

Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado

Main clinical odontological post-operative complications of third molar unerupted/impacted surgery

Márcio Martins¹; Marco Antonio Pazos Y Garcia²; Moisés Veloso Fernandes³; Ellen Maria Francisco Reis³; Rafael Roberto Vilela³; Teni Silveira Azevedo³; João Eugênio Pires Neto³; William Kurihara³

¹ Cirurgião Dentista, Mestre e Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Professor e Supervisor de estágio da Disciplina de Cirurgia Bucocomaxilofacial – Unicastelo/São Paulo – SP – Brasil.

² Cirurgião Dentista, Mestrando em Radiologia e Estomatologia, Especialista em Implantodontia, Professor e Supervisor de estágio da Disciplina de Cirurgia Bucocomaxilofacial – Unicastelo/São Paulo – SP – Brasil.

³ Alunos do curso de Odontologia – Unicastelo/São Paulo – SP – Brasil.

Endereço para correspondência
Moisés Veloso Fernandes
R. Taquari, 546 – Moóca
02860-120 – São Paulo – SP [Brasil]
prof.moisesveloso@usjt.br

Resumo

Introdução: A impaction dentária é uma condição em que a erupção completa de um dente é interrompida em razão de seu contato com outro(s) dente(s). A falta de espaço disponível na região bucal ocorre devido ao menor crescimento ósseo da caixa craniana em detrimento dos maxilares, apresentando, em 33% dos casos, terceiros molares impactados. A sintomatologia dolorosa precoce e sinais, tais como febre, anorexia, trismo e mastigação dificultada podem caracterizar a presença de uma pericoronarite local, sendo a remoção cirúrgica do terceiro molar frequentemente indicada. As complicações pós-operatórias também podem ocorrer e limitar o prognóstico clínico deste procedimento. **Objetivo/Método:** Neste estudo retrospectivo, analisou-se a incidência destas intercorrências em prontuários de pacientes na Clínica de Odontologia, da Unicastelo, em 2008. **Resultados:** A análise descritiva dos dados revelou complicações em 75% dos indivíduos, com predomínio da dor pós-operatória em 77,2% (n=24). **Conclusão:** Esses resultados mostram a importância de considerar a dor, após exodontia, frente às intervenções terapêuticas adotadas.

Descritores: Cirurgia bucal; Complicações pós-operatórias; Dente serotino.

Abstract

Introduction: The dental impaction is a condition where the complete eruption is interrupted to its contact with another tooth. The lack of available space in the buccal region occurs due to lower bones growth of the cranial box in detriment of maxillaries, presenting in 33% of the cases the third molars impacted. The precocious painful symptoms and general signals such as fever, anorexia, trismus and chewing difficult may characterize the presence of a pericoronitis local, being the surgical removal of third molar indicated. The post-operative complications may also occur and limit the clinical prognosis of this procedure. **Objective/Method:** In this retrospective study, it was analyzed the incidence of interurrences reported in medical records of patients of the Clinic of Dental School, of Unicastelo, in 2008. **Results:** The descriptive analysis of the data disclosed these complications in 75% of the individuals, with predominance of post-operative pain in 77.2% (n=24). **Conclusion:** These results show the importance to analyze post-exodontic pain, considering the therapeutic interventions adopted.

Key words: Molar, third; Postoperative complications; Surgery, oral.

Introdução

Dentes retidos, também conhecidos como inclusos e/ou impactados são aqueles que, chegada à época da erupção, não irrompem, podendo manter ou não comunicação com a cavidade bucal^{1,2}.

A etiologia da impaction está relacionada principalmente à falta de espaço disponível na região da arcada dentária, característica acentuada na população moderna, que parece apresentar menor crescimento ósseo, decorrente das alterações dos hábitos alimentares e das inadequadas condições de saúde bucal². Quanto aos terceiros molares, presentes em 90% da população, eles se encontram impactados em 33% dos casos³.

