

**Escola de Ciências
da Saúde**



Gabriel Borges Oliveira Da Silva

Marcus Vinicius Galdino Castro

Pedro Henrique Maciel Casaes De Almeida

Intercorrências comuns em cirurgia oral menor: Revisão de literatura

Rio de Janeiro - RJ.

2023

Gabriel Borges Oliveira Da Silva
Marcus Vinicius Galdino Castro
Pedro Henrique Maciel Casaes De Almeida

Intercorrências comuns em cirurgia oral menor: Revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof Dr. Walter Arthur Silva Valente

Gabriel Borges Oliveira Da Silva

Marcus Vinicius Galdino Castro

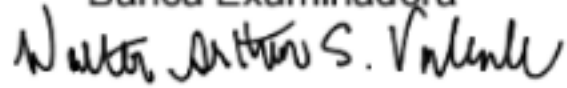
Pedro Henrique Maciel Casaes De Almeida

Intercorrências comuns em cirurgia oral menor: Revisão de literatura

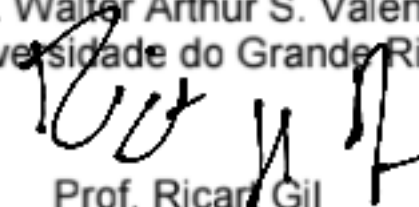
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza
Herdy", como parte dos requisitos parciais para obtenção
do grau de bacharel em Odontologia

Aprovado em 5 de JULHO de 2023.

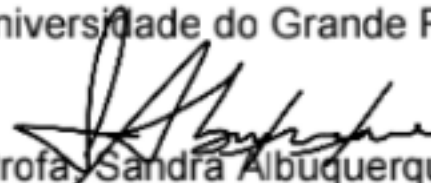
Banca Examinadora



Prof. Walter Arthur S. Valente
Universidade do Grande Rio



Prof. Ricardo Gil
Universidade do Grande Rio



Profª Sandra Albuquerque
Universidade do Grande Rio

RESUMO

A cirurgia oral menor é um ramo da odontologia que se dedica ao tratamento de problemas e condições relacionados à boca, maxilares e tecidos moles adjacentes por meio de intervenções cirúrgicas de pequeno porte. Esses procedimentos são geralmente realizados no consultório odontológico e não requerem hospitalização. As cirurgias orais menores abrangem uma variedade de intervenções, incluindo extração de dentes impactados (principalmente os terceiros molares ou "sisos"), extração de dentes com cárie avançada, remoção de cistos e tumores benignos, tratamento de lesões e infecções bucais, biópsias de tecidos, entre outros. Tais procedimentos podem levar a diversas intercorrências trans e pós-operatórias que tornam os desafios mais complexos nos sentidos de tratamento e prevenção dessas complicações. A melhor maneira de lidar com essas intercorrências é a prevenção, que para tal, faz-se necessários toda uma minuciosa avaliação pré-operatória para que o planejamento cirúrgico seja conduzido com rigor e eficiência, reduzindo assim, a incidência das mesmas. Dentre as intercorrências mais comuns estão: parestesia, comunicação buco-sinusal, hemorragias, fratura radicular, laceração de tecido mole e, a menos incidente e mais complexa, fratura mandibular. O planejamento e o conhecimento da região bucal tornam a cirurgia mais segura, uma vez que seja qual for a intercorrência, o profissional possui como dever estar encarregado de conduzir e resolver o incidente da maneira mais correta, segura e confortável para o paciente. Assim sendo, o objetivo desse trabalho é, descrever, através de uma revisão de literatura, as intercorrências mais comuns em cirurgia oral menor.

Palavras-Chaves: Complicações; Cirurgia Oral; Intercorrências.

ABSTRACT

Minor oral surgery is a branch of dentistry dedicated to the treatment of problems and conditions related to the mouth, jaws and adjacent soft tissues in the midst of minor surgical interventions. These procedures are usually performed in dental care and do not require hospitalization. Minor oral surgeries encompass a variety of interventions, including inheritance of impacted teeth (mainly third molars or "wisdoms"), transmission of infected teeth, removal of cysts and benign tumors, treatment of lesions and oral lesions, tissue biopsies, between others. Such procedures can lead to several trans and postoperative complications that lead to more complex challenges in terms of treatment and prevention of these complications. The best way to deal with these intercurrents is prevention, which requires a complex pre-surgical evaluation so that surgical planning is controlled with rigor and efficiency, thus taking into account their incidence. Among the most common intercurrents are paresthesia, oroantral communication, hemorrhage, root fracture, soft tissue laceration and, less incident and more complex, mandibular fracture. Planning and knowledge of the oral region allow for safer surgery, once qualified for an intercurrent, the professional has the duty to be directed to conduct and resolve the incident, in the most correct, safe and comfortable way for the patient. being , the objective of this work is, through a literature review, to describe the most common intercurrents in minor oral surgery.

