❷ Incisão em "V" nas Extrações de Terceiros Molares Inferiores Retidos

- Cláiton Heitz
Professor do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação (ESP, ME e DO) em CTBMF; Mestre em CTBMF e Doutor em Odontologia pela FO/PUCRS
- Alexey Gaspar Martins Ferreira
Especialista em CTBMF pela FO/PUCRS
- Renata Sesti Diefenbach
Aluna do Curso de Graduaçõ da FO/PUCRS

INTRODUÇÃO

Os terceiros molares estão presentes em 90% da população, se encontrando impactados em 33% dos casos (SCHERSTEIN et al., 1988). Devido a esta prevalência a cirurgia para extração destes dentes é uma rotina bastante freqüente na odontologia. Este procedimento cirúrgico envolve a manipulação de tecidos moles e duros, assim os pacientes usualmente referem dor, edema e trismus no período pós-operatório imediato e, alguns ainda, apresentam problemas periodontais na distal do segundo molar inferior no pós-operatório mediato (NAGESHWAR, 2002; CUNQUEIRO, et al., 2003; ROSA et al., 2003).

Em virtude do que foi citado anteriormente a busca por um acesso cirúrgico ideal para a remoção dos terceiros molares é de extrema importância. Neste artigo se descreverá uma incisão em "V", inversa à incisão angular que é utilizada e consagrada pela maioria dos cirurgiões-dentistas, para a extração dos terceiros molares inferiores retidos.

REVISÃO DA LITERATURA

MEDEIROS et al.(2003) lembram que a localização das incisões e a escolha dos retalhos para a cirurgia dos dentes inclusos são determinadas em função do acesso desejado e das estruturas anatômicas relacionadas, tais como nervos e vasos sangüíneos. O acesso cirúrgico deve ser idealizado de forma a prover uma adequada visualização do campo operatório, com o mínimo trauma aos tecidos, e ter a linha de incisão apoiada em osso hígido após a exodontia, o que previne o colapso do retalho e a deiscência de sutura. Os mesmos autores salientam, que vários tipos de retalhos podem ser utilizados desde que os princípios cirúrgicos básicos não sejam violados.

Através da revisão da literatura, observa-se que vários autores tem descrito diversos tipos de incisões, para o acesso cirúrgico nas exodontias dos terceiros molares inferiores retidos, buscando estas proporcionar menores traumas no ato cirúrgico e, por conseqüência propiciar um pós-operatório como menores complicações ao paciente (ARCHER, 1975; WOOLF et al., 1978; CENTENO, 1979; KRUGER, 1984; WEISMANN, 1990; GRAZIANI, 1995; MARZOLA, 1995; GREGORI e NETO, 1996; DONLON e TRIUTA, 1999; PETERSON, 2000; NAGESHWAR, 2002; CUNQUEIRO et al., 2003).

MEDEIROS et al.(2003) afirmam que dentre os vários tipos de retalhos

CONTATO C/AUTORES:
Fone: (51) 3343-5637
MÊS DO RECEBIMENTO: setembro/2003
MÊS DA APROVAÇÃO FINAL: novembro/2003

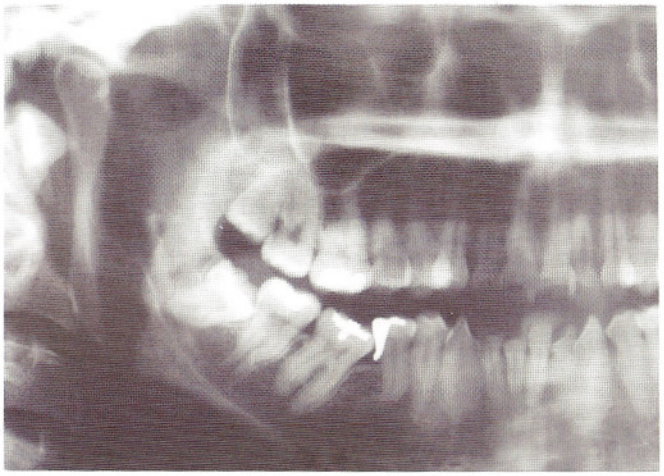

Fig. 1 - Radiografia panorâmica pré-operatória.

