especialista em cirurgia buco-maxilo-facial para se submeter ao procedimento cirúrgico com o intuito de resolver o problema. Dentes impactados, por exemplo, são indicados para extração a fim de prevenir doenças periodontais, cáries dentárias, pericoronarites, reabsorções radiculares em dentes adjacentes, prevenção de cistos e tumores odontogênicos, tratamento de dores de origem desconhecida e até facilitação do tratamento ortodôntico. (PETTERSON et al;2005).

Procedimentos cirúrgicos pré-protéticos em muitos pacientes são realizados a fim de proporcionar maior retenção e estabilidade à futura prótese que será ali confeccionada. PETTERSON et al; 2005 mostram diferentes técnicas cirúrgicas tais como a alveoloplastia intra-septal, redução da tuberosidade maxilar, remoção de torus ou mesmo anormalidades em tecido mole (hiperplasias, frenectomias, etc).

No entanto, o erro cometido por muitos profissionais da área é focalizar somente a técnica cirúrgica em si e não se atentar a outros detalhes importantes, que acabam por culminar em terríveis complicações ao paciente, tanto durante a realização do procedimento cirúrgico, como após a realização do mesmo.

GREENWOOD & CORBETT; 2004 fizeram um estudo de exploração de problemas neurais externos em alguns pacientes após seus nervos alveolares inferiores terem sofrido alguma injúria durante um procedimento cirúrgico na mandíbula. Neste estudo eles observaram que de 12 pacientes, a média de tempo que eles apresentaram com algum problema de sensibilidade foi de 14 meses

(variação de 12 a 24 meses). Cinco destes pacientes demonstraram uma melhora na sensibilidade e dois retornaram à sensibilidade normal. Em nenhum paciente os sintomas pioraram.

FIGUEIREDO et al; 2005 fizeram um estudo de quais procedimentos clínicos resultaram em infecções ao paciente após extração de terceiros molares inferiores e os resultados mostraram que em 14 casos (1,5% das extrações) houve alguma manifestação de ferida cirúrgica após remoção de sutura. Em metade dos casos, as radiografias mostraram uma radiolusência ao redor do local onde estava a coroa do terceiro molar. Em 13 destes 14 casos a ferida pôde ter sido causada por osteotomia e 11 dos 14 casos por odontosecção. Estes autores reconheceram que, apesar de serem raras estas complicações, os pacientes devem ser alertados que infecções ainda podem ocorrer semanas após a realização do procedimento cirúrgico.

PETTERSON et al. 2005 cita ainda outras complicações que normalmente ocorrem durante ou após a realização de algum procedimento cirúrgico tais como lacerações de retalho mucoso, perfurações de tecidos moles, feridas causadas por abrasão, fraturas radiculares, deslocamentos radiculares, luxações em dentes adjacentes, fraturas em processos alveolares e tuberosidades além de lesões a estruturas nervosas regionais, ATM, comunicações oroantrais, infecções, alveolites e casos ainda mais graves como fraturas mandibulares.

INGIBJORG et al 2004; fizeram um levantamento dos fatores de risco em operações com tempo muito longo e complicações após remoção de terceiros molares. O estudo mostrou que um período longo de cirurgia ou um alto nível de dor imediatamente após a cirurgia não é um fator de risco para complicações pós-operatórias, ao contrário da idade avançada, pessoas do sexo feminino e dentes totalmente impactados. Exposição do nervo durante a operação foi o maior fator de risco indicado para complicações pós-operatórias.

Alveolites

Alveolites também são complicações cirúrgicas relativamente comuns após a cirurgia de extração de terceiros molares inclusos. GARCIA et al., 2003;

resolveram investigar se o uso de contraceptivos orais afeta a maior incidência de dor, trismo e alveolites em mulheres submetidas às cirurgias de remoção de terceiros molares inclusos.

Os pesquisadores concluíram que o uso de contraceptivos orais favorece o aparecimento de alveolite e dor pós-operatória após extração. A atividade farmacológica da droga induz aumento de fibrinólise e a alveolite é atribuída ao aumento da atividade fibrinolítica no local. Ao trismo, não houve efeito sobre ele.

MARTIN et al 1995; fizeram um estudo determinando quais os fatores que determinavam complicações ao remover terceiros molares inclusos inferiores. Num total de 2390 extrações, 1797 foram incluídas neste estudo. Em 252 casos (236 pacientes) foram encontradas complicações e em 18 pacientes mais de uma complicação foi relatada. 20,3% das complicações surgiram porque a cirurgia fora realizada com inflamação pericoronária. Abscessos foram desenvolvidos em 34 pacientes, parestesia no lábio inferior logo após a cirurgia ocorreram em 15 de 2390 extrações e em apenas um houve lesão do nervo lingual. Hemorragia excessiva ocorreu em 10 pacientes. Alveolites foram diagnosticadas em 8 extrações.