O quadro clínico do paciente, nessa condição, apresenta-se, na maioria das vezes, caracterizada por uma pericoronarite que é uma sintomatologia dolorosa precoce, local ou irradiada pelo trajeto do nervo alveolar, associada aos sinais gerais, como febre, anorexia, fraqueza, infartamento ganglionar, trismo e mastigação dificultada. Além desses, podem surgir ligeiros processos inflamatórios com duração de dois a três dias, representados por dores leves, trismo, pus e sangue entre o capuz e o dente, com fases de remissão e exacerbação^{3,4}.

Outras afecções dos tecidos moles citadas podem surgir, como as gengivoestomatites e as úlceras. Também podem estar presentes alterações nervosas, por exemplo, trismo e reação antálgica (rebaixamento de uma elevação prévia no limiar da dor); celulares, pela inflamação seguida de abscesso; ósseas, pelas osteítes e osteomielites; linfáticas e ganglionares, pelas adenites e as tumorais, pelos tumores odontogênicos. Além desses, cárie e reabsorção radicular externa na distal do segundo molar são comumente observadas^{1,4}.

Segundo Porto et al. (2009), no caso de terceiros molares, pode ainda ocorrer a formação de cistos, associação com neoplasias (ameloblastomas, carcinomas com origem na parede de cistos dentígeros envolvendo esses dentes), dor

idiopática, maior frequência de fratura mandibular nos casos de dentes envolvidos e apinhamento dental.

Para facilitar a comunicação entre os profissionais, foram criadas diversas classificações de dentes inclusos. As duas mais populares entre os cirurgiões são as propostas por Winter e por Pell e Gregory^{4,5} mencionadas a seguir.

A primeira classifica as angulações do elemento incluso em retenção vertical, em que o eixo maior do terceiro molar é paralelo ao do primeiro e segundo molares, e retenção horizontal, com o eixo maior paralelo ao do primeiro e segundo molar⁴. A segunda avalia a profundidade de inclusão e sua relação com o ramo mandibular no que se refere à relação do dente com o ramo da mandíbula; à profundidade relativa do dente dentro do osso e à posição do longo eixo do dente incluso em relação ao longo eixo do segundo molar⁵.

O tratamento cirúrgico para a remoção dos terceiros molares é uma das práticas mais comuns realizadas nos consultórios dos cirurgiões bucomaxilofaciais. Nesse caso, o grau de dificuldade da exodontia de um dente molar incluso pode ser definido pelas duas classificações citadas acima, pois servirão de apoio ao profissional para que decida desde a forma e contorno que dará às incisões até se haverá a necessidade de realizar osteotomia e odontosecção^{1,5}.

Outros fatores, tais como a sintomatologia, o espaço disponível para a erupção, a idade do paciente e a posição em que o dente se encontra (sua inclinação) no arco devem, imprescindivelmente, ser considerados também na definição da conduta do cirurgião^{4,5}.

O tratamento medicamentoso é indispensável, pois mais de 90% dos pacientes necessitam de analgesia pós-operatória. Além da dor, o edema e a limitação da abertura bucal relacionados ao processo inflamatório são condições comumente observadas^{5,6}.

Na literatura, o controle da dor, após exodontia de terceiros molares, tem preconizado o uso de 100 mg de aspirina, 400 mg de ibuprofeno, 500 mg de diflunisal e 100 mg de zomepi

raque, que são os agentes mais adequados para analgesia nesse tipo de cirurgia⁶.

Todas essas condições clínicas são necessárias na análise de dor pós-operatória, após a exodontia de terceiros molares incluídos, não só para conhecimento eficaz quanto à avaliação dos agentes analgésicos, mas também para detectar diferenças entre os terapêuticos utilizados^{4,6}.

Mesmo com o conhecimento de todas essas complicações associadas à inclusão dentária, principalmente dos terceiros molares inferiores, grande parte dos cirurgiões-dentistas hesita na escolha do tratamento mais indicado e do momento certo para aplicá-lo⁴.