Key words: Complications; Oral Surgery; Intercurrence.

SUMÁRIO

1 . INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 PARESTESIA.....	10
2.2 HEMORRAGIA.....	13
2.3 COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL.....	15
2.4 FRATURA MANDIBULAR.....	18
2.5 FRATURA RADICULAR.....	20
2.6 LACERAÇÃO DE TECIDOS MOLES.....	22
3. DISCUSSÃO.....	24
4. CONCLUSÃO.....	25
5. REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista é o profissional responsável pelos procedimentos cirúrgicos em cirurgia oral menor. É o responsável que tem a função primordial de avaliar toda a cavidade bucal e face e assim diagnosticar qualquer que seja a alterações nesta região. Com isso, deve realizar diagnósticos precisos e traçar um plano de tratamento intervindo precocemente para que a possível injúria não se desenvolva.¹

Qualquer que seja a cirurgia dentro da área odontológica, o cirurgião-dentista tem sempre como prioridade uma cirurgia bem planejada para que qualquer que seja a intercorrência ou complicação, esteja preparado. São diversos os casos com grandes obstáculos durante os procedimentos, porém existem intercorrências os quais são mais frequentes.¹

Com objetivo de amenizar complicações decorrentes da cirurgia oral, o cirurgião-dentista conta com diversas informações e exames complementares, como: exames de imagens, um bom conhecimento anatômico e o planejamento, afim de evitar ou amenizar tais intercorrências durante a intervenção cirúrgica. Compreender a relação de causa e problema é indispensável e mais ainda importante ter a destreza de saber contornar tal situação tanto no trans como no pós-operatório.¹

As intercorrências mais recorrentes durante uma cirurgia são: hemorragia, fratura, parestesia, laceração de tecidos moles e comunicação buco-sinusal.² É dever do cirurgião-dentista ter conhecimento suficiente para estar apto a realizar cirurgias orais menores e estar pronto para quaisquer incidentes ou contratempos durante as mesmas, afinal por se tratar de um ato cirúrgico, pode-se haver complexidades.²

Atualmente há uma diminuição na incidência de complicações provenientes de instrumentais limitados e com grandes falhas minuciosas por partes na anamnese tornando mais complicado e doloroso a resolução do problema, que nos dias atuais conta com aparelhos mais desenvolvidos e estudos mais avançados dentro do campo odontológico.²

Assim sendo, o objetivo deste trabalho é, abordar, através de uma revisão de literatura, as intercorrências mais comuns em cirurgia oral, destacando suas principais causas, sinais clínicos e como tais complicações podem afetar o trans e o pós-operatório do paciente seguido dos seus respectivos tratamentos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A cirurgia oral menor é um ramo da odontologia que se dedica ao tratamento de problemas e condições relacionados à boca, maxilares e tecidos moles adjacentes por meio de intervenções cirúrgicas de pequeno porte. Esses procedimentos são geralmente realizados no consultório odontológico e não requerem hospitalização. As cirurgias orais menores abrangem uma variedade de intervenções, incluindo extração de dentes impactados (principalmente os terceiros molares ou "sisos"), extração de dentes danificados ou com cárie avançada, remoção de cistos e tumores benignos, tratamento de lesões e infecções bucais, biópsias de tecidos, entre outros. Esses procedimentos são realizados por cirurgiões-dentistas especializados em cirurgia oral.³

Antes da cirurgia, o profissional realiza uma avaliação completa do paciente, incluindo exames radiográficos e histórico médico. É importante informar ao cirurgião-dentista sobre qualquer condição de saúde existente, medicamentos em uso e alergias, para que o procedimento seja planejado de forma segura e eficaz.³

O cirurgião-dentista utiliza instrumentos cirúrgicos adequados para realizar a intervenção de forma precisa e minimamente invasiva. Após o procedimento, são fornecidas instruções de cuidados pós-operatórios, incluindo orientações sobre alimentação, higiene oral e uso de medicamentos para controle da dor e prevenção de infecções.³

