



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

## **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

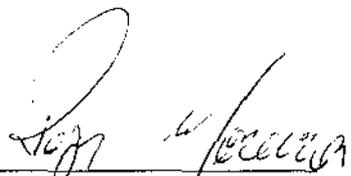
Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Pollyana Maia Ferreira

**Orientador(a): ROGER WILLIAM FERNANDES MOREIRA**

Ano de Conclusão do Curso: 2004



  
Assinatura do(a) Orientador(a)

TCC 079

Pollyana Maia Ferreira

**Complicações pós-operatória de terceiros molares inclusos**

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

Orientador: Prof. Dr. Roger Willian Fernandes Moreira

Piracicaba  
2004

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
BIBLIOTECA**

## **AGRADECIMENTOS**

**Ao Prof. Dr. Roger Willian Fernandes Moreira, pela habilidade com que orientou este trabalho.**

**Ao meu namorado Eduardo pela paciência, carinho e disposição do seu tempo.**

## **Sumário**

1. Introdução .....	1
2. Indicações para Extração de Terceiros Molares .....	3
3. Contra-Indicações para Extração de Terceiros Molares.....	6
4. Cuidados para Evitar Complicações.....	7
5. Complicações Pós-Operatórias.....	8
6. Referencias Bibliográficas.....	12

## **Resumo**

Na realização de uma cirurgia com sucesso o cirurgião dentista deve seguir alguns tópicos durante a consulta inicial como dados biográficos, queixa principal, histórico da doença atual, histórico médico, revisão dos sistemas, exame físico, exames laboratoriais e radiográficos. Através desses dados elaborar um diagnóstico preciso e um planejamento cirúrgico. Antes de tomar a decisão se será extraído um terceiro molar incluso, deverá ser verificado as indicações e contra-indicações. Tomados todos os cuidados no pré e trans-operatório, ainda assim podem aparecer complicações pós-operatória como edema, sangramento, dor e trismo. Estas complicações devem ser esclarecidas ao paciente de como ocorre, quais são seus sinais e sintomas e o que é feito para preveni-las.

## 1. Introdução

O melhor caminho para evitar complicações é a prevenção delas, o que requer do cirurgião um cuidadoso plano de tratamento e uma minuciosa avaliação pré-operatória.

A entrevista odontológica poderá ser abreviada com base nas necessidades particulares do paciente, mas deverá ser completada integralmente antes do fim da primeira consulta. Certos obstáculos como idade, barreiras lingüísticas, nível educacional e ansiedade podem afetar a entrevista; por exemplo, pacientes com dor aguda, podem necessitar que a dor seja resolvida antes de completar o histórico médico. Durante a entrevista devem ser abordados os seguintes tópicos:

**1.1 Dados Biográficos:** Obtenção dos dados pessoais, que incluem nome completo, endereço, idade, sexo, ocupação, estado civil do paciente e nome do médico clínico.

**1.2 Queixa Principal:** É uma afirmação curta, preferencialmente nas palavras do paciente e registradas entre aspas.

**1.3 História da Doença Atual:** O paciente deverá descrever sua doença atual incluindo o início, intensidade, duração, localização indicando os fatores que pioram ou melhoram a dor.

**1.4 História Médica:** O dentista deve estar preparado para interpretar como o problema médico irá alterar a resposta do paciente em relação a cirurgia e agentes anestésicos. Independente do formato usado para obter um histórico médico, uma certa quantidade de informações essenciais, da saúde do paciente deverá ser conhecida, antes que os procedimentos de exame ou tratamento sejam realizados. Essas informações essenciais não incluem tudo, mas servem como triagem para precaver o paciente e o dentista.

**1.5 Revisão dos Sistemas:** Incluem o conjunto de dados referentes à saúde passada atual de cada um dos sistemas do paciente. Esta revisão pode indicar um problema médico não diagnosticado. Serão feitas questões ao paciente, com tudo são orientadas pelas respostas obtidas do histórico, podem ajudar o dentista a determinar se o paciente será encaminhado ou poderá ser tratado.

