

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

HYAGO MARX RODRIGUES PESSOA

**CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES EM
CIRURGIA ORAL**

**PATOS-PB
2015**

HYAGO MARX RODRIGUES PESSOA

**CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES EM
CIRURGIA ORAL**

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

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

**PATOS-PB
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

P475c Pessoa, Hyago Marx Rodrigues
Conduta do cirurgião-dentista frente às complicações em cirurgia oral /
Hyago Marx Rodrigues Pessoa. – Patos, 2015.
43f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2015.

"Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

1. Cirurgia bucal. 2. Complicações intraoperatórias. 3. Complicações pós-
operatórias. I. Título.

CDU 616.314-089

HYAGO MARX RODRIGUES PESSOA

**CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES EM
CIRURGIA ORAL**

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

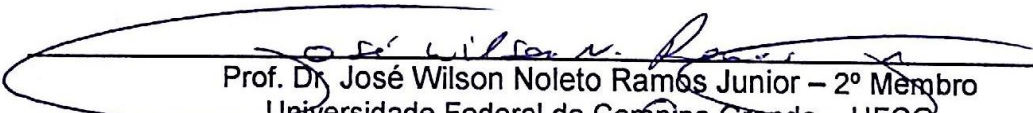
Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira
Rocha

Aprovado em 20/05/2015


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. José Wilson Noletto Ramos Junior – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. MSc. José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho a Deus, que sempre iluminou minha vida, e guiou meus passos, durante todos os momentos.

Dedico aos meus pais, Severino de Souza Pessoa e Zelia Lima Rodrigues Pessoa, que sempre colocaram o meu sonho acima dos seus próprios, e me incentivaram em todos os momentos. Essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inúmeras graças concedidas, e por servir de amparo nos momentos de tristeza.

A meus pais, por tudo que fizeram por mim até hoje, por todo o carinho, amor e compreensão.

A meus irmãos, Helder Henrique e Helton Augusto, apesar da distância é muito bom poder contar com vocês.

A minha namorada, Cynthia Camila, por estar comigo, me ajudando e apoiando em todas as minhas decisões. Por ser um apoio pessoal, que me dá carinho, força e puxões de orelha quando necessário.

A meu orientador e amigo, Prof. Julierme Ferreira Rocha, por ser responsável pela concretização deste trabalho e por toda confiança depositada em mim. Por todo conhecimento transmitido, não só sobre Cirurgia, mas sobre a vida, e por todas as oportunidades que me concedeu. Com você aprendi a ter paixão pelo que faço!

Aos Professores Cadmo Wanderley e Wilson Noletto, agradeço não só pelo conhecimento que compartilharam, mas por toda confiança e incentivo até hoje e por todas as oportunidades que vocês me deram.

A todos os Professores, por cada ensinamento transmitido. Sinto orgulho de poder ter aprendido o pouco que sei com vocês.

A meus amigos do curso de odontologia, por servirem de apoio sempre que precisei.

A minha turma, por atuar literalmente como uma família durante todo o curso, sou grato por fazer parte dessa turma.

A Jadson, por toda amizade e por ser meu companheiro de estudos, desde o primeiro período.

A meus amigos da Turma do Gueto, por toda amizade desde a infância. Vocês são quem eu procuro nos momentos de dificuldade e nos momentos de alegrias. Vocês são os melhores!

A toda minha família, por todo apoio e incentivo.

A todas as pessoas que acreditaram em mim e contribuíram direta ou indiretamente nesta realização.

“Eu acredito demais na sorte. E tenho constatado que, quanto mais duro eu trabalho, mais sorte eu tenho.”

Thomas Jefferson

RESUMO

A ocorrência de complicações em cirurgia oral é um achado, relativamente, frequente, sendo a alveolite ou osteíte alveolar, fratura radicular, hemorragia, infecção e comunicação buco-sinusal os achados mais prevalentes. O seu manejo é fundamental para eliminar ou reduzir os riscos potenciais e proporcionar bem-estar ao paciente no período trans e pós-operatório. Este trabalho buscou analisar a conduta do cirurgião-dentista (CD), clínico geral, frente as complicações mais comuns durante a realização de exodontia no exercício clínico diário. Foi elaborado um questionário específico contendo treze questões abordando dados demográficos e específicos. O questionário foi aplicado a 40 (quarenta) CD atuantes no estado da Paraíba, Brasil, sendo os dados submetidos a luz da estatística descritiva. Os resultados mostram que o nível de conhecimento dos profissionais avaliados acerca da conduta frente aos casos de comunicação buco-sinusal, fratura radicular, alveolite, hemorragia, fratura de mandíbula e aspiração de instrumentais e/ou fragmentos dentários foi satisfatório. O estabelecimento e a execução da conduta terapêutica ideal frente as complicações em cirurgia oral, principalmente durante ou após a exodontia, deve ser fundamental para minimizar o agravamento do quadro. Portanto, é imperativo que o profissional esteja apto a estabelecer medidas terapêuticas ou encaminhar adequadamente o paciente durante a ocorrência de complicações cirúrgicas.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; Complicações intraoperatórias; Complicações pós-operatórias

ABSTRACT

The occurrence of complications in oral surgery is a relatively frequent finding, being the alveolitis or alveolar osteitis, root fracture, hemorrhage, infection and buccal-sinus communication, the most frequent findings. Their management is fundamental in order to eliminate or reduce the potential risks and provide well-being to the patient in the trans and post-operative period. This work aimed to analyze the dental surgeon (DS), general practitioner's conduct, when facing the most common complications during the realization of exodontia in the daily clinical practice. A specific questionnaire was prepared containing thirteen questions approaching demographic and specific data. The questionnaire was applied to 40 (forty) DS acting in the state of Paraíba, Brazil, and the data was submitted in the light of the descriptive statistics. The results showed that the level of knowledge of the assessed professionals about the conduct when facing cases of buccal-sinus communication, root fracture, alveolitis, hemorrhage, mandibular fracture and aspiration of dental instruments and/or dental fragments was satisfactory. The establishment and execution of the ideal therapeutic conduct when dealing with oral surgery complications, mainly during or after the exodontia, must be fundamental to minimize the aggravation of the condition. However, it is imperative that the professional is able to establish therapeutic measures or to adequately refer the patient during the occurrence of surgical complications.

