

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

MANOEL ELIO ALMEIDA ALVES FILHO

**ESTUDO RESTROSPECTIVO DAS COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS À EXODONTIAS DE TERCEIROS
MOLARES EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO
SERTÃO PARAIBANO**

PATOS- PB

2017

MANOEL ELIO ALMEIDA ALVES FILHO

**ESTUDO RESTROSPECTIVO DAS COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS À EXODONTIAS DE TERCEIROS
MOLARES EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO
SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro

PATOS- PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

A474e Alves Filho, Manoel Elio Almeida

Estudo retrospectivo das complicações associadas à exodontias de terceiros molares em um serviço de referência no sertão paraibano / Manoel Elio Almeida Alves Filho. – Patos, 2017.

52f. : il; Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

"Orientação: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro."

Referências.

1. Acidentes. 2. Complicações. 3. Terceiro molar. 4. Cirurgia. I. Título.

CDU 616.314-089.87

MANOEL ELIO ALMEIDA ALVES FILHO

**ESTUDO RESTROSPECTIVO DAS COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS À EXODONTIAS DE TERCEIROS
MOLARES EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO
SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro

BANCA EXAMINADORA

EDUARDO DIAS RIBEIRO

Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Julierme Ferreira Rocha

Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Julliana Cariry Palhado Freire

Profª. Ms. Julliana Cariry Palhado Freire – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

DEDICATÓRIA

A minha família, meu pai Manoel Elio (ELZINHO), mãe Profa. Rosina, irmão Joaquim Dilson, irmã Dra. Tania e a minha mulher Ladyane. Eles são meu alicerce, minha inspiração e meu conforto diário. Meu pai sempre servindo de bom exemplo com sua perseverança, honradez e coragem de enfrentar todas as batalhas que vida lhe traz. Minha mãe que sempre se dedicou aos filhos e a sua missão de ensinar com muito amor e a base do exemplo. Meu irmão que sempre esteve junto em todas as ocasiões para estender a sua mão altruísta. Minha irmã que me apresentou a odontologia, meu exemplo profissional que está comigo desde o início em todos os momentos. A minha mulher que esta comigo em todos os minutos apoiando e ajudando nas batalhas diárias.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me reconfortar nos momentos de tristeza e angustia, trazendo a mim forças pra enfrentar essa odisseia em busca de conhecimento e melhora pessoal. Por dar coragem para sair do seio da minha cidade, no sertão baiano, e enfim conquista o diploma.

Aos meus amigos e colegas que a universidade proporcionou: Luan Veiga, Ramon, Rodrigo Farias, Diobson, Caique Guimaraes, Dr. Carlos Augusto, Henrique, Thiago Neginho, Gustavo Xerife, Felipe.

A LAC, na figura de seu idealizador Julierme Ferreira, que me proporcionou adquirir um maior conhecimento e paixão pela Cirurgia. Ao meu orientador Eduardo Dias por sua amizade e compreensão nos momentos de aprendizagem.

No fim, o que importa não é o quanto tempo que vivemos, mas a intensidade pelo qual vivemos. O bem que fizemos; os amigos que fizemos; o amor que compartilhamos ao longo do caminho. É a jornada... (ThunderCats, atemporal).

RESUMO

As exodontias apresentam suas dificuldades como, por exemplo, a íntima relação com estruturas anatômicas nobres, a angulação das coroas dos dentes inclusos, as impatações, além das complicações da cirurgia propriamente dita que podem ser vistas no transoperatório e/ou pós-operatório. Esta pesquisa tem como objetivo determinar a prevalência das complicações ocorridas nas cirurgias para exodontia de 3º molar. A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil, através da avaliação retrospectiva do prontuário de 226 pacientes submetidos à extração dos terceiros molares na Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC), obtendo como resultados 483 extrações e 43 casos (8,9%) de complicações, sendo a fratura radicular e a alveolite as complicações com maior prevalência. Com base na pesquisa realizada, concluímos que os achados em nosso estudo, vão de encontro aos estudos já pré-existentes.

DESCRITORES: Acidentes; Complicações; Terceiro Molar; Cirurgia.

ABSTRACT

Nowadays, the surgical procedure for removal of impacted third molars has been the most frequent among oral and maxillofacial surgeons, often practiced by non-specialist dental surgeons. These exodontias present their difficulties, for example, the intimate relation with noble anatomical structures, the angulation of the crowns of the included teeth, the impaction, besides the complications of the surgery proper that can be seen in the intraoperative and / or postoperative period. This research aims to analyze the complications of surgery for 3rd molar extraction. The research was carried out at the Clinical School of Dentistry of Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brazil, through the retrospective evaluation of the medical records of 226 patients submitted to extraction of the third molars in the Academic League of Surgery (ALS) of this institution, obtaining 483 extractions and 43 cases (8.9%) of complications. Based on our research, we conclude that the findings in our study are in agreement with pre-existing studies.

KEYWORDS: Accidents; Complications; Third molar; Surgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Porcentagem de elementos dentários extraídos.....Pág. 35
- Figura 2** - Número de complicações.....Pág. 40
- Figura 3** - Quantidade e tipo de complicações transoperatórias e pós-operatórias ocorridas.....Pág. 40
- Figura 4** - Comparação de complicação entre os gêneros.....Pág. 41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta e relativa por gênero e faixa etária.....Pág. 36

Tabela 2 - Número de extrações de terceiros molares por faixa etária e gênero.....Pág. 36

Tabela 3 - Distribuição das extrações do elemento 18 com relação à faixa etária e o gênero.....Pág. 36

Tabela 4 - Distribuição das extrações do elemento 28 com relação à faixa etária e o gênero.....Pág. 37

Tabela 5 - Distribuição das extrações do elemento 38 com relação à faixa etária e o gênero.....Pág. 37

Tabela 6 - Distribuição das extrações do elemento 48 com relação à faixa etária e o gênero.....Pág. 38

Tabela 7- Fatores de risco distribuídos por gênero.....Pág. 38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
REFERÊNCIAS.....	22
3 ARTIGO CIENTIFICO.....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
ANEXOS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Um dente impactado é aquele que não conseguiu erupcionar na arcada dentária dentro do tempo esperado. Os últimos dentes a se erupcionarem são os terceiros molares, por conta disso são os mais sujeitos a sofrerem impacção por falta de espaço adequado na arcada. Comumente esses elementos completam sua erupção em pessoas com 20 anos de idade, não obstante, a erupção pode se prolongar até os 25 anos. Em sua cronologia adequada, o terceiro molar inferior inicia com uma angulação horizontal; como a mandíbula cresce e o elemento dentário se desenvolve, a posição evolui de horizontal passa por mesioangular e finaliza na posição vertical, essa mudança na orientação e inclinação ocorre concomitantemente à formação radicular do elemento dentário (HUPP, 2015 A; ANTUNES, 2014).

Quando os terceiros molares possuem déficit na rotação mesioangular para posição vertical, ou quando o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor que o comprimento total da arcada esses elementos não encontram acomodação adequada para a sua erupção e permanecem retidos, por tecidos moles, ósseos ou ambos (BEATO; ALVITOS; MEDEIROS, 2007; HUPP, 2015 A). Antunes (2014) afirma que o crescimento anormal das raízes dentária influencia diretamente em seu posicionamento final. Quando elas se desenvolvem em demasia podem levar a uma posição distoangular, e quando há o desenvolvimento inadequado da raiz distal, frequentemente com uma curva mesial, é responsável por uma posição mesioangular ou horizontal severa.

Um preceito básico da odontologia atual é a prevenção, então a extração de dentes inclusos tem como objetivo preservar a saúde bucal. A remoção precoce previne a instalação de doenças, como doenças de cárie periodontal, pericoronarite, reabsorção radicular, má oclusão, cistos e tumores odontogênicos, fratura de mandíbula e dor com origem desconhecida, entre outros. Como norma geral, todos os elementos impactados devem ser extraídos assim que o dentista determinar que o dente esteja impactado, a menos que esta remoção seja contraindicada. O avanço da idade torna a

remoção dentária mais difícil, pelo fato de o paciente poder ter adquirido doenças sistêmicas comprometedoras e o osso circundante poder vir a ser mais denso, assim sendo não se deve recomendar que dentes impactados permaneçam no local a menos que sua remoção seja contraindicada (BEATO; ALVITOS; MEDEIROS, 2007; HUPP, 2015 A).

Os quadros de pericoronarite aguda ou crônica, alterações periodontais, lesões teciduais, lesões cariosas, dor sem causa aparente e tratamentos ortodônticos são as principais razões para extração dos terceiros molares. O número de intercorrências nesse tipo de procedimento é baixo, mesmo sendo uma das cirurgias mais realizadas na odontologia. Muito embora, tal procedimento pode desenvolver complicações ao paciente, como alveolite, hemorragia, fratura radicular, infecção, parestesia e fratura do tecido ósseo, além de fratura mandibular e alteração nos dentes vizinhos (KATO et al., 2010).

Tendo em vista o grande número de exodontias de terceiros molares realizadas na Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC) na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e os variáveis tipos de complicações relatadas pela literatura, os níveis técnicos exigidos por esse tipo de procedimento devido à complexidade e a aproximação com estruturas nobres. Esta pesquisa tem com intuito analisar as complicações transoperatórias e pós-operatórias ocorridas na mesma. Trazendo assim dados para avaliar os pontos positivos e negativos, quantificando o número de complicações, possibilitando que haja uma autocrítica para uma melhora nos atendimentos.