Materiais e métodos

A amostra foi constituída por meio de um levantamento com coleta de dados nos prontuários da Clínica de Odontologia, da Universidade Camilo Castelo Branco, da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, conforme modelo apresentado (Anexo 1).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Camilo Castelo Branco. Todos os responsáveis e envolvidos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, conforme termo de autorização da Coordenação do curso de Odontologia da instituição.

Como critérios de inclusão, todos os participantes deste estudo apresentaram diagnóstico de terceiro molar incluído/impactado (Figura 1), podendo a região acometida ser tanto de maxila quanto de mandíbula. Os pacientes também realizaram o procedimento cirúrgico na instituição, bem como deram continuidade ao tratamento pós-operatório, no período de janeiro a dezembro de 2008. Foram excluídos os prontuários dos indivíduos com outras patologias associadas a do estudo, bem como avaliações cirúrgicas que não forneceram todas as informações suficientes dos itens analisados durante a coleta de dados.

As variáveis foram analisadas por meio de medidas de tendência central de forma descritiva e percentual.

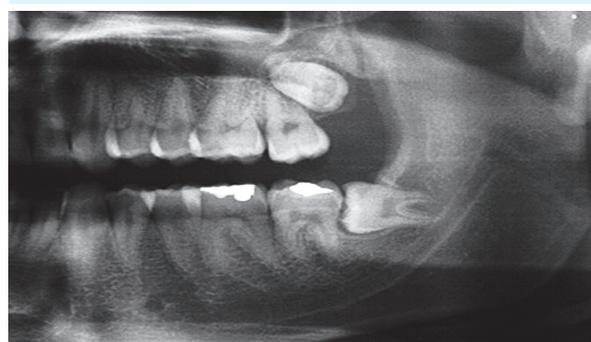


Figura 1: Imagem radiográfica panorâmica de terceiros molares incluídos e impactados (dentes 28 e 38)

Resultados

De acordo com o gráfico da Figura 2, foi observado em relação à faixa etária dos pacientes submetidos ao procedimento, que a maioria dos indivíduos se concentrou na faixa de 20 a 25 anos de idade (66,6%), seguidos igualmente pela distribuição etária de 26 a 31 e acima de 34 anos (33,2%), consecutivamente.

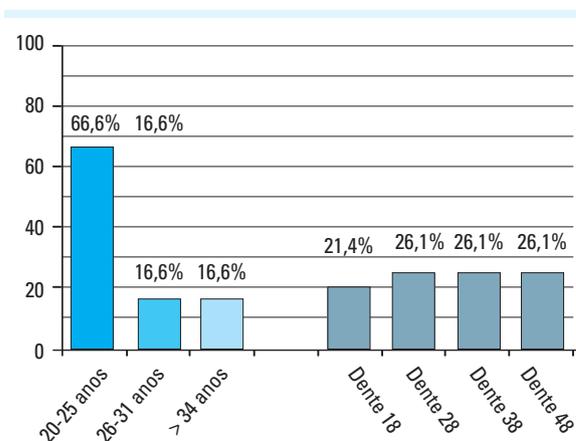


Figura 2: Distribuição por faixa etária dos pacientes submetidos à cirurgia de terceiros molares incluídos/impactados e frequência dos dentes submetidos ao procedimento em percentual (n=24)

A Figura 2 também mostrou similar frequência em relação à localização dos dentes submetidos à cirurgia de terceiros molares com distribuição semelhante entre os elementos 28, 38 e 48 (21,6%), num total de 78,3% das incidências, com pequena diferença em percentual para o elemento 18 (21,4%).

No gráfico da Figura 3, as complicações clínicas pós-operatórias da cirurgia de terceiros molares foram encontradas na maioria dos pacientes submetidos ao procedimento com frequência de 75% do estudo.

Dentre as principais intercorrências (Figura 3), a dor pós-operatória local persistente após três dias da intervenção apresentou-se mais frequente (77,2%), seguida pelas alveolites (13,6%) e hematomas (9%). As condições locais de trismo e edema não foram identificadas nos sinais clínicos analisados nos pacientes (0,0%).