Os pesquisadores concluíram que dependendo de quanto o periósteo é lesado durante a cirurgia, mais complicações o inchaço causa (foram 6 casos relatados) e isso faz com que muitos pacientes retornem ao consultório. Pacientes mais velhos apresentaram maior número de complicações que pacientes mais novos (devido à densidade óssea ser maior em mais velhos, e mais difícil extrair o dente). Gênero dos pacientes não teve diferença significativa. A posição do dente sendo horizontal ou em outras posições (não muito comuns) apresentou maiores complicações depois da extração.

BERGE & GILHUUS-MOE 1993; mostraram que entre um grupo de dentistas clínicos gerais e um cirurgião buco-maxilo-facial houve um aumento significativo de complicações cirúrgicas principalmente alveolite e dores mais severas após cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores inclusos no grupo de clínicos gerais, o que prova que, para estes casos é recomendável a

remoção de terceiros molares inclusos por profissionais que dominam mais a técnica e possuem mais experiência para este tipo de cirurgia.

Muitos até recorrem à profilaxia antibiótica com amoxicilina (2g por dia) aproximadamente por 5 dias pós-cirurgia para “diminuir” as complicações (dor, febre, inchaço, osteíte, etc.) que podem vir a surgir após remoção de terceiros molares impactados. MONACO et al., 1999; não encontraram diferença tanto no grupo de pacientes que receberam amoxicilina no pós-operatório quanto no grupo controle na incidência de seqüelas pós-operatórias.

YOSHII et al 2002; também não obtiveram diferenças significativas de recuperação após cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores com uso de antibióticos. Eles administraram ampicilina 1,5 g ao dia em 178 pacientes, sendo em um grupo apenas um dia após cirurgia e outro três dias consecutivos após cirurgia. Não houve diferença estatística significativa quanto ao número de infecção pós-operatória, alveolite seca e no processo de reparo.

DIALLO et al 2002; fizeram um estudo dos casos de alveolites que ocorreram em três centros de cuidados de saúde oral em Dakar entre outubro 2000 e junho de 2001. Houve 55 de 168 extrações com esta ocorrência. Destas 55, 44 ocorreram em mulheres e 11 em homens. Fatores etiológicos: uso de contraceptivos orais, de vasoconstritores, a técnica de extração, entre outras. Terapêutica foi o uso de pasta anti-séptica com base de antibiótico e antiinflamatório.

HERPY & GOUPIL 1991; acompanharam casos de cirurgias de remoção de terceiros molares durante seis meses e sua evolução durante este período. O estudo ajudou a melhorar os cuidados

Fraturas mandibulares

LIBERSA et al., 2002; fizeram um estudo retrospectivo questionando 150 cirurgiões buco-maxilo-faciais franceses que atuam há mais de 10 anos, quais foram as experiências que tiveram com fraturas mandibulares dos seus pacientes durante e após as cirurgias. Os resultados mostraram que em aproximadamente 750.000 terceiros molares impactados, trinta e sete casos de fratura mandibular

unilateral ocorreram. 17 ocorreram durante a cirurgia e 10 após a mesma. (As outras 10 restantes não foram incluídas neste estudo devido à carência de informações específicas).

Concluíram que a maior incidência de fratura imediata ou pós-operatória ocorre mais em pacientes após os 25 anos. Homens têm maior probabilidade de sofrer fraturas e ainda sugerem um acompanhamento da dieta dos pacientes após a cirurgia (alimentação mais leve) durante as primeiras semanas após a cirurgia e a remoção dos dentes antes dos 25 anos, o que eliminaria o maior risco de fratura e outras complicações.

CHOI et al 2005; desenvolveram uma técnica de redução de fórceps no tratamento das fraturas mandibulares no intuito de diminuir risco de infecções e agilizar o processo de reparo. Este fórceps é instalado na região mesial à fratura e a outra parte (ou outro “dente” como mencionam) é fixado distalmente à fratura e por forças de tracionamento esse osso tende a se coaptar diminuindo significativamente a linha de fratura e melhorando o correto posicionamento do osso mandibular. O resultado foi melhor do que a fixação mandibular por barras.

Osteorradionecrose

O que sabemos sobre osteorradionecrose é que, quando temos um paciente que será submetido à radioterapia e está com dente muito cariado ou com doença periodontal avançada e que não sejam dentes retidos, são recomendados serem removidos antes do início da radioterapia. E quando são inclusos (retidos no osso) como os terceiros molares? HEE-KYN et al 2004; fizeram um estudo comparando o risco de osteorradionecrose em terceiros molares impactados que não foram removidos e os que foram extraídos antes do início do tratamento. Como poucos pacientes neste estudo desenvolveram osteorradionecrose, o estudo falhou ao demonstrar qual dos dois grupos afeta o risco desta doença.