2 FUNDAMETAÇÃO TEORICA

A prevenção de complicações é mais bem executada por meio de uma primorosa avaliação, um rico plano de tratamento e uma cuidadosa execução do procedimento cirúrgico. É preciso entender que mesmo com um planejamento adequado e uma excelente técnica cirúrgica as complicações ocasionalmente podem acontecer. Em situações nas quais houve um cuidadoso planejamento do cirurgião dentista, a complicação frequentemente é previsível e quase sempre pode ser controlada (HUPP, 2015 B).

Um dos passos fundamentais para que a cirurgia seja um sucesso é o planejamento cirúrgico, baseando-se no exame clínico e nos exames complementares. Por meio do exame clínico adquire-se informações específicas da saúde geral do paciente bem como história médica e odontológica, e por meio de exames complementares, como os radiográficos, há compreensão da dificuldade e complexidade para o ato cirúrgico. Com um planejamento adequado é possível precaver acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório (SEGURO; OLIVEIRA, 2014).

Os dentistas devem praticar uma autocrítica para realizar cirurgias que estejam dentro das limitações de suas habilidades. Eles devem, portanto, avaliar cuidadosamente seus treinamentos e habilidades antes de decidir realizar uma cirurgia específica. À vista disso, por exemplo, é inapropriado a um dentista com experiência escassa no cuidado de terceiro molares impactados se encarregar de uma cirurgia de extração de um dente incluso. O profissional deve ter em mente que recomendar um especialista é uma opção que deve ser sempre exercida se o plano cirúrgico estiver além de sua própria habilidade (HUPP, 2015 B).

A maior parte das complicações em exodontia sucede de falhas na avaliação e no planejamento, do mau uso de instrumentos, da aplicação de força demasiada e de acesso inadequado. No decorrer da cirurgia, o dentista deve seguir os princípios cirúrgicos básicos, os princípios de assepsia, ter o manuseio atraumático dos tecidos, hemostasia e completo fechamento da ferida após o procedimento, para minimizar a ocorrência de complicações

durante o transoperatório ou pós-operatório (MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007; HUPP, 2015 B).

A exodontia do terceiro molar de forma precoce visa impedir a instalação de doenças, como cárie periodontal, pericoronarite, reabsorção radicular, má oclusão, cistos e tumores odontogênicos, fratura de mandíbula e dor com etiologia desconhecida, dentre outras. Pacientes jovens suportam bem o procedimento, recuperando-se mais rapidamente e com menos interferência em seus cotidianos. A saúde periodontal é mais satisfatória em pacientes jovens devido à melhor e mais completa regeneração dos tecidos periodontais distais ao segundo molar. Acontece o mesmo, na recuperação do nervo em pacientes jovens, quando lesionado. Além de tudo, o procedimento é mais fácil de ser realizado em pacientes mais jovens porque o osso é menos denso e a formação da raiz esta incompleta (BEATO; ALVITOS; MEDEIROS, 2007; HUPP, 2015 A).

Hoje em dia o procedimento cirúrgico para remoção de terceiros molares impactados tem sido a mais frequente entre os cirurgões bucomaxilofaciais, muitas vezes, praticada por cirurgões dentistas não especialistas. Essas exodontias apresentam suas dificuldades como, por exemplo, a íntima relação com estruturas anatômicas nobres, a angulação das coroas dos dentes inclusos, as impactações além das complicações da cirurgia propriamente dita que podem ser vistas no momento cirúrgico como a osteotomia, odontosseção e/ou da remoção propriamente dita destes elementos. Muitas vezes podem surgir algumas complicações como edema, dor exacerbada, trismo, parestesia do nervo alveolar inferior, alveolite, fraturas de maxila e mandíbula e comunicação buco-sinusal (OLIVEIRA et al., 2006; SEGURO; OLIVEIRA, 2014).

Como em todo procedimento cirúrgico a remoção de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações de morbidade variada algumas tendo sua resolução mesmo sem qualquer tratamento específico e outras consideradas complexas, essas quando acontecem, há exigência de um tratamento imediato, muitas vezes necessitando de hospitalização (JUNIOR et al., 2008).

É fundamental salientar que nem todos os dentes inclusos estão indicados para exodontia. Em algumas situações, o cirurgião-dentista deve

contraindicar a remoção destes dentes ou ainda optar por procedimentos cirúrgicos que permitam seu aproveitamento. Tendo em vista isso, há indicação da extração nos seguintes casos: prevenção de caries dentárias, doença periodontal, prevenção de pericoronarite, reabsorção radicular, cistos e tumores odontogênicos, dor de origem desconhecida, má oclusão, fraturas mandibulares, dente impactado sob prótese dentária e facilitação do tratamento ortodôntico. Sendo contraindicada a extração nos seguintes casos: pacientes em extremos de idade, condição médica comprometida e quando há dano excessivo às estruturas adjacentes (BEATO; ALVITOS; MEDEIROS, 2007; HUPP, 2015 A).

4.1 COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS

Os principais acidentes em exodontias são as fraturas coronárias, fraturas radiculares, fraturas de tuberosidades, fraturas alveolares, lesão ao periodonto do dente adjacente, penetração de corpos estranhos, extrações equivocadas, lesões nervosas, trauma de tecidos mole, hemorragias, luxação da mandíbula, abertura do seio maxilar, entre outros (ARAÚJO et al., 2011).

Em uma pesquisa feita por Ferreira (2015) notou-se que a grande maioria das fraturas coronárias está associada a coroas parcialmente destruídas, tendo em vista o fato de que quando o dente se apresenta cariado ou com pouco remanescente coronário a fratura é mais provável que aconteça.

Já a fratura de raiz é o problema mais comum associado à extração dentária. Raízes longas, curvas e divergentes, que se encontra em osso denso são as mais prováveis de serem fraturadas. O principal método para prevenir fraturas de raízes é realizar a cirurgia pela técnica aberta (HUPP, 2015 B).

A extração de um dente normalmente requer que o osso alveolar circunjacente seja expandido a fim de possibilitar um trajeto livre para remoção do dente. Porém em algumas situações o osso fratura e é removido junto com o dente, em vez de expandir, a causa mais provável de fratura do processo alveolar é o uso de força excessiva com o fórceps, que fratura grandes porções da lâmina cortical (HUPP, 2015 B).

A prevenção de fraturas de grandes porções da lâmina cortical depende de uma avaliação radiográfica e clínica pré-operatória, em evitar o uso

de quantidade excessiva de força e a antecipação da decisão em realizar uma extração aberta com remoção controlada de osso e secções de dente. O tratamento pode tomar dois caminhos se o fragmento ósseo vier junto ao elemento dentário o cirurgião deverá reposicionar apenas o tecido mole sem o fragmento ósseo, mas se o fragmento ósseo ficar aderido ao tecido mole o mesmo deverá ser posicionado com o fragmento ósseo (HUPP, 2015 B).

O mau planejamento e forças inadequadas ao dente no ato da extração pode levar a fratura da tuberosidade da maxila. Também esta relacionada a casos de molares superiores retidos isolados na maxila, em que já houve reabsorção do osso das regiões vizinhas. Essa fratura ocorre muitas vezes por conta do tipo de tecido ósseo dessa região que tem como característica ser bastante delgado. Ocasionalmente, esse tipo de intercorrência ocorre em terceiro molar com raízes divergentes ainda isolados no arco alveolar, ou por hipercementose, e, for executado com uma exacerbada força de lateralidade (ANDRADE et al., 2012).

A fratura mandibular, que é um caso raro, está associado principalmente ao uso de forças exageradas com as alavancas. Deve-se avaliar o volume dentário, a espessura da mandíbula e a idade do paciente. A fratura usualmente acomete pacientes em idade avançada, em mandíbula atrófica e na região de terceiros molares (MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007).

Já a comunicação buco-sinusal e, conseqüentemente, a fístula buco-sinusal compreende uma complicação frequente em extrações dentárias. Os acidentes operatórios são as causas mais comuns de comunicações buco-sinusais, ocorrendo após extrações de dentes ou restos radiculares, curetagem dos alvéolos após extração, remoção cirúrgica de dentes inclusos, fraturas de tábuas ósseas vestibulares ou durante enucleação de cistos ou tumores em íntima relação ao seio maxilar (SALIM et al., 2008).

O diagnóstico de uma comunicação buco-sinusal pode ser feito por meio de um exame complementar com radiografia oclusal ou pósterio-anterior de face. Clinicamente, o diagnóstico pode ser feito pela técnica de Valsava e pelos sinais e sintomas que o paciente apresenta, tais como: passagem de líquidos para o nariz, timbre nasal da voz, transtornos na deglutição de líquidos e alimentos, halitose, coriza, epistaxe, paladar alterado,

obstrução nasal unilateral, dor na face ou cefaléia frontal, corrimento nasal unilateral e tosse noturna devido à drenagem de exsudato para a faringe (Parente et al., 2007).