A recuperação da cirurgia oral menor varia dependendo do tipo de procedimento realizado e das características individuais do paciente. É comum experimentar inchaço, desconforto e leve sangramento nos primeiros dias após a cirurgia. O paciente deve seguir as orientações do cirurgião-dentista e entrar em contato em caso de qualquer complicação ou desconforto persistente.³

A cirurgia oral menor desempenha um papel importante na promoção da saúde bucal, ajudando a resolver problemas dentários e bucais que podem causar dor, infecções e afetar a qualidade de vida. É essencial procurar um cirurgião-dentista qualificado e experiente para realizar esses procedimentos e garantir uma

recuperação segura e eficaz.³

A exodontia de elementos dentários é um procedimento recorrente nos consultórios odontológicos e com isso o cirurgião-dentista tem cada vez mais estudado e achado formas de tornar a cirurgia um sucesso para que não ocorram incidentes que possam afetar a saúde do paciente. Técnicas novas foram desenvolvidas, a busca pelo conhecimento e desenvolvimento sobre a área aumentou, a tecnologia hoje com as radiografias e tomografias tem aumentado o nível de sucesso da cirurgia, tudo isso a fim de evitar que ocorra algum tipo de problema. Apesar de tudo, o dentista tem que estar preparado caso ocorra algum tipo de intercorrência.³

Ter o conhecimento sobre essas intercorrências é de extrema importância para o cirurgião-dentista, não só prevenindo o acontecimento das mesmas, mas quando ocorrer é dever do profissional proporcionar um pós-operatório confortável e seguro para o paciente. Durante a extração de terceiros molares por exemplo, estamos diante de possíveis complicações, com isto se torna imprescindível um pré-operatório de bastante cautela e atenção ao paciente.³

2.1 PARESTESIA

A parestesia é uma condição de insensibilidade da região do nervo em questão, visto que o nervo foi afetado por uma lesão traumática. Por ser uma intercorrência do pós-operatório, o cirurgião-dentista é incapaz de identificar a parestesia durante uma cirurgia.⁵

As possíveis causas que podem ocorrer são: agressão traumática, agressão que parte dos tecidos circundantes onde ocorre lesões vasculares e inflamação do nervo. Nos casos que ocorrem parestesia, ela afeta um nervo sensitivo e avaliar o grau dessa lesão é de fundamental importância. De acordo com Rowland (1997), descreve que se o sintoma de parestesia não persistir, a intercorrência pode não apresentar lesão neurológica. Já se persistir, indica alguma anormalidade nas vias sensoriais do paciente. Essa condição dependendo do grau que pode trazer um grande desconforto para o paciente, já que dificilmente uma lesão no nervo se

regenera. ⁴

A sintomatologia que a maioria dos pacientes relatam é a ausência de sensibilidade em determinadas regiões, além de apresentar outros sintomas como: formigamento na região, dormência da área, alteração de sensibilidade entre o calor e o frio e coceira no local da aplicação da anestesia. Essa sensação pode passar em pouco tempo, médio ou durar para sempre, isso vai depender da forma que o nervo foi afetado. ⁴

A exodontia de terceiros molares inferiores é o lugar que mais ocorre esse tipo de problema, isso acontece devido a uma série de fatores podendo ser por falta de plano ou por intercorrência. O conhecimento anatômico sobre a posição das raízes, posição do canal mandibular e exames de imagens complementares ajudarão à prevenir esse tipo complicação. ⁵



Figura 1: terceiro molar incluído perto do ramo mandibular.

Fonte: https://www.u-d-c.jp/cms_j0h8aj1nma/wp-content/uploads/2019/01/04FF0C95-22A0-4596-8BB9-0AEDD596FF8B-768x576.jpeg

Por conta da localização e da posição anatômica do elemento a ser extraído, em alguns casos, o nervo alveolar pode receber um dano direto ou indireto. Tendo em vista que a partir do momento que o elemento tem indicação de extração e com todo planejamento feito, mesmo assim há chances de parestesiar o nervo. ⁵

O cirurgião-dentista deve avaliar corretamente a posição dos terceiros molares durante seu planejamento pré-cirúrgico. Para facilitar isso, foram criadas várias classificações das quais são eficientes para a exodontia do elemento. As que mais são utilizadas são a de George Winter, onde em 1926, classificou o dente dependendo da sua angulação. E a outra foi feita por Pell e Gregory em 1933, onde

classificou o dente quanto a sua profundidade de inclusão com relação ao ramo mandibular. Graças a eles, hoje com uma análise radiográfica podemos realizar um bom planejamento cirúrgico. ⁶

A radiografia panorâmica é um exame bastante utilizado para avaliar a posição do nervo alveolar inferior com relação ao terceiro molar, além de indicar a forma e o trajeto do canal mandibular. Outro exame que deve levar em conta são as tomografias, onde fornece a imagem com três dimensões do local que irá realizar a cirurgia. As radiografias panorâmicas e as tomografias são de extrema importância para o profissional avaliar o grau da cirurgia e assim não cometer danos ao nervo. ⁵

O dano do nervo ao ter uma parestesia, ocorre muito ao ter a aplicação da técnica errada, tal qual a força utilizada. A perfuração das fibras do nervo com agulha após a aplicação de anestésico local e da contaminação do anestésico por álcool são erros de técnica que o cirurgião-dentista deve evitar. O erro ao utilizar a técnica errada, acarreta em danos nos nervos, na qual resulta num sangramento intraneural. São pequenos traumas nos vasos sanguíneos que percorrem as fibras nervosas, desenvolvendo assim a fibrose e acarretando a neuropraxia. Outra condição que ocorre muito para desenvolver complicações para uma cirurgia onde pode ocorrer a parestesia é o trismo. ⁵

Essa intercorrência, apresenta graus de traumas que podem chegar a ser permanentes, mas que podem ser evitados. A prevenção é a melhor forma do profissional lidar com a complicação. Ter habilidade, conhecimento, realizar anamnese com exame clínico completo, utilização de radiografias, tomografias para um melhor planejamento cirúrgico e a aplicação da técnica correta para a situação acarreta num pós-operatório tranquilo para o paciente e o profissional. ⁴

A prevenção como falado anteriormente é a melhor forma do profissional de lidar com essa intercorrência, mas caso ocorra o cirurgião dentista deve estar preparado para aplicar o melhor tratamento para aquele paciente. No caso da parestesia atualmente a terapia medicamentosa e a laserterapia tem sido as mais recomendadas para esse caso. ⁷

Na terapia medicamentosa é administrado vitamina B1 junto com a vitamina B2, uma vez que a primeira exerce um papel importante de descarboxilação de alfa-cetoácido e a segunda age na função neural ajudando o paciente a recuperar a perda sensorial que havia perdido. Já a laserterapia, vem sendo uma alternativa para os profissionais para a regeneração dos nervos que sofreram traumas. O laser ao entrar em contato com o nervo lesionado, estimula os tecidos adjacentes, a obter uma resposta nervosa que iria acelerar a regeneração dos nervos que foram lesionados. O nervo ao absorver a energia, estimula ou inibe as atividades enzimáticas que induzem uma série de reações em cascatas e processos fisiológicos, ocorrendo a ativação do sistema imunológico e levando o nervo a uma cicatrização. ⁷

2.2 HEMORRAGIA

A hemorragia é um incidente no qual acontece saída excessiva de sangue durante uma cirurgia oral menor. Ela não pode vir a atrapalhar a visão do cirurgião-dentista, visto que este almeja ter um campo limpo e com isso ter uma cirurgia mais confortável a ser realizada. ⁸



Figura 2: sangramento pós extração

Fonte: Odontologia – Página 5 – hr-dental.com

Existem casos em que esta hemorragia é anormal, ela pode ser causada de maneira iatrogênica, pelo fato do paciente utilizar medicamentos e ainda por ser portador de hemofilia. Uma das complicações mais comum durante o procedimento são as hemorragias, já que a região intra-oral é extremamente vascularizada. Pode-se haver o incidente de atingir qualquer que seja um vaso mais calibroso gerando assim uma pequena hemorragia. ⁸

O uso de anticoagulantes orais para o tratamento de trombose ou pós-cirúrgicos, faz-se necessário neste segundo caso que seja questionado ao paciente durante a anamnese/ pré-operatório. Quando o paciente relata o uso de anticoagulantes orais, pode-se pedir parecer de um médico-cardiologista além de fazer um pedido complementar de exame, no caso o coagulograma sendo dever do cirurgião-dentista encarregado por operar o paciente, interpretar o INR do paciente. ⁸

Conforme Barbosa Livia Mirelle, et al (2004) “O Teste de INR é um cálculo realizado entre o tempo de protrombina e a média do intervalo normal de coagulação, onde demonstra que é confiável a realização de cirurgias odontológicas se o INR estiver entre 2 e 3,5. Caso esteja superior a 5, não é recomendado executar nenhum procedimento. Alguns autores afirmam que é confiável realizar cirurgias odontológicas sem grandes sangramentos e de forma segura, desde que o INR esteja em níveis seguros. ⁸

Nessa perspectiva, foi possível concluir que a manutenção na terapia anticoagulante, associada ao uso de métodos de hemostasia local, representa o protocolo mais apropriado para os casos cirúrgicos a nível ambulatorial”. Portanto, a prevenção de hemorragia intensa em muitos pacientes pode ser atingida por meio da observação do coagulograma dos mesmos. ⁸

Outros métodos para evitar uma intensa hemorragia, consistem na utilização de anestésicos com vasoconstritores, estes reduzirão a vasodilatação local que além de prolongar o tempo do efeito anestésico, diminuirão a hemorragia local. Há também as chamadas esponjas hemostáticas. ⁹

Conforme Farias Andreza Juliana, et al(2020)” Os agentes físico-químicos homeostáticos de uso tópico derivam de fontes bem variadas, onde as formulações existentes derivam de colágeno bovino e suíno, ou de celulose. Um agente amplamente utilizado por sua capacidade hemostática é a esponja de gelatina, cujas propriedades de absorção e maleabilidade permitem a incorporação de quantidades consideráveis de sangue, formando uma barreira física, que dá suporte estrutural ao coágulo. É um agente eficaz na contenção de fluxo sanguíneo por capilares, e que

não há contraindicação para pacientes com necessidades especiais ou por faixa etária". Uma outra manobra bastante conhecida é a sutura, esta consiste em aproximar as bordas de uma lesão ou um alvéolo que esteja causando o sangramento. Podemos lembrar ainda da ação do ácido tranexâmico, medicamento que muitos profissionais utilizam para reduzir a hemorragia intra-operatória. ⁹

Já a hemorragia tardia ocorre no pós-operatório de uma cirurgia oral menor e pode estar relacionada a uma sutura onde suas bordas estão mal captadas, por ingestão de alimentos quentes que aumentam a circulação local aumentando a dor ou por algum impacto perto da região cirúrgica, neste caso o cirurgião-dentista deverá ser acionado para melhor instrução. Se necessário, marcar uma consulta imediatamente com o mesmo e informar ao paciente que o mesmo deverá manter uma gaze no local. ¹⁰

Em um estudo realizado no hospital Pedro Ernesto, os pacientes que estavam em tratamento com anticoagulante oral e necessitavam de um procedimento cirúrgico oral, continuaram com a medicação e tiveram como resultado, uma baixa incidência (4%) de complicação hemorrágica. ¹⁰

2.3 COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL

A comunicação buco-sinusal, na literatura é quando há um rompimento do alvéolo, que ocorre mais comumente durante a extração de um elemento dentário, havendo um comunicado do seio com a cavidade bucal. ¹¹

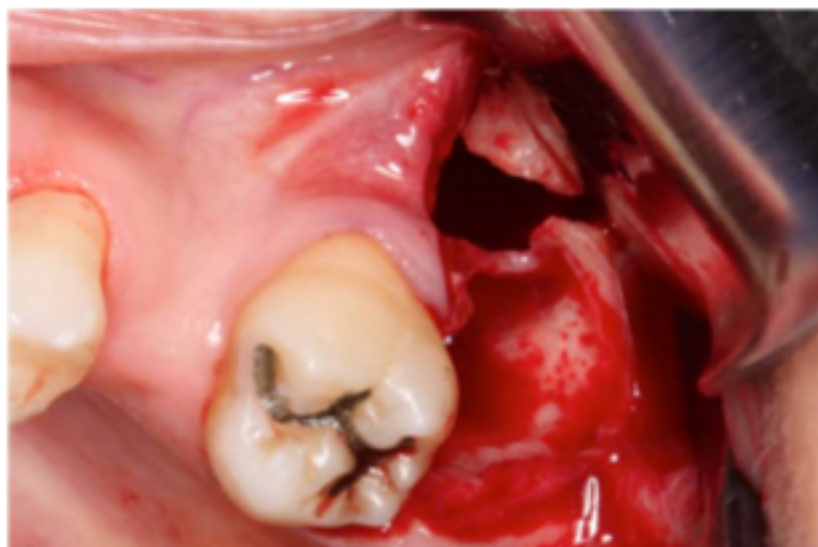


Figura 3: comunicação de meio bucal com o seio maxilar

Fonte: <https://www.fernandogiovanella.com/post/comunicacaobucosinusal>

O seio maxilar está situado no terço médio da face no interior da maxila, caracterizado como maior seio para nasal que possui internamente. É constituído por tecidos duro e internamente por uma membrana mucoperiostiana de células epiteliais, chamada de membrana de Schneider. A comunicação buco-sinusal tem por maior fator de ocorrência extração de pré-molares e molares superiores que estão localizados posterior aos caninos em região próxima ao seio, além do uso incorreto de instrumentais ou curetagem que por menor incidência, acontecem.¹¹

Um dos principais pontos para amenizar essa intercorrência é o planejamento. Uma cirurgia planejada facilita e ajuda a tratar e lidar com as complicações que podem vir acontecer durante o procedimento. Exames de imagens são imprescindíveis para o estudo e análise da região. Verificar o rebordo ósseo, idade do paciente, problemas relacionados a estrutura óssea, má cicatrização de traumas ou procedimentos anteriores e região de elementos dentários são questões os quais tornam a cirurgia com melhor prognóstico em casos de intercorrências já planejadas, sendo umas delas a comunicação buco-sinusal.¹²

O diagnóstico é realizado através de exames de imagem e clínicos. Radiografias periapicais são limitadas, evidenciam se há ou não comunicação devido a descontinuidade da linha radiopaca que delimita o assoalho do seio maxilar, porém a tomografia computadorizada é o exame o qual vai definir melhor a localização da comunicação e a extensão, além de fornecer informações e características de osso e obstruções regionais, tornando o tratamento e um futuro prognóstico mais favorável.

¹²

Clinicamente, o procedimento feito para diagnosticar o rompimento do alvéolo e confirmar a comunicação é a manobra de Vassalva, que é realizado de forma o qual o profissional pressiona as asas nasais bilateralmente, obstruindo as narinas do paciente solicitando a ele que expire o ar pelo nariz, mantendo a boca aberta, na presença da comunicação, o ar será expirado através do alvéolo, para o interior da cavidade bucal, provocando o borbulhamento do sangue acumulado no próprio alvéolo dentário, com ruído característico.¹¹

As complicações que ocorrem -além da comunicação- com maior frequência

são os deslocamentos de fragmentos para dentro do seio e o mais tardio é a sinusite de origem odontogênica e para cada situação uma intervenção abordagem diferente.

11

Em alguns casos, o deslocamento de fragmentos, sejam eles radicular, implantes ou fragmentos ósseos é de suma importância a intervenção precoce para evitar problemas mais complexos e visando também um melhor pós-operatório. Para identificação do elemento é necessário exame de imagem ou observar se durante a cirurgia houve ou não fratura radicular. Com a confirmação de raiz, implante A abordagem de Caldwell-Luc modificada consiste na confecção de uma janela óssea na parede anterior do seio maxilar para remoção do fragmento. ¹³

A sinusite odontogênica corresponde aproximadamente por 10% a 12% dos casos de sinusite maxilar. São condições patológicas que se desenvolvem nas regiões dos seios maxilares e que são atribuídas A proximidade das raízes dos dentes associada à presença de inflamação, infecção ou iatrogênias de origem dentária que podem afetar a integridade do assoalho do seio, como uma lesão periapical que se estende até o assoalho do seio causando uma alteração e inflamação no revestimento do seio, assim levando há uma sinusite de origem odontogênica. ¹³

O tratamento adequado depende de vários fatores que dependem do diagnóstico que nele é possível avaliar extensão, duração, se há alguma patologia associada e a localização. Os meios de intervenção vistas e comprovadas na literatura não são tão limitadas. ¹³