Keywords: Oral surgery; Intraoperative complications; Postoperative complications.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Conduta dos profissionais entrevistados frente as complicações em cirurgia oral menor	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBS Comunicação buco-sinusal

CD Cirurgião dentista

FBS Fístula buco-sinusal

mm Milímetro

OA Osteíte alveolar

LISTA DE SÍMBOLOS

@ Arroba

% Por cento

> Maior que

< Menor que

® Marca registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
	REFERÊNCIAS.....	15
3	ARTIGO	17
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	ANEXO A	34
	ANEXO B	40
	APENDICE A.....	41
	APENDICE B.....	43

1 INTRODUÇÃO

O empirismo das técnicas cirúrgicas exodônticas, a falta de instrumentos adequados, além do desconhecimento da assepsia e anti-sepsia, contribuíam para que a incidência das complicações em cirurgia oral fossem mais comuns. Mesmo diante da evolução dos conhecimentos semiológicos, medicamentosos e aprimoramento das técnicas e instrumentais cirúrgicos, essas intercorrências ainda persistem devido, principalmente, à falta de conhecimento ou descuido por parte dos profissionais. Complicações são eventos associados a exodontia dos dentes inclusos ou irrompidos, variando desde alterações simples, sem necessidade de intervenção, a casos de hospitalização. As complicações cirúrgicas mais comuns durante ou após a exodontia são: lesões dos tecidos moles, lesões às estruturas ósseas, fratura de instrumentos, alveolite, fratura radicular, trismo, dor, infecção, danos aos dentes adjacentes, comunicação buco-sinusal (CBS), hemorragia, equimose, trismo e fratura de mandíbula (SPINNATO; ALBERTO, 2009; SUSARLA et al., 2003; HUPP, 2009; SCHLIEVE et al., 2012).

Diante dessas situações clínicas, a prevenção é o melhor caminho para controlar tais intercorrências, sendo bem determinada através de uma minuciosa anamnese e exame clínico, amplo plano de tratamento e uma cuidadosa execução dos procedimentos cirúrgicos. Entretanto, diante desses quadros, o manejo adequado traz ao paciente conforto, segurança e bem-estar no período trans e pós-operatório (DUARTE, 2011; MIRANDA et al., 2007; MARCIANI, 2007; BAGHERI; KAHN, 2007).

O objetivo deste trabalho foi avaliar a conduta do cirurgião-dentista (CD), clínico geral, frente as complicações mais comuns durante ou após a realização de exodontia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Acidente pode ser definido como todo evento indesejado que ocorre no trans-operatório. Quando um evento indesejado acontece no período pós-operatório imediato ou tardio, trata-se de uma complicação (BOULOUX et al., 2007).

Durante a exodontia dos molares superiores, pode ocorrer a comunicação entre o seio maxilar e a cavidade oral (CBS). Quando esse trajeto é revestido por epitélio, devido a falhas no processo de reparo ósseo, a definição fístula buco-sinusal (FBS) é mais adequada. O diagnóstico clínico é feito por meio da manobra de Valsalva. A CBS pode acontecer durante a exodontia dos molares superiores e sua incidência varia de 0,8% a 5,1%, sendo mais frequente durante a exodontia dos primeiros molares (CHIAPASCO et al., 1993; DEL REY-SANTAMARÍA et al., 2006). A conduta imediata depende do tamanho da CBS e da existência prévia de patologia do seio maxilar. Quando há patologia sinusal é imperativo o tratamento da sinusopatia antes da instituição da terapêutica para a resolução da CBS ou FBS (HUPP, 2009; PIERSE et al., 2012).

Diante da ocorrência de fratura radicular durante a exodontia, a melhor conduta é a remoção do fragmento radicular, especificamente em casos onde existia patologia (cárie, doença periodontal, pericoronarite, cistos e tumores) associada com o dente. Entretanto, a possibilidade de danos às estruturas nobres, a ocorrência de taquifilaxia, o trauma cirúrgico e o tempo prolongado da cirurgia podem levar o CD a optar pela manutenção do remanescente radicular no alvéolo. O tamanho do fragmento (<3mm) e a ausência de patologia dentária são fundamentais para essa medida (HUPP, 2009).

Embora seja infrequente e com uma incidência inferior a 1%, a hemorragia é a complicação trans-operatória mais comum (BUI et al., 2003; CHUANG et al., 2007). O risco de hemorragia está associado a presença de desordens de coagulação (congenita ou adquirida), trauma cirúrgico excessivo, danos aos tecidos moles, manuseio inadequado do retalho, uso de medicação anticoagulante/antiagregante plaquetária, lesão dos vasos orofaciais e variação anatômica. O CD poderá utilizar medidas como: compressão com gaze, suturas, esponja de gelatina absorvível (Gelfoam®), celulose oxidada (Surgicel®), adesivo de fibrina (Tissucol®), medicação tópica ou sistêmica (ácido tranexâmico), vasoconstrictor, ligadura de vasos e eletrocauterização (BOULOUX et al., 2007; MALMQUIST, 2011; PIERSE et al., 2012).

As fraturas de ângulo mandibular, apesar de raras, associadas a exodontia de terceiros molares inferiores geram implicações médico-legais e demandam mais cuidados para o paciente (hospitalização, osteosíntese) (ZHANG, 2012). Sua incidência reportada na literatura é de 0,0049%. Pacientes com mais de 40 anos, mandíbula atrófica, presença de patologia (osteoporose), dentes impactados profundamente (Classe IIIC de Pell & Gregory) e o uso de força excessiva são fatores que predis põe a ocorrência de fratura mandibular (LIBERSA et al., 2002).

Instrumentais cirúrgicos, fragmentos dentários ou ápices radiculares podem ser aspirados ou deglutidos durante a realização de cirurgias na cavidade oral, estando mais associados ao trauma maxilofacial. A aspiração de instrumental cirúrgico ou restos dentários podem comprometer as vias aéreas, provocando acessos de tosse (tosse paroxística) ou, também, espasmo glótico, edemas, congestões agudas das paredes da laringe e, dos brônquios, podendo obliterar a passagem de ar e, conseqüentemente, provocando asfixia e quadros de febre (ULKU et al., 2005; OSPINA, 2005). Diante do quadro de aspiração ou deglutição condutas devem ser tomadas para minimizar ou eliminar possíveis complicações respiratórias (bronquite crônica, broncopneumonia) ou gastrointestinais (sangramentos, formação de abscessos, fistulação, constipação intestinal) (HOSEINI et al., 2013).

A osteíte alveolar (OA) ou alveolite seca foi primeiramente descrita por Crawford em 1986 e pode ser definido como um quadro auto-limitado (duração de 3-10 dias) de dor moderada ou severa que se desenvolve no período de 3-5 dias após a exodontia. A ausência no aumento do número de leucócitos, febre, linfadenopatia e edema são fundamentais para diferenciar o quadro de OA de infecção. Apesar de não ter etiologia totalmente esclarecida, a teoria de Birn (aumento da atividade fibrinolítica) e a teoria da desagregação do coágulo por bactérias são as mais aceitas. A frequência da OA varia de 3,4% (BUI et al., 2003) a 7,4% (CHUANG et al., 2007) e o aumento da sua incidência está correlacionado com diversos fatores: trauma cirúrgico, tipo de impactação, infecção pré-existente, ação do vasoconstrictor associado ao anestésico, desagregação do coágulo por agentes mecânicos (sucção, língua), experiência do CD, fumo, contraceptivos orais, corpo estranho no alvéolo, irrigação inadequada e higiene oral deficiente (HEASMAN; JACOBS, 1984; SUSARLA et al., 2003; SPINNATO; ALBERTO, 2009). Clinicamente, observa-se coágulo desorganizado, osso exposto, tecido mole eritematoso e mau-hálito. A dor presente pode ser irradiada para a região do ouvido e pescoço. (MIRANDA et al., 2007; PIERSE et al., 2012).