O tratamento das complicações bucossinusais é baseado no tempo de existência da comunicação, no seu tamanho e na presença ou não de infecção. Obviamente, quanto maior a comunicação, mais difícil o tratamento, que certamente exigirá a realização de retalhos cirúrgicos específicos. Da mesma forma, quanto mais recente for o diagnóstico, melhor será o prognóstico (MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007).

Geralmente, as lesões dos tecidos moles são causadas pela falta de cuidado do cirurgião, tal como o uso incorreto de alavancas, resvalo de broca ou tracionamento exagerado do retalho muco periósteeo (MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007).

A lesão mais comum dos tecidos moles durante a cirurgia oral é a laceração do retalho mucoso durante a extração cirúrgica de um dente. Isso normalmente resulta em um inadequado tamanho do retalho em envelope inicial. A prevenção dessa complicação apresenta-se em três partes: (1) fazer um retalho de tamanho adequado para prevenir excesso de tensão no retalho, (2) usar controlada quantidade de força de retração sobre o retalho, e (3) fazer incisões relaxantes, quando indicadas. Se uma laceração ocorre no retalho, este deve ser cuidadosamente reposicionado, uma vez terminada a cirurgia (HUPP, 2015 B).

Podem acontecer também feridas perfurantes e abrasão em tecidos moles. A primeira geralmente acontece quando instrumentos como alavanca reta ou um descolador de periósteeo escorregam do campo cirúrgico e perfura ou lacerar os tecidos moles adjacentes. Quando uma ferida perfurante acontece, o tratamento tem como objetivo a prevenção da infecção e permite que a cicatrização ocorra, normalmente por segunda intenção. Já a abrasão são queimaduras dos lábios, das comissuras orais, ou dos retalhos. Essas normalmente são resultados do atrito da haste rotatória da broca nos tecidos moles, ou do afastador de metal. Tais feridas cicatrizam em 04 ou 07 dias sem cicatriz, se a abrasão ocorrer na pele, o dentista deverá aconselhar o paciente a mantê-la coberta com pomada antibiótica (HUPP, 2015 B).

Com relação aos acidentes a dentes adjacentes as lesões mais ocorridas são a fratura de uma restauração ou de um dente bastante afetado por lesão cariosa e a luxação do dente vizinho (PETERSON et al., 2004). Se existir uma restauração grande o cirurgião deverá prevenir o paciente antecipadamente sobre a possibilidade de fraturá-la durante a extração. A prevenção de tal fratura é alcançada, principalmente, evitando-se a aplicação de instrumentação e força na restauração. Quando há um mau posicionamento dos elevadores no momento da extração ocorre uma transmissão indevida de força ao dente vizinho, fraturando sua coroa, ou luxando-se o dente quando disposições radiculares o facilitem (PETERSON et al., 2004; MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007).

Na ocorrência do trauma ao dente adjacente, deve-se, no final do procedimento cirúrgico, trata-lo, colocando-se sobre ele uma restauração temporária. O paciente deve ser comunicado sobre a ocorrência da fratura e da necessidade de uma restauração permanente (HUPP, 2015 B).

No caso de deslocamento de dente para regiões anatômicas nobres podemos ter a penetração de dentes ou fragmentos de raízes no seio maxilar ou na cavidade nasal. Esta associado a raízes dos segundos pré-molares e molares, inclusive o terceiro molar superior (incluso) que poderá ser movido para dentro do seio maxilar. Existem três possibilidades: 1- Entrar no seio maxilar e alojar-se no piso da cavidade. 2- Deslocar entre a mucosa do seio e o assoalho ósseo, ficando coberta pela mucosa. 3- Mover para dentro de uma cavidade patológica, por debaixo do seio e nela ficar alojada (Graziani, 1995). A presença de estruturas estranhas dentro do seio maxilar proporciona diversas complicações, como infecção, por exemplo, fato que justifica a indicação de procedimento cirúrgico para a adequada remoção da estrutura (FARIAS et al., 2003).

Há a possibilidade da penetração de raízes ou dentes nas vias digestivas, respiratórias, e tecidos vizinhos. No primeiro caso normalmente não corre nenhum risco, no entanto, quando cai nas vias aéreas, há o risco de infecção, edema de glote e morte por asfixia, e, portanto, terá que haver o encaminhamento do paciente ao médico para que proceda a exames complementares para localizar o dente. Em relação aos tecidos vizinhos, os elementos dentários podem ser deslocados para a fossa pterigoidea, ou

assoalho da boca, devido à aplicação indevida de forças, afetando as corticais ósseas (MARZOLA, 2008).

4.2 COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATORIAS

Das complicações pós-operatórias podemos citar as alveolites, hemorragias, dor, edema e trismo, infecções invadindo os espaços faciais, que em casos extremos podem evoluir e levar o paciente a óbito e alterações neuro-sensoriais (ARAÚJO et al., 2011).

O extravasamento sanguíneo natural que se segue em qualquer intervenção não é uma hemorragia. Ela é definida como um extravasamento abundante e anormal de sangue que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica, o qual não se coagula e a hemostasia natural não ocorre (ANDRADE et al., 2012).

As hemorragias pós-operatórias não são frequentes, sendo relativamente raros os casos. Quando não são justificadas pelas discrasias sanguíneas ou acidentes, podem indicar erro da técnica cirúrgica ou imperícia profissional (OLIVEIRA; BLAJIESKI; FERNANDES, 2009).

O sangramento pode ser efetivamente tratado com medidas locais, sendo a pressão com compressas de gazes efetivo e normalmente suficiente para o controle. Sangramento persistente pode ser manejado com suturas adicionais, uso de gelfoam ou surgicel. Sangramento arterial, quando identificado, é melhor tratado com a identificação do vaso, ligadura ou cauterização (JUNIOR et al, 2008).

A Alveolite, alvéolo seco, ou osteíte alveolar, é um retardo de cicatrização, porém não associado a uma infecção. Nessa condição o coágulo é destruído, deixando as paredes ósseas expostas ao meio bucal. A sua etiologia é desconhecida, parecendo ser multifatorial, e ocorre pelo mecanismo de fibrinólise do coágulo. Dentre os fatores de risco, destacam-se ocorrência de pericoronarite prévia, uso de contraceptivos ora, fumo, idade avançada e traumatismo cirúrgico (MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007; HUPP, 2015 B).

Essa complicação causa dor moderada a intensa, mas sem os usuais sinais de infecção como febre, edema e eritema. Num curso clínico normal, a

dor se desenvolve no terceiro ou quarto dia após a remoção do dente onde a área do alvéolo tem um odor ruim e o paciente normalmente reclama de um gosto desagradável. A ocorrência de alvéolo seco após uma rotina de extração dentária é rara (2% das extrações), mas é frequente após remoção de terceiros molares impactados (20% das extrações em algumas séries) (HUPP, 2015 B).

O Trismo é reconhecidamente uma complicação comum, e queixa frequente de pacientes submetidos à cirurgia de terceiros molares, pois impede múltiplas funções. É o resultado de inflamação dos músculos da mastigação, e pode ter origem na disseminação do processo inflamatório (complicações associadas a cirurgia de terceiros molares), extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios, hematoma e infecções pós operatórias. Tratamento recomenda-se o uso de calor úmido, repouso da mandíbula, uma dieta pastosa e anti-inflamatório não esteróidal (Junior et al, 2008; ANDRADE et al., 2012; HUPP, 2015 B).

Já as infecções são complicações um pouco raras, e são principalmente vistas após cirurgias orais que envolvem realização de retalhos de tecido mole e remoção de osso. Uma cuidadosa assepsia e completo desbridamento da ferida após a cirurgia podem ser a melhor prevenção a retalho após procedimentos cirúrgicos (HUPP, 2015 B).

Nos pacientes predispostos a infecções pós-operatórias, como os imunocomprometidos, a profilaxia antibiótica deve ser realizada (MIRANDA; BARROS; MEDEIROS, 2007). A profilaxia antibiótica consiste na administração de antibióticos a pacientes que não apresentam evidências de infecção, com o intuito de se prevenir a colonização de bactérias, bem como suas complicações, no período pós-operatório. Esta conduta pode ser instituída com duas finalidades: a primeira, com o objetivo de prevenir infecções na própria região operada, denominada profilaxia cirúrgica; a segunda para se prevenir infecções a distância, como é o caso da endocardite infecciosa (MOREIRA; ANDRADE, 2011).

Tratamento realizado com procedimentos de descontaminação local (curetagem cuidadosa, seguida da irrigação com soro fisiológico e solução de digluconato de clorexidina 0,12%), complementados pelo uso sistêmico de amoxicilina 500mg a cada 8 horas (MOREIRA; ANDRADE, 2011).

Os nervos alveolar inferior, bucal e lingual, estão relacionados rotineiramente á prática odontológica, por serem alvo constante das anestésias utilizadas em tratamentos dos dentes inferiores, e pela proximidade de seu trajeto á região cirúrgica de extração dos dentes terceiros molares inferiores (DAMIANI; CESPEDES, 2007). A posição anatômica do nervo lingual com sua proximidade aos tecidos moles adjacentes coloca-o em risco durante exodontias de terceiros molares mandibulares, a proximidade das raízes dos terceiros molares inferiores com o canal mandibular é considerada o principal fator de risco para lesão do nervo alveolar inferior, e deve ser avaliada radiograficamente com o auxílio de radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada (JUNIOR et al., 2008).