Parestesias

NGEOW mostrou que casos de parestesia envolvendo o nervo mentoniano ocorrem muitas vezes quando dentes próximo à região (como os pré-molares) apresentam lesões endodônticas mais avançadas. Não só a região inferior, o nervo infra-orbitário de um paciente seu também tinha o mesmo problema devido a uma infecção endodôntica avançada que acometia pré-molares e o primeiro molar superior. Para estes casos, a extração desses dentes fora a solução para o fim da parestesia.

MALDEN & MAIDMENT 2002; desenvolveram uma técnica cirúrgica envolvendo a mínima interferência no tecido conjuntivo lingual na remoção de terceiros molares inferiores impactados. Eles concluíram que esta técnica a qual secciona um pouco o dente e coloca um cinzel de Coupland para completar a divisão para posteriori remoção das coroas seccionadas sem descolar o tecido lingual apresentou uma diminuição significativa da incidência de danos ao nervo lingual. A incidência de dor pós-operatória foi de 1,5% e de alvéolos infectados apenas 5%.

Injúrias ao nervo alveolar inferior foram reduzidas com a técnica que RENTON et al 2004; desenvolveram para extração de terceiros molares impactados. Eles compararam um grupo submetido a extração feita normalmente, com o grupo submetido à coronectomia onde, inicialmente, era somente removida a coroa destes dentes impactados. Com a técnica tradicional 19% dos 102 pacientes sofreram injúrias no nervo alveolar inferior, enquanto os submetidos à coronectomia (94 no total) e que tiveram sucesso neste procedimento (58 pacientes) nenhum sofreu injúria. Os que não tiveram sucesso no coronectomia foram aqueles em que a raiz sofreu deslocamento durante remoção da coroa e destes, 8% sofreram injúrias.

Após 25 meses eles puderam remover as raízes remanescentes destes dentes sem lesionar o nervo, pois as mesmas haviam sofrido processo de migração e já estavam mais distantes do nervo alveolar.

Deslocamentos Acidentais

ARCURI et al 1990 demonstraram que cada dente maxilar que será extraído deve ser muito bem estudado (documentação radiográfica bem feita, análise da proximidade de dente com estruturas anatômicas, etc) antes de sua remoção. Assim muitas complicações, como os deslocamentos acidentais, podem ser evitados.

Dor pós-operatória

Em um estudo realizado por PHILLIPS et al., 2003; eles queriam mostrar se condições demográficas (idade, gênero, raça) de uma região, o nível de saúde bucal e fatores de risco (estilo de vida do paciente, atividades, dieta, hábitos, etc.) podem interferir gerando prolongada recuperação e atraso da cicatrização depois de realizada uma cirurgia de terceiro molar. Concluíram que as condições de vida, de saúde bucal do paciente bem como as características da cirurgia em si podem aumentar o risco de uma demorada recuperação cirúrgica e cicatrização depois da remoção dos terceiros molares.

KOO et al 2004; quiseram avaliar o curso pós-operatório dos pacientes submetidos à extração de dentes no departamento de cirurgia oral e maxilofacial em Amsterdã. Dos 68 pacientes adultos, 57 foram considerados com dentes de simples extrações. Destes 57, 46 retornaram reclamando de dor pós-operatória e uso de analgésicos. Estes pacientes foram divididos em 2 grupos, sendo 17 considerados saudáveis e outros 29 com problemas de saúde e faziam uso de outros medicamentos. 29% do grupo "saudável" não usou analgésicos após cirurgia comparando com o outro grupo, 7%. 52% dos pacientes que fazem uso de outros medicamentos tiveram experiência de dor mesmo com o uso de analgésicos enquanto em pacientes saudáveis este número ficou em 41%.

DI DIO & PIERAZZI 2004; desenvolveram uma técnica de remoção de terceiros molares inferiores chamada "piercing technique". Concluíram que esta técnica é muito segura, minimamente invasiva e fácil de aplicar em dentes impactados além de não ter tido ocorrência de problemas de sensibilidade no

nervo lingual, fraturas mandibulares, deslocamento de dentes, nem hemorragia pós-operatória.

É claro que complicações não ocorrem todas as vezes, no entanto, temos um número significativo das mesmas. SIMON & MATEE, na Tanzânia resolveram investigar os tipos e magnitude das complicações pós extrações encontradas no hospital Dar es Salaam. Os resultados indicaram que estas complicações são poucas, restritas e de tratamento fácil, muitas das vezes.