REFERÊNCIAS

- BOULOUX, G.F.; STEED, M.B.; PERCIACCANTE, V.J. Complications of third molar surgery. **Oral Maxillofacial SurgClin N Am**;19:117–128; 2007.
- BUI, C.H.; SELDIN, E.B.; DODSON, T.B. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. **J Oral MaxillofacSurg**;61:1379-89; 2003.
- CHIAPASCO, M.; DE CICCO, L.; MARRONE, G. Side effects and complications associated with third molar surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**;76(4):412-20; 1993.
- CHUANG, S.K.; PERROTT, D.H.; SUSARLA, S.M.; DODSON, T.B. Age as a risk factor for third molar surgery complications. **J Oral MaxillofacSurg**;65:1685-92; 2007.
- DEL REY-SANTAMARÍA, M.; VALMASEDA-CASTELLÓN, E.; BERINI-AYTÉS, L.; GAY-ESCODA, C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**;11(4):E334-8; 2006.
- HEASMAN P.A.; JACOBS. D.J. A clinical investigation into the incidence of dry socket. **Br J Oral and MaxillofacSurg**;22: 115-22; 1984.
- HOSEINI, M.; MOSTAFAVI, S.M.S.; REZAEI, N.; BOLURI, E.J. Orthodontic wire ingestion during treatment: Reporting a case and review the management of foreign body ingestion or aspiration (emergencies). **Case Reports in Dentistry**: 1-3; 2013.
- HUPP, J.R. Prevenção e tratamento das complicações cirúrgicas. IN: Hupp, JR, Ellis III E, Tucker, Mr. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 185-200; 2009.
- LIBERSA, P.; ROOZE, D.; CACHATRT, T.; LIBERSA, J.C. Immediate and late mandibular fracture after third molar removal. **J Oral MaxillofacSurg**;60:165-6; 2002.
- MALMQUIST, J.P. Complications in oral and maxillofacial surgery: management of hemostasis and bleeding disorders in surgical procedures. **Oral Maxillofacial SurgClin N Am**; 23:387–394; 2011.
- MIRANDA, M.S.; BARROS, V.F.; MEDEIROS, P.J. Extração de dentes erupcionados. In: Araújo A, Gabrielli MFR, Medeiros PJ. **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**. São Paulo: Santos; p. 25-68; 2007.
- OSPINA, J.C.; LUDEMANN, J.P. Aspiration of an extracted molar: Case report. **J Can Dent Assoc**; 71(8):581–3; 2005.
- PIERSE, J.E.; DYM, H.; CLARKSON, E. Diagnosis and management of common postextraction complications. **Dent Clin N Am**;56:75–93; 2012.
- SPINNATO, G.G.; ALBERTO, P.L. Complications of dentoalveolar surgery. In: Fonseca RJ, Barber HD, Matheson JD. **Oral and maxillofacial surgery – Volume I**. 2ª Edição. St. Louis: Saunders Elsevier; p. 212-222; 2009.

SUSARLA, S.M.; BLAESER, B.F.; MAGALNICK, D. Third molar surgery and associated complications. **Oral Maxillofacial SurgClin N Am**;15:177–186; 2003.

ULKÜ, R.; BASKAN, Z.; YAVUZ, I. Open surgical approach for tooth aspirated during dental extraction: a case report. **Aust Dent J**;50(1):49-50; 2005.

ZHANG, Q.B.; OUYANG, K.; ZHANG, Z.Q.; HE, J.Q.; PIAO, Z.G. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal - A case report and preventive measures recommended. **Journal of Oral and MaxillofacSurg, Med, and Pathol**;24:204–207; 2012.

3 ARTIGO

CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL

THE CONDUCT OF THE DENTAL SURGEON WHEN FACING
COMPLICATIONS IN ORAL SURGERY

AUTORES:

Julierme Ferreira Rocha - Professor Doutor das disciplinas de Anatomia Topográfica e Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Campina Grande - campus Patos, Paraíba.

Andre Lustosa de Souza - Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Regional do Agreste de Pernambuco

Hyago Marx Rodrigues Pessoa - Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - campus Patos, Paraíba.

Eduardo Sanches Gonçalves – Professor Pós-doutor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

José Wilson Noleto Ramos Junior – Professor Doutor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Campina Grande - campus Patos, Paraíba.

Eduardo Hochuli Vieira - Professor Doutor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Unesp (Universidade Júlio Mesquita Filho), São Paulo.

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha - 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.

Email: juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

A ocorrência de complicações em cirurgia oral é um achado, relativamente, frequente, sendo a alveolite ou osteíte alveolar, fratura radicular, hemorragia, infecção e comunicação buco-sinusal os achados mais prevalentes. O seu manejo é fundamental para eliminar ou reduzir os riscos potenciais e proporcionar bem-estar ao paciente no período trans e pós-operatório. Este trabalho buscou analisar a conduta do cirurgião-dentista (CD), clínico geral, frente as complicações mais comuns durante a realização de exodontia no exercício clínico diário. Foi elaborado um questionário específico contendo treze questões abordando dados demográficos e específicos. O questionário foi aplicado a 40 (quarenta) CD atuantes no estado da Paraíba, Brasil, sendo os dados submetidos a luz da estatística descritiva. Os resultados mostram que o nível de conhecimento dos profissionais avaliados acerca da conduta frente aos casos de comunicação buco-sinusal, fratura radicular, alveolite, hemorragia, fratura de mandíbula e aspiração de instrumentais e/ou fragmentos dentários foi satisfatório. O estabelecimento e a execução da conduta terapêutica ideal frente as complicações em cirurgia oral, principalmente durante ou após a exodontia, deve ser fundamental para minimizar o agravamento do quadro. Portanto, é imperativo que o profissional esteja apto a estabelecer medidas terapêuticas ou encaminhar adequadamente o paciente durante a ocorrência de complicações cirúrgicas.

Descritores: Cirurgia bucal; Complicações intraoperatórias; Complicações pós-operatórias

ABSTRACT

The occurrence of complications in oral surgery is a relatively frequent finding, being the alveolitis or alveolar osteitis, root fracture, hemorrhage, infection and buccal-sinus communication, the most frequent findings. Their management is fundamental in order to eliminate or reduce the potential risks and provide well-being to the patient in the trans and post-operative period. This work aimed to analyze the dental surgeon (DS), general practitioner's conduct, when facing the most common complications during the realization of exodontia in the daily clinical practice. A specific questionnaire was prepared containing thirteen questions approaching demographic and specific data. The questionnaire was applied to 40 (forty) DS acting in the state of Paraíba, Brazil, and the data was submitted in the light of the descriptive statistics. The results showed that the level of knowledge of the assessed professionals about the conduct when facing cases of buccal-sinus communication, root fracture, alveolitis, hemorrhage, mandibular fracture and aspiration of dental instruments and/or dental fragments was satisfactory. The establishment and execution of the ideal therapeutic conduct when dealing with oral surgery complications, mainly during or after the exodontia, must be fundamental to minimize the aggravation of the condition. However, it is imperative that the professional is able to establish therapeutic measures or to adequately refer the patient during the occurrence of surgical complications.