REFERÊNCIAS

ARAUJO, O. C.; AGOSTINHO, C. N. L. F.; MARINHO, L. M. R. F.; RABÊLO, L. R. S.; BASTOS, E. G.; SILVA, V. C. Incidência dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares. **Revista de ODONTOLOGIA da UNESP**. v.40, n.6, p. 290-295, 2011.

ANDRADE, C. V.; RODRIGUES, R. M.; BACCHI, A.; COSER, R. C.; FILHO, A. M. B. Complicações e Acidentes em Cirurgias de Terceiros Molares- Revisão de Literatura. **Saber Científico Odontológico**. v.2, n.1, p. 27-44, 2012.

ANTUNES, H. D. A. **Complicações Associadas à Extração de Terceiros Molares Inclusos**. Porto, 2014.

BEATO, R.; ALVITOS, R.; MEDEIROS, P. J. Cirurgia dos Dentes Inclusos. In: ARAUJO, A.; GABRIELLI, M.F.R.; MEDEIROS, P.J. **Aspectos atuais da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**. São Paulo, 1.Ed, Ed. Livraria Santos Editora, p. 69-104, 2007.

DAMIANI, G. J.; CÉSPEDES, I. C. Prevalência de Lesão dos Nervos Alveolar Inferior, Bucal e Lingual em Procedimentos Operatórios. **Revista de Odontologia**. Ano 15, n.29, 2007.

FARIAS, J. G.; SANTOS, F. A. P.; CAMPOS, P. S. F.; SARMENTO, V. A.; 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. Resultados da pesquisa. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada- PBOCL**. v.3, n.2, p. 15-19, 2003.

FERREIRA, H. A. **Acidentes e complicações relacionados as extrações dentarias em clinicas de odontologia do campus VIII da universidade estadual paraíba**. Araruna-PB. 2015.

GRAZIANI, M. **Cirurgia Bucomaxilofacial 8 ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

HUPP, J. R. Princípios do tratamento de Dentes Impactados. In: HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral maxilofacial contemporânea- 6 ed.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2015 A.

HUPP, J. R. Prevenção e Tratamento das Complicações Cirúrgicas . In: HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral Maxilofacial Contemporânea- 6 ed.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2015 B.

JUNIOR, W. P.; NETO, L. S. C.; LEPORACE, A. A.; RAPOPORAT, A. Complicações Associadas á Cirurgia de Terceiros Molares: Revisão de Literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.** v.20, n.2, p. 181-5, 2008.

KATO, R. B.; BUENO, R. B. L.; NETO, P. J. O.; RIBEIRO, M. C.; AZENHA, M. R. Acidentes e complicações associadas á cirurgia dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. **Revista Cirurgia Traumatologia Bucomaxilofacial.** v.10, n. 4, p. 45-54, 2010.

MIRANDA, M. S.; BARROS, V. F.; MEDEIROS, P. J. Extração de Dentes Erupcionados. In: ARAUJO,A.; GABRIELLI, M.F.R.; MEDEIROS, P.J. **Aspectos atuais da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.** São Paulo, 1.Ed, Ed. Livraria Santos Editora; 2007.

MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia Bucomaxilofacial.** 6 Ed. São Paulo: Ed. BigForms; 2008.

MOREIRA, A.; ANDRADE, E. D. Estudo Prospectivo da Incidência de Infecção em Cirurgias de Terceiros Molares Retidos: O Papel da Profilaxia Antibiótica. **Revista Gaúcha de Odontologia.** v.59, n.3, p. 357-364, 2011.

OLIVEIRA, R.; BLAJIESKI, T. M.; FERNANDES, T. L. Complicações em Exodontias de Terceiros Molares Inferiores. **UEPG Ciências Biológicas e da Saúde**. v.15, n.2, p. 15-22, 2009.

OLIVEIRA, L. B.; SCHMIDT, D. B.; ASSIS, A. F.; GABRIELLI, M. A. C.; VIEIRA, E. H.; FILHO, V. A. P. Avaliação dos Acidentes e Complicações Associados à Exodontias do 3º Molares. **Revista Cirurgia Traumatologia Bucomaxilofacial**. v.6, n. 2, p. 51-56, 2006.

PETERSON, L, et al. **Cirurgia Oral e Maxilofacial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

PARENTE, E. V.; ZANARDI, G.; ALEXANDRE, P.; CHEREM, H.; MACKOVIECKY, E. Comunicações Bucosinusais: Diagnóstico e alternativa de tratamento. **Revista Ciências da Saúde**. v.26, n.1, p.24-30, 2007.

SEGURO, D.; OLIVEIRA, R. V. Complicações Pós-Cirúrgicas na Remoção de Terceiros Molares Inclusos. **Revista UNINGÁ Review**.v.20, n.1, p.30-34, 2014.

SALIM, M. A. A.; PRADO, R.; GADIOLI, B.; ALMEIDA, T. M. Tratamento de Fístula Buco-Sinusal: Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico. **Revista Brasileira de Odontologia**. v.65, n.1, p.101-105, 2008.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

ESTUDO RESTROSPECTIVO DAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO SERTÃO PARAIBANO

RESTROSPECTIVE STUDY OF COMPLICATIONS ASSOCIATED TO
EXODONTIAS OF MOLLAR THIRD PARTIES IN A REFERENCE SERVICE IN
SERTÃO PARAIBANO

AUTORES:

Manoel Elio Almeida Alves FILHO¹ Julierme Ferreira ROCHA² Eduardo Dias RIBEIRO³

1-Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil.

m.e.almeidaf@gmail.com

2-Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil.

juliermerocha@hotmail.com

3-Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil. – UFCG

eduardodonto@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:

Eduardo Dias Ribeiro - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

eduardodonto@yahoo.com.br

RESUMO

As exodontias apresentam suas dificuldades como, por exemplo, a íntima relação com estruturas anatômicas nobres, a angulação das coroas dos dentes inclusos, as impactações, além das complicações da cirurgia propriamente dita que podem ser vistas no transoperatório e/ou pós-operatório. Esta pesquisa tem como objetivo determinar a prevalência das complicações ocorridas nas cirurgias para exodontia de 3º molar. A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil, através da avaliação retrospectiva do prontuário de 226 pacientes submetidos à extração dos terceiros molares na Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC), obtendo como resultados 483 extrações e 43 casos (8,9%) de complicações, sendo a fratura radicular e a alveolite as complicações com maior prevalência. Com base na pesquisa realizada, concluímos que os achados em nosso estudo, vão de encontro aos estudos já pré-existentes.

DESCRITORES: Acidentes; Complicações; Terceiro Molar; Cirurgia.

ABSTRACT

Nowadays, the surgical procedure for removal of impacted third molars has been the most frequent among oral and maxillofacial surgeons, often practiced by non-specialist dental surgeons. These exodontias present their difficulties, for example, the intimate relation with noble anatomical structures, the angulation of the crowns of the included teeth, the impaction, besides the complications of the surgery proper that can be seen in the intraoperative and / or postoperative period. This research aims to analyze the complications of surgery for 3rd molar extraction. The research was carried out at the Clinical School of Dentistry of Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brazil, through the retrospective evaluation of the medical records of 226 patients submitted to extraction of the third molars in the Academic League of Surgery (ALS) of this institution, obtaining 483 extractions and 43 cases (8.9%) of complications. Based on our research, we conclude that the findings in our study are in agreement with pre-existing studies.

KEYWORDS: Accidents; Complications; Third molar; Surgery.

INTRODUÇÃO

Os seres humanos durante toda a sua evolução sofreram várias alterações em seus sistemas orgânicos, assim como no sistema estomatognático. O desenvolvimento de técnicas para preparo alimentícios acarretou numa mudança funcional que causaram modificações deste, principalmente no que concerne aos elementos dentários. Com isso os maxilares diminuíram, assim como o número de dentes, tendo em vista o quase desaparecimento dos quartos molares, estes sendo atualmente considerados como supranumerários, e rotineiramente vemos anodontias de prés molares, terceiros molares e inclusões dentárias¹.

Pinto, Cunha e Souza² mostram em sua pesquisa que 71% dos indivíduos há ausência de um, ou mais terceiros molares na arcada em pleno gozo de suas funções. Concluíram então que estatisticamente os indivíduos que possuem 32 elementos em plena função mastigatória caracterizam-se como fuga da normalidade anatômica. Relataram também que ausência total dos terceiros molares é mais comum que a ausência parcial. Gondim³, conclui que o grupo de dentes que se encontram mais retidos são os molares e que não há diferenças estatisticamente significantes com relação ao gênero.

Os últimos dentes a se erupcionarem são os terceiros molares, por conta disso são os mais sujeitos a sofrerem impacção por falta de espaço adequado na arcada. Comumente esses elementos completam sua erupção em pessoas com 20 anos de idade, não obstante, a erupção pode se prolongar até os 25 anos. Em sua cronologia adequada, o terceiro molar inferior inicia com uma angulação horizontal; como a mandíbula cresce e o elemento dentário se desenvolve, a posição evolui de horizontal passa por mesioangular e finaliza na posição vertical, essa mudança na orientação e inclinação ocorre concomitantemente à formação radicular do elemento dentário⁴.

Quando os terceiros molares possuem déficit na rotação mesioangular para posição vertical, ou quando o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor que o comprimento total da arcada esses elementos não encontram acomodação adequada para a sua erupção e permanecem retidos, por tecidos moles, ósseos ou ambos^{4,5}.