Os resultados da Figura 4 demonstraram que a medicação prescrita pós-operatória como forma de amenizar as sintomatologias do procedimento, demonstrou, em sua maioria, uma predominância da antibioticoterapia (68,5%) com uso de amoxicilina (57,1%) e clindamicina (11,4%).

O uso de analgésicos e anti-inflamatórios (28,5%) apresentaram a indicação da dipirona sódica com 25,7%, e em menor frequência, o ibuprofeno (2,8%). A prescrição de corticoides foi pouco indicada no tratamento medicamentoso pós-operatório em apenas 2,8% das prescrições utilizando dexametasona.

Discussão

Neste estudo, as complicações cirúrgicas pós-operatórias de terceiros molares inclusos/impactados apresentaram e revelaram um perfil etário de pacientes jovens em torno da segunda década de vida, condição em que a fase pós-eruptiva da dentição já se estabeleceu e os crescimentos ósseos das estruturas craniomandibulares atingiram suas adequadas proporções e maturação. A sintomatologia

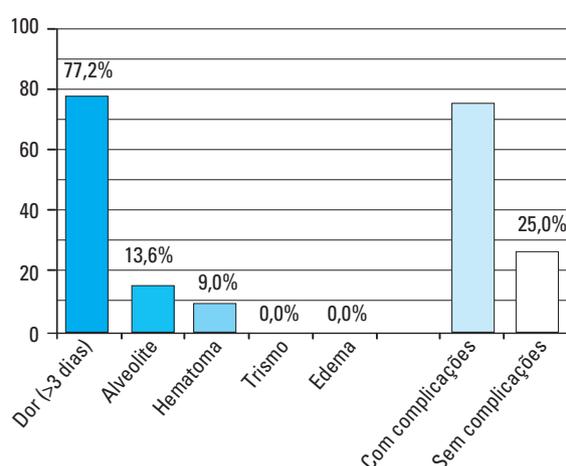


Figura 3: Representação das principais complicações pós-operatórias e da frequência dos pacientes acometidos em percentual (n=24)

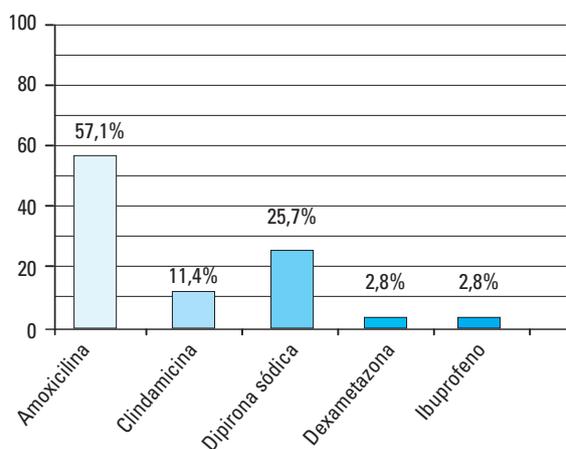


Figura 4: Representação em percentual das principais medicações pós-operatórias prescritas na cirurgia de terceiros molares inclusos impactados (n=35)

que condicionou esses indivíduos a procura dos cirurgiões-dentistas surgiu nesse período, possivelmente, estabelecendo essa característica temporal do grupo analisado, em que foi denotada a alta incidência dos procedimentos e diagnósticos a que foram submetidos na instituição.

Alguns autores^{5, 7, 8, 9} encontraram características similares ao estudo aqui apresentado, relatando a presença frequente do terceiro molar incluso também em pacientes com idade em tor-

no de 20 a 25 anos, decorrente das modificações e variações na posição desses dentes até o início da idade adulta. Nesse caso, o sintoma de dor e/ou maloclusão está associado a essa ocorrência, principalmente, em razão do aumento do volume da caixa craniana a expensas do crescimento maxilomandibular^{7,8,10}.