**1.6 Exame Físico:** Focaliza a cavidade oral e toda a região maxilo-facial. Também utilizado para obter sinais vitais através da ausculta cardíaca, medida da pressão arterial, avaliação de pulsos radiais, frequência respiratória e temperatura. E todo achado físico deve ser registrado de modo descritivo e detalhado. Uma avaliação geral da aparência externa do paciente pode dar indicações do seu estado geral de saúde; já que sinais de um possível problema podem incluir uma aparência desgastada, caquética, comportamento letárgico, magreza ou obesidade extremas, postura curvada e dificuldade para respirar. Confira a forma e simetria da face, pois podem indicar uma condição ou síndrome.

**1.7 Exames Laboratoriais e Radiografias:** Devem ser solicitados exames laboratoriais quando durante a anamnese for constatado alguma alteração sistêmica. E para a realização da exodontia de inclusos são pedidas radiografias panorâmicas.

O cirurgião deve realizar uma anamnese cuidadosa e coletar exames radiográficos e se necessário laboratorial. Através desses dados elaborar um diagnóstico preciso, um planejamento cirúrgico, ou seja, descrevendo a técnica cirúrgica, prescrição medicamentosa pré-operatória para prevenção da dor e edema e de acordo com o quadro de saúde do paciente. E antes de qualquer situação esclarecer ao paciente as complicações que podem ocorrer durante pós-cirurgia.

A erupção do terceiro molar varia por volta dos vinte anos, podendo haver variações que estão relacionadas com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Muitas vezes a inclusão dos terceiros molares ocorre pela falta de espaço ou pela variação ou erro no processo de desenvolvimento. Quanto mais cedo for extraído o terceiro molar incluso menor será a morbidade operatória e melhor cicatrização pós-operatória. Todos os dentes inclusos devem ser extraídos logo que forem diagnosticados.

Antes de tomar a decisão se será extraído um terceiro molar incluso, o cirurgião dentista deve verificar as indicações e contra-indicações.

## **2. Indicações para Extração de 3º Molares**

**2.1 Prevenção de Doença Periodontal:** Segundo molar erupcionado ao lado do terceiro molar incluso estão sujeitos a doença periodontal pela menor quantidade

de osso na face distal do segundo molar e também pela comunicação entre o dente relacionado e o meio bucal, junto com a má higiene, favorecendo periodontite.

**2.2 Prevenção de Cárie:** A dificuldade de higienização pode ocasionar cárie tanto no segundo molar quanto no terceiro molar.

**2.3 Prevenção de Processos Infeciosos (Pericoronarite):** Quando o terceiro molar está parcialmente erupcionado, revestido por uma mucosa (Opérculo), um processo inflamatório pode ocorrer podendo evoluir para um processo infeccioso em associação a bactérias da flora bucal, este processo denomina-se *pericoronarite*. A *pericoronarite* pode variar de leve a grave, de acordo com o sistema imunológico do paciente. Na grande maioria dos pacientes, as bactérias da flora bucal e as defesas do hospedeiro mantêm um equilíbrio. Pode ocorrer um desequilíbrio quando a defesa do paciente estiver comprometida, ocasionando a *pericoronarite*, ou então podendo surgir através de traumas ocasionada pelo terceiro molar superior. As bactérias presente são os *Streptococcus* e grande quantidade de bactérias anaeróbicas. O tratamento varia de acordo com o seu grau. No caso de *pericoronarite* leve recomenda-se a aplicação de Peróxido de Hidrogênio, ou então Digluconato de Clorexidina 0,12%, acompanhada de uma ótima higienização até a diminuição do processo inflamatório. Quando a *pericoronarite* for grave, observa-se dor, hiperemia local, edema, trismo e presença de supuração local. Preconiza-se também a antibioticoterapia por sete dias. A melhor solução para a prevenção da *pericoronarite* e sua recidiva é a extração do terceiro molar.