Um preceito básico da odontologia atual é a prevenção, então a extração de dentes inclusos tem como objetivo preservar a saúde bucal. A remoção precoce previne a instalação de doenças, como doenças de cárie periodontal, pericoronarite, reabsorção radicular, má oclusão, cistos e tumores odontogênicos, fratura de mandíbula e dor com origem desconhecida, entre outros. Como norma geral, todos os elementos impactados devem ser extraídos assim que o dentista determinar que o dente esteja impactado, a menos que esta remoção seja contraindicada. O avanço da idade torna a remoção dentária mais difícil, pelo fato de o paciente poder ter adquirido doenças sistêmicas comprometedoras e o osso circundante poder vir a ser mais denso, assim sendo não se deve recomendar que dentes impactados permaneçam no local a menos que causem dificuldades pra remove-los^{4,5}.

Os quadros de pericoronarite aguda ou crônica, alterações periodontais, lesões teciduais, lesões cariosas, dor sem causa aparente e tratamentos ortodônticos são as principais razões para extração dos terceiros molares. O número de intercorrências nesse tipo de procedimento é baixo, mesmo sendo uma das cirurgias mais realizadas na odontologia. Muito embora, tal procedimento pode desenvolver complicações ao paciente, como alveolite, hemorragia, fratura radicular, infecção, parestesia e fratura do tecido ósseo, além de fratura mandibular e alteração nos dentes vizinhos⁶.

Tendo em vista o grande número de exodontias de terceiros molares realizadas na Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC) na Faculdade de Odontologia da UFCG e os variáveis tipos de complicações relatadas pela literatura, os níveis técnicos exigidos por esse tipo de procedimento devido à complexidade e a aproximação com estruturas nobres. Esta pesquisa tem com intuito analisar as complicações transoperatórias e pós-operatórias ocorridas na mesma. Trazendo assim dados para avaliar os pontos positivos e negativos, quantificando o número de complicações, possibilitando que haja uma autocrítica para uma melhora nos atendimentos.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é do tipo retrospectivo, transversal, descritivo, quantitativo, que envolve o uso de técnicas padronizadas de avaliação de dados (prontuários). Assume, em geral, a forma de levantamento, exploratório e visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, bibliográfico quando elaborada a partir de material já publicado, documental quando elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico.

A avaliação retrospectiva do prontuário de 226 pacientes, entre o período de 16 de abril de 2015 a 03 de agosto de 2017, submetidos à extração dos terceiros molares foi realizada com o objetivo de verificar possíveis complicações transoperatórias e pós-operatórias encontradas na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil. Os critérios para inclusão dos pacientes no estudo foram: a realização dos procedimentos cirúrgicos pelos alunos que integram a Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC), sob anestesia local; a necessidade de extração de, pelo menos, um terceiro molar; ausência de alterações sistêmicas que inviabilizassem a cirurgia; descrição detalhada do procedimento cirúrgico no prontuário; e acompanhamento pós-operatório mínimo de sete dias. Após avaliação desses critérios, 226 pacientes (483 extrações) foram incluídos no estudo, sendo o gênero, a idade, os fatores de risco (sistêmicos/hábito) e as complicações transoperatórias e pós-operatórias avaliadas.

Análise Estatística

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e com auxílio de gráficos e tabelas.

Posicionamento Ético

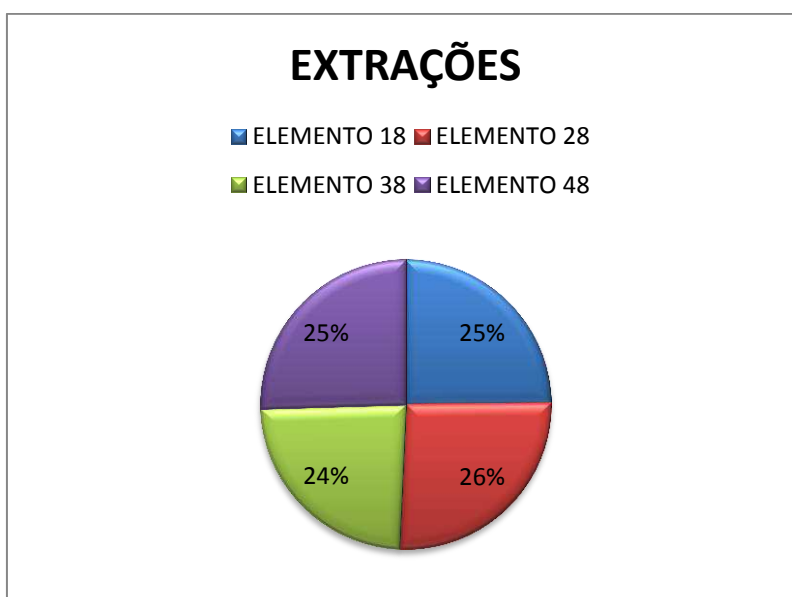
Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos prontuários antes do início dos procedimentos (ANEXO).

RESULTADOS

Duzentos e vinte seis (226) pacientes operados na Clínica Escola da Faculdade de Odontologia de Patos (UFCG) foram incluídos no estudo, sendo 64 do gênero masculino (28,31%) e 162 do gênero feminino (71,68%), com idades entre 16 a 42 anos.

No total, foram extraídos 483 terceiros molares, sendo 336 (69,56%) no gênero feminino e 147 (30,43%) no gênero masculino. Com relação às arcadas, foram 245 (50,72%) superiores, sendo 120 (24,84%) extrações do elemento 18 e 125 (25,87%) extrações do elemento 28, e 238 (49,27%) inferiores, sendo 115 (23,80%) extrações do elemento 38 e 123 (25,46%) extrações do elemento 48 (figura 1).

Figura 1: Porcentagem de elementos dentários extraídos.



Para obter uma melhor didática as idades dos pacientes foram aglutinadas em faixas etárias a cada 10 (dez) anos, ficando distribuídas de tal forma: de 16 até 25 anos, de 26 até 35 anos, de 36 até 45 anos (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de frequência absoluta e relativa por gênero e faixa etária.

QUANTIDADE DE PACIENTES			
FAIXA ETARIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
16 - 25	101	50	151
26 - 35	52	11	63
36 - 45	09	03	12
SOMA	162	64	226

No total foram atendidos 226 pacientes, sendo extraídos 483 terceiros molares, 336 (69,56%) no gênero feminino e 147 (30,43%) no gênero masculino. Havendo uma media remoção de 02 elementos dentários por paciente, com uma paridade em número de elementos extraídos, foram 245 (50,72%) superiores e 238 (49,27%) inferiores, tendo extraído 125 elementos 28, 25,87% dos casos, seguido do elemento 48 (25,46%), elemento 18 (24,84%) e elemento 38 (23,8%) (tabela 2).

Tabela 2: Número de extrações de terceiros molares por faixa etária e gênero.

QUANTIDADE DE EXTRAÇÕES			
FAIXA ETARIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
16 - 25	232	117	349
26 - 35	94	24	118
36 - 45	10	06	16
SOMA	336	147	483

As 120 extrações do elemento 18, foram 85 (70,83%) no gênero feminino e 35 (29,16%) no gênero masculino, distribuídas nas faixas etárias conforme a tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das extrações do elemento 18 com relação à faixa etária e o gênero.

GÊNERO FEMININO			
ELEMENTO DENTÁRIO	18		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	55	28	02

GÊNERO MASCULINO			
ELEMENTO DENTÁRIO	18		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	30	03	02

As 125 extrações do elemento 28, foram 90 (72%) no gênero feminino e 35 (28%) no gênero masculino, conforme a tabela 4:

Tabela 4: Distribuição das extrações do elemento 28 com relação à faixa etária e o gênero.

GÊNERO FEMININO			
ELEMENTO DENTÁRIO	28		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	60	26	04
GÊNERO MASCULINO			
ELEMENTO DENTÁRIO	28		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	27	07	01

As 115 extrações do elemento 38, foram 76 (66,08%) no gênero feminino e 39 (33,91%) no gênero masculino, conforme a tabela 5:

Tabela 5: Distribuição das extrações do elemento 38 com relação à faixa etária e o gênero.

GÊNERO FEMININO			
ELEMENTO DENTÁRIO	38		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	58	17	01
GÊNERO MASCULINO			
ELEMENTO DENTÁRIO	38		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	29	08	02

As 123 extrações do elemento 48, foram 85 (69,1%) no gênero feminino e 38 (30,89%) no gênero masculino, conforme a tabela 6:

Tabela 6: Distribuição das extrações do elemento 48 com relação à faixa etária e o gênero.

GÊNERO FEMININO			
ELEMENTO DENTÁRIO	48		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	59	23	03
GÊNERO MASCULINO			
ELEMENTO DENTÁRIO	48		
FAIXAS ETÁRIAS	16 - 25	26 - 35	36 - 45
Nº EXTRAÇÕES	31	06	01

Os fatores de risco (sistêmicos/hábito) relatados foram 129 no total, sendo 104 (80,62%) deles no gênero feminino e 25 (19,37%) no gênero masculino. Tendo 06 (4,65%) casos de hipertensão, 08 (6,20%) fumantes, 22 (17,05%) que já tiveram úlcera no estômago ou duodeno, 23 (17,82%) hipotensão, 06 (4,65%) febre reumática, 07 (5,42%) com algum problema com fígado ou vesícula, 03 (2,32%) portadoras de alguma doença infectocontagiosa e 54 (41,86%) que tem ou algum membro de sua família tenha diabetes (tabela 7).