Fig. 2 - Incisão em V para a exodontia do terceiro molar inferior retido.

mucoperiostais, os mais utilizados nas cirurgias dos terceiros molares inferiores inclusos são o retalho em envelope e o retalho com uma incisão relaxante, denominado em L, ou também angular.

Fato confirmado por ALLING e ALLING (1993) que descreveram as principais partes componentes das incisões, empregadas por 43 cirurgiões bucomaxilofaciais, de acordo com a localização e o dente a ser extraído. Os autores concluíram que no que se refere aos terceiros molares inferiores retidos, com algumas variações técnicas, as incisões seguem o mesmo desenho das incisões angulares ou em envelope.

É importante se destacar que a escolha da técnica cirúrgica depende, principalmente, da posição em que o dente se encontra, devendo se considerar também a forma e o número das raízes, contato ou não com o segundo molar, bem como a dimensão do septo ósseo entre o segundo e o terceiro molar (MARZOLA,1995; MEDEIROS et al., 2003).

A utilização da técnica de incisão modificada, denominada de incisão em "v" que será descrita a seguir, é recomendada para algumas situações específicas, tais como, terceiros molares inferiores retidos sem contato com o meio bucal (mucosa íntegra), com rizogênese incompleta ou completa em posição vertical, mesioangular ou com inclinação para lingual.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

A incisão inicial é feita na papila lingual distal do segundo molar inferior e segue pelo sulco gengival distal até o fundo de sulco gengivo-geniano. A segunda incisão tem aproximadamente dois centímetros de comprimento e começa no vértice da primeira, seguindo pela linha oblíqua externa formando um "v" (Figuras 01 e 02)

Após o descolamento do retalho mucoperiostal, deslocamos o vértice da incisão para cima e para lingual, fixando-o com um ponto de reparo (Figura 03).

A osteotomia e a odontossecção devem ser realizadas conforme o tipo de retenção dentária. E a sutura é feita através de pontos isolados (Figura 04).

CONCLUSÕES

O uso da incisão em "v" para a exodontia de terceiros molares inferiores retidos apresenta inúmeras vantagens. Além de ser uma técnica de fácil execução e, com tempo cirúrgico reduzido, evita a deiscência de sutura gerando uma cicatrização por primeira intenção, fato este que minimiza o desconforto pós-operatório, que ocorre com freqüência em outros tipos de incisão, devido a falta de apoio ósseo para o retalho muco-periostal após a exodontia, e que proporciona exposição do cemento e da dentina na distal do segundo molar gerando sensibilidade dentinária.

Outra vantagem deste método é a possibilidade de se fixar o retalho com um ponto de reparo, produzindo assim melhor visualização do campo operatório e reduzindo o uso de afastadores, obtendo-se desta forma, um trans-operatório e um pós-operatório menos desconfortável ao paciente em virtude do menor trauma aos tecidos moles.

Entretanto, nos casos em que o terceiro molar inferior se encontrar exposto ao meio bucal (mucosa com solução de continuidade), ou em posição horizontal, ou em distoangulação, ou ainda quando o plano oclusal do terceiro molar estiver abaixo do limite cervical do segundo, bem como se apresentar totalmente coberto pela porção anterior do ramo da mandíbula fica contra-indicado o uso desta técnica cirúrgica, devendo o cirurgião optar por outra, mais adequada à situação.

RESUMO

Os autores realizam a descrição de uma incisão vestibular em "v", inversa à incisão angular que é utilizada e consagrada pela maioria dos cirurgiões-dentistas, para a extração dos terceiros molares inferiores retidos. Esta incisão tem por objetivo fazer com que o retalho mucoperiostal tenha apoio ósseo após a exodontia, propiciando uma cicatrização por primeira intenção e, evitando assim a deiscência de sutura com conseqüente redução da sensibilidade dentinária na distal do segundo molar.