A distribuição homogênea em frequência (21,3% a 26,3%), nesta pesquisa, entre os quadrantes da incidência dos dentes incluídos/impactados, demonstrou ser uma condição simétrica encontrada na estrutura maxilomandibular dos pacientes submetidos à cirurgia, não sendo, entretanto, possível sua caracterização como predominante em algumas das arcadas (superiores/inferiores) analisadas. Segundo alguns autores^{11,12}, a sequência do irrompimento do terceiro molar com falta de espaço na arcada acomete tanto nos molares superiores quanto inferiores, sendo mais comum na segunda situação em razão da condição anatômica mais compacta da mandíbula e por serem os últimos dentes a erupcionarem. Estatisticamente, essa relação pode apresentar-se em 36,9% para os elementos superiores, e 49,3%, para os inferiores, sendo a predominância dos dentes na posição de hemiarcada entre 19% a 27%^{7,10}.

A sintomatologia e sinais do quadro clínico pós-operatório na remoção cirúrgica de terceiros molares se apresentaram frequentes no estudo, sendo típicos em procedimentos invasivos e cirurgias orais menores/maiores, pois os pacientes, na sua maioria, no retorno ambulatorial, referem algum tipo de complicação, esperados na prática clínica e comuns na literatura, tais como dor, trismo, edema, sangramento, alveolite e hematomas locais^{9,10,11,12}.

Nesse sentido, a dor pós-operatória se apresentou como sendo a sintomatologia em que os indivíduos referem maior desconforto, representando a mais evidente complicação pós-operatória de importância para o cirurgião-dentista e de preocupação para os pacientes, durante o levantamento dos dados. Entretanto, sua descrição e análise, feita sob o ponto de vista subjetivo abordado, demonstram a dificuldade de mensu-

ração adequada desse sintoma, adquirindo assim, na maioria das vezes, um relato de caráter mais qualitativo.

O fenômeno físico da dor parece ser de evidência clínica no pós-operatório, pois na maioria dos procedimentos cirúrgicos, devido à lesão tecidual decorrente das técnicas de incisão, é comum que os pacientes denotem, em maior ou menor grau, esse tipo de sintoma. Por isso, neste estudo, a intensidade da dor, mesmo não quantificada, foi a complicação clínica mais relevante e presente. Para análise desse critério, verificou-se a persistência do sintoma por meio da reavaliação pós-operatória realizada durante o intervalo de três a sete dias do procedimento, como preconizado no protocolo clínico da Odontologia.

Alguns autores^{9,11} consideram como rotina que parte dos indivíduos submetidos à cirurgia de terceiros molares apresente quadro algico, sendo subjetivo e altamente variável em cada paciente. O pico da dor ocorre em torno de 12 horas depois da extração, e diminui, após esse período, e no caso de persistência, pode ser considerada uma condição e um sintoma desfavoráveis no prognóstico clínico⁹.

As alveolites apresentaram neste estudo uma baixa incidência (13,9%), juntamente com os hematomas (9%), edemas locais e outras formas de complicações. A aplicação e padronização das técnicas de exérese, de anestésias, de biossegurança dos equipamentos e ambiente, bem como de esterilização dos instrumentais, rigorosamente supervisionados por profissionais experientes, exigidos na clínica cirúrgica da instituição, podem, direta ou indiretamente, ter influenciado e reduzido os riscos de infecções, traumas, complicações e acidentes pós-operatórios para esse tipo de cirurgia. Esses fatores podem estar relacionados à redução dos riscos de infecções e à diminuição da aplicação de técnicas inadequadas, como curetagem do alvéolo e suturação dos tecidos subjacentes, tornando os riscos de insucesso cirúrgico menores.