Descriptors: Oral surgery; Intraoperative complications; Postoperative complications.

INTRODUÇÃO

O empirismo das técnicas cirúrgicas exodônticas, a falta de instrumentos adequados, além do desconhecimento da assepsia e anti-sepsia, contribuíam para que a incidência das complicações em cirurgia oral fossem mais comuns. Mesmo diante da evolução dos conhecimentos semiológicos, medicamentosos e aprimoramento das técnicas e instrumentais cirúrgicos, essas intercorrências ainda persistem devido, principalmente, à falta de conhecimento ou descuido por parte dos profissionais. Complicações são eventos associados a exodontia dos dentes inclusos ou irrompidos, variando desde alterações simples, sem necessidade de intervenção, a casos de hospitalização. As complicações cirúrgicas mais comuns durante ou após a exodontia são: lesões dos tecidos moles, lesões às estruturas ósseas, fratura de instrumentos, alveolite, fratura radicular, trismo, dor, infecção, danos aos dentes adjacentes, comunicação buco-sinusal (CBS), hemorragia, equimose, trismo e fratura de mandíbula^{1,2,3,4}.

Diante dessas situações clínicas, a prevenção é o melhor caminho para controlar tais intercorrências, sendo bem determinada através de uma minuciosa anamnese e exame clínico, amplo plano de tratamento e uma cuidadosa execução dos procedimentos cirúrgicos. Entretanto, diante desses quadros, o manejo adequado traz ao paciente conforto, segurança e bem-estar no período trans e pós-operatório^{5,6,7,8}.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a conduta do cirurgião-dentista (CD), clínico geral, frente às complicações mais comuns durante ou após a realização de exodontia.

MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um estudo quantitativo-descritivo, com abordagem indutiva por meio de questionário específico contendo 13 (treze) questões e divididos em duas partes: a primeira, abordava dados demográficos dos profissionais (idade, gênero, ano de formação e infra-estrutura disponível no ambiente de trabalho) e a segunda, questões mais específicas sobre o manejo das complicações em cirurgia oral: comunicação buco-sinusal, fratura radicular, hemorragia, fratura de mandíbula, aspiração de instrumentais e/ou fragmentos dentários e alveolite. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, cerca de 125 (cento e vinte e cinco) CD estão em atividades em consultórios públicos de saúde na área da 6ª Gerência Regional da Saúde, constituída por um total de 24 (vinte e quatro) municípios, e que integra a Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Foram selecionados aleatoriamente 40 (quarenta) CD clínico geral, de ambos os gêneros e com faixa etária com idade entre 25-59 anos. Os questionários foram aplicados diretamente nos estabelecimentos de saúde por um dos pesquisadores. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Paraíba (Protocolo 725.292/2014).

Os dados coletados foram tabulados e submetidos a luz da estatística descritiva.

RESULTADOS

Dados demográficos

Do total de entrevistados, observou-se que a maioria era do gênero feminino (80%) e com faixa etária predominante na quarta década de vida (28%). Cerca de 37,5% dos profissionais avaliados foram graduados entre os anos de 2000-2009. Aproximadamente 2/3 dos cirurgiões-dentistas possuíam especialização, entretanto nenhum referiu ser pós-graduado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Quase 70% dos profissionais avaliados já se viram diante de situações clínicas envolvendo complicações em cirurgia oral menor, sendo os eventos mais citados a fratura radicular (32,2%), hemorragia (25%) e comunicação buco-sinusal (10,7%). A quase totalidade da amostra refere a necessidade de reciclagem das informações acerca do tema abordado.

Dados específicos (Tabela 01)

A tabela 01 sumariza os resultados da conduta dos profissionais entrevistados diante da ocorrência de complicações em cirurgia oral menor.

DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou a conduta do CD frente à ocorrência de complicações em cirurgia oral menor. Cerca de 2/3 dos entrevistados encontram-se na terceira ou quarta década de vida e possuem pouco tempo de graduado. Na maioria das questões específicas avaliadas, observou-se conduta adequada de mais da metade dos profissionais entrevistados. Isso pode ser explicado por dois fatores: a pouca experiência profissional é compensada pela obtenção de conhecimentos durante o período recente de graduação, o que estimula uma maior participação em eventos acadêmicos e científicos; segundo, o estado da Paraíba possui, atualmente, seis cursos de graduação em odontologia. Isso contribui para a realização frequente de palestras educativas, jornadas acadêmicas, cursos de curta duração, congressos, curso de aperfeiçoamento e/ou especialização, além de programas de pós-graduação *stricto sensu*.

Durante a exodontia dos molares superiores, pode ocorrer a comunicação entre o seio maxilar e a cavidade oral (CBS). Quando esse trajeto é revestido por epitélio, devido a falhas no processo de reparo ósseo, a definição fístula buco-sinusal (FBS) é mais adequada. O diagnóstico clínico é feito por meio da manobra de Valsalva. A CBS pode acontecer durante a exodontia dos molares superiores e sua incidência varia de 0,8% a 5,1%, sendo mais frequente durante a exodontia dos primeiros molares^{9,10}. A conduta imediata depende do tamanho da CBS e da existência prévia de patologia do seio maxilar. Quando há patologia sinusal é imperativo o tratamento da sinusopatia antes da instituição da terapêutica para a resolução da CBS ou FBS^{3,11}.

Para CBS menores que 2mm e sem patologia prévia do seio maxilar, a sutura oclusiva é o tratamento de escolha¹². Cerca de 80% dos entrevistados defendem essa conduta diante de positividade da manobra de Valsava, o que mostra ser um tratamento de resultados favoráveis. Esse procedimento é importante para manutenção e proteção do coágulo na região e posterior neoformação óssea, evitando assim o desenvolvimento de uma FBS e alterações sinusais (sinusite maxilar). Quando o tamanho da CBS varia entre 2 a 6mm, o tratamento consiste de sutura oclusiva associada ao uso de antibiótico de largo espectro para prevenir o desenvolvimento de patologia sinusal (sinusite maxilar). Em casos de CBS com tamanho superior a 6mm, recomenda-se o uso de retalhos locais para o fechamento do trajeto existente entre o seio maxilar e a cavidade oral. As técnicas mais

utilizadas são: deslizamento de retalho vestibular, rotação de retalho platino e enxerto pediculado do corpo adiposo da bochecha^{3,4}.