É importante também a preocupação com a cirurgia, e realmente investigar se a mesma é compatível com as novas técnicas, se tem qualidade e segurança o ambiente e se as condições de serviço de saúde, as condições de saúde do paciente estão compatíveis, além de um comum acordo médico-legal.(LOPES et al 1995).

PROPOSIÇÃO

Na literatura brasileira, poucos são os estudos epidemiológicos acerca da experiência clínica em cirurgia oral menor e suas complicações que podem ocorrer nos períodos trans e pós-operatórios. Os trabalhos se resumem à descrição de casos clínicos ou de uma série de casos. A finalidade deste estudo retrospectivo é investigar o índice de casos de cirurgias orais menores tratados na Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. Este estudo também, avaliará as diferentes complicações encontradas e sua distribuição, bem como os tratamentos realizados para a solução das mesmas. Com isso, visamos contribuir para um melhor entendimento das técnicas cirúrgicas utilizadas, o que se traduzirá em melhores resultados futuros.

METODOLOGIA

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp para aprovação em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – MS.

Serão utilizados para análise, os prontuários clínicos dos pacientes submetidos a cirurgia oral menor, (uma estimativa de 100 prontuários), por alunos do segundo, terceiro e quarto anos da Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, orientados pelos professores da Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Faciais. Estes prontuários foram preenchidos por alunos do curso de graduação da FOP-Unicamp, sob a supervisão dos docentes que integram a Área.

Como critério de inclusão, admitiremos prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgia oral menor por alunos da graduação e que se encontrem corretamente preenchidos entre fevereiro de 2000 a novembro de 2004, se encontrando em qualquer fase da reabilitação.

Consideraremos como critério de exclusão a falta de um adequado preenchimento do prontuário clínico, levando a dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e evolução do caso, bem como a falta de exame radiográfico pré e pós-operatório.

As cirurgias orais menores realizadas pelos alunos do últimos três anos de graduação, envolve:

Avaliação e tratamento cirúrgico

A avaliação pré-operatória de pacientes candidatos à cirurgia oral menor normalmente inclui questões pertinentes a saúde geral do paciente, somando-se às condições que contra-indicam a sua realização

São realizadas radiografias panorâmicas e periapicais para análise da região anatômica e para o planejamento do procedimento cirúrgico a ser realizado.

O procedimento cirúrgico é realizado normalmente sob anestesia local, sendo que uma pré-medicação é administrada uma hora antes da cirurgia, representada por 4mg de dexametasona, 0,5 mg de diazepam e 500mg de dipirona, por via oral. Após anti-sepsia intra e extra oral e aposição de campos estéreis, os pacientes são infiltrados com anestésico local associado a vasoconstritor. Em seguida os procedimentos cirúrgicos são realizados de acordo com as técnicas necessárias para cada um deles. O paciente é medicado com analgésicos e é orientado a fazer bochechos com clorexedina 0,12% somente 24 horas após a cirurgia. As suturas são removidas sete dias após a cirurgia.

Com o intuito de estabelecer as bases de coleta de dados, elaboramos uma ficha individualizada para cada prontuário (Anexo 01). A coleta de dados será realizada pelo mesmo examinador, sendo abordado os seguintes aspectos:

Gênero

Os pacientes serão divididos segundo o gênero em masculino e feminino.

Idade

A idade será considerada segundo o registro no prontuário no momento do atendimento. Estima-se que a faixa etária atingida seja entre 18 e 70 anos.

História médica

Serão registrados os dados apresentados na ficha sobre as condições sistêmicas dos pacientes que poderiam de algum modo modificar o prognóstico do tratamento.

Tabagismo

Diligenciando avaliar a relação entre o tabagismo e complicações pós-cirúrgicas, será relatado para os pacientes que possuam o vício, em cujos prontuários estejam registrados o consumo diário de cigarros e/ou similares.

Uso de Bebidas alcoólicas

Diligenciando avaliar a relação entre o álcool e complicações trans e pós-operatórias, será relatado para os pacientes que possuam o vício, em cujos prontuários estejam registrados o consumo diário de bebidas alcoólicas.

Tipo de cirurgia

O tipo de cirurgia que foi realizado será anotado, com a finalidade de analisar sua ocorrência e suas complicações trans e pós-operatórias.

Tipos de Tratamento da Complicações

O tipo de tratamento das complicações empregado em cada caso, bem como a taxa de sucessos e insucessos dos tratamentos.

Resultados esperados

Este estudo avaliará as diferentes complicações encontradas e sua distribuição, bem como os tratamentos realizados para a solução das mesmas. Com isso, visamos contribuir para um melhor entendimento das técnicas cirúrgicas utilizadas, o que se traduzirá em melhores resultados futuros.