Fig. 3 - Retalho mucoperiostal fixado por meio dle um ponto de reparo.

Fig. 4 - Sutura realizada através de pontos isolados.

Palavras-chave: Dente impactado; Extração dentária; Terceiro molar.

SUMMARY

The authors accomplish the description of a vestibular incision in "v", inverse to the angular incision that it is used and consecrated by most of the surgeon-dentists, for the extraction of the impacted lower third molars. This incision has for objective to do with that the flap mucoperiosteal has bony support after the surgery removal, propitiating a cicatrization for first intention and, avoiding like this the suture deiscence with consequent reduction of the sensibility dentinary in the distal of the second molar.

Key Words: Impacted tooth; Third molar; Tooth extraction.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLING, C.C.; ALLING, R.D. Periodontal considerations. In: ALLING, C.C.; HELFRICK, J.F.; ALLING, R.D. Impacted teeth. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993. Cap.6. p.124-133.

2. ARCHER, W.H. Dientes retidos. In:ARCHER, W.H. Cirurgía bucal: atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas.V.1. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975. Cap.4. p.124-237.

3. CENTENO, G.A.R. Extraccíon de dientes retidos. In:CENTENO, G.A.R. Cirurgia bucal. 8. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1979. Cap.13. p.221-330.

4. DONLON, W.; TRIUTA, M. Minimal incision third molar impaction surgery.Int J Oral Maxillofac Surg, v.28, p.57, 1999.

5. GRAZIANI, M. Cirurgia dos dentes inclusos. In:GRAZIANI, M. Cirurgia bucomaxilofacial. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap.12. p.173-208.

6. GREGORI, C.; NETO, J.B. Dentes inclusos. In: GREGORI, C. Cirurgia buco-dento-alveolar. São Paulo: Sarvier, 1996. Cap. 13. p.138-156.

7. KRUGER, G.O. Dentes reridos. In: KRUGER, G.O. Cirurgia bucal e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. Cap.6. p.57-70.

8. MARZOLA, C. Terceiros molares inferiores retidos. In: MARZOLA, C. Retenção dental. 2.ed. São Paulo: Pancast, 1995. Cap.2. p.51-116.

9. MEDEIROS, P.J.; MIRANDA, M.S.; RIBEIRO, D.P.B. et al. Acessos Cirúrgicos. In: MEDEIROS, P.J.; MIRANDA, M.S.; RIBEIRO, D.P.B. et al. Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento. São Paulo: Santos, 2003. Cap.7. p. 51-62.

10. NAGESHWAR. Comma incision for impacted mandibular third molars. J Oral Maxillofac Surg, v.60, n.12, p.1506-1509, 2002.

11. PETERSON, L. Normas de conduta em dentes impactados. In:PETERSON, L.; ELLIS, E. HUPP, J. et al. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3.ed. Rio de janeiro: Guanabara-Koogan, 2000. Cap.9. p. 214-247.

12. ROSA, A.L.; CARNEIRO, M.G.; LAVRADOR, M.A. Influence of flap design on periodontal healing of second molars after extraction of impacted mandibular third molars. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod, v.93, n.4, p.404-407, 2002.

13. SCHERSTEIN, E.; LYSELL, L.; ROHLIN M. Prevalence of impacted third molars in dental students. Swed Dent J, v.18, p.07-13, 1989.

14. SUAREZ-CUNQUEIRO, M.R.; GUTWALD, R.; REICHMAN, J. et al. Marginal flap vesus paramarginal flap in impacted third molar surgery: A prospective study. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod, v.95, n.4, p.403-408, 2003.

15. WEISMANN, R. Dentes retidos. In: ZANINI, S.A. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Revinter, 1990. Cap.16. p.219-235.

16. WOOLF, R.H.; MALMQUIST, J.P.; WRIGHT, W.H. Third molar extractions: periodontal implications of two flap designs, General Dent, v.26, n.1 p.52-56, 1978.