Tabela 7: Fatores de risco distribuídos por gênero.

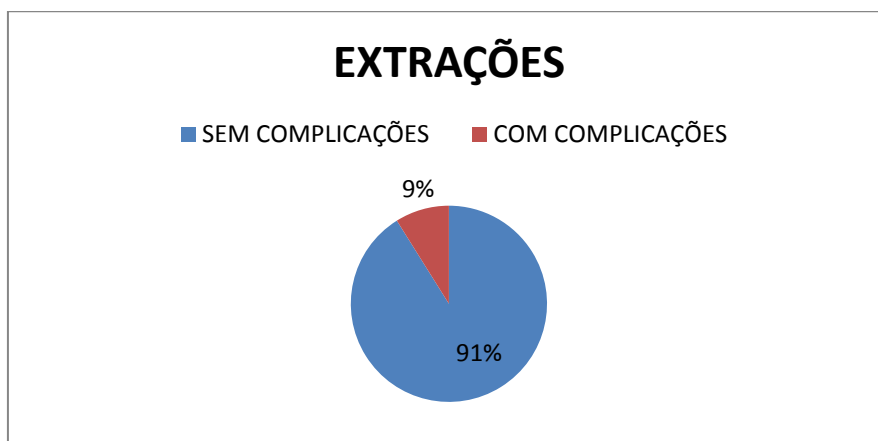
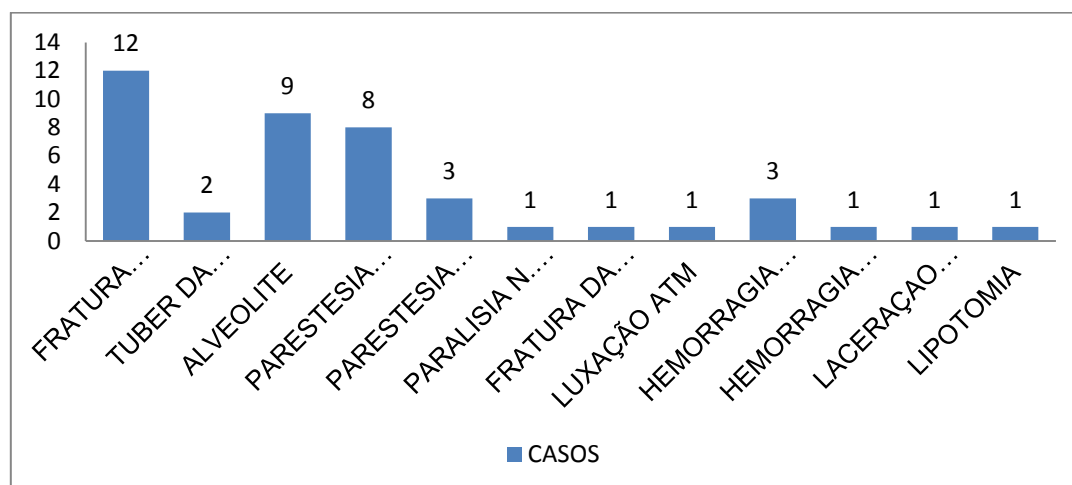
FATORES DE RISCO			
DOENÇAS SISTÊMICAS	MULHERES	HOMENS	TOTAL
HIPERTENSÃO	04	02	06
DIABETES	40	14	54
FUMANTE	05	03	08
ULCERA ESTOMA./DUODENO	19	03	22
HIPOTENSÃO	23	00	23

FEBRE REUMÁTICA	05	01	06
FÍGADO/VESÍCULA	06	01	07
D. INFECTOCONTAGIOSA	02	01	03
TOTAL GERAL	104	25	129

Dos 104 (80,62%) fatores de risco do gênero feminino, foram 04 (3,10%) hipertensões, 40 (31%) que tem ou algum membro de sua família tenha diabetes, 05 (3,87%) fumantes, 19 (14,72%) que já tiveram úlcera no estômago ou duodeno, 23 (17,82%) hipotensão, 05 (3,87%) febre reumática, 06 (4,65%) com algum problema com fígado ou vesícula e 02 (1,55%) portadoras de alguma doença infectocontagiosa.

Dos 25 (19,37%) fatores de risco do gênero masculino, foram 02 (1,55%) hipertensões, 14 (10,85%) que tem ou algum membro de sua família tenha diabetes, 03 (2,32%) fumantes, 03 (2,32%) que já tiveram úlcera no estômago ou duodeno, 01 (0,77%) febre reumática, 01 (0,77%) com algum problema com o fígado ou vesícula e 01 (0,77%) portador de alguma doença infectocontagiosa.

Os casos de complicações transoperatórias e pós-operatórias ocorrido no estudo totalizaram 8,9% dos dentes extraídos (43 dentes), sendo classificados em: 12 (2,48%) casos fraturas radiculares, 09 (1,86%) casos de alveolite, 08 (1,65%) casos de parestesia do nervo alveolar inferior, 03 (0,62%) casos de parestesia do nervo lingual, 03 (0,62%) casos de hemorragia transoperatória, 02 (0,41%) casos de fratura da tuberosidade da maxila, 01 (0,2%) caso de paralisia temporária do nervo facial, 01(0,2%) caso de fratura da broca, 01(0,2%) caso de luxação da ATM, 01 (0,2%) caso de lipotimia, 01 (0,2%) caso de hemorragia pós-operatória e 01 (0,2%) caso de laceração de tecido mole (figura 2 e 3).

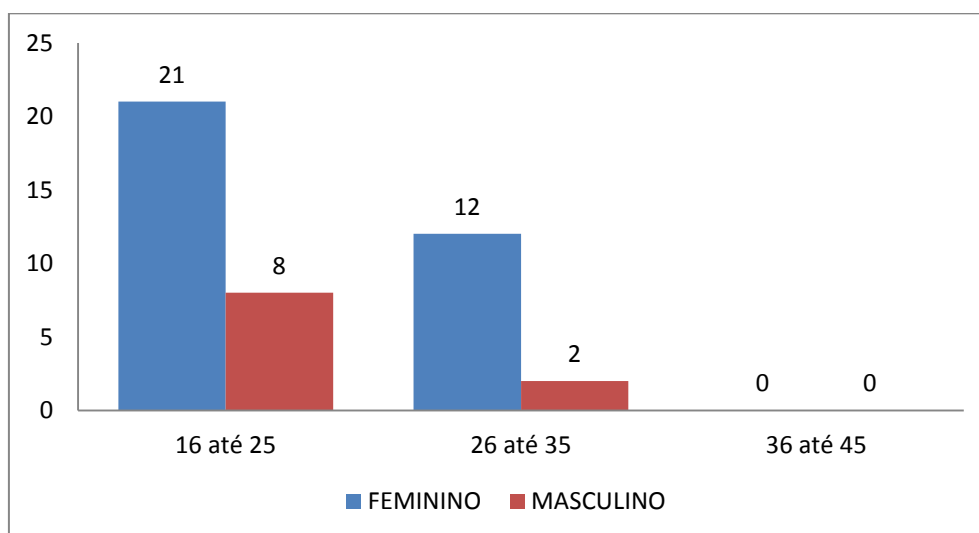
Figura 2: Número de complicações.**Figura 3:** Quantidade e tipo de complicações transoperatórias e pós-operatórias ocorridas.

Nas 336 extrações feitas no gênero feminino, houve 33 (9,82%) casos de complicações transoperatórias e pós-operatórias, 21 (63,63%) foram na faixa etária de 16 até 25 anos e 12 (36,36%) casos na faixa etária de 26 até 35 anos, sendo elas: 08 (2,38%) casos de fratura radicular, 02 (0,59%) casos de fratura da tuberosidade da maxila, 09 (2,67%) casos de alveolite, 08 (2,38%) casos de parestesia do Nervo Alveolar Inferior, 02 (0,59%) casos de parestesia do Nervo Lingual, 01 (0,29%) caso de paralisia do Nervo Facial, 01 (0,29%) caso de fratura da broca, 01(0,29%) caso de luxação da ATM e 01(0,29%) caso de Lipotimia (figura 4).

Nas 147 extrações feitas no gênero masculino, houve 10 (6,8%) complicações transoperatórias e pós-operatórias, 08 (80%) casos foram na faixa etária de 16 até 25 anos de idade e 02 (20%) casos na faixa etária de 26 até 35

anos de idade, sendo elas: 04 (2,72%) casos de fratura radicular, 03 (2,04%) casos de hemorragia transoperatória, 01 (0,68%) caso de hemorragia pós-operatória, 01 (0,68%) caso de parestesia do Nervo Lingual e 01 (0,68%) caso de laceração de tecido mole (figura 4).

Figura 4: Comparação de complicação entre os gêneros.



DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes da presente pesquisa há predominância do gênero feminino (71,68%) com relação ao gênero masculino (28,31%). Essa maior quantidade de pacientes do gênero feminino que se submeteu aos procedimentos cirúrgicos se assemelha a pesquisa de Kato et. al.⁶, Pinto et. al.⁷, a Araújo et. al.⁸ e Dias- Ribeiro et al.⁹.

