

COMPLICAÇÕES EM EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES

COMPLICATIONS IN LOWER THIRD MOLARS EXTRACTIONS

Rafael de Oliveira; Tiago Marques Blajieski; Tito Lúcio Fernandes

¹ Acadêmico de Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

E-mail: rafagaucho@yahoo.com.br

² Acadêmico de Odontologia. UEPG. E-mail: 051042143@uepg.br

³ UEPG, Departamento de Odontologia. E-mail: titolf@uepg.br

Recebido para publicação em 07/07/2009

Aceito para publicação em 14/09/2009

RESUMO

A exodontia dos terceiros molares vem se tornando frequente, bem como as complicações que envolvem esse tipo de procedimento. A incidência desses transtornos, sejam eles trans ou pós-operatórios, é maior entre os terceiros molares inferiores e vários fatores influenciam no sucesso do resultado cirúrgico. Neste trabalho, revisamos os fatores relacionados com as principais complicações nas exodontias dos terceiros molares inferiores.

Palavras-chave: Retenção dental; Terceiros molares inferiores; Exodontias; Complicações.

ABSTRACT.

The extraction of third molars has become common as have complications involving this procedure. The incidence of these disorders, whether pre or postoperative, is higher among lower third molars and several factors influence the success of surgical results. This work reviews the related factors with the major complications in the lower third molars extractions.

Keywords: Dental retention; Lower third molars; Molar extractions; Complications.

A retenção dental é uma condição cada vez mais frequente nos consultórios odontológicos, prevalecendo as retenções dos terceiros molares inferiores. Muitos fatores concorrem para a retenção dental, como o desenvolvimento da espécie humana e sua dieta, cada vez menos exigente do sistema estomatognático (FRANCESCHI, 2008). Se os dentes retidos forem deixados no processo alveolar, é muito provável que ocorram problemas como doença periodontal, cáries dentárias, pericoronarite, reabsorção radicular, cistos e tumores odontogênicos, sendo assim recomendada a sua extração (PETERSON et al., 2005).

A intervenção cirúrgica para a remoção dos dentes retidos deve ser precedida de um estudo anatômico da área em questão, bem como de sua terminologia, classificação e etiologia, a fim de que os profissionais tenham embasamento suficiente para resolver as situações cirúrgicas inerentes a esse procedimento (MONAZZI, 2004).

A remoção cirúrgica de terceiros molares retidos pode resultar em uma série de complicações, incluindo dor, trismo, edema, sangramento, alveolite e outras complicações consideradas incomuns. Dentre os fatores etiológicos estão os relacionados com o paciente, como extremos de idade e condição médica comprometida; com o dente, como sua posição ou possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes; e com a experiência clínica do cirurgião dentista (PETERSON et al., 2005; KAFAS et al., 2007; PAULESINE et al., 2008).

De acordo com Paulesini e colaboradores (2008), a atenção aos detalhes cirúrgicos, incluindo preparo do paciente, assepsia, manejo cuidadoso dos tecidos, controle da força aplicada com o instrumental, controle da hemostasia e adequadas instruções pós-operatórias, reduzem o índice de complicações.

Considera-se que a melhor e mais fácil maneira de tratar uma complicação é prevenir que ela aconteça. No entanto, uma vez identificada, ela deverá ser efetivamente tratada (PETERSON et al., 2005; PAULESINI et al., 2008).

Este trabalho propõe-se a revisar e identificar as complicações relacionadas às exodontias dos terceiros molares inferiores, bem como suas formas de tratamento.

Revisão de literatura

Todos os dentes retidos devem ser considerados para remoção assim que o diagnóstico é feito. A idade média para a erupção completa do terceiro molar é 20 anos, apesar de a erupção poder continuar em alguns pacientes até os 25 anos de idade. Durante seu desenvolvimento normal, o terceiro molar inferior começa a se formar em uma angulação horizontal e com o desenvolvimento do dente e o crescimento da mandíbula a angulação muda da posição horizontal para a mesioangular e depois para uma posição vertical.

Uma falha na rotação da direção mesioangular para a vertical é a causa mais comum de impactação desse dente.

A segunda causa é a relação insuficiente entre a dimensão mesiodistal dos dentes e o comprimento da mandíbula para permitir que o terceiro molar erupcione (PETERSON et al., 2005).

A remoção precoce dos terceiros molares inferiores reduz a morbidade pós-operatória e permite melhor cicatrização. Pacientes mais jovens toleram melhor o procedimento e recuperam-se mais rapidamente, com menor interferência em sua vida diária, sua cicatrização periodontal é melhor e a cirurgia é mais fácil de ser realizada. A época ideal para a remoção do terceiro molar retido é com um terço das raízes formadas, geralmente durante a adolescência, entre os 17 e 20 anos de idade. Os pacientes acima dos 25 anos estão estatisticamente mais susceptíveis às complicações (CAPUZZI et al., 1994; PETERSON et al., 2005; CHUANG et al., 2007; KAFAS et al., 2007).

Se os dentes impactados forem deixados no processo alveolar, é muito provável que um ou mais problemas possam ocorrer. A maioria dos autores recomenda a extração profilática dos dentes impactados e ainda destaca algumas indicações: dentes inclusos causando problemas periodontais nos dentes vizinhos; prevenção de cáries nos dentes vizinhos; prevenção de quadros de pericoronarite; prevenção de reabsorção radicular dos dentes vizinhos; dentes retidos que estejam cobertos por próteses; casos de sintomatologia dolorosa facial; prevenção de fraturas mandibulares, pois o dente retido ocupa

um espaço que deveria estar preenchido por osso, o que torna a estrutura óssea da mandíbula mais fraca; facilitar tratamento ortodôntico; e evitar o desenvolvimento de cistos e tumores odontogênicos (PETERSON et al., 2005; MONAZZI et al., 2004).

Todos os dentes retidos devem ser removidos, a não ser que contraindicações específicas justifiquem serem deixados em sua posição. Quando os benefícios forem maiores que os riscos ou complicações potenciais, o procedimento deve ser realizado. Do mesmo modo, quando os riscos superam os benefícios potenciais, o procedimento deve ser protelado (MONAZZI et al., 2004).

As contraindicações para a remoção de dentes impactados envolvem basicamente a condição física do paciente; quadros infecciosos agudos, como uma pericoronarite; e os extremos de idade. Quando o paciente é muito idoso e o dente permaneceu retido por vários anos, esse dente pode não apresentar sinais de degenerações císticas nem de outras patologias. Em pacientes muito novos (seis ou sete anos de idade), os germes dos terceiros molares podem ser vistos radiograficamente, mas esta não é uma boa idade para a intervenção cirúrgica porque o paciente geralmente não é cooperativo, tornando o procedimento muito mais longo; a quantidade de osso a ser removida é muito maior do que se esperarmos que erupcione; e com a ausência das raízes o germe dental apresenta movimentos de rotação dentro do alvéolo, o que complicará sobremaneira o procedimento (MONAZZI et al., 2004; PETERSON et al., 2005).

Após a decisão pela exodontia, a seleção da técnica cirúrgica e o paciente preparado para a cirurgia, as intercorrências ou complicações são passíveis de ocorrer, tanto no trans como no pós-operatório, mesmo quando são tomados todos os cuidados (HOWE, 1961; FRANCESCHI, 2008).

Dor, edema e trismo são esperados após a remoção cirúrgica de terceiros molares e, apesar de transitórias, são fontes de ansiedade para o paciente, sendo seu controle essencial para o sucesso da cirurgia. Sangramento excessivo ou persistente e alveolite constituem outras complicações comuns associadas à cirurgia (PAULESINI et al., 2008).

A alveolite é a complicação mais comum após uma exodontia, começando normalmente de um a três dias após a cirurgia e durando geralmente entre 5 a 10 dias. Prevalence na mandíbula e no grupo entre 40 e 45 anos de idade, e o uso de contraceptivos orais é um fator de risco. Sua incidência é de 1 a 4% para todas as exodontias, e de 5 a 30% para as exodontias dos terceiros molares inferiores retidos. Geralmente se manifesta com dor exacerbada, devido à exposição da superfície óssea alveolar, halitose e linfadenite cervical, também podendo apresentar mal-estar geral e hipertermia. A dor pode ser espontânea, intensa, pulsátil e persistente na região do dente removido, podendo irradiar-se da mandíbula para o ouvido e a região temporal. O alvéolo dentário pode estar vazio ou parcialmente preenchido por material necrótico e resíduos alimentares, e circundado por gengiva com sinais de inflamação. A terapêutica convencional com analgésicos de ação periférica apresenta efeito limitado e temporário (GREGORI, 1996; HERMESCH et al., 1998; ESTRELA, 2001; NOROOZI et al., 2009).

A incidência de alveolite após a exodontia de terceiros molares retidos tem uma redução de até 60% quando a solução de gluconato de clorexidina a 0,12% é utilizada em forma de colutório antes e após o procedimento cirúrgico (LARSEN, 1991; RANGO et al., 1991; HERMESCH et al., 1998).

O tratamento da alveolite tem como objetivo aliviar a dor, e não o de acelerar a cicatrização. Consiste em suave irrigação e inserção de um curativo com medicamento. A curetagem do alvéolo não é indicada, pois aumenta a dor e a quantidade de osso exposto. Usualmente, o coágulo sanguíneo não está inteiramente destruído, e a parte intacta deve ser mantida. Nos casos mais severos, a administração de antibióticos permite um combate mais amplo da infecção, diminuindo os riscos da sua disseminação (ESTRELA, 2001; PETERSON et al., 2005).

A exodontia pode resultar em trismo, ou limitação de abertura da boca, sendo resultado da inflamação que envolve os músculos da mastigação, ou até mesmo das múltiplas injeções de anestésico local, especialmente se as injeções tiverem penetrado nos músculos. O trismo geralmente não é grave e nem impede as atividades normais do paciente (PETERSON et al., 2005).

Segundo Oliveira (2006), em um estudo com 83 pacientes, das 159 exodontias de terceiros molares realizadas, o trismo foi a complicação pós-operatória mais encontrada, com 13 pacientes (16%) apresentando uma limitação na abertura bucal de pelo menos 10 mm com 7 dias de controle pós-operatório, sendo que o trismo estava diretamente relacionado ao tempo cirúrgico.

Para Zorzeto e colaboradores (2000), o trismo foi a terceira complicação mais encontrada em 94 pacientes, com incidência bem menor em relação a dor e edema. Para as primeiras 24 horas, o trismo foi relatado por 19 pacientes, sendo que este número diminuiu para 10 no sétimo dia de controle.

O uso de medicação anti-inflamatória e/ou antibiótica reduz a incidência de trismo, porém não é capaz de evitá-lo completamente. O uso de anti-inflamatórios esteroidais (corticosteroides) no pré-operatório e de anti-inflamatórios não esteroidais no pós-operatório, ou a associação dessas duas terapias, ajudam na redução do trismo, bem como a aplicação de calor úmido local no período pós-operatório para os casos de trismo persistente (FLORES et al., 2007; PAULESINI et al., 2008; PETERSON et al., 2005).

A remoção de um dente retido, com deslocamento dos tecidos moles e osteotomia, pode resultar em edema após a cirurgia. Geralmente o edema é pequeno e não incapacita o paciente, alcançando sua expressão máxima em 48 a 72 horas após o procedimento, começando a regredir por volta do terceiro dia e tendo sua resolução normalmente em sete dias. O uso de corticosteroides no pré-operatório e a aplicação de bolsas de gelo sobre a área operada logo após a cirurgia reduzem significativamente o edema pós-operatório. O gelo não deve ser colocado diretamente sobre a pele, devendo-se interpor uma toalha seca para prevenir lesões cutâneas superficiais (MONAZZI et al., 2004; PETERSON et al., 2005; PAULESINI et al., 2008).

Os casos de lesão aos nervos lingual e alveolar inferior não são raros nas exodontias de terceiros molares inferiores. Anatomicamente, os ramos mais calibrosos do nervo mandibular são o nervo alveolar inferior, mais posterior e lateral, e o nervo lingual, mais anterior e medial. A sensibilidade proveniente

da polpa dos dentes de cada lado da mandíbula, bem como das papilas interdentes, periodonto e tecido ósseo vizinhos aos dentes, é transmitida por meio do nervo alveolar inferior. O nervo lingual origina-se nos dois terços anteriores da língua, na mucosa da região sublingual e na gengiva lingual de todos os dentes inferiores. Também contorna inferiormente o ducto da glândula submandibular, sobe em direção ao espaço pterigomandibular, local onde deve ser alcançado nas anestésias por bloqueio regional. Ao unir-se mais acima com os nervos alveolar inferior e bucal, compõe o tronco do nervo mandibular (MADEIRA, 2004).

Carmichael e McGowan (1992) estudaram as exodontias de 1.339 terceiros molares, de 820 pacientes, e registraram alterações sensitivas do nervo lingual de 15% nas primeiras 24 horas, de 10,7% entre 7 e 10 dias, e de 0,6% depois de um ano. No nervo alveolar inferior, o registro foi de 5,5% nas primeiras 24 horas, de 3,9% entre 7 e 10 dias e de 0,9% depois de um ano.

Segundo Gregori (1996), a lesão de tronco nervoso ocorre com maior frequência durante a anestesia nas exodontias de terceiros molares inferiores e em conjunto com os acidentes causados por manobras intempestivas transoperatórias. Os filetes nervosos importantes são acompanhados em sua trajetória por vasos sanguíneos que, com o trauma, têm rompida a sua integridade, causando intensas hemorragias. O trauma desenvolvido nesse tecido pode causar lesão no neurônio, no axônio ou em ambos. Em uma grave lesão do neurônio, ou quando o axônio da célula nervosa é seccionado por completo, não há regeneração nervosa e as estruturas anatômicas situadas por distal ao neurônio lesado permanecem com parestesia, que pode envolver se houver compensação por meio de inervação colateral. Quando o acidente cirúrgico secciona parcialmente o axônio, conservando a configuração tubular que o caracteriza, poderá haver regeneração do filete nervoso e a parestesia é parcial e temporária.

Em 2000, Valmaseda-Castellón e colaboradores estudaram 946 pacientes submetidos a exodontia de 1.117 terceiros molares inferiores e encontraram 2,0% de lesão temporária do nervo lingual, porém nenhuma lesão durou mais que 13

semanas. A angulação lingual do terceiro molar, a retração do retalho lingual, a odontosseção vertical e a inexperiência do cirurgião dentista aumentaram as chances de lesão do nervo lingual. Em 2001, os pesquisadores realizaram novo estudo com a mesma amostra de pacientes e verificaram as lesões do nervo alveolar inferior. Apesar de somente 1,3% das exodontias causarem lesão deste nervo, houve lesão permanente em 25% dos casos, sendo que a idade dos pacientes estava diretamente relacionada a esta complicação.

Para Renton e McGurk (2001), os fatores predisponentes à lesão temporária ou permanente do nervo lingual durante exodontia de terceiros molares inferiores são a perfuração da tábua óssea lingual, a exposição do nervo lingual durante elevação do retalho lingual e dificuldades na remoção do dente.

Segundo Peterson (2005), o nervo lingual raramente se regenera se for gravemente traumatizado. As incisões feitas nas regiões retromolares da mandíbula devem ser localizadas de modo a evitar a lesão desse nervo, devendo ser feitas mais para o lado vestibular. A prevenção da lesão do nervo lingual é de fundamental importância para o controle dessa difícil complicação.

Para Simões e colaboradores (2005), as lesões do nervo alveolar inferior representam o maior número de complicações nas exodontias de terceiros molares inferiores retidos, seguidas pelas hemorragias transoperatórias e pelas lesões do nervo lingual.

Conforme Rosa e colaboradores (2007), não existe um protocolo terapêutico realmente eficaz para os casos de parestesia nervosa. A melhor conduta terapêutica é a intenção de evitá-la, tomando precauções que visem a minimizar os erros: revisar a história médica, obter um consentimento formal assinado pelo paciente, realizar radiografias panorâmicas pré-operatórias e tomografias computadorizadas quando necessário, checar a história de anestésias locais e a ponta da agulha, e observar a reação do paciente durante a injeção anestésica.

A extração dentária é um procedimento cirúrgico que representa grande desafio ao mecanismo hemostático do corpo. Como em todas as compli-

cações, a prevenção do sangramento é a melhor maneira de lidar com o problema. As hemorragias podem ocorrer em duas etapas - transoperatória ou pós-operatória - e em ambas devem ser coibidas prontamente (PETERSON et al., 2005; GREGORI, 1996).

A atitude terapêutica transoperatória é sempre reduzir a perda sanguínea por meio de obstrução mecânica. Veias e artérias devem ser pinçadas com pinça hemostática e ligadas com um fio de sutura reabsorvível. Porém, na maioria dos procedimentos cirúrgicos orais a pressão direta sobre a área sangrante no tecido mole durante cinco minutos resulta em completo controle da hemorragia (PETERSON et al., 2005; GREGORI, 1996).

Nas hemorragias pós-operatórias, o paciente deve tentar manobras simples de hemostasia a fim de estancar o sangramento. Caso isso não ocorra, o cirurgião dentista deve ser imediatamente contatado e o paciente deve ser atendido em caráter de urgência. As hemorragias pós-operatórias não são frequentes, sendo relativamente raros os casos. Quando não são justificadas pelas discrasias sanguíneas ou acidentes, podem indicar erro de técnica cirúrgica ou imperícia profissional (NOGUEIRA, 1980).

Zorzetto e colaboradores (2000), em um estudo envolvendo 94 exodontias de terceiros molares inferiores retidos, verificaram a ocorrência de apenas uma hemorragia, que foi controlada com compressa de gaze comprimida no local.

A fratura de mandíbula durante a exodontia de terceiros molares inferiores é uma complicação rara e está associada quase exclusivamente à remoção cirúrgica de dentes retidos. Geralmente é resultado da aplicação de força além da necessária para remover um dente e frequentemente se dá durante o uso de alavancas. Essas fraturas ocorrem com maior frequência em pacientes idosos, por perda de elasticidade óssea; em pacientes portadores de patologias do metabolismo ósseo; e quando a resistência da mandíbula está enfraquecida por processo osteolítico de qualquer natureza (PETERSON et al., 2005; GREGORI, 1996).

Krimmel e colaboradores (2000), bem como Libersa e colaboradores (2002), realizaram estudos envolvendo pacientes que sofreram fraturas

mandibulares durante e após a remoção cirúrgica de terceiros molares e concluíram que a maioria delas estava relacionada a pacientes acima de 25 anos de idade, sendo o grau de impação dos dentes irrelevante.

Halmos e colaboradores (2004), assim como Lee e colaboradores (2000), avaliaram a associação entre terceiros molares inferiores retidos e o risco de fratura mandibular. Concluíram que a presença do terceiro molar retido aumentou em 2,8 e 1,9 vezes o risco de fratura mandibular, respectivamente.

A fratura mandibular deve ser adequadamente reduzida e estabilizada pela fixação intermaxilar ou osteossíntese, em um tratamento realizado por cirurgia bucomaxilofacial (PETERSON et al., 2005; ELLIS et al., 2009).

Ocasionalmente, a coroa do dente ou o dente inteiro pode ser perdido na orofaringe. Se o paciente não tiver tosse ou desconforto respiratório, é provável que o dente tenha sido deglutido e desça para o estômago. Contudo, se o dente for aspirado, esta é uma complicação transoperatória grave por obstrução das vias aéreas superiores, podendo levar o paciente a óbito. Havendo deglutição ou aspiração, o paciente deverá ser levado a uma sala de emergência e radiografias de tórax e abdome deverão ser realizadas a fim de determinar a localização do dente (NOGUEIRA, 1980; FRANCESCHI, 2008; ELLIS et al., 2009).

O deslocamento acidental de terceiros molares inferiores ou mesmo fragmentos de raiz para espaços anatômicos adjacentes durante tentativas de exodontia ocorrem com pouca frequência, mas não deixam de representar serias complicações. Essa situação ocorre quando o dente está localizado mais distolingualmente, havendo uma fenestração da cortical óssea lingual com exposição da raiz, e quando técnicas cirúrgicas inadequadas são utilizadas (HUANG et al., 2007).

Em alguns casos, os terceiros molares inferiores podem estar situados no espaço submandibular. A prevenção do deslocamento para esse espaço anatômico é alcançada evitando-se qualquer pressão apical quando da remoção de raízes mandibulares. Se a raiz desaparecer durante sua remoção, o dentista deverá fazer uma simples tentativa de

removê-la e, se não obtiver sucesso, deverá abandonar o procedimento, encaminhando o paciente a um cirurgião bucomaxilofacial (ELIS et al., 2009; HUANG et al., 2007).

Grandini e colaboradores (1992) relataram quatro casos de deslocamento de dentes para espaços anatômicos, sendo dois deles relacionados a molares inferiores deslocados no espaço submandibular.

Ortagoklu e colaboradores (2002) relataram um caso de deslocamento para a região pterigomandibular após malsucedida tentativa de remoção de um terceiro molar inferior.

Yalcin e colaboradores (2008) relataram o deslocamento de uma broca diamantada esférica de alta rotação para o espaço submandibular, sendo diagnosticada três semanas após a exodontia de um terceiro molar inferior.

As infecções odontogênicas constituem um dos problemas mais difíceis de tratar na odontologia. Podem variar desde infecções localizadas de baixa intensidade, que exigem tratamento mínimo, até infecções graves nos espaços faciais, que causam risco de morte. Embora a maioria seja tratada facilmente, o clínico deve sempre ter em mente que, ocasionalmente, tais infecções podem tornar-se graves em um tempo breve (PETERSON, 2005).

A experiência do cirurgião, o grau de retenção dentária, o tempo de cirurgia, a pericoronarite e as doenças debilitantes são considerados fatores predisponentes para a infecção pós-operatória. A técnica asséptica, a hemostasia, o manejo delicado dos tecidos e a irrigação do sítio cirúrgico diminuem os índices de infecção (HERMESCH et al., 1998; BENEDIKSTDÓTTIR et al., 2004).

As infecções dos espaços faciais profundos não são frequentes. No entanto, são situações de perigo potencial e podem disseminar-se para espaços cervicais, torácicos e órbita, comprometer as vias aéreas e colocar o paciente em risco (PAULESINI et al., 2008).

Em um estudo sobre infecções após extrações de terceiros molares inferiores, Figueiredo e colaboradores (2008) concluíram que molares com retenção total, falta de espaço distal e inclinação vertical ou mesioangular são mais propensos a essa

complicação, e o tabagismo crônico também parece aumentar o seu risco.

Valmaseda-Castellón e colaboradores (2008) verificaram que, de 33 casos de infecção após exodontia de terceiros molares inferiores retidos, por sete dias 22 pacientes responderam bem à antibioticoterapia e em 11 pacientes foi necessária intervenção cirúrgica adicional.

Discussão

A maioria dos autores recomenda a remoção precoce dos terceiros molares inferiores, pois a realização desse procedimento em pacientes jovens reduz a morbidade pós-operatória, diminui o risco de complicações, permite melhor cicatrização, aumenta a tolerância ao procedimento e acelera a recuperação (MONAZZI et al., 2004; PETERSON et al., 2005; CHUANG et al., 2007).

Por outro lado, alguns autores não recomendam a remoção profilática de dentes retidos de pacientes assintomáticos acima de 30 anos de idade devido a suas debilidades sistêmicas, exceto nos casos de dentes retidos sob próteses (MONAZZI et al., 2004; PETERSON et al., 2005; KAFAS et al., 2007).

A exodontia de dentes retidos é contraindicada quando o paciente, independentemente da idade, apresenta seu estado geral de saúde comprometido ou um quadro infeccioso agudo (MONAZZI et al., 2004; PETERSON et al., 2005).

Não há concordância entre os autores sobre a complicação mais comum nas exodontias dos terceiros molares inferiores retidos (ZORZETO et al., 2000; SIMÕES et al., 2005; OLIVEIRA, 2006; NOROOZI et al., 2009).

Na prevenção do edema e do trismo, os autores afirmam existir uma redução dessa complicação com o uso de anti-inflamatórios e antibióticos, embora o tempo cirúrgico também interfira (MONAZZI et al., 2004; PETERSON et al., 2005; FLORES et al., 2007; PAULESINI et al., 2008).

A lesão aos nervos alveolar inferior e lingual durante as exodontias de terceiros molares inferiores está relacionada a proximidade entre as raízes den-

tais e o canal mandibular, incisões mal planejadas, retração do retalho lingual, perfuração da tábua óssea lingual e manobras intempestivas durante a cirurgia (GREGORI, 1996; VALMASEDA-CASTELLÓN et al., 2000; RENTON; MCGURK, 2001; PETERSON et al., 2005).

Segundo Peterson e colabores (2005), o nervo lingual raramente se regenera se for gravemente traumatizado, embora Valmaseda-Castellón et al. (2000) tenham demonstrado o contrário.

Conforme a maioria dos autores, fratura mandibular durante ou após exodontia de terceiros molares inferiores retidos está relacionada com idade do paciente, patologias ósseas e aplicação de força exagerada no ato cirúrgico. A presença de terceiro molar inferior na mandíbula está associada a um risco até 2,8 vezes maior para essa fratura (LIBERSA et al., 2002; HALMOS et al., 2004; PETERSON et al., 2005).

O deslocamento acidental de terceiros molares inferiores ou mesmo de fragmentos radiculares para espaços anatômicos adjacentes e para a orofaringe ocorrem com pouca frequência e estão relacionados a fatores anatômicos e à imperícia do profissional (NOGUEIRA, 1980; GRANDINI et al., 1992; ORTAGOKLU et al., 2002; HUANG et al., 2007, FRANCESCHI, 2008; ELLIS et al., 2009).

Das infecções relacionadas às exodontias de terceiros molares inferiores, as mais graves são as que envolvem os espaços faciais profundos, podendo atingir espaços cervicais e torácicos, comprometendo as vias aéreas superiores e colocando os pacientes em risco de morte. Entre os autores, há a concordância de que fatores anatômicos - como o grau de retenção total, falta de espaço distal e inclinação vertical ou mesioangular - aumentam as chances de desenvolver uma infecção (BENEDIKS-TDÓTTIR et al., 2004; PETERSON et al., 2005; VALMASEDA-CASTELLÓN et al., 2008; PAULESINI et al., 2008; FIGUEIREDO et al., 2008).

Conclusão

A fim de evitar a maioria das complicações a ela relacionadas, a exodontia dos terceiros molares

inferiores retidos deve ser realizada precocemente, pois pacientes acima dos 25 anos estão diretamente relacionados a graves complicações, como fratura mandibular e lesão permanente ao nervo alveolar inferior. É contraindicada a exodontia dos terceiros molares nos casos de pacientes com a saúde comprometida, sejam eles jovens ou idosos.

A ocorrência de complicações transoperatórias está diretamente relacionada à experiência clínica do cirurgião dentista e ao grau de complexidade da cirurgia. Ainda assim, a incidência de complicações graves é baixa, sendo na maioria representadas por casos de alveolite, trismo e dor.

molar removal. **J Oral Maxillofacial Surg.**, v.58, p.1110, 2000.

HUANG, I. Y.; WU, C. W., WORTHINGTON, P. The displaced lower third molars: a literature review and suggestions for management. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v.65, p.1186-1190, Jun. 2007

REFERÊNCIAS

PETERSON, L. J.; ELLIS, E. III; HUPP, J. R.; TUCKER, M. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

PAULESINI JUNIOR, W.; CAIXETA NETO, L. S., LEPORACE, A. A.; RAPOPORAT, A. Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares: revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.20, n.2, p.181-185, 2008.

CAPUZZI, P.; MONTEBUGNOLI, L.; VACCARO, M. A. Extraction of impacted third molars. **Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v.77, n.4, p.341-343, 1994.

YALCIN, S.; AKTAS, I.; EMES, Y.; ATALAY, B. Accidental displacement of a high-speed handpiece bur during mandibular third molar surgery: a case report. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.105, n.3, e29-31, 2008.

HERMESCH, C. B.; HILTON, T. J.; BIESBROCK, A. R. et al. Perioperative use of 0,12% chlorhexidine gluconate for the prevention of alveolar osteitis: efficacy and risk factor analysis. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.85, n.4, p.381-387, 1998.

CARMICHAEL, F. A.; MCGODWAN, D.A. Incidence of nerve damage following third molar removal: A West of Scotland Oral Surgery Research Group Study. **Brit. J. Oral Maxillofacial Surg.**, v.30, p.78-82, 1992.

HALMOS, D. R.; ELLIES, E.; DODSON, T. B. Mandibular third molars and angle fractures. **J Oral Maxillofac.**; v.62, p.1076, 2004.

LEE, J. T.; DODSON, T. B. The effect of mandibular third molar presence and position on the risk of an angle fracture. **J Oral Maxillofac Surg.**, v.58, p.394, 2000.

KRIMMEL, M.; REINERT, S. Mandibular fracture after third