Esta pesquisa corrobora estudos que demonstram que a atenção aos detalhes cirúrgicos, incluindo o preparo do paciente, assepsia, manejo cuidadoso dos tecidos, controle da hemostasia e da força aplicada no uso de instrumentos, além de instruções pós-operatórias adequadas, reduzem o índice de complicações⁹. As alveolites podem ocorrer em torno de 5% a 19,5% após exodontia de terceiros molares^{10, 9}. Autores^{9, 10, 12} sugerem que por se tratar de um procedimento que envolve estruturas anatômicas nobres e de difícil acesso, quando praticado por cirurgiões-dentistas não especialistas, o índice de intercorrências trans e pós-operatórios podem aumentar.

Algumas complicações de caráter crônico no quadro clínico do paciente, como trismo e edemas locais, muito comuns, não apresentaram nenhuma incidência, provavelmente porque o índice de acidentes cirúrgicos, muitas vezes associados a esse tipo de intercorrências, não foram relatados nos questionários. Podemos acrescentar ainda, o acompanhamento pós-operatório imediato com retornos protocolados no máximo em sete dias adotados na clínica, que podem profilaticamente evitar e diagnosticar de maneira antecipada sinais e sintomas desse gênero, podendo ser tratados de imediato, quando instalados inicialmente. Como exemplo, apresenta-se o edema cirúrgico que alcança sua expressão máxima em 48 ou até 72 horas, após o procedimento, e, quando adequadamente tratado pelo cirurgião-dentista, começa a regredir por volta do terceiro dia, sendo eliminado, normalmente em um período de sete dias^{9, 10, 13}.

Observamos também que alguns sinais/sintomas apresentam relação direta com medicamentos prescritos durante o tratamento. Vários estudos indicam a intervenção farmacológica para minimizar ou, até mesmo, prevenir essas complicações¹¹. Nesse caso, neste estudo aqui apresentado a antibioticoterapia pode ter apresentado relação com os baixos índices de infecção pós-operatória, principalmente em relação às alveolites.

O sintoma da dor também pode surgir com intensidade que varia de moderada a severa, o que faz com que mais de 90% dos pacientes necessitem de analgesia pós-operatória^{6, 14}. Entretanto, os altos índices de dor registrados, não foram mensurados e graduados de acordo com a intensidade na coleta dos prontuários. Possivelmente, essa sintomatologia também pode ter sido relacionada com a prescrição em menor frequência da medicação analgésica, adotados nos protocolos dos pacientes, o que, muitas vezes, só ocorre na conduta pós-operatória expectante e somente se a dor assumir tardiamente uma condição de complicação clínica.

O baixo índice na indicação e prescrição do uso de corticosteroides demonstra uma possível relação com os baixos índices de outras complicações crônicas, tais como trismo e edemas que nesta pesquisa foram pouco citados nos prontuários. Alguns relatos demonstram que o uso de corticoides e anti-inflamatórios não esteroidais, ou a utilização de associação dessas duas terapias, somente são indicados na presença dessas intercorrências crônicas^{9, 15, 16}.

Conclusão

O estudo das complicações clínicas pós-cirúrgicas de terceiro molar incluso/impactado revelou a importância de analisar a dor, após exodontia, considerando as intervenções terapêuticas adotadas.

A dor local, pós-exodontia, (por período acima de cinco a sete dias) se apresentou como a complicação cirúrgica mais frequente nos pacientes submetidos aos procedimentos.

A prevalência dos sintomas e realização do procedimento cirúrgico predominou em indivíduos jovens, em torno da segunda década de vida, com incidência e distribuição de dentes inclusos/impactados simétricas nas arcadas. Algumas terapêuticas adotadas, após a intervenção cirúrgica, como a medicamentosa, podem estar relacionadas com o tipo de sintomatologia apresentada pelos pacientes submetidos a essa intervenção.