O deslizamento do retalho vestibular, procedimento descrito por Rehrmann em 1936, é a técnica mais empregada^{13,14}. Entretanto, o procedimento tem sido restrito para casos de pequeno diâmetro e em pacientes parcialmente dentados, em virtude da alta probabilidade de redução da profundidade de sulco, podendo comprometer a reabilitação protética. O giro do retalho palatino foi proposto por Ashley em 1939, e sua principal indicação é para o fechamento de CBS/FBS de tamanho moderado (5-10mm) a grande (>10mm) em casos de pacientes totalmente desdentados^{15,14,16}. Egiedy, em 1977, reportou o uso do corpo adiposo da bochecha para reconstrução de defeitos orais, sendo sua indicação para reparos maiores e quando ocorre insucesso ou falha no emprego das técnicas anteriormente citadas¹⁷.

Dos 40 CD entrevistados, 32,2% dos profissionais afirmaram da ocorrência de fratura radicular durante a exodontia na prática clínica diária, dados observados em pesquisas realizadas por Contar¹⁸ e Araújo¹⁹. Diante dessa situação, a melhor conduta é a remoção do fragmento radicular, especificamente em casos onde existia patologia (cárie, doença periodontal, pericoronarite, cistos e tumores) associada com o dente. Entretanto, a possibilidade de danos às estruturas nobres, a ocorrência de taquifilaxia, o trauma cirúrgico e o tempo prolongado da cirurgia podem levar o CD a optar pela manutenção do remanescente radicular no alvéolo. O tamanho do fragmento (<3mm) e a ausência de patologia dentária são fundamentais para essa medida³, conduta seguida pela maioria dos CD entrevistados (92%). Pogrel²⁰, afirma que nos casos de remanescentes radiculares deixados no alvéolo existe um processo normal de cicatrização e observa a formação de osso acima do fragmento de raiz, em radiografias realizadas 6 meses após os procedimentos cirúrgicos.

Embora seja infrequente e com uma incidência inferior a 1%, a hemorragia é a complicação trans-operatória mais comum^{21,22}. O risco de hemorragia está associado a presença de desordens de coagulação (congenita ou adquirida), trauma cirúrgico excessivo, danos aos tecidos moles, manuseio inadequado do retalho, uso de medicação anticoagulante/antiagregante plaquetária, lesão dos vasos orofaciais e variação anatômica. A manobra de compressão é uma técnica segura e confiável no controle dos sangramentos associados com o procedimento de cirurgia oral, conduta seguida por 75%

dos CD entrevistados. O paciente deve ser orientado a comprimir gaze no local do sangramento por um período superior a 20 minutos. Previamente a essa manobra, é fundamental que o coágulo desorganizado seja removido, bem como qualquer tecido de granulação presente. Caso o método seja ineficaz, o CD poderá utilizar medidas adicionais como: suturas, esponja de gelatina absorvível (Gelfoam®), celulose oxidada (Surgicel®), adesivo de fibrina (Tissucol®), medicação tópica ou sistêmica (ácido tranexâmico), vasoconstrictor, ligadura de vasos e eletrocauterização^{23,24,11}.

As fraturas de ângulo mandibular, apesar de raras, associadas a exodontia de terceiros molares inferiores geram implicações médico-legais e demandam mais cuidados para o paciente (hospitalização, osteosíntese)²⁵. Sua incidência reportada na literatura é de 0,0049%²⁶. Pacientes com mais de 40 anos, mandíbula atrófica, presença de patologia (osteoporose), dentes impactados profundamente (Classe IIIC de Pell&Gregory) e o uso de força excessiva são fatores que predispõe a ocorrência de fratura mandibular. Segundo Chrcanovic e Custódio²⁷, o bloqueio maxilo-mandibular (6-8 semanas), dieta leve (4 semanas) e acompanhamento clínico e radiográfico são suficientes para tratar a maioria dos casos de fratura de ângulo mandibular, em decorrência do deslocamento ausente ou limitado²⁸. Cerca de 62,5 % dos entrevistados afirmaram que diante desse quadro conduziriam pelo encaminhamento ao serviço de cirurgia oral especializado. Apesar de não ser incorreta, essa conduta deve ser seguida por comunicação e orientação do paciente acerca do quadro instalado e dos cuidados e tratamentos necessários para a resolução dessa complicação.

Instrumentais cirúrgicos, fragmentos dentários ou ápices radiculares podem ser aspirados ou deglutidos durante a realização de cirurgias na cavidade oral, estando mais associados ao trauma maxilofacial. A aspiração de instrumental cirúrgico ou restos dentários podem comprometer as vias aéreas, provocando acessos de tosse (tosse paroxística) ou, também, espasmo glótico, edemas, congestões agudas das paredes da laringe e, dos brônquios, podendo obliterar a passagem de ar e, conseqüentemente, provocando asfixia e quadros de febre^{29,30}. Condutas imediatas, como a manobra de Heimlich, devem ser realizadas na tentativa de remover qualquer corpo estranho que comprometa as vias aéreas. Mais da metade dos profissionais entrevistados (65%) diante de um quadro de aspiração de instrumental cirúrgico, abortariam o procedimento, verificariam a respiração do paciente, encaminhando-o para realizar radiografia de tórax e abdome. Diante do quadro de aspiração ou deglutição de qualquer corpo estranho, a

obtenção de radiografia de tórax e abdome é mandatória para determinar a sua localização. Essa conduta é fundamental para minimizar ou eliminar possíveis complicações respiratórias (bronquite crônica, broncopneumonia) ou gastrointestinais (sangramentos, formação de abscessos, fistulação, constipação intestinal)³¹.

A osteíte alveolar (OA) ou alveolite seca foi primeiramente descrita por Crawford em 1986 e pode ser definido como um quadro auto-limitado (duração de 3-10 dias) de dor moderada ou severa que se desenvolve no período de 3-5 dias após a exodontia. A ausência no aumento do número de leucócitos, febre, linfadenopatia e edema são fundamentais para diferenciar o quadro de OA de infecção. Apesar de não ter etiologia totalmente esclarecida, a teoria de Birn (aumento da atividade fibrinolítica) e a teoria da desagregação do coágulo por bactérias são as mais aceitas. A frequência da OA varia de 3,4%²¹ a 7,4%²² e o aumento da sua incidência está correlacionado com diversos fatores: trauma cirúrgico, tipo de impactação, infecção pré-existente, ação do vasoconstrictor associado ao anestésico, desagregação do coágulo por agentes mecânicos (sucção, língua), experiência do CD, fumo, contraceptivos orais, corpo estranho no alvéolo, irrigação inadequada e higiene oral deficiente^{32,2,1}.