A faixa etária que possui maior volume de pacientes é a de 16-25 anos com 151 (66,81%) pacientes, assim como Pinto et. al.⁷ e Kato et. al.⁶ e Moreira et al.¹⁰. Sendo esta faixa etária a que houve o maior numero de extrações, ficando com 72,25% dos procedimentos, indo de encontro com as recomendações de Hupp⁴ que preconiza a exodontia de terceiros molares em pacientes jovens, pois as raízes ainda estão em formação, reduz a morbidade pós-operatória e permite uma melhor cicatrização com uma recuperação mais rápida e menos interferência no cotidiano.

Os casos de complicações transoperatórios e pós-operatórias ocorrido no estudo totalizaram 8,9% dos dentes extraídos, 43 dentes, ficando um pouco a baixo comparando com Kato et. al.⁶, que obteve 10,47% de complicações.

A fratura radicular foi a complicação que mais aconteceu, como na pesquisa de Cordeiro e Silva¹¹, sendo 12 casos (2,48%), ficando acima do relatado por Kato et al.⁶ 1,9 % dos casos. Seis casos, 50% das fraturas ocorreram na faixa etária de 16-25 anos. Os outros 06 casos (50%) aconteceram na faixa etária de 26-35 anos, podendo essa ter alguma relação com as idades, pois Hupp⁴ fala que o momento ideal para remoção dos terceiros molares é quando as raízes estão com 1/3 formado e antes de dois terços estarem formados, geralmente entre 17 e 20 anos. Em todos os casos acompanhados, as raízes fraturadas foram removidas no mesmo tempo cirúrgico sem danos aos tecidos adjacentes.

Os casos de alveolites são as complicações encontradas com a segunda maior incidência nesse estudo, sendo observada em 09 (1,86%) ocasiões. Ficando abaixo do relatado por Oliveira et al.¹²(8,43%) e um pouco acima de Kato et al.⁶ (0,95%). Portela et al.¹³fala que a incidência de alveolite é bem variável, tendo valores que corresponde há 1% e 25%. Relata também

que esses valores sofrem variação conforme as negligências das medidas de assepsia e antissepsias.

Kato et al.⁶ relata a possível relação das alveolites com a idade, podendo haver deficiência no processo de reparo e cicatrização no pacientes mais velhos e uma piora da qualidade do tecido ósseo. Isso não condiz com os resultados desta pesquisa, pois tivemos 07 casos (77,7%) na faixa etária de 16 a 25 anos. Todos os casos de alveolite desta pesquisa foram no gênero feminino.

Com relação aos casos de parestesia do nervo alveolar inferior, Kato et al.⁶ relata que estudos prévios apresentam índices de parestesia variando entre 0,4 % e 8,4%, não especificando o tempo da parestesia. Fala também que o grau de impacção tem influencia direta nos quadros de parestesia, além das posições mesioangulares e distoangulares apresentarem duas vezes mais chances de provocarem algum grau de parestesia. Em sua pesquisa teve 0,95% dos casos com parestesia temporária do nervo alveolar inferior, com resolução espontânea ate 30 dias após a cirurgia.

Em nossa pesquisa houve 08 casos (1,65%) de parestesia do nervo alveolar inferior, todos no gênero feminino, corroborando com Silveira et al.¹⁴ que afirma em seu estudo que o sexo feminino é mais susceptível a proximidade entre os terceiros molares inferiores com o canal mandibular, devido a menor espessura óssea mandibular no sentido vestibulo-lingual, acarretando uma maior proximidade entre os ápices radiculares dos terceiros molares com o canal mandibular.

A manipulação excessiva do retalho e o uso inadequada dos instrumentos são os principais causas de parestesia do nervo lingual, podendo esta variar de 0 e 23% de ocorrência, afirma Kato et al.⁶. Em nossa pesquisa houve três casos (0,62%) de parestesia do nervo lingual todos na faixa etária de 16-25 anos.

Nos casos de parestesia foi utilizado o protocolo de laserterapia com prescrição de ETNA, todos os casos evoluíram dentro do esperado, restabelecendo 100% das suas funções neurológicas.

Em relação à hemorragia, ela pode ocorrer tanto no período transoperatório quanto após o termino da cirurgia, por isso Hupp¹⁵ fala da importância em acompanhar o paciente no seu pós-operatório e orienta-lo de

maneira adequada. Os quadros de hemorragia do presente estudo 0,62% ocorreram no transoperatório e 0,2% no pós-operatório. Foi feita compressão local com gaze estéril por 30 minutos para controlar as ambas as hemorragias.

Santos et al.¹⁶ diz que a paralisia facial periférica (PFP) decorrente de cirurgias bucais é considerada incomum e sua causa é desconhecida. Neste estudo houve um caso de parestesia do nervo facial de forma transitória durante o procedimento, muito embora suas funções foram reestabelecidas de maneira natural, não deixando nenhuma sequela ao paciente.

Nas situações em que foi observada a fratura da tuberosidade maxilar, o fragmento ósseo foi removido por apresentar-se aderido ao elemento dentário, sem, contudo, ocasionar problemas aos pacientes, assim como no caso da fratura da broca que foi removida no mesmo momento cirúrgico. Em ambos os casos não constatou uso inadequado de força, ou emprego de técnica errônea.

Por conta do acesso limitado e uma dificuldade ergonômica em chegar aos terceiros molares, pode haver resvalos de instrumentais e causar algum dano aos tecidos moles adjacentes. No presente estudo há 01 relato de laceração de tecido mole, sem causa aparente. Por existir apenas um caso acreditamos ser um fato isolado que não atribuiu nenhum dano ao paciente, sendo este comunicado sobre a situação após a cirurgia.

Há um caso de luxação da ATM no gênero feminino, Vasconcelos et al.¹⁷ relata que a luxação da ATM apresenta-se maior no gênero feminino, acreditando que este fato esteja relacionado a anatomia, em relação a fossa mandibular rasa.

Santiago et al.¹⁸ diz que a emergência mais relatada pelos cirurgiões dentista é a lipotimia, sendo citada em 15 % dos entrevistados. Afirma então que esse tipo de emergência é a que mais ocorre nos consultórios odontológico. Em nosso levantamento há um caso de lipotimia que foi controlado usando o protocolo clínico para essa emergência.

Houve uma maior taxa de complicações nos pacientes do gênero feminino (9,82%), quando comparado aos pacientes do gênero masculino (6,8%), assim como na pesquisa de Kato et. al.⁶, mas ele alerta que apenas estes valores descritivos não dão a certeza de que realmente o gênero feminino possa ter um maior risco de desenvolver complicações nas cirurgias

dos terceiros molares, pois a quantidade de pacientes do gênero feminino é maior que o gênero masculino, como nesta pesquisa. Constatou-se maior taxa de complicações na faixa etária de 16 até 25 anos em ambos os gêneros.

Os fatores de risco (sistêmicos/hábito) relatados foram 129 no total, sendo 104 (80,62%) deles no gênero feminino e 25 (19,37%) no gênero masculino. Não constatando nenhuma associação com as complicações. No caso de diabetes os pacientes responderam com sim ou não a seguinte pergunta: Você ou algum membro de sua família tem diabetes?. Impossibilitando assim a identificação se o paciente possuía diabetes e uma possível comparação com as complicações ocorridas.

CONCLUSÕES

O numero de pacientes do gênero feminino foi maior que o gênero masculino. As complicações ocorrem mais no gênero feminino. Os casos de complicações transoperatórias e pós-operatórias ocorrido no estudo totalizaram 8,9% dos dentes extraídos (43 dentes), sendo: 12 (2,48%) fraturas radiculares, 09 (1,86%) de alveolite, 08 (1,65%) de parestesia do nervo alveolar inferior, 03 (0,62%) de parestesia do nervo lingual, 03 (0,62%) de hemorragia transoperatória, 02 (0,41%) de fratura da tuberosidade da maxila, 01 (0,2%) de paralisia temporária do nervo facial, 01(0,2%) de fratura da broca, 01(0,2%) de luxação da ATM, 01 (0,2%) de lipotimia, 01 (0,2%) de hemorragia pós-operatória e 01 (0,2%) caso de laceração de tecido mole.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS JÚNIOR, P. V.; Marson, J. O.; TOYAMA, R. V.; SANTOS, J. R. C. Terceiros molares inclusos mandibulares: incidência de suas inclinações, segundo classificação de Winter: levantamento radiográfico de 700 casos. RGO- Revista Gaúcha de Odontologia. 2007, 55 (2): 143-147.
2. PINTO, R. F. S.; CUNHA, H. A.; SOUZA, K. N. Análise da normalidade anatômica relacionada à incidência do terceiro molar na arcada dentária de alunos universitários entre 20 e 40 anos da zona oeste do Rio de Janeiro. Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José. 2015, 6 (2): 02-17.
3. GONDIM, C. R.; MEDIROS, M. I. H.; BRAGA, E. C. C.; RIBEIRO, E. D.; COSTA, L. J. Prevalência de Dentes Retidos Presentes em Radiografias Panorâmicas. Revista Cirurgia Traumatologia Buco-maxilo-facial. 201^o, 10 (3): 85-90.
4. HUPP, J. R. Princípios do tratamento de Dentes Impactados. In: HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. Cirurgia oral maxilofacial contemporânea- 6 ed. Rio de Janeiro; Elsevier Editora Ltda: 2015.
5. BEATO, R.; ALVITOS, R.; MEDEIROS, P. J. Cirurgia dos Dentes Inclusos. In: ARAUJO, A.; GABRIELLI, M.F.R.; MEDEIROS, P.J. Aspectos atuais da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial 1 ed. São Paulo; Ed. Livraria Santos Editora: 2007.
6. KATO, R. B.; BUENO, R. B. L.; NETO, P. J. O.; RIBEIRO, M. C.; AZENHA, M. R. Acidentes e complicações associadas á cirurgia dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. Revista Cirurgia Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2010, 10 (4),45-54: 2010.
7. PINTO, D. G.; MOCKDECI, H. R.; ALMEIDA, L. E.; ASSIS, N. M. S. P.; VILELA, E. M. Análise da prevalência e correlações por gênero, faixa etária,

raça e classificação dos terceiros molares. HU REVISTA. 2015, 41 (3 e 4): 155-162.

