



EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR APÓS FALHA EM ODONTOSECÇÃO: RELATO DE CASO

Mandibular third molar removal after odontosection failure:
a case report

Josfran da Silva Ferreira Filho^a
Eduardo Ribeiro Sampaio^b
Sara Rodrigues Azevedo^c
Lívia Marinho Veras^d
Antônio Mário Mamede Filho^e
Radamés Bezerra Melo^a

RESUMO

A exodontia de terceiros molares é um procedimento comum a rotina odontológica porém desafiador, devido à variabilidade anatômica dos dentes e à complexidade das técnicas cirúrgicas. As indicações para exodontia incluem razões ortodônticas, protéticas, periodontais e restauradoras. Em dentes com angulação favorável e sem complicações, a extração tende a ser mais simples, mas a escolha da técnica cirúrgica é fundamental para o sucesso do procedimento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente de 35 anos que buscou atendimento no Serviço de Cirurgia e Trauma Bucomaxilofacial do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Joaquim Távora queixando-se de dor extenuante no dente 38 após não ter realizado remoção concluída em outro serviço, 15 dias anteriormente. A radiografia evidenciou odontosseção incompleta e ausência de ostectomia. Foi realizada exodontia com anestesia local com ostectomia e odontosseção para conclusão da cirurgia; prescrição medicamentosa pós-operatória e orientações foram entregues ao paciente. Apesar do paciente ter tempo de evolução de 30 dias da condição, o tratamento realizado para exodontia do dente 38 obteve sucesso, visto que o mesmo evoluiu com resultados estéticos e funcionais satisfatórios, e sem sinais de agravamento do caso de inflamação.

Palavras-chave: Terceiro molar. Exodontia. Intercorrências transoperatórias. Complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

Third molar extraction is a common but challenging procedure due to the anatomical variability of teeth and the complexity of surgical techniques. Indications for tooth extraction include orthodontic, prosthetic, periodontal and cavities reasons. In teeth with favorable angulation and without complications, extraction tends to be simpler, but the choice of surgical technique is fundamental to the success of the procedure. Techniques such as ostectomy and odontosection are essential for an effective and safe extraction. The objective of this work is to report a clinical case of a 35-year-old patient who sought the Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Joaquim Távora complaining of very severe pain in tooth 38, describing in detail the surgical management in an outpatient setting, the clinical follow-up subsequent assessment and the steps involved, including identification of the complication, initial assessment of the patient and necessary intervention. A 35-year-old patient attended CEO Joaquim Távora, complaining of pain in tooth 38, as the removal had not been completed in another service 15 days previously. The x-ray showed errors in odontosection and absence of ostectomy. Exodontia was performed with local anesthesia, including block, intrapulpal and intraligamentary anesthesia, concluding the procedure. Prescription of post-operative medication and guidance given. Therefore, despite the patient's condition having evolved over 30 days, the treatment carried out to extract tooth 38 was successful, as it evolved with satisfactory aesthetic and functional results, and without signs of worsening of the inflammation.

Key words: Third Molar, Exodontia, Intraoperative Intercurrences, Postoperative Complications.

INTRODUÇÃO

As exodontias são cirurgias que fazem parte do cotidiano do cirurgião-dentista, no caso de terceiros molares, são indicadas geralmente por fins profiláticos, infecções, maloclusões ou indicações ortodônticas e protéticas. Entretanto, essas exodontias se mostram bastante desafiadoras na prática odontológica, devido à localidade que o dente se encontra na arcada dentária, em alguns casos surgindo em posições atípicas, e às comorbidades que ditam a complexidade das técnicas cirúrgicas necessárias para sua remoção. (1, 2)

Os terceiros molares podem ser classificados de acordo com a quantidade de osso que recobre o dente, de acordo com Pell e Gregory (1933), que observaram a relação de profundidade da linha de oclusão referente à borda anterior do ramo mandibular, estabelecendo o grau de inclusão; e Winter (1926), que classificou o terceiro molar em relação ao longo eixo do segundo molar, definindo como mesializado, distalizado, horizontal, bucoversão, linguoversão e invertido. (2) Com relação aos terceiros molares, há uma maior prevalência de dentes inclusos e impactados. Em casos de dentes em angulação favorável, sem envolvimento com estruturas adjacentes e sem sinais de inclusão, a exodontia tende a ser menos complexa, mas mesmo em situações aparentemente simples, a escolha e execução correta da técnica cirúrgica, aliado ao bom uso de exames complementares, como radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas, e a utilização de técnicas anestésicas corretas são fundamentais para o sucesso do procedimento. (1,2,5-7). Em especial, quando os graus de inclusão e impacção impossibilitam a luxação e exérese do elemento, utiliza-se técnicas de ostectomia e odontosecção, com instrumentos rotativos e cortantes para realizar desgaste ósseo e dentário, com o intuito de reduzir o tempo de cirurgia, trauma nos tecidos adjacentes e lesão nos dentes vizinhos. (9-11)