Antes da instituição do tratamento, é fundamental a avaliação clínica e radiográfica do alvéolo. Clinicamente, observa-se coágulo desorganizado, osso exposto, tecido mole eritematoso e mau-hálito. A dor presente pode ser irradiada para a região do ouvido e pescoço. O exame radiográfico deve evidenciar cavidade alveolar com paredes íntegras e livre de corpo estranho (espículas ósseas, remanescentes de tecidos dentários, fios de gaze, restos de restauração). Por sua natureza auto-limitada, o tratamento da OA é instituído como paliativo (alívio da dor). O tratamento varia desde o uso de enxaguantes bucais a aplicação de agentes intra-alveolar. A curetagem alveolar é contra-indicada por aumentar a quantidade de osso exposto e, conseqüentemente, a dor do paciente e pela possibilidade de bacteremia^{6,11}. Mais da metade dos entrevistados corroboram com essa conduta, defendendo a não utilização da curetagem e o uso de antibióticos.

CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada nesse estudo, foi possível constatar um nível satisfatório de informação dos CD entrevistados frente a ocorrência de complicações em cirurgia oral.

REFERÊNCIAS

1. Spinnato GG, Alberto PL. Complications of dentoalveolar surgery. In: Fonseca RJ, Barber HD, Matheson JD. Oral and maxillofacial surgery – Volume I. 2ª Edição. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009. p. 212-222.
2. Susarla SM, Blaeser BF, Magalnick D. Third molar surgery and associated complications. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2003;15:177–186.
3. Hupp JR. Prevenção e tratamento das complicações cirúrgicas. IN: Hupp, JR, Ellis III E, Tucker, Mr. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 185-200.
4. Schlieve T, Kolokythas A, Miloro M. Third molar surgery. In: Miloro M, Kolokythas A. Management of complications in oral and maxillofacial surgery. 1ª Edição. Wiley-Blackwell; 2012: p. 25-40.
5. Duarte BG, Dias-Ribeiro E, Rocha JF, Sampieri MBS, Sant'ana E, Gonçalves ES. Alterações patológicas e fraturas do ângulo mandibular justificam a extração profilática de terceiros molares inferiores. *RevOdontol UNESP* 2011; 40(2): 96-102.
6. Miranda MS, Barros VF, Medeiros PJ. Extração de dentes erupcionados. In: Araújo A, Gabrielli MFR, Medeiros PJ. Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. São Paulo: Santos, 2007. p. 25-68
7. Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007;19:1-13
8. Bagheri SC, Khan HA. Extraction versus nonextraction management of third molars. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007;19:15-21.
9. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;76(4):412-20
10. del Rey-Santamaría M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(4):E334-8
11. Pierse JE, Dym H, Clarkson E. Diagnosis and management of common postextraction complications. *Dent Clin N Am* 2012;56:75–93
12. Abuabara A, Cortez ALV, Passeri LA, Moraes M, Moreira RWF. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: Experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:155-158
13. Visscher SH, van Minnen B, Bos RRM. Closure of oroantral communications: A review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1384-1391

14. Anavi Y, Gal G, Silfen R, Calderon S. Palatal rotation-advancement flap for delayed repair of oroantral fistula: A retrospective evaluation of 63 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;96:527-34
15. Ashley RE. A method of closing antroalveolar fistulae. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1939;48:632-5.
16. Cankaya AB, Erdem MA, Cakarar S, Isler SC, Demircan S, Oral CK. Reliability of two surgical methods for oroantral communication closure: A clinical study of 20 patients. *Otolaryngology* 2012;113. doi:10.4172/2161-119X.1000113.
17. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J Maxillofac Surg* 1977;5: 241-4
18. Contar CMM, Oliveira P, Kanegusuku K, Berticelli RS, Azevedo-Alanis LR, Machado MAN. Complications in third molar removal: A retrospective study of 588 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jan 1;15 (1):e74-8.
19. Araújo OC, Agostinho CNLF, Marinho LMRF, Rabêlo LRS, Bastos EG, Silva VC. Incidência dos acidentes e complicações em cirurgia de terceiros molares. *Rev Odontol UNESP*. 2011; 40(6): 290-295.
20. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: A Technique to Protect the Inferior Alveolar Nerve. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62:1447-1452.
21. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1379-89.
22. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Age as a risk factor for third molar surgery complications. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1685-92
23. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007;19:117-128.
24. Malmquist JP. Complications in oral and maxillofacial surgery: management of hemostasis and bleeding disorders in surgical procedures. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2011; 23:387-394
25. Zhang QB, Ouyang K, Zhang ZQ, He JQ, Piao ZG. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal - A case report and preventive measures recommended. *Journal of Oral and Maxillofac Surg, Med, and Pathol* 2012;24:204-207
26. Libersa P, Rooze D, Cachatrt T, Libersa JC. Immediate and late mandibular fracture after third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:165-6
27. Chrcanovic BR, Custódio ALN. Considerations of mandibular angle fractures during and after surgery for removal of third molars: a review of the literature. *Oral Maxillofac Surg* 2010;14:71-80

28. Wagner KW, Otten JE, Schoen R, Schmelzeisen R. Pathological mandibular fractures following third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:722-6
29. Ulkü R, Baskan Z, Yavuz I. Open surgical approach for tooth aspirated during dental extraction: a case report. *Aust Dent J.* 2005;50(1):49-50
30. Ospina JC, Ludemann JP. Aspiration of an extracted molar: Case report. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(8):581–3
31. Hoseini M, Mostafavi SMS, Rezaei N, Boluri EJ. Orthodontic wire ingestion during treatment: Reporting a case and review the management of foreign body ingestion or aspiration (emergencies). *Case Reports in Dentistry* 2013: 1-3
32. Heasman PA, Jacobs DJ: A clinical investigation into the incidence of dry socket. *Br J Oral and Maxillofac Surg* 1984;22: 115-22

ILUSTRAÇÃO

Tabela 1. Conduta dos profissionais entrevistados frente as complicações em cirurgia oral menor.