Os meios mais comuns para tratar a comunicação pode ser através da bola de bichat - que encontra-se localizada no espaço mastigatório, seu corpo principal localiza-se lateralmente ao músculo bucinador e na borda anterior do músculo masseter e terá a função de preencher o gap e ajudar na reestruturação da região, além de ser recomendada para o fechamento de fistulas- e enxerto ósseo que provém do mesmo campo cirúrgico – localizado na sínfise- possui um fácil acesso, reduz o tempo operatório, queixas mínimas no pós-operatório e ausência de cicatriz visível, além de que esse enxerto é considerado ideal já que suas células-troncos mesenquimais com grande potencial osteogênico.¹¹

2.4 FRATURA MANDIBULAR

“A mandíbula é um osso da face que apresenta um alto índice de fratura”, de acordo com Bomeisel Melissa, et al(2022). Por ser um dos maiores ossos do crânio e ter uma posição anatômica que não favorece, sendo o único que apresenta uma mobilidade óssea, o índice de fraturas que ocorrem na área é bem alto. A grande prevalência ocorre em pacientes do sexo masculino, acima de 40 anos. ¹⁴

“As fraturas da mandíbula englobam 10 a 25% de todas as fraturas da face”, no presente estudo de Bomeisel Melissa, et al(2022). Os resultados desses traumas se não tratados podem levar a várias condições sintomáticas e sinais para os pacientes. Os sintomas e os sinais são de: dor podendo essa ser localizada, alterações oclusais, desvio de abertura, movimentos alterados, laceração, equimose, hematomas, perda sensorial dos nervos inferiores, alteração de contorno da face, alteração no formato da arcada, sangue em excesso podendo levar a hemorragia e mobilidade de elementos e osso adjacentes que foram afetados pelo impacto. Fraturas de mandíbulas quando não tratadas podem causar um grande prejuízo estético e funcional do paciente, já que ela compõe um papel vital nas principais funções orais como a deglutição, mastigação e fonação. ¹⁴

As fraturas da mandíbula são definidas como uma linha, podendo ser grande ou pequena, entre o ramo da mandíbula e o corpo da mandíbula. A fratura irá ocorrer quando ocorre um excesso de força na qual o osso não é capaz de suportar, ultrapassando a sua resistência. Esse risco é muito recorrente quando essa estrutura sofre impactos que são produzidos por o impacto de um soco, uma queda de uma altura muito elevada e até um trauma decorrente de acidentes automobilísticos. A osteotomia em excesso na exodontia de terceiros molares e a força excessiva durante sua extração pode acarretar em lesões que podem gerar essa condição. ¹⁴

A exodontia de terceiros molares, deve ser bem avaliada e bem planejada. Por ter várias posições, na arcada dentária, os terceiros molares devem ser avaliados e classificados de acordo com a classificação de Pell e Gregory, com um objetivo de melhorar o planejamento cirúrgico e diminuir as possíveis fraturas que possam ocorrer. ¹⁴



Figura 4: fratura de mandíbula durante extração de terceiro molar

Fonte: <https://www.ortoblog.com/super-video-fratura-mandibular-durante-exodontia-o-que-fazer-como-evitar/>

Conforme a fratura da mandíbula, as fraturas podem ser classificadas como favoráveis ou não favoráveis. Em casos, aonde são favoráveis, a fratura deve resistir a tração dos segmentos adjacentes graças aos músculos, já as não favoráveis, os músculos tracionam os segmentos para longe.¹⁴

As fraturas mandibulares possuem diversos tipos: galho verde, simples, composta, cominutiva, complexa, comprimida e patológica. Para saber qual o padrão da fratura, devemos identificar qual o padrão dos fragmentos ósseos na região que ocorreu a fratura. A caracterização da fratura de galho verde são aquelas que envolvem fraturas incompletas com flexibilidade do osso, além de apresentar pouca mobilidade quando averiguada. As simples são fraturas com um único traço que se estende do ramo mandibular ao corpo da mandíbula e apresenta uma fragmentação mínima, já as compostas quando possui mais de um traço e promove uma comunicação da margem do osso ao meio externo. Na cominutiva, o osso apresenta várias segmentações por causa da fratura. Em uma fratura complexa, além da mandíbula, a lesão envolve estruturas adjacentes a mandíbula. Quando ocorre uma fratura comprimida é através da perfuração de um segmento a outro. E para finalizar, a fratura patológica envolve um osso que já está adoecido.¹⁴