**2.4 Prevenção de Reabsorção Radicular:** Um dente incluído provoca pressão suficiente sobre a raiz do dente vizinho para causar a sua reabsorção.

**2.5 Prevenção de Cistos e Tumores Odontogênicos:** Quando o terceiro molar estiver totalmente incluído, o folículo dentário pode sofrer degeneração cística e se tornar um cisto odontogênico. O mesmo epitélio do folículo dentário pode gerar tumores odontogênicos.

**2.6 Tratamento de Dor de Origem Desconhecida:** Dor de etiologia não identificada na região retromolar e quando a possibilidade de disfunção temporomandibular for descartada e o paciente tiver um terceiro molar incluído, sua extração muitas vezes resolve o problema.

**2.7 Otimização do Tratamento Ortodôntico:** Para o sucesso das correções das má-oclusões aproveitar o espaço é de fundamental importância, logo a presença dos terceiros molares incluídos pode interferir no tratamento sendo necessário sua remoção.

**2.8 Prevenção de Fratura Mandibular:** Terceiros molares inferiores incluídos ocupam um espaço que poderia ser ocupado por osso enfraquecendo a região e tornando suscetível a fratura.

**2.9 Presença de Dentes Sob Próteses Dentárias:** Dentes inclusos devem ser removidos antes de se confeccionar uma prótese, evitando comprometimento futuro.

### **3 Contra Indicações para Extração de 3º Molares**

**3.1 Idade do Paciente:** Em paciente idoso o osso se torna mais denso e calcificado, respondendo menos a forças expansivas para luxação do dente, fazendo com que a morbidade pós-operatória seja maior. Dentes inclusos assintomáticos nestes pacientes devem ser tratados por acompanhamento radiográfico.

**3.2 Condições Sistêmicas do Paciente:** Quando o paciente tem necessidade do procedimento cirúrgico, devemos ter cuidados especiais, com o acompanhamento do médico responsável, emprego de técnicas de sedação e monitoramento, as vezes em hospital.

**3.3 Possibilidade de Dano às Estruturas Adjacentes:** Podemos encontrar algumas estruturas envolvidas como nervo alveolar inferior, forame mentoniano, seio maxilar e fossa nasal. Quando tiver o envolvimento dessas estruturas, o ato cirúrgico requer de quem o pratica conhecimentos científicos e técnicos, com habilidade manual e experiência.

**3.4 Contra Indicações Locais:** Além das contra indicações citadas acima ainda existem outras locais como áreas que sofreram irradiação terapêutica de lesões

malignas podendo desenvolver osteorradiocrose, pericoronarite grave, trismo (principalmente causada por infecções) e dentes em áreas de tumores malignos não devem extraí-los podendo causar metástase.

#### **4. Cuidados para Evitar Complicações**

- Realizar cirurgias com profissionais treinados
- Fazer uma realização pré-operatória cuidadosa
- Fazer um plano de tratamento e segui-lo
- Executar seu trabalho, se possível, com uma equipe multidisciplinar
- Possuir o instrumental e equipamentos adequados
- Realizar a cirurgia em um excelente campo operatório e não realizá-los com pressa
- Seguir à risca a cadeia asséptica
- Solicitar exames por imagens radiográficas e analisar as estruturas anatômicas adjacentes a área a ser operada. E tê-las durante a cirurgia
- Durante a exodontia não fazer forças excessivas causando danos aos tecidos moles e fraturas de estruturas ósseas e dentárias, optando por fazer odontosecção
- Só suturar a ferida após a hemostasia
- Além de tudo o cirurgião deve realizar os princípios da técnica cirúrgica, ter um campo operatório de fácil acesso, boa iluminação, boa visualização e auxiliares treinados

Tomados todos os cuidados no pré-operatório e durante a cirurgia de terceiros molares inclusos, ainda assim podem surgir complicações pós-operatória. No dia do ato cirúrgico o cirurgião dentista deve esclarecer e instruir o paciente aos cuidados a serem tomados após a cirurgia.