Tabela 1. Conduta dos profissionais entrevistados frente as complicações em cirurgia oral menor.		
	Número	%
Durante a realização do procedimento de exodontia dos molares superiores em proximidade com o seio maxilar é fundamental realizar a manobra de Valsalva. Diante da positividade da manobra e observando-se uma comunicação buco-sinusal de 2mm, a conduta imediata é:		
Referir o paciente ao serviço hospitalar mais próximo	-	-
Realizar sutura oclusiva e controle clínico e radiográfico	32	80
Utilizar técnicas de reposicionamento de retalhos	4	10
Fazer compressão com gaze no local	4	10
Se durante a exodontia do dente 14 ocorrer uma fratura radicular palatina, os seguintes fatores devem ser considerados para manutenção do fragmento dentário no alvéolo:		
O tamanho do fragmento dentário, a presença de infecção e a proximidade com estruturas nobres.	37	92,5
O tempo transcorrido da cirurgia e a quantidade de anestésico local utilizada	1	2,5
A idade do paciente e a existência de comprometimento sistêmico	1	2,5
A existência de atresia maxilar e a presença de anquilose alvéolo-dentária	1	2,5
Após a exodontia do dente 15, observa-se hemorragia alveolar trans-operatória imediata. Qual a conduta mais adequada?		
Tratar o paciente por meio de medicação coagulante sistêmica	1	2,5
Fazer salcerização local e curativo oclusivo	1	2,5
Fazer compressa local com gaze e sutura	30	75
Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência	8	20
Paciente procura serviço de cirurgia oral para exodontia do dente 38 com indicação ortodôntica. Durante o trans-operatório, ocorre fratura mandibular na região de ângulo. A conduta mais adequada no momento da fratura é:		
Realizar bloqueio maxilo-mandibular, dieta leve e acompanhamento clínico-radiográfico	5	12,5
Sedar o paciente e realizar osteossíntese por meio de fios de aço	3	7,5
Sedar o paciente e realizar osteossíntese por meio de mini placas e parafusos	7	17,5
Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência	25	62,5
Durante exodontia do dente 16 pela técnica da odontosecção, ocorreu do paciente aspirar um fragmento dentário. A conduta imediata é:		
Verificar a respiração do paciente	6	15
Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência	7	17,5
Observar o paciente e marcar retorno para 07 (sete) dias	1	2,5
Abortar o procedimento cirúrgico, verificar a respiração do paciente, encaminhá-lo para realizar radiografia de tórax e abdome.	26	65
No pós-operatório de exodontia do dente 46 foi diagnosticada osteíte alveolar ou alveolite seca. Qual a conduta inadequada para o tratamento do caso especificado:		
Irrigação do alvéolo e medicação tópica	8	20
Irrigação do alvéolo	9	22,5
Remoção da sutura e irrigação do alvéolo	2	5
Curetagem alveolar e prescrição de antibiótico	21	52,5

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a metodologia empregada nesse estudo, foi possível constatar um nível satisfatório de informação dos CD entrevistados frente a ocorrência de complicações em cirurgia oral.

ANEXO A - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL



Objetivo e política editorial

1. INTRODUÇÃO

A revista de Cirurgia e Traumatologia Buco•Maxilo•Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, destina•se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

2.1 • A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e/ou inéditos, revisão sistemática, ensaios clínicos, relato de casos, dentre outros.

2.2 • Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial, que decidirá sobre sua aceitação.

2.3 • As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores.

2.4 • Os originais aceitos ou não para publicação, não serão devolvidos aos autores.

2.5 • É reservado à Revista os direitos autorais do artigo publicado, permitindo sua reprodução parcial, ou total, desde que citada a fonte.

2.6 • Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Nota: Para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.

2.7 • A revista aceita trabalhos em português e espanhol.

Orientações para publicação

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na carta de encaminhamento, deverá ser mencionado: a) a seção a qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para outra Revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os co•autores.
3. 2. Apresentação Geral: Os trabalhos deverão ser apresentados em três vias, sendo 1 original com o nome dos autores e 2 cópias sem identificação, digitados no processador de texto *Microsoft Word*, em caracteres da fonte *Times New Roman*, tamanho 12, em papel branco, tamanho A4 (21,2x29,7 cm) com margens mínimas de 2,5 cm. A numeração das páginas deverá ser consecutiva, começando da página título e ser localizada no canto superior direito. A gravação deverá ser realizada em CD com arquivo *Word* para textos e arquivos *Excel* para gráficos, ficando 1 em posse do autor. Na etiqueta, deverá constar nomes dos arquivos, respectivos programas e nome do autor principal. *Poderá também ser enviado via e•mail como arquivo em anexo de no máximo 1 Mb e até 5 figuras ao e•mail brjoms.artigos@gmail.com*
3. 3. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais. A versão em inglês deverá ser a mais fiel possível à escrita em português. Na preparação dos originais, solicita• se a leitura e a observância completa das Normas de Publicação.
3. 4. Número de Páginas: Os artigos enviados para publicação deverão ter, no máximo, 15 páginas de texto, número este que inclui a página título ou página rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas. Tabelas, Quadros e Legendas de Figuras (ilustrações: fotos, mapas, gráficos, desenhos etc.) deverão vir em páginas separadas e numeradas no final do texto, em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. Os autores deverão certificar•se de que todas as tabelas, quadros e figuras estão citados no texto e na seqüência correta.
3. 5. Página Título: Esta página deverá conter somente: a) título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviaturas dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo do primeiro autor para correspondência com os editores; f) endereço completo do autor principal para correspondência com os leitores; g) nome ou sigla das agências financiadoras, se houver; h) E•mail, de preferência do primeiro autor.

3.6. As ilustrações (gráficos, desenhos etc.) deverão ser limitadas até 5 figuras, construída preferencialmente, em programas apropriados como Excel, Harvard Graphics ou outro, fornecidas em formato digital apresentados no texto, e em arquivo conjuntamente em folhas separadas (papel) e numeradas, consecutivamente em algarismos arábicos. As fotografias deverão ser fornecidas na forma digital de alta resolução (JPEG). As respectivas legendas deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações ou das fotos e procedidas danumeração correspondente. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

3.7. Resumo: O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª. página. Nos casos de artigos em espanhol, é obrigatório o resumo em português e inglês.

3.8. O artigo deverá obedecer à seguinte ordem:

- a) Título e seu correspondente em inglês;
- b) Nome do autor e dos colaboradores, por extenso, com as respectivas chamadas ao pé da página, contendo as credenciais (qualificação, títulos);
- c) Resumo (com até 200 palavras), descritores (até 5 palavras•chave para identificação do conteúdo do trabalho, retiradas do DeCS • Descritores em Ciências da Saúde, disponível no site da BIREME, em <http://www.bireme.br>, link *terminologia em saúde*) e Abstract, em inglês, com unitermos (descritores) em inglês;
- d) Texto: o texto propriamente dito deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo, a seguir, serve como estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa:
 - Introdução: exposição geral do tema, devendo conter os objetivos e a revisão da literatura;
 - Desenvolvimento: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão;
 - Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto do estudo;

EX:

1) TRABALHO DE PESQUISA (ARTIGO ORIGINAL)

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Introd. + proposição)

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusões

Referências Bibliográficas (20 referências máximo • ordem de citação no texto)

NOTA: Máximo 5 figuras

2) RELATO DE CASO

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Intro. + proposição)

Relato de Caso

Discussão

Considerações Finais

Referência Bibliográfica (10 referências máximo • ordem de citação no texto)

NOTA: Máximo 3 figuras

3.9. As citações e referências bibliográficas devem seguir as normas de Vancouver. Exemplo: O tratamento das fraturas dependem também do grau de deslocamento dos segmentos.⁴

3.9.1 As citações deverão seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

3.9.2. Referência igual a PubMed.

Autor (res). J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec;67(12):2599•604.

Declaração de Responsabilidade

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco•Maxilo•Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

Datar e assinar

Observações: Os co•autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco•Maxilo•Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE).