Referências

- Marzola, C. Técnica exodôntica. 2ª ed. São Paulo: Pancast; 1994.
- Nery FS, Santos LS, Sarmento VA, Santana EJB. Avaliação da prevalência de terceiros molares inferiores inclusos e da posição de inclinação do seu longo eixo em radiografias panorâmicas. Rev Ciênc Méd Biol. 2006;5(3):222-30.
- Heitz C, Ferreira AGM, Diefenbach RS. Incisão em "V" nas extrações de terceiros molares inferiores retidos. Rev Gaúcha Odont. 2005;53(1):35-7.
- Júnior PVS, Marson JO, Toyama RV, Santos JRC. Terceiros molares inclusos mandibulares: incidência de suas inclinações, segundo classificação de Winter: levantamento radiográfico de 700 casos. RGO. 2007;55(2):143-7.
- Santos DR, Quesada GAT. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2009;9(1):83-92.
- Filho VAP, Trivellato AE, Silva AC, Moraes M, Moreira RWF, Ambrosane GMB. Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação analgésica (ibuprofeno e ibuprofeno-arginina) após extração de terceiros molares inferiores inclusos. Rev Odont Bras Central. 2000;9(27).
- Farias JG, Farias JG, Santos FA, Campos PSF, Sarmento VA, Barreto S, Rios V. Prevalência de dentes inclusos em pacientes atendidos na disciplina de cirurgia do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2003;3(2):15-9.
- Porto GG, Vasconcelos BCE, Carneiro SCAS, Vasconcelos CFM. Princípios bioéticos na cirurgia de terceiro molar incluído em adolescentes e adultos jovens. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2009;9(1):103-14.
- Walter JP, Lazaro SC, Leporace A. Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares: Revisão de literatura. Rev Odont Univ Cid. 2008;20(2):181-5.
- Oliveira LB, Oliveira BL, Schmidt DB, Assis AF, Gabrielli MA, Vieira EH, Filho VA. Avaliação dos acidentes e complicações associados à exodontia dos terceiros molares. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2006;6(2):51-6.
- Masiero FM, Jesus VJ, Rosas RF. Fisioterapia no pós-operatório de exodontia de terceiro molar. [Monografia]. Tubarão: Universidade Sul de Santa Catarina; 2008.
- Vicentini EL, Pádua JM, Freitas KV. Análise de 290 prontuários de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores semi-irrompidos e irrompidos. Rev AORP. 2008;1(3):5-8.
- Poeschl PW, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery – a necessity? J Oral Maxillofac Surg. 2004;62:3-8.
- Lysell L, Anzen B. Pain control after third molar surgery a comparative study of ibuprofen (Ibumetin) and a paracetamol/codeine combination (Citodon). Swed Dent J. 1992;16(4):151-60.
- Esen E, Esen E, Tasar F, Akhan O. Determination of the anti-inflammatory effects of methylprednisolone on the sequelae of third molar surgery. J. Oral Maxillofac Surg. 1999; 57(10):1201-6.
- Moore PA, Brar P, Smiga EE, Costello BJ. Preemptive rofecoxib and dexamethasone for prevention of pain and trismus following third molar surgery. Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99:71-7.

UNIVERSIDADE CAMILO CASTELO BRANCO
Clínica de Odontologia
Disciplina de Traumatologia Bucomaxilo facial

1. Nome do paciente: _____ Prontuário: _____

2. Idade: _____ sexo: masc () fem () Data da cirurgia: _____

3. Diagnóstico: _____

5. Medicamentos: trans-operatórios _____ Pós-operatórios _____

6. Técnica anestésica: _____

7. Técnica cirúrgica: _____

8. Patologias associadas: _____

9. Complicações:

a) Dor ()

b) Problemas cardíacos ()

c) Problemas respiratórios ()

d) Crises hipertensivas ()

e) Lesões do nervo lingual ()

f) Lesões do nervo alveolar inferior ()

g) Paralisia do nervo facial ()

h) Alveolite granulomatosa ()

i) Alveolite seca ()

j) Hematoma ()

k) Edema ()

l) Infecções e abscessos ()

m) Luxação da ATM ()

n) Enfisema subcutâneo ()

o) Lesão de tecidos moles ()

p) Trismo ()

q) Infartamento ganglionar ()

10. Observações:

Anexo I: