

Cirurgia de Terceiros Molares Inferiores Retidos

Complicações Pós-Operatórias (Observações Clínicas)

INTRODUÇÃO

Dentre as várias especialidades da Odontologia Moderna, a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial desenvolve-se de forma acelerada na busca quase incontrolável de reduzir os insucessos cirúrgicos resultantes de dificuldades ou acidentes durante as cirurgias, evitando assim possíveis seqüelas graves ou até mesmo irreversíveis.

A Cirurgia Bucal contempla vasta área de ação do Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, e os dentes retidos constituem um capítulo muito importante da ação operatória, sendo os terceiros molares inferiores, por sua vez, um permanente desafio à grande maioria dos profissionais, e porquê não ao próprio Especialista em Cirurgia?!...

Neste estudo, são observadas as complicações pós-cirúrgicas da extração dos terceiros molares inferiores, com o objetivo de contribuir com seu conhecimento ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas.

MATERIAL E MÉTODOS

No presente estudo foram avaliados, durante um ano, 94 pacientes, 27 do sexo masculino e 67 do sexo feminino, com idade variando entre 16 e 35 anos, que necessitavam de remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores, que foi realizada durante o segundo semestre de 1993 e primeiro semestre de 1994, no decorrer do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FUNBEO da Faculdade de Odontologia de Baurú da USP.

Todos pacientes foram submetidos a rigoroso exame clínico pré-operatório, onde ficha de anamnese com dados do paciente, uma parte para avaliação das condições gerais dos dentes, gengiva, mucosa, palato, língua, assoalho bucal e mais 31 itens em relação à história clínica desses pacientes, era cuidadosamente aplicada por cada operador. Tomadas de temperatura, pressão arterial e pulso, também foram realizadas e anotadas na ficha.

Termo de responsabilidade incluído no verso da ficha de anamnese, foi explicado ao paciente logo após o exame e assinado pelo mesmo, ou por algum responsável maior de idade quando se tratava de menor. Desta forma o paciente foi alertado quanto aos riscos e benefícios a que iria se submeter e, ao cirurgião assegurado respaldo legal frente a possíveis complicações trans e pós-operatórias.

Os procedimentos cirúrgicos foram realizados por alunos do curso de especialização e Cirurgiões-Dentistas residentes, supervisionados pelos coordenadores e docentes do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

A maioria dos casos também possuía terceiros molares retidos superiores, que foram extraídos na mesma sessão do inferior sempre do mesmo lado. Na eventualidade do paciente possuir terceiros molares retidos bilateralmente as extrações eram realizadas em sessões diferentes para cada um dos lados, para ser controlado comparativamente o pós-operatório.

Daniel Luiz Gaertner Zorzetto

Professor de Cirurgia e Traumatologia
BMF da FO/Marília/SP

Clóvis Marzola

Professor Titular de Cirurgia da FO/
Baurú/USP

João Lopes Toledo Fi.

Professor de Anatomia da FO/Baurú/
USP

Claudio Maldonado Pastori

Professor de Cirurgia e Traumatologia
BMF da FO/Marília/SP

Sonja Ellen Loobo

Aluna do Curso de Especialização em
Cirurgia BMF da FO/Baurú/USP

Os AA fazem uma avaliação clínica, com pacientes que extraíram seus terceiros molares inferiores, observando quais são as complicações pós-operatórias.

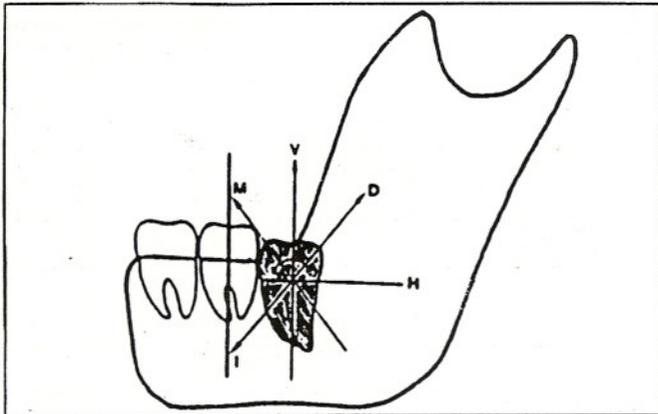


Fig. 1 - Representação da classificação de WINTER (1926) do terceiro molar inferior retido em relação ao segundo molar modificada por MARZOLA et al. (1968). MARZOLA, C. Retenção dental. São Paulo, Pancast, 2@ Ed. 1995, Cap. 2.

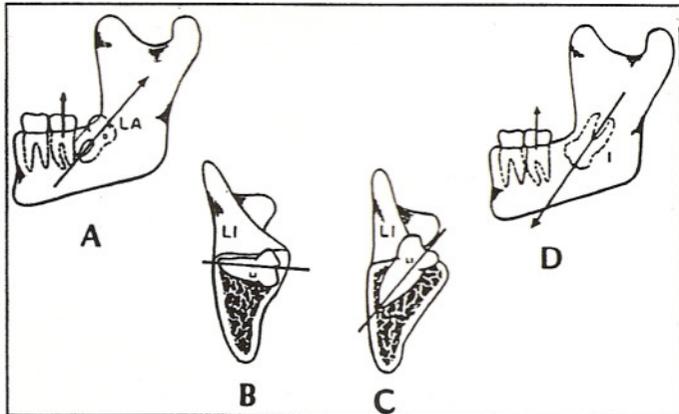


Fig. 2 - Posições labial, lingual e invertida de retenções de terceiros molares inferiores. Copiado de MARZOLA, C. Retenção dental. São Paulo, Pancast, 2@ Ed. 1995, Cap.2.

O tipo de técnica a ser utilizado pelos operadores, não teve padronização específica, entretanto era feita uma observação na ficha do paciente, quanto ao tipo de ostectomia realizado, através de cinzel ou broca.

Todos os pacientes foram medicados, após a cirurgia, com antibiótico, antiinflamatório e um analgésico por um período de cinco dias.

Também era fornecido aos pacientes um folheto com instruções a serem seguidas no pós-operatório, como por exemplo, compressas com gelo, na face sobre o local operado, durante as primeiras horas, como realizar a higienização da área e o que fazer no caso de ocorrer uma hemorragia e várias outras orientações.

A retirada das suturas foi efetuada uma semana após a extração, quando se continuou o controle pós-operatório das possíveis complicações, após a extração dos terceiros molares inferiores.

Outro item importante, foi a classificação dos terceiros molares inferiores retidos, baseada em análise radiográfica. Estas classificações, estão baseadas de acordo com a relação do longo eixo dos terceiros molares inferiores com aquele dos segundos molares e ainda, com a margem anterior do ramo da mandíbula e sua profundidade no arco dental.

Foi utilizada a classificação de WINTER (1926) com algumas modificações introduzidas por MARZOLA et al. (1968).

RESULTADOS

Dos 94 pacientes analisados neste estudo, 31 apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória.

A técnica executada para todas as cirurgias foi a de ostectomia vestibular com a utilização de broca em alta rotação (Tabela 1). Quanto ao lado, foram realizadas 59 extrações do lado direito e 35 do lado esquerdo (Tabela 1).

A classificação dos terceiros molares inferiores retidos radiograficamente encontra-se demonstrado na Tabela 2.

Na classificação de WINTER (1926), encontra-se predominância dos dentes posicionados medialmente ao longo eixo do segundo molar inferior, num total de 49 dentes (52,12%). Em segundo lugar, vem a posição vertical com 22 dentes (23,40%) e em terceiro a posição distal com 15 dentes (15,96%).

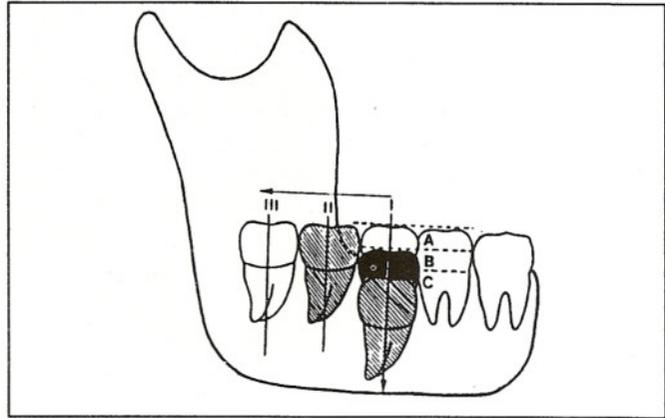


Fig. 3 - Classes e posições de molares inferiores retidos segundo classificação de PELL e GREGORY (1933) relacionadas a profundidade no arco dental e ao espaço da borda anterior do ramo da mandíbula.

As demais, posições estiveram presentes com uma amostragem pequena nos 94 casos estudados (Posição horizontal: 7 casos - 07,45% e Posição labial: 1 caso - 01,07% (Tabela 2).

Para a classificação de PELL & GREGORY (1933), em relação ao espaço da margem anterior do ramo mandibular e a face distal do segundo molar inferior, observou-se a maioria quase absoluta da Classe II, com 74 casos (78,72%). A Classe I esteve presente em 20 casos (21,28%) e, a Classe III não esteve presente. Em relação à profundidade de terceiro molar inferior ao osso mandibular, houve quase um certo equilíbrio entre duas das três posições descritas por PELL & GREGORY (1933). Na Posição A foram notados 51 dentes (54,23%) e, para a Posição B 43 (45,74%). Nenhum terceiro molar inferior dos examinados, encontrava-se na Posição C (Tabela 2).

O controle pós-operatório, foi classificado como satisfatório ou insatisfatório, durante os cinco períodos de acompanhamento, após a extração dos terceiros molares inferiores retidos (Tabela 3). Nas primeiras 24 horas, notou-se número relativamente alto de pacientes com pós-operatório insatisfatório (31 - 32,98%). Porém, após os sete primeiros dias (1 semana) quando os pacientes já eram analisados também clinicamente, o pós-operatório satisfatório predominava (77 - 82,00%). Nos outros três períodos de controle 15, 30 e 45 dias, foi observado domínio total de pós-operatório satisfatórios (96,81% a 98,94%) (Tabela 3).

Tabela 1 - Técnica usada e lado operado

Técnica	Lado				Total	
	D		E			
Broca	59	62,76%	35	37,23%	94	100%

DISCUSSÃO

Estudando os resultados obtidos, pode-se verificar que como estudos anteriores, este trabalho também registrou diversas complicações, após as cirurgias de terceiros molares inferiores retidos.

Dos 94 pacientes operados, (67 do sexo feminino e 27 do sexo masculino) 63 não apresentaram qualquer tipo de complicação, sendo que 31 tiveram uma ou mais complicações, enquadradas nos onze tipos propostos neste estudo. É bem verdade que a quantidade de casos analisados não foi muito grande em relação a trabalhos de outros países descritos anteriormente (ARCURI et al. 1990). Muito provavelmente, este fato talvez esteja relacionado com o nível de informação do paciente brasileiro, pois estes não levam muito a sério as orientações dos profissionais de saúde.

Muitos desses pacientes, não compareceram aos controles pós-operatórios, tornando assim muito difícil a obtenção de um maior número de casos. Isto parece um tanto frequente nos países subdesenvolvidos (CHINDIA, GUTHUA & MWANIKI, 1991), quando um paciente retornou com ameloblastoma na região de corpo, ângulo e ramo mandibular.

Não foi possível analisar a diferença entre as técnicas de ostectomia por cinzel e broca, pois a escolha da técnica ficava a critério dos operadores sendo que a técnica com o uso de broca teve 100% de preferência, talvez tendo em vista ser essa a técnica por nós preconizada (MARZOLA, 1995).

O fato de serem vários operadores diferentes, contrariando alguns autores que preconizam a execução do ato operatório pelo mesmo cirurgião, não nos pareceu ter influência significativa nos resultados obtidos, já que na sua grande maioria todos tinham o mesmo nível de habilidade (ABSÍ & SHEPHERD, 1993).

Os baixos índices de infecção e inflamação, podem estar associados com: estado de saúde dos pacientes, correta esterilização do instrumental, campos e material utilizado, execução da técnica cirúrgica, administração de antibióticos e anti-inflamatórios, imediatamente após a cirurgia durante cinco dias.

O uso de medicamentos profiláticos parece ter uma eficácia razoável em relação à contaminação do alvéolo por saliva e bactérias, concordando com estudos já revisados (KREMANOV & HALLANDER, 1980 e KREMANOV, 1981).

Alveolite não foi constatada nos 94 casos estudados contrariando os achados de outros autores citados na revisão da literatura (KREMANOV & HALLANDER, 1980 e KREMANOV, 1981).

Hemorragia foi uma das complicações presente, em apenas 1 caso, achado esse de acordo com observações da literatu-

Tabela 2 - Classificação dos terceiros molares retidos radiograficamente, segundo WINTER (1926) e PELL & GREGORY (1933).

WINTER	V	M	D	Lb	Lg	H	I
Número e Porcentagem	22 23,40%	49 52,12%	15 15,96%	01 1,07%	0 0%	07 7,45%	0 0%
PELL & GREGORY	I	II	III		A	B	C
Número e Porcentagem	20 21,28%	74 78,72%	0 0%		51 54,26%	43 45,74%	0 0%

Tabela 3 - Controle pós-operatório

Controle	Período							
	24 horas	7 dias	15 dias	30 dias	45 dias			
Satisfatório	63 67,02%	77 82,00%	91 96,81%	93 98,94%	93 98,94%			
Insatisfatório	31 32,98%	17 18,00%	03 03,19%	01 01,06%	01 01,06%			

ra (TULLOCK & ANTCZAK, 1987). Esta compleição, ocorreu nas primeiras 24 horas, que no entanto foi cessada com chumaço de gaze comprimido contra o local, seguindo a orientação do folheto fornecido aos pacientes sobre condutas pós-operatórias. Como não foi possível uma avaliação da gravidade desta suposta hemorragia descrita pelo paciente, confiou-se em seu depoimento, muito embora possa parecer não se tratar de algo mais grave, pela maneira como foi resolvida.

Complicações mais graves envolvendo risco de vida, não estiveram presentes em nossos resultados, embora a literatura revisada cite casos com este tipo de complicação (THIJS et al. 1982).

Foram analisadas somente as lesões do nervo alveolar inferior, deixando fora as complicações e alterações no nervo lingual. Entretanto esta seqüela não foi notada em todos os pacientes avaliados contrariando estudos anteriores (WOFFORD & MILLER, 1987; SWANSON, 1989 e CARMICHAEL & MCGOWAN, 1992). O índice de lesões no nervo alveolar inferior foi baixo (apenas 3 casos) que poderia, talvez, aumentar se houvesse uma casuística maior, fato esse estudado em outra pesquisa (COGSWELL, 1942; HOWE & POYTON, 1960; GHALI, JONES & WOLFORD, 1990; NICKEL JR. 1990; SWANSON, 1991 e ALCÂNTARA DE LIMA, 1994).

As complicações encontradas com maior freqüência na análise dos resultados como edema, dor e trismo estão de acordo com estudos já previamente efetuados (SEYMOUR & WALTON, 1984; RODRIGO, ROSENQUIST & CHEUNG, 1987; RODRIGO, CHAU & ROSENQUIST, 1989; MIDDLEHURST, BARKER & ROOD, 1988 e OIKARINEN, 1991). Cinquenta e dois (52) pacientes, relataram dor nas primeiras 24 horas após a extração e, no sétimo dia de controle 26 pacientes ainda apresentavam essa complicação, que cessava com o uso contínuo do analgésico, prescrito imediatamente após a cirurgia. Nos 15 dias de controle pós-operatório, esse número reduziu-se a 3 pacientes, e a 1 paciente com 30 dias de pós-operatório, desaparecendo com 45 dias.

O edema, apresentou sua maior incidência nas primeiras 24 horas, em 63 pacientes. Este número foi reduzido para 25 pacientes no sétimo dia de pós-operatório, estando presente no controle seguinte de 15 dias em apenas 1 paciente. Nos demais

Tabela 4 - Complicações pós-operatórias e períodos de duração.

Complicações	Período				
	24 h	7 dias	15 dias	30 dias	45 dias
Edema	63	25	01	---	---
Hematoma	06	07	01	---	---
Infecção	---	---	01	---	---
Fraturas	---	---	---	---	---
Trismo	19	10	04	---	---
Dor	52	26	03	01	---
Alveolite	---	---	---	---	---
Inflamação	03	03	01	---	---
Hemorragia	01	---	---	---	---
Osteomielite	---	---	---	---	---
Lesão N A I	03	03	02	02	02

controles não havia mais a presença de edema. Pode-se associar esta complicação, ao tracionamento dos tecidos durante a cirurgia, à duração do ato operatório e ao mau descolamento do periosteio (BRABANDER & CATTANEO, 1987; MIDDLEHURST, BARKER & ROOD, 1988 e ABSI & SHEPHERD, 1993).

Entretanto, essa complicação foi resolvida em poucos dias, apenas com compressas de gelo nas primeiras 24 horas e, calor úmido sobre o local após 48 horas, haja visto que caiu de 63 para 25 pacientes com uma semana de pós-operatório.

O trismo (limitação de abertura bucal), foi a terceira complicação mais encontrada, porém, com incidência bem menor em relação a dor e edema. Nas primeiras 24 horas, apenas 19 pacientes relataram trismo, sendo que este número diminuiu para 10 no sétimo dia de controle, diminuindo ainda para 4 pacientes nos 15 dias, estando ausente nos 30 e 45 dias de pós-operatório. O trismo poderia estar associado ao edema, contudo a discrepância dos números não justifica essa possibilidade (19 para 63) (BRABANDER & CATTANEO, 1987; TULLOCK & ANTCZAK, 1987 e ABSI & SHEPHERD, 1993).

Este estudo não utilizou medicamentos do tipo corticóides, anti-histamínicos e enzimas. Outros autores sugerem, que o uso de corticóides poderiam ter um bom resultado na redução de seqüelas pós-operatórias (MARZOLA, 1995) já os anti-histamínicos e enzimas, demonstraram ter um pequeno valor na cirurgia de terceiro molar, tendo acontecido o mesmo com aplicação local de antimicrobianos nesta cirurgia (SEYMOUR & WALTON, 1984).

Após o término da extração dos terceiros molares inferiores retidos, a sutura era realizada sem a colocação de qualquer tipo de material ou dreno, no interior do alvéolo dos 94 casos operados. Outros estudos, preconizam a colocação de um dreno cirúrgico para tentar diminuir a dor, edema e trismo, sendo no entanto, esta diferença não tão significativa (BRABANDER & CATTANEO, 1988).

CONCLUSÕES

Após a análise e discussão dos resultados obtidos neste estudo pode-se concluir que:

1) A técnica cirúrgica quando bem realizada, promove um pós-operatório bastante satisfatório nas primeiras 24 horas

(67,02%) e, melhor ainda após a primeira semana (82,00%).

2) Pós-operatório insatisfatório ocorreu em 32,98% dos casos nas primeiras 24 horas e em apenas 18,00% dos casos na primeira semana.

3) A técnica cirúrgica utilizando-se broca, parece não influenciar significativamente no pós-operatório, haja visto o grande número de casos com pós-operatório satisfatório nas primeiras 24 horas e primeira semana.

4) Edema, dor e trismo são aquelas complicações mais comuns, após cirurgias dos terceiros molares inferiores retidos (63, 52 e 19 casos nas primeiras 24 horas). Entretanto, são aquelas de resoluções mais simples.

5) Não foram registradas complicações do tipo: fraturas, alveolite e osteomielite.

6) Hemorragias não tiveram uma incidência significativa (1 caso), o mesmo ocorrendo com lesões do nervo alveolar inferior (3 casos).

7) O uso da medicação no pós-operatório imediato é indispensável, para prevenir infecções e inflamações.

8) A execução das extrações por diferentes operadores, não teve influência significativa nos resultados.

9) Os pacientes brasileiros necessitam de uma concientização mais ampla, em relação aos controles pós-operatórios.

10) Com respeito ao diagnóstico dos terceiros molares inferiores retidos, pode-se notar sua grande incidência na posição Medial de WINTER (1926) (52,12%), seguida da Vertical (23,40%) e da Distal (15,96%).

11) Com relação à Classificação de PELL & GREGORY (1933), muito importante no diagnóstico de um terceiro molar inferior retido, nota-se a predominância da Classe II (78,72%) e das Posições A (54,26%) e B (45,74%).

RESUMO

Foram realizadas, durante um ano, observações sobre as complicações pós-operatórias, registradas em 94 casos de extração de terceiros molares inferiores retidos. 31 pacientes apresentaram alguma complicação, dentre os onze tipos propostos neste estudo e, oito pacientes não apresentaram complicações.

Os controles foram realizados por períodos de 24 horas, 7, 15, 30 e 45 dias e, os resultados anotados numa ficha controle.

Hemorragia e lesão do nervo alveolar inferior ocorreram em raríssimos casos (1 e 3 casos). Edema, dor e trismo foram as complicações encontradas com maior frequência (63, 52 e 19 casos nas primeiras 24 horas). Infecção e inflamação apresentaram baixa incidência (4 casos apenas).

Complicações como: fraturas, alveolite e osteomielite, não estiveram presentes nos 94 casos estudados.

Unitermos: Terceiros molares inferiores retidos; Complicações pós-operatórias; Observações clínicas.

SUMMARY

The authors realized some observations, during one year, about postoperative morbidity recorded from 94 cases after surgical removal of impacted mandibular third molar. 31 patients presented some complications included on the 11 samples proposed in this study, and 63 patients presented no