Encaminhamento de Originais

Comissao Editorial da Revista de Cirurgia e Traumatologia
Buco•Maxilo•Facial

Universidade de Pernambuco

Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Av. Gal. Newton Cavalcanti,1.650. Tabatinga, Camaragibe •
Pernambuco • Brasil

CEP 54753•220 • Fone: ++55•81•31847652 • FAX:++55•81• 31847686

brjoms.artigos@gmail.com

© 2005•2007 Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco•Maxilo•Facial
Universidade de Pernambuco

Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1.650. Tabatinga, Camaragibe • Pernambuco •
Brasil CEP 54753•220 • Fone: ++55•81•31847652 •
FAX: ++55•81•31847686
brjoms.artigos@gmail.com / revista@revistacirurgiabmf.com

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA PARAÍBA -
FCM/PB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE AOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL

Pesquisador: Julierme Ferreira Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28277814.6.0000.5178

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 725.292

Data da Relatoria: 04/06/2014

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA PARAÍBA -
FCM/PB



Continuação do Parecer: 725.292

para atualiza-lo, se for necessário, prevendo a coleta de dados para o período posterior à aprovação do projeto pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado. O parecer do colegiado encontra-se de acordo com as decisões deste, após discussão do parecer do relator e das questões éticas do projeto, conforme orientações contidas na Res. CNS 466/12. Recomendamos que o pesquisador mantenha-se atento ao período de envio do relatório final da pesquisa ao CEP utilizando a opção "enviar notificação".

APÊNDICE A - Questionário**PESQUISA: ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL MENOR****PARTE I**

Gênero: ()F ()M Idade: _____ anos Ano de formação: _____

Já atendeu ou acompanhou algum caso de acidente e/ou complicação em cirurgia oral menor?
()S ()N

Qual o acidente e/ou complicação?: _____

Durante a realização de exodontia, você sempre tem disponibilidade de exames por imagem?
()S ()N

Você sente necessidade de receber informações ou participar de cursos sobre tópicos de cirurgia oral?
()S ()N

PARTE II

1. Durante a realização de procedimento de exodontia dos dentes molares superiores é interessante realizar a manobra de Valsalva. Diante da positividade da manobra, a conduta imediata é:
 - a) Referir o paciente para o serviço hospitalar mais próximo
 - b) Realizar sutura oclusiva e controle clínico e radiográfico
 - c) Utilizar técnicas de reposicionamento de retalhos
 - d) Fazer compressão com gaze no local

2. Se durante a exodontia do dente 14 ocorrer uma fratura radicular palatina, os seguintes fatores devem ser considerados para manutenção do fragmento dentário no local:
 - a) O tamanho do fragmento dentário, a presença de infecção e a proximidade com estruturas nobres
 - b) O tempo transcorrido da cirurgia e a quantidade de anestésico local utilizada
 - c) A idade do paciente e a existência de comprometimento sistêmico
 - d) A existência de atresia maxilar e a presença de anquilose alvéolo-dentária

3. Durante a realização de exodontia do dente 15, ocorre movimento brusco do instrumental com laceração do tecido mole da região palatina na área correspondente ao dente 16 e lesão da artéria palatina maior. A conduta mais adequada é:
 - a) Tratar o paciente por meio de medicação coagulante sistêmica, como ácido tranexâmico
 - b) Fazer salcerização local e curativo oclusivo
 - c) Fazer compressa local com gaze, realizar o pinçamento do vaso arterial e sutura no local
 - d) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência

4. Paciente procura serviço de cirurgia oral para exodontia do dente 38 devido a necessidade de tratamento ortodôntico. Durante o trans-operatório, ocorre fratura mandibular na região de ângulo. A conduta mais adequada no momento da fratura é:
 - a) Realizar bloqueio maxilo-mandibular
 - b) Sedar o paciente e realizar osteosíntese por meio de fio de aço
 - c) Sedar o paciente e realizar osteosíntese por meio de miniplacas e parafusos
 - d) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência

5. Durante cirurgia paraendodôntica, ocorreu de o paciente aspirar instrumental cirúrgico (lima endodôntica). A conduta imediata é:
 - a) Verificar a respiração do paciente
 - b) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência
 - c) Observar o paciente e marcar retorno para 07 (sete) dias
 - d) Abortar o procedimento cirúrgico, verificar a respiração do paciente e realizar radiografia de tórax e de abdome.

6. Durante a realização de anestesia de bloqueio do nervo alveolar inferior ocorreu fratura da agulha. Qual a conduta imediata:
 - a) Realizar tomografia computadorizada com cortes de 1.5mm para mapeamento da agulha.
 - b) Tentar a remoção da agulha com auxílio de pinça hemostática
 - c) Chamar o SAMU e encaminhar o paciente para o serviço de cirurgia oral de referência
 - d) Marcar retorno para 07 (sete) dias e realizar nova tentativa para remoção

7. No pós-operatório de exodontia do dente 17 foi diagnosticado osteíte alveolar. Qual a conduta inadequada para o tratamento do caso especificado:
 - a) Irrigação do alvéolo e medicação tópica
 - b) Irrigação do alvéolo
 - c) Remoção da sutura e irrigação do alvéolo
 - d) Curetagem alveolar e prescrição de antibiótico

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: **Conduta do cirurgião-dentista frente aos acidentes e complicações em cirurgia oral**

Pesquisador Responsável: Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha

Pesquisador Acadêmico: André Lustosa de Souza

Prezado (a) senhor (a) cirurgião-dentista:

Somos pesquisadores do Curso de Graduação em Odontologia/UFCG e estamos realizando um estudo com o objetivo de avaliarmos a conduta do cirurgião-dentista atuante na 6ª Região de Saúde da Secretaria de Estado da Paraíba, Brasil, frente à ocorrência de acidentes e complicações durante cirurgia oral menor e, para tanto, gostaríamos de contar com a sua participação. Caso concorde, o(a) Sr.(a) será avaliado(a) com toda a técnica, segurança e higiene de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. Garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Para este estudo, o(a) Sr.(a) será avaliado(a) através de um questionário específico. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis à saúde física, mental e espiritual do Sr.(a), que a participação é voluntária, que não haverá pagamento para isto, e que o(a) Sr.(a) não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique. Durante a aplicação do questionário qualquer conduta ou medida que venha a provocar constrangimento, instabilidade emocional, e/ou psicológica durante a sua participação na pesquisa será evitada. Os resultados poderão trazer benefícios para difusão de tais conhecimentos, ou seja, a conduta frente às intercorrências em cirurgia oral menor, contribuindo para a terapêutica adequada dos profissionais e minimizando os riscos e danos aos pacientes durante tais ocorrências. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que os pesquisadores acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração

Contato com os pesquisadores:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador: Julierme Ferreira Rocha; Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Brasil. Tel: 3511-3068/9975-7868. E-mail: juliermerocha@hotmail.com

Atenciosamente, Julierme Ferreira Rocha _____.

Autorização

Após ter sido informado dos meus direitos como participante e sobre a finalidade da pesquisa "CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE AOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL" dou o meu consentimento. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Em, _____ de _____ de 2014.