Espera-se também investigar o índice de casos de cirurgias orais menores tratados na Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo retrospectivo fora realizado da seguinte maneira: obteve-se um apanhado de prontuários clínicos de paciente que foram submetidos a cirurgias orais menores por alunos de graduação da Faculdade de Odontologia de Piraciaba-UNICAMP entre os anos de 2000 e 2004. Nestes prontuários dados foram coletados como o sexo do paciente, a idade, que fora dividida em grupos (vide Gráfico 1), se possui alguma doença prévia, se faz uso ou não de bebidas alcoólicas e do tabaco. O número total de fichas coletadas fora de 200.

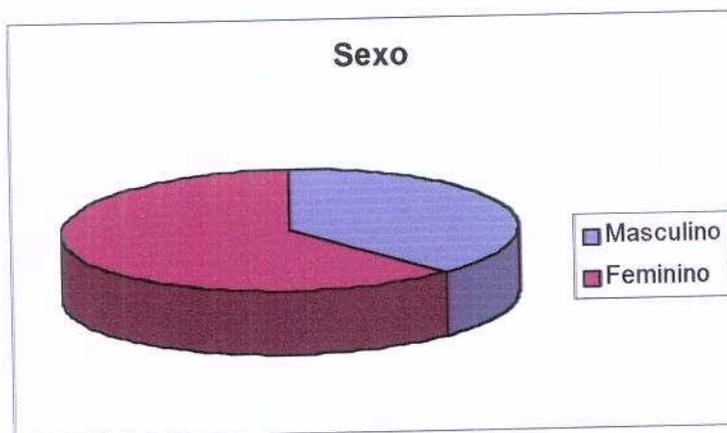


Gráfico 1 – Número de pacientes dividido em sexo mas e fem.

Destes duzentos pacientes, 38% foram do sexo masculino e 62% do sexo feminino. (ver Gráfico 2). Sugere-se que a grande prevalência de mulheres se deve ao fato que a maioria são donas de casa, sem algum emprego específico, e, com isso, possuem maior tempo disponível para vir à faculdade e serem submetidas ao tratamento odontológico.



Gráfico 2 – Pacientes divididos em grupos de idade

A idade que teve maior incidência fora a do grupo entre 26 e 30 anos (vide Gráfico 1) , pacientes jovens, que, em sua maioria vieram à faculdade para remoção dos terceiros molares.

Considerável também fora o número de dentes extraídos nestes pacientes. De 200 pacientes, houveram 360 extrações, ou seja, uma média de 1,8 dentes por paciente. Na maioria, 53,89%, (ver tabela 1) foram exodontias não alveolares, principalmente extração de raízes residuais, sugerindo o alto índice de cárie nesta população.

Tipos de exodontias	Número de ocorrências	Porcentagem
Supranumerário incluso	2	0.56
Molar incluso	79	21.94
Exodontias não alveolares	84	23.33
Regularização de rebordo	4	1.11
Exodontias simples	194	53.89
Total	360	100.00

Tabela 1 – Tipos de exodontias e o número de ocorrências

O número de doenças relatadas ultrapassou a metade do total de pacientes. A doença que mais prevaleceu foi a alergia, 18,5% (ver tabela 2) mas em muitos casos, nas fichas dos pacientes não constavam a que precisamente os mesmos eram alérgicos. Notou-se que em poucos havia alguma anotação. Nos

trinta e sete prontuários de pacientes alérgicos, 10 eram alérgicos a pó ou poeira, um relatou ser alérgico à penicilina e outro a iodo.

Doenças	Número de ocorrências	Porcentagem (%)
Alergia	37	18,5
Epilepsia	3	1,5
Gastrite	20	10
Febre Reumática	2	1
Cardiopatía	5	2,5
Anemia	15	7,5
Hipertensão Arterial	5	2,5
Diabetes	6	3
Hepatite	6	3
Nefrite	1	0,5
Dist. Sangramento	4	2
Ausência de doença	96	48
Total	200	100

Tabela 2 – Doenças relatadas pelos pacientes e o número de ocorrências

No grupo de fichas de pacientes que relataram alguma doença, não houve nenhuma complicação cirúrgica com a cirurgia a que o paciente fora submetido.

Da mesma maneira fora com os pacientes tabagistas e/ou etilistas. Apesar de serem a minoria (23% para tabagistas e 20% etilistas, ver Gráficos 3 e 4) nenhuma complicação cirúrgica correlacionada a estes hábitos fora detectada nestes pacientes.