## **5. Complicações Pós-Operatória**

### **5.1 Sangramento**

É a complicação mais comum que o cirurgião encontrará. Terminada a extração, a manobra inicial para controlar o sangramento pós-operatório é a colocação de um pequeno rolo de gaze sobre o alvéolo e pressionar no local por quarenta minutos. O cirurgião dentista deve instruir o paciente que se ocorrer sangramento leve durante as primeiras 24 horas após a cirurgia é normal. O paciente deve ser alertado a certas ações que agravam o sangramento como; não fumar nas primeiras 12 horas; não tomar líquido em canudos e não cuspir pois essas ações causam pressão negativa, descoagulação no interior do alvéolo provocando sangramento.

Os pacientes não devem fazer exercícios físicos nas primeiras 24 horas e ficar exposto ao sol, pois provocam o aumento da circulação podendo causar sangramento. Se o sangramento for contínuo, com presença de coloração vermelho vivo ou presença de coágulos. O paciente deve procurar seu cirurgião dentista, e este deverá tomar as medidas necessárias para estancar o sangramento.

Já, na primeira consulta o dentista questiona o paciente a respeito da história médica. Através da história médica o dentista estará informado se o paciente

possui algum distúrbio de coagulação ou então se existe história de sangramento na família, caso ocorra o cirurgião tomar cuidados especiais para o controle do sangramento. Perguntar também o tipo de medicamento que estão sendo tomados, pois existem cinco tipos de drogas que aumentam o sangramento:

**Aspirinas:** Quando ingerida antes da cirurgia interfere na função plaquetária, prolongando o sangramento como consequência da diminuição da agregação plaquetária e da formação de trombos nos vasos capilares.

**Anticoagulantes:** Pacientes que tiveram embolia pulmonar, infarto do miocárdio, ou aqueles que têm trombose venosa ou válvulas cardíacas protéticas podem estar tomando anticoagulantes para “afinar” o sangue e prevenir a coagulação intravascular.

**Antibióticos:** Os antibióticos de largo espectro causam mudanças na flora intestinal, diminuindo a produção de vitamina K. O fígado depende desta vitamina para produzir os fatores coagulantes II, VII, IX e X. Caso o paciente esteja ingerindo esta droga dificultará a hemostasia.

**Álcool:** Pacientes que ingerem grandes quantidades de álcool podem ter cirrose hepática suficiente para diminuir a produção dos fatores coagulantes que dependem do fígado.

**Anticancerígenos/Quimioterápicos:** Interferem no sistema hematopoético e reduzem o número de plaquetas na circulação.

O cirurgião dentista deve questionar o paciente se apresenta doenças sistêmicas específicas. Como hepatite, hipertensão e coagulopatias. O cirurgião deve solicitar exames laboratoriais pré-operatório para determinar a gravidade da desordem.

A cirurgia deve ser tão atraumática quanto possível, com clareza de incisões e manuseio cuidadoso dos tecidos moles. Deve-se tomar cuidado para não traumatizar excessivamente os tecidos, já que tecidos traumatizados tendem a sangrar por longos períodos. Espículas ósseas devem ser alisadas e removidas. Todo tecido de granulação deve ser curetado. Evitando que ocorra sangramentos futuros.

## 5.2 Dor

A dor que ocorre após a extração dentária não é normalmente intensa e pode ser controlada em muitos pacientes com analgésicos suaves. O pico do fenômeno da dor ocorre em torno de 12 horas após a extração e diminui rapidamente após este período. E também a dor de uma extração raramente persiste por mais de dois dias após a cirurgia.

O cirurgião dentista deve esclarecer ao paciente que durante a cirurgia não deverá sentir dor. Pois estará anestesiado e que barulhos, ruídos e movimentos bruscos podem existir, e que o paciente não deverá assustar. Ele deve também ter o cuidado de avisar o paciente de que o objetivo da medicação analgésica é controlar a dor e não eliminar toda sensação de dolorimento.