Acidentes e complicações no trans e pós-operatório tendem a ocorrer, já que a exodontia de terceiros molares traumatiza significativamente os tecidos moles e ósseos da cavidade oral, que podem gerar edema, trismo, infecção, comunicações bucossinusais, alveolites e fraturas, em especial quando há falta de dados na anamnese, planejamento insatisfatório e erro na técnica cirúrgica. (1-4,12)

Este relato de caso clínico tem como objetivo descrever a realização de exodontia de terceiro molar inferior esquerdo após a realização de uma odontosecção insatisfatória por outro profissional.

RELATO DE CASO

Paciente J.P.C, 35 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, normossistêmica, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Centro de

Especialidades Odontológicas Joaquim Távora (CTBMF CEO - Joaquim Távora), com queixa de dor na região do terceiro molar inferior esquerdo. A paciente foi previamente avaliada por outro profissional em serviço privado e submetida a um procedimento cirúrgico de exodontia do dente, 15 dias antes. Contudo, o cirurgião-dentista responsável não conseguiu concluir a extração pela dificuldade em realizar a luxação do elemento dentário. Desta forma, antes de encaminhar a paciente ao CEO - Joaquim Távora, foram prescritos Ibuprofeno 600mg a cada 8 horas e Dipirona 500mg a cada 6 horas, em caso de dor.

Figura 1. Terceiro molar inferior esquerdo (dente 38) com odontossecação vertical incompleta, sem realização de ostectomia.



Fonte: CEO Joaquim Távora

À anamnese, relatou queixas álgicas no terço posterior da mandíbula, próximo ao ramo mandibular, e negou alergias, comorbidades e uso de medicação contínua. No exame intraoral, não foram identificadas lesões de tecido mole, na região posterior da

hemiarcada inferior esquerda, foi observado o terceiro molar inferior esquerdo com odontosecção vertical incompleta na região oclusal, sem realização de ostectomia no rebordo ósseo (Figura 1). Ao exame radiográfico, foi identificada ausência dos primeiros molares inferiores e do segundo molar inferior esquerdo, sugerindo mesialização dos terceiros molares inferiores e do segundo molar inferior direito. Observou-se o terceiro molar inferior esquerdo isolado verticalmente e na posição 1A, segundo a classificação de Pell e Gregory (1933), com erro na odontosecção e sem realização de ostectomia (Figura 2.) A conduta adotada pela equipe de CTBMF foi a exodontia.

Figura 2. Radiografia panorâmica realizada após admissão no serviço de CTBMF do CEO Joaquim Távora, evidenciando imagens sugestivas de exodontia do terceiro molar inferior esquerdo.



Fonte: CEO Joaquim Távora

A cirurgia foi realizada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local com 2 tubetes de solução anestésica de Mepivacaína 3% com Epinefrina 1:100.000 para o bloqueio dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual. Em seguida, foi realizada a incisão de Newman a nível subperiosteal com bisturi, depois o retalho foi descolado e rebatido com sindesmótomo. Foi realizada ostectomia periférica e odontosecção com broca

cirúrgica número 8. No momento da luxação do dente com alavanca, a paciente relatou dor intensa, justificando a realização de anestesia complementar, realizada de forma intrapulpar e intraligamentar. Após o complemento anestésico, foi possível luxar e remover o elemento dentário (Figura 3). Logo após, foi realizado a limpeza da cavidade e síntese dos tecidos com fio de seda 4-0 (Figura 4).

Figura 3. Aspecto da cavidade após incisão, descolamento, odontosecção, ostectomia e remoção completa do elemento dentário.



Fonte: CEO Joaquim Távora

A paciente foi instruída quanto às orientações e medicações pós-operatórias, com prescrição de amoxicilina 500mg + ácido clavulânico 125mg, a cada 8 horas, por 7 dias; ibuprofeno 600mg, de 8 em 8 horas durante 3 dias e dipirona 500 mg, de 6 em 6 horas, durante 3 dias, administrados por via oral. Foi realizado acompanhamento

pós-operatório após 30 dias, sem sinais de complicações, evidenciando sucesso da terapêutica adotada.

Figura 4. Aspecto da cavidade após realização de sutura com fio de seda 4-0.