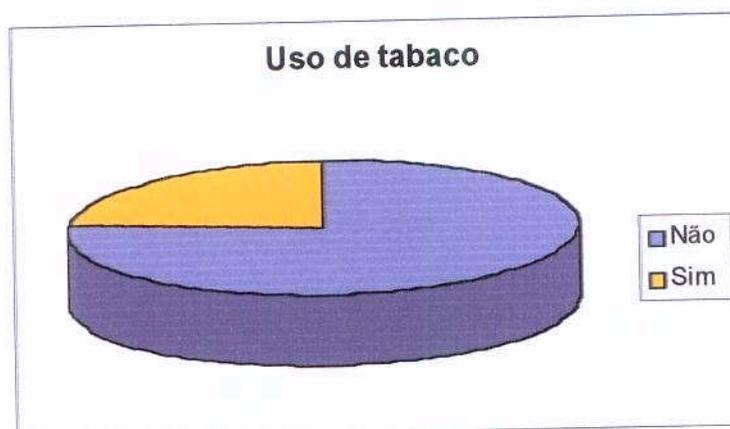


Gráfico 3 – Uso de tabaco ou não pelos pacientes

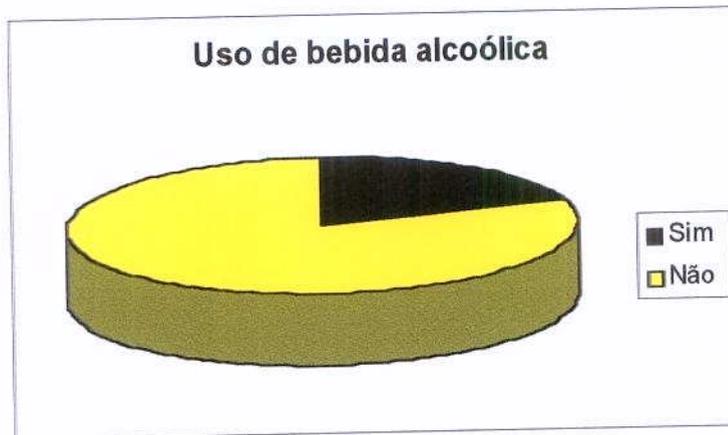


Gráfico 4 – Uso de bebida ou não pelos pacientes

Em nove prontuários, ou seja, 4,5% havia alguma deficiência de informação, como falta de um anamnese bem feita ou anotações detalhadas do procedimento cirúrgico, como, por exemplo, se houve ou não remoção de sutura uma semana após a cirurgia, qual medicação administrada ao paciente, entre outras.

Por serem fichas de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por alunos de graduação, prevaleceu, em maior número, o número de exodontias simples, ao todo 194 ocorrências, 53,8% do total (ver tabela 1).

Seguindo as exodontias simples, o tipo de cirurgia que apresentou uma considerável quantidade foram as exodontias via não alveolar, destacando aquelas de raízes residuais, o que reforça a idéia de que as fichas coletadas são de pacientes com alto risco de cárie.

Foram 79, ou seja, 21% o número de exodontias de molares inclusos realizados neste período (tabela 1). Muitos jovens compareceram à faculdade apenas com o intuito de extrair seus terceiros molares porque se queixavam de incômodo (dor principalmente). Porém a maioria foi por indicação de um dentista em consultório particular (através de carta) ou pelos próprios professores da faculdade. Em apenas um caso destes 79, o molar incluso foi um 1º molar (36) que precisou ser extraído em um paciente no grupo de 11 a 15 anos.

As cirurgias de regularização de rebordo foram no total de 4 e todas elas foram realizadas em pacientes com idade mínima de 50 anos.

As cirurgias de regularização de rebordo já foram realizadas seguindo imediata reabilitação protética (provisória). Em três casos os pacientes foram reabilitados com próteses parciais removíveis imediatas e em um caso com uma prótese total dupla imediata.

Das exodontias realizadas na clínica de graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP notamos um maior número de exodontias de terceiros molares (aproximadamente 8%) (ver tabela 3), grande parte deles, inclusos ao todo de 79 cirurgias. Houve também atendimentos a pacientes pediátricos, porém, a incidência foi inferior a um por cento.

Dentes	Número de ocorrências	Porcentagem (%)
18	26	7,22
17	7	1,94
16	18	5,00
15	6	1,67
14	10	2,78
13	4	1,11
12	7	1,94
11	10	2,78
21	4	1,11
22	4	1,11
23	2	0,56
24	14	3,89
25	10	2,78
26	16	4,44
27	8	2,22
28	29	8,06
38	29	8,06
37	13	3,61
36	11	3,06
35	6	1,67
34	7	1,94
33	5	1,39
32	5	1,39
31	7	1,94
41	9	2,50
42	7	1,94
43	2	0,56
44	2	0,56
45	9	2,50

46	16	4,44
47	19	5,28
48	29	8,06
55	1	0,28
51	1	0,28
61	1	0,28
62	1	0,28
63	1	0,28
64	1	0,28
65	1	0,28
72	1	0,28
85	1	0,28
Total:	360	100,00

Tabela 3 – Dentes extraídos e número de ocorrências

Também ocorreram quatro cirurgias de regularização de rebordo realizadas, sendo que uma delas entre os dentes 23 ao 14, outra do dente 32 ao 41, do 31 ao 43 e, por último, uma regularização do 33 ao 43.