Na primeira consulta o dentista deverá prescrever uma droga com ação antiálgica e antiinflamatória uma hora antes da cirurgia, pois é indicado com o objetivo de se prevenir e controlar a dor e o edema, que quando desmetidos levam a limitação funcional. E prescrever também um analgésico pós-operatório.

A primeira dose da medicação analgésica deve ser tomada antes que o efeito do anestésico local diminua, com isso o paciente não sentirá a dor aguda e

intensa acompanhada após ao término da anestesia local. Isto significa que o dentista deseja prevenir a dor e o edema de caráter inflamatório, decorrente de intervenções invasivas como a exodontia de terceiro molar incluso, deverá optar por um antiálgico e antiinflamatório não esteroideal ou então pelos corticosteróides, que previnem a hiperalgesia e controlam a vasodilatação e a permeabilidade vascular, através da inibição da síntese de prostaglandinas, leucotrienos e outros mediadores pró-inflamatórios.

É importante que o cirurgião dentista consiga esclarecer ao paciente a questão do desconforto pós-operatório demonstrando dedicação e atenção. As prescrições devem ser dadas com instruções claras sobre quando iniciar a medicação, como toma-la e a que intervalo.

### **5.3 Edema**

O inchaço do tecido mole ou aumento de volume é evidenciado após cirurgia de terceiros molares inclusos com deslocamento de tecidos moles e remoção de osso. O pico do edema, em geral, ocorre 48 a 72 horas após o trauma cirúrgico, e sua diminuição ocorre entre o terceiro e quarto dias, desaparecendo no final do sétimo dia. Se caso não aconteça a diminuição pode ser um indicativo de infecção.

O cirurgião dentista deve recomendar aplicação de bolsas de gelo (com proteção) sobre a face para minimizar o edema. A bolsa de gelo deve ser aplicada em espaços de 20 minutos, esta aplicação terá efeito realizada nas primeiras 24 horas. Já, no segundo dia nem bolsas de gelo e calor são eficazes. No terceiro dia em diante, a aplicação de bolsas mornas ajuda a reduzir o aumento de volume mais

rapidamente. O paciente deverá estar informado que um aumento de volume moderado é uma reação fisiológica dos tecidos ao trauma sofrido. E que o edema será solucionado em poucos dias.

#### **5.4 Trismo**

A incapacidade de abrir a boca ao máximo depois de qualquer extração, mas especialmente após cirurgia de terceiro molar inferior incluso, não é um achado incomum. Este trismo é, normalmente, o resultado da inflamação dos músculos da mastigação secundária a um procedimento cirúrgico, mas também pode ser resultado de injeções múltiplas de anestésico local na anestesia para bloqueio alveolar inferior, sendo o músculo pterigóideo medial o mais provavelmente envolvido. O paciente deve ser avisado que esse fenômeno pode ocorrer.

#### **6 Referências Bibliográficas**

AAOMS. Report of a workshop on the management of patients with third molar teeth.

Journal Oral Maxillofac Surgery. 1994; v. 52; p. 1.102.

ALLING III, C.C.; CATONE, G.A. Management of impacted teeth. Journal Oral

Maxillofac Surgery. 1993; v. 51; p. 3-6.

FRANK , C.A. Treatment options for impacted teeth. Journal American Dent Assoc.

2000; v. 131; p. 623-32.

LEONE, S.A.; EDENFIELD, M.J.; COHEN, M.E. Correlations of acute pericoronitis and the positions of the mandibular third molar. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1986; v. 62; p. 245-50.

PRADO, R.; SALIM, M.A.A. *Cirurgia Bucomaxilofacial*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2004.

PETERSON, L.; ELLIS, E.; HUPP, J. TUCKER, M. *Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.

TSELKIN, M.; POGREL, A. Assessment of the pharyngeal airway space after mandibular setback surgery. *Journal Oral Maxillofac Surgery*. 1994; v. 52; p. 1.102.

VENTÄ, J.; YLIPAAVALNIEMI, P.; TURTOLO, L. Long-term evaluation of estimated of a need for third molar removal. *Journal Oral Maxillofac Surgery*. 2000 v. 58; p. 288-91.