8. ARAUJO, O. C.; AGOSTINHO, C. N. L. F.; MARINHO, L. M. R. F.; RABÊLO, L. R. S.; BASTOS, E. G.; SILVA, V. C. Incidência dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares. Revista de ODONTOLOGIA da UNESP. 2011, 40 (6): 290-295.

9. DIAS-RIBEIRO, E.; LIMA-JÚNIOR, J. L.; BARBOSA, J. L.; HAAGSMA, I. B.; LUCENA, L. B. S.; MARZOLA, C. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. Revista de Odontologia da UNESP. 2008, 37 (3): 203-209.

10. MOREIRA, B. F.; PICORELLI, N. M. S.; FILHO, R. F. V.; PAULA, M. V. Q.; CHAOUBAH, A.; MAIOR, B. S. S. Avaliação Radiográfica dos Terceiros Molares em Alunos da Graduação da Faculdade de Odontologia da UFJF. HU Revista. 2007,33 (3): 63-68.

11. CORDEIRO, T. O.; SILVA, J. L. Incidência de Acidentes e Complicações em Cirurgias de Terceiros Molares Realizadas em uma Clínica Escola de Cirurgia Oral. Revista Ciência e Saúde. 2016, (1): 37-40.

12. OLIVEIRA, L. B.; SCHMIDT, D. B.; ASSIS, A. F.; GABRIELLI, M. A. C.; VIEIRA, E. H.; FILHO, V. A. P. Avaliação dos Acidentes e Complicações Associados à Exodontias do 3º Molares. Revista Cirurgia Traumatologia Bucocomaxilo-facial. 2006, 6 (2): 51-56.

13. PORTELA, P. P.; BEDENDO, R. S.; VIEIRA, P. G. M.; MAGALHAES, S. R. A Complicação Alveolite Após a Remoção do Terceiro Molar Inferior: Revisão de Literatura. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde. 2014, 4 (1): 94-104.

14. SILVEIRA, K. G.; COSTA, F. W. G.; BEZERRA, M. F.; PIMENTA, A. V. M.; CARVALHO, F. S. R.; SOARES, E. C. S. Sinais Radiográficos Preditivos de

Proximidade Entre Terceiro Molar e Canal Mandibular Através de Tomografia Computorizada. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2016, 57 (1): 30-37.

15. HUPP, J. R. Prevenção e Tratamento das Complicações Cirúrgicas . In: HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. Cirurgia Oral Maxilofacial Contemporânea- 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2015.

16. SANTOS, M. E. S. M.; MARTINS, C. A. M.; BELTRAO, G. C.; GALLO, T. B. Paralisia do Nervo Facial Após Remoção de Enxerto Mandibular- Relato de Caso. Revista Cirurgia Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2006, 6 (3): 33-38.

17. VASCONSELO, B. C. E.; CAMPELO, R. I. C.; OLIVEIRA, D. M.; NOGUEIRA, R. V. B.; JUNIOR, O. R. M. Luxação da Articulação Temporomandibular: Revisão de Literatura. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. 2004,4 (4): 218-222.

18. SANTIAGO, J. A.; NETO, R. S. M.; LIMA, V. N.; QUEIROZ, S. B. F.; CARVALHO, A. C. G. S.; MAGRO FILHO, O. Avaliação dos Cirurgiões-Dentistas de Quixerobim Sobre Emergências Médicas em Consultório Odontológico. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research – BJSCR. 2016, 13 (1): 23-28.

ANEXO

ANEXO – FICHA CLÍNICA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE Centro de Saúde e Tecnologia Rural Curso de Odontologia Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

PRONTUÁRIO Nº:

Nome:.....RG:
 CPF.....
 Data Nascimento...../...../..... Idade..... Estado Civil.....
 Naturalidade..... Estado Nacionalidade.....
 Ocupação..... Gênero.....
 Endereço residencial..... Nº.....
 Bairro..... Cidade..... Estado
 CEP..... Tel..... Tel. Recado.....
 Filiação: Pai.....
 Mãe.....

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande** para, por intermédio dos seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo dessa especialidade e de áreas afins.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta **FACULDADE**, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Patos, de de 20.....

Assinatura do paciente ou responsável

O presente questionário, que atende às exigências legais e terapêuticas, tem a finalidade de ajudar os profissionais de Odontologia da UFCG a conhecer os aspectos de sua saúde geral que podem influir no seu tratamento odontológico ou nos medicamentos a serem utilizados. O que você declarar neste questionário torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

01. Suas gengivas sangram quando escova os dentes? () sim () não () não sei
 02. Já fez tratamento de gengiva alguma vez? () sim () não () não sei
 03. Já teve hemorragia após extração de dentes? () sim () não () não sei
 04. É alérgico ou tem reações alérgicas a:
 - Anestesia dentária () sim () não () não sei
 - Penicilina ou outros antibióticos () sim () não () não sei
 - Sulfas () sim () não () não sei
 - Aspirina () sim () não () não sei
 - Outros.....
 05. É alérgico a outras substâncias que não sejam medicamentos? () sim () não () não sei
 - Qual(is)?.....
 06. Está atualmente sob cuidados médicos? () sim () não
 - Qual o motivo?.....
 07. Está tomando algum medicamento no momento? () sim () não
 - Qual(is)?.....
 08. Já tomou cortisona alguma vez? () sim () não () não sei
 09. Quais das seguintes enfermidades você tem ou já teve?
 - Febre reumática? () sim () não () não sei
 - Doenças cardiovasculares? () sim () não () não sei
 - Você ou algum membro de sua família tem diabetes? _____ () sim () não () não sei
 - Tem tonturas de vez em quando? () sim () não () não sei
 - Já foi alguma vez tratado de anemia? () sim () não () não sei
 - Esteve acamado por longo tempo nos últimos 5 anos? () sim () não () não sei
 - Suas juntas doem ou incham com frequência? () sim () não () não sei
 - Já teve úlcera no estômago ou duodeno? () sim () não () não sei
 - Tem algum problema com o fígado ou vesícula? () sim () não () não sei
 - Já teve ou viveu com alguém que tivesse tuberculose? () sim () não () não sei
 - Quando você se corta a ferida sangra muito? () sim () não () não sei
 10. Sofreu alguma operação nos últimos 10 anos? () sim () não () não sei
 - Qual?.....
 11. Sofreu variação de peso ultimamente? () sim () não () não sei
 () Aumentou () Diminuiu
 12. Já fez algum tratamento radioterápico? () sim () não () não sei
 - Qual região?.....
 - Por quanto tempo?.....
 13. Tem problemas com pressão arterial? () sim () não () não sei
 () Alta () Baixa
 Valor da aferição: _____ mmHg
 14. Tem ou teve algum problema associado à sua menstruação? () sim () não () não sei
 15. Está grávida? () sim () não () não sei
 16. É fumante? () sim () não
 17. É portador de alguma doença infecto-contagiosa? () sim () não () não sei

Declaro que as informações acima são verdadeiras. Informarei imediatamente qualquer alteração em meu estado de saúde ocorrida durante o tratamento aos alunos e/ou professores responsáveis pelo meu atendimento.

Patos, de de 20.....

Assinatura do paciente ou responsável

EXAME RADIOGRÁFICO

Outros exames complementares:

Aspiração positiva: ()SIM ()NÃO

BNAI D () BNAI E () BNASP D () BNASP E ()

TÉCNICA CIRÚRGICA

() I (Sem osteotomia e sem odontosecção)

() II (Com osteotomia e sem odontosecção)

() III (Com osteotomia e com odontosecção)

Descrição da técnica cirúrgica:

Houve complicação trans-operatória? ()SIM ()NÃO

Houve complicação pós-operatória? ()SIM ()NÃO

Medicação pré-operatória: ()SIM ()NÃO

Medicação pós-operatória: ()SIM ()NÃO

Outros procedimentos:

IMPORTANTE: Todas as anotações, sequência da cirurgia, medicamentos prescritos ou consultas devem ser registrados, bem como atualizações das Histórias Médica e Odontológica

O PACIENTE OU RESPONSÁVEL DEVERÁ ASSINAR O TCLE E QUESTIONÁRIO DE SAÚDE