Apenas dois supranumerários inclusos foram detectados, sendo um deles o dente 36 num paciente de idade entre 11 e 15 anos e outro 4º molar num paciente de idade entre 26 e 30 anos.

Interessante também o número acentuado de exodontias em primeiros molares, tanto inferiores quanto superiores, comparativamente com os outros dentes. Foi notado um grande número de exodontias nestes dentes via não-alveolar, para extração de raízes residuais.

O intuito deste trabalho principalmente foi fazer um estudo retrospectivo das complicações pré, trans e pós operatórias que teriam ocorrido nestas cirurgias. Devido ao intenso acompanhamento dos professores da área de cirurgia, além do apoio dos alunos de pós-graduação desta mesma área no monitoramento do procedimento cirúrgico e técnicas de extração utilizadas pelos alunos de graduação, nenhum prontuário continha informações relatadas quanto a complicações pré e trans operatórias.

Felizmente o número relatado de complicações cirúrgicas pós-operatórias também foi bastante reduzido, sendo em apenas 5 casos, 2,5% da população.

Destes 5 casos, dois deles o paciente apresentava dor pós-operatória exacerbada. Nestes dois casos, além da remoção de sutura fora prescrito

digluconato de clorexedina 0,12% duas vezes ao dia, de doze em doze horas por mais 7 dias e o paciente não se queixou mais de dor após esta semana de utilização de bochecho.

No outro caso, a paciente apresentou edema e dor pós-operatória. A conduta tomada foi de manter a medicação antibiótica (amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas) e analgésica (dipirona sódica 500 mg de 4 em 4 horas) por mais 5 dias. Após este prazo a paciente já se apresentava com significativa redução do quadro de complicação.

Num quarto caso, a paciente apresentou alveolite, a conduta realizada foi anestesia do local da cirurgia, remoção de sutura, lavagem do local com soro fisiológico, curetagem do alvéolo e compressão do local com uma gaze para estancar o sangue, não realizando segunda sutura. A paciente foi orientada a manter o bochecho de digluconato de clorexedina 0.12% duas vezes ao dia por mais uma semana, onde houve regressão do caso.

E finalmente, no último caso, a paciente chegou à faculdade para remoção de sutura queixando-se de dor e trismo. Fisioterapia com calor e uso de palitos ajudaram-na a reduzir esta complicação.

Vale lembrar também que em apenas um paciente do sexo masculino houve o relato de complicação cirúrgica (dor exacerbada) sendo as demais ocorridas em pacientes do sexo feminino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NGEOW WC. Paresthesia of the mental nerve. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* 2000; 92(1): 3
- LOPES V, MUMENYA R., FEINMANN C., Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, pos-operative complaints and patient satisfaction. *Br J Oral Maxillo. Surgery* 1995; (33): 33-35.
- CHOI B. H, KIM H. J, KIM M. -K, HAN S. -G, Huh J. Y, KIM B. Y, ZHU S. J., JUNG J. H.: Management of mandibular angle fractures using the mandibular angle reduction forceps. *Int J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005; 34:257-261.
- GREENWOOD M., CORBETT I. P.: Observations on the exploration and external neurolysis of injured alveolar nerves. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005; 34: 252-256.
- FIGUEIREDO R., CASTELLÓN-VALMASEDA E., BERINI-AYTÉS Leonardo. Incidence and clinical features of delayed-onset infections after extraction of lower third molars. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathology Oral Radiol Endond* 2005; 99:265-9.
- ARCURI C, PILLONI A., MOTTA A.: Impacted maxillary third molars. Accidental dislocation. *Dent Cadmos.* 1990 Mar 15; 58(4):95-7.
- HERPY A. K., GOUPIL M. T.: A monitoring and evaluation study of third molar surgery complications at a major medical center. *Mil Med* 1991 Jan; 156(1):10-12.
- KOO L. T., VERMEIJ N., VAN DIERMEN D. E., VAN DER WAAL I.: Postoperative course after uncomplicated tooth extractions in adults. Experiences in a university mouth disease and jaw surgery clinic. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2004 Jan; 111(1):2-4.
- DI DIO M., PIERAZZI G.: The "piercing technique". A new procedure in impacted lower third molar surgery. Analysis of 802 consecutive extractions. *Minerva Stomatol.* 2004 Sep; 53(9):517-25.
- DIALLO B., DIA-TINE S., BA A., KANE A. W., GAYE F., BA I: Clinical study of alveolites and their treatment in multiple practice. *Dakar Med.* 2002; 47(2):224-228.