Fonte: CEO Joaquim Távora

DISCUSSÃO

O relato descreve uma paciente de 35 anos, leucoderma, que procurou atendimento odontológico devido a dor na região do dente 38, o terceiro molar inferior esquerdo. A indicação para a exodontia de terceiros molares impactados é frequentemente baseada em sintomas como dor, infecção ou risco de dano aos dentes adjacentes e estruturas anatómicas. A presença de dor associada à erupção do terceiro molar é uma das principais indicações para a remoção desses dentes, especialmente quando impactados. (2,13,14) No caso descrito, a paciente foi encaminhada após tentativa de

remoção do dente em outro serviço, o que indica a complexidade do caso e a possível dificuldade técnica no procedimento de exodontia, conforme evidenciado pela falha na odontosecção e na não realização de osteotomia. O erro na odontosecção pode ocorrer por diversas razões, como a falta de experiência, a dificuldade no posicionamento do dente impactado ou o uso inadequado de instrumentais (7). Quando a odontosecção não é realizada corretamente, a remoção do dente se torna mais difícil e, em alguns casos, pode até levar a lesões em algumas estruturas, como ao nervo alveolar inferior ou aos dentes vizinhos (2). Além disso, pode-se sugerir que a ausência da osteotomia pode ter levado ao fracasso da primeira tentativa de extração.

Quanto ao protocolo anestésico, a literatura sugere que a articaína seja o anestésico local de melhor aplicação clínica para realização de cirurgias de terceiros molares inferiores. Entretanto, sua diferença para a mepivacaína, utilizada neste estudo, não é significativa no âmbito clínico, mostrando tempos de indução, número de tubetes e intensidade de dor pós-operatória semelhantes, com vantagem significativa para articaína apenas na duração da anestesia. (15-17) Além disso, a disponibilidade no serviço público de mepivacaína é maior, o que justifica seu uso neste estudo. Inicialmente, foi realizado um bloqueio do nervo alveolar inferior, bucal e lingual, técnicas que são frequentemente utilizadas para o controle da dor durante a extração de dentes do siso (18). O bloqueio pterigomandibular é eficaz para a analgesia durante a exodontia de dentes inferiores, porém, a dificuldade na realização do procedimento pode ocorrer devido à complexidade anatômica do local e ao grau de impacção do dente (19). Durante a exodontia, a paciente relatou dor intensa, o que levou à necessidade de complementação anestésica, que sugere uma possível resistência da anestesia inicial ou um acesso difícil ao nervo, exigindo a complementação com anestésias intrapulpares e intraligamentares. O fracasso do bloqueio do nervo alveolar inferior pode ocorrer em cerca de 30 a 45% dos casos, mesmo que a técnica correta seja utilizada. As causas para esses altos índices de falha podem ser classificadas em fatores anatômicos, fisiológicos, patológicos e farmacológicos, que podem interferir no mecanismo de ação do anestésico, ao passo que essas particularidades sugerem a necessidade de múltiplos bloqueios anestésicos. (20,21)

A terapia antibiótica profilática pós-operatória em exodontias de terceiros molares inferiores é controversa, sem indicação clara em utilizar antibióticos, como amoxicilina e clindamicina, ou não usá-los, uma vez que as principais complicações associadas à cirurgia são de natureza inflamatória e a terapia antibiótica não parece ter impacto no processo de recuperação tecidual, redução de edema e trismo. (22) Todavia, a antibioticoterapia foi realizada neste caso devido ao caráter de segunda abordagem do procedimento, ao passo que submeter a paciente a outro procedimento cirúrgico pode acarretar em infecções do campo cirúrgico ou alveolite, com a utilização de amoxicilina associada ao ácido clavulânico, para compreender um espectro estendido de bactérias. Além disso, também foram prescritos anti-inflamatórios não-esteroidais (Ibuprofeno) e analgésicos (Dipirona), considerados padrão-ouro para controle da dor, edema e trismo, complicações comuns da exodontia de terceiros molares inferiores, salvo em casos de alergia medicamentosa (23,24)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falha na realização das técnicas de odontosecção e ostectomia podem comprometer e complicar casos de natureza simples, o que evidencia a importância do planejamento operatório adequado. Além disso, a utilização de um protocolo anestésico e medicamentoso eficaz é essencial para o bem-estar do paciente no transoperatório, em especial em segundas abordagens, e no pós-operatório. Este caso reforça a necessidade de um atendimento especializado, com a utilização das ferramentas diagnósticas corretas para garantir um bom planejamento e execução técnica da cirurgia, otimizando os resultados e reduzindo as complicações.

REFERÊNCIAS

1. Pizzolatto EEP, et al. Prevalência de complicações e acidentes em exodontias no pós e transoperatório. Braz J Implantol Health Sci. 2023;5(5):525-540.
2. Filho MJSF, et al. A importância da técnica de odontosecção em exodontia de terceiros molares: revisão de literatura. Braz J Dev. 2021;7(2):13100-13112.
3. Araújo OC, et al. Incidência dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares. Rev Odontol UNESP. 2011 Dec;40(6):290-295.

4. Ferreira ACP, Mandarino SCA. Complicações ocasionadas no pós-operatório de exodontia de terceiros molares. *Cadernos Odontol UNIFESO*. 2019;1(1):1-6.
5. Puricelli E. Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar. Artes Médicas Editora. 2014.
6. Moura CFM, et al. Association between radiographic classification and surgical technique in extractions of third lower molars. *Rev Fac Odontol Passo Fundo*. 2019;24:8-13.
7. Silva DFB, et al. Tomografia computadorizada de feixe cônico como exame complementar norteador em exodontia de terceiro molar semi-incluso e impactado próximo ao canal mandibular: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2018;7(6):222-225.
8. Ferreira ACP, Mandarino SCA. Complicações ocasionadas no pós-operatório de exodontia de terceiros molares. *Cadernos Odontol UNIFESO*. 2019;1(1):1-6.
9. Lima VN, et al. Fratura mandibular associada à remoção de terceiro molar inferior: revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2017;6(9):414-417.
10. Marinho SA, et al. Evaluation of retained lower third molars position in panoramic radiographs. *ROBRAC*. 2005;14(37):65-68.
11. Sampieri MS, et al. Association between imaging and clinical findings in mandibular third molar surgeries. *Rev Fac Odontol*. 2018;23:7-11. doi:10.5335/rfo.v23i1.8127.
12. Mistry FK, Hegde ND, Hegde MN. Postsurgical consequences in lower third molar surgical extraction using micromotor and piezosurgery. *Ann Maxillofac Surg*. 2016 Jul-Dec;6:251-259.
13. França S, et al. Analysis of the use of open technique in erupted third molars. *Braz J Health Rev*. 2020;3:10294-10302.
14. Steed MB. The indications for third-molar extractions. *J Am Dent Assoc*. 2014 Jun;145(6):570-573.
15. Salmeron S, et al. Avaliação da eficácia dos anestésicos locais: articaína, bupivacaína, lidocaína e mepivacaína em cirurgias para extração de terceiros molares inferiores. *Salusvita*. 2018;37(4):855-865.

16. Adde CA, et al. Clinical and surgical evaluation of the indication of postoperative antibiotic prescription in third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Nov;114(5):S26-S31.
17. Filho JSF, et al. Eficácia da articaína para redução de dor intraoperatória durante exodontia de terceiros molares inferiores: estudo clínico controlado, duplo-cego e em boca dividida. *Rev Cir Traumatol Buco-Max-Fac*. 2022;1:54.
18. Queiroz SBF, et al. Eficácia da técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior. *Arch Health Investig*. 2015;4(5):15-19.
19. Sánchez MPR, et al. Failure rate of pterygomandibular block in lower third molar extraction procedures. *Arch Health Invest*. 2018;7(6):375-378.
20. Madan GA, et al. Failure of inferior alveolar nerve block: exploring the alternatives. *J Am Dent Assoc*. 2002 Jul;133(7):843-846.
21. Potočnik I, Bajrović F. Failure of inferior alveolar nerve block in endodontics. *Dent Traumatol*. 1999 Dec;15(6):247-251.
22. Mendes PGJ, et al. Efficacy of antibiotic prophylaxis on third molar extraction. *Rev Odontol UNESP*. 2023;52:e20230036. doi:10.1590/1807-2577.03623.
23. Filho VAP, et al. Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação analgésica (Ibuprofeno e Ibuprofeno-arginina) após extração de terceiros molares inferiores inclusos. *Rev Odontol Brasil Central*. 2000;9(27):43-47.
24. Peixoto RF, et al. Controle da dor pós-operatória em cirurgia oral: revisão de literatura. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011 Dec;15(4):465-470.

^a Professor da Faculdade Paulo Picanço - Fortaleza, Brasil

^b Discente da Graduação em Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Fortaleza, Brasil

^c Discente da Faculdade de Odontologia Paulo Picanço - Fortaleza, Brasil

^d Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública e Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará - Fortaleza, Brasil

^e Centro de Especialidades Odontológicas Joaquim Távora, Fortaleza, Brasil