OH H. K., CHAMBERS M. S., GARDEN A. S., WONG P. F., MARTIN J.W.,: Risk of osteoradionecrosis after extraction of impacted third molars in irradiated and neck cancer patients. *J. Oral Maxillofac Surg* 2004 Feb;62(2):139-44.

GARCIA A. G, GRANA P. M, SAMPEDRO F. G, DIAGO M. P, REY J. M: Does oral contraceptive use affect the incidence of complications after extraction of a mandibular third molar?. *Br Dent J.* 2003 Apr 26;194(8):453-5.

BENEDIKTSDOTTIR I. S, WENZEL A, PETERSEN J. K, HINTZE H.: Mandibular third molar removal: risk indicators for extended operation time, postoperative pain, and complications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Apr, 97 (4):438-46.

RENTON T., HANKINS M., SPROATE C., MCGURK M.: A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005 Feb; 43(1): 7-12

LIBERSA P, ROZE D., CACHART T., LIBERSA J. C: Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Feb; 60(2):163-5.

DE BOER M. P., RAGHOEBAR G. M, STEGENGA B, SCOEN P. J, BOERING G.: Complications after mandibular third molar extraction. *Quintessence Int.* 1995 Nov; 26(11):779-84.

SIMON E., MATEE M.: Post-extraction complications seen at a referral dental clinic in Dar Es Salaam, Tanzania. *Int Dent J.* 2001 Aug; 51(4):273-6.

PHILLIPS C., WHITE R. P. Jr., SHUGARS D. A., ZHOU X.: Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. *J. Oral Maxillofac Surg.* 2003 Dec; 61(12):1436-48.

MALDEN N. J, MAIDMENT Y. G.: Lingual nerve injury subsequent to wisdom teeth removal- a 5 year retrospective audit from a high street dental practice. *Br Dent J.* 2002 Aug 24; 193(4):203-5.

MONACO G., STAFFOLANI C., GATTO M. R., CHECCHI L.: Antibiotic therapy in impacted third molar surgery. *Eur J Oral Sci.* 1999 Dec; 107(6):437-41.

BERGE T. I., GILHUUS-MOE O. T.: Per-and post-operative variables of mandibular third-molar surgery by four general practitioners and one oral surgeon. Acta Odontol Scand. 1993 Dec; 51(6):389-97.

YOSHI T., HAMAMOTO Y., MURAOKA S., FURUDOI S., KOMORI T.: Differences in postoperative morbidity rates, including infection and dry socket, and differences in the healing process after mandibular third molar surgery in patients receiving 1-day or 3-day prophylaxis with lenampicilin. J Infect Chemother. 2002 Mar, 8(1):87-93.

ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Ficha nº _____

01. Sexo..... Masc () Fem ()

02. Idade..... 0-10 () 11-15 ()
16-20 () 21-25 ()
26-30 () 31-35 ()
36-40 () 41-45 ()
46-50 () 51-55 ()
56-60 () 61+ ()

03. História Médica

<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Nefrite
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Dist. Sangramento
<input type="checkbox"/> Doença Chagas	<input type="checkbox"/> Dist. Psíquicos	<input type="checkbox"/> Úlcera gastro-intestinal
<input type="checkbox"/> febre reumática	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> D. infectocontagiosas

04. Tabagismo..... Sim () Não ()

05. Uso de Bebida Alcoólica..... Sim () Não ()

06. Tipo de cirurgia

Exodontia simples (alveolar)..... Quantidade _____

Dentes: _____

Exodontia simples (não alveolar)..... Quantidade _____

Dentes: _____

Molares Inclusos..... Quantidade _____

Caninos Inclusos..... Quantidade _____

Pré-molares inclusos..... Quantidade _____

Supranumerários inclusos..... Quantidade _____

Dor

Hemorragias

Laceração do nervo.....

Qual? _____

Laceração de tecido mole bucal

Laceração de tecido mole facial

Fratura da agulha de anestesia

Fratura da broca cirúrgica

Fratura de instrumental

Comunicação bucossinusal

Fratura do rebordo

Fratura da mandíbula

Luxação do dente adjacente

Fratura radicular (permanência do coto radicular)

Luxação da ATM

outras

complicações _____

08. Tipos de Complicações Pós-operatórias

Alveolites

Abscessos

Hemorragia

Trismo

Edema

Hematoma

Dor

Parestesia

Osteomielite ou Osteorradionecrose

Outras complicações

09. Tipos de tratamento instituído para a complicação