E abordando o tratamento, a primeira conduta que um cirurgião deve realizar é avaliar clinicamente o paciente. Em cirurgias de terceiros molares é muito comum ocorrer fraturas na mandíbulas de pacientes que já apresentam idade avançada e pouco osso mandibular. Se precaver, realizar os exames clínicos e exames complementares, usar a quantidade de força necessária para aquele paciente, além

de usar a técnica correta para a situação ira prevenir que ocorra alguma intercorrência. ¹⁴

Já quando o paciente já chega com a fratura para ser realizada, uma avaliação deve ser realizada para continuar o tratamento. As fraturas mandibulares podem ser tratadas por redução fechada ou aberta. A fechada é quando a fratura é reposicionada e estabilizada sem ter a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Já na aberta, a fratura precisa de uma base estável para uma reconstrução adicional, nesses casos, uma intervenção cirúrgica é necessária. Nesses casos, antes de realizar qualquer procedimento, uma tomográfica computadorizada deve ser realizada para uma melhor visualização da área, aonde pode ver a localização exata da lesão, tipo de lesão, a localização dos fragmentos tudo para um melhor planejamento na hora de realizar o tratamento daquele caso. ¹⁴

2.5 FRATURA RADICULAR

As fraturas de raízes são comumente observadas durante a exodontia de terceiros molares, sobretudo quando essas raízes estão em sisos inferiores. O cirurgião-dentista deve não só prevenir esta complicação, mas como também deve estar apto para concluir a extração do elemento dentário em caso de alguma fratura radicular. ¹⁵



Figura 5: dente com indicação de extração com raiz comprometida

Fonte: <https://www.ident.com.br/patrickbaltieri/caso-clinico/5184-fratura-radicular-dente-46>

Para o dente ser removido do alvéolo ósseo, normalmente, é necessário expandir as paredes do alvéolo ósseo para permitir um caminho livre para a raiz do

dente; além disso, é necessário romper as fibras do ligamento periodontal que prende o dente no alvéolo ósseo. O uso das alavancas e fórceps com força aumentada constantemente pode alcançar os objetivos supracitados. Para dentes que estão mal posicionados no processo alveolar, luxação com fórceps e exérese podem ser em direções pouco comuns.¹⁵

Os fórceps podem aplicar cinco grandes movimentos para luxar dentes e expandir o alvéolo dental: pressão apical, força vestibular, pressão lingual ou palatina, pressão rotacional e por último, forças tracionais. Cada movimento pode causar algum acidente no transoperatório se não for realizado corretamente.¹⁵

Pode ocorrer fratura do terço apical da raiz quando uma quantidade maior de força é colocada na região do ápice do elemento dentário, fraturas do osso vestibular ou da porção apical da raiz também podem acontecer quando é empregada força vestibular excessiva. A pressão lingual ou palatina similar ao conceito da pressão vestibular, tem como objetivo expandir o osso da crista lingual e, ao mesmo tempo, evitar pressão excessiva no osso apical vestibular.¹⁵

Molares mandibulares têm osso vestibular mais espesso e geralmente precisam de maior pressão lingual em comparação aos outros dentes na cavidade bucal. O quarto movimento é a pressão rotacional, como o nome indica, roda o elemento dentário, o que causa alguma expansão interna do alvéolo dental e rompimento dos ligamentos periodontais.¹⁵

Dentes que têm outras raízes que não sejam cônicas ou têm múltiplas raízes, especialmente se as raízes forem curvas são mais passíveis de fratura sob este tipo de pressão, por exemplo, terceiros molares. Finalmente, forças tradicionais são úteis para tirar o dente do alvéolo, uma vez que expansão óssea adequada é atingida. Forças de tração devem ser limitadas à porção final do processo de extração e devem ser gentis. Se houver a necessidade de força excessiva, outras manobras devem ser executadas para melhorar a luxação radicular.¹⁵

Tendo como base uma pesquisa em um serviço de referência do sertão paraibano, fez-se uma tomada de dados das complicações mais encontradas nos

pacientes que realizaram exodontia de terceiros molares. Os pacientes na faixa etária de 16 a 25 anos, do gênero feminino foram os mais acometidos e a fratura radicular apresentou-se mais prevalente. ¹⁶

2.6 LACERAÇÃO DE TECIDO

A laceração de tecido ocorre em cirurgia durante a manipulação de tecidos. É caracterizada por lesões que ocorrem não planejadas, podendo dificultar a visão do campo cirúrgico e um pós-operatório mais dolorido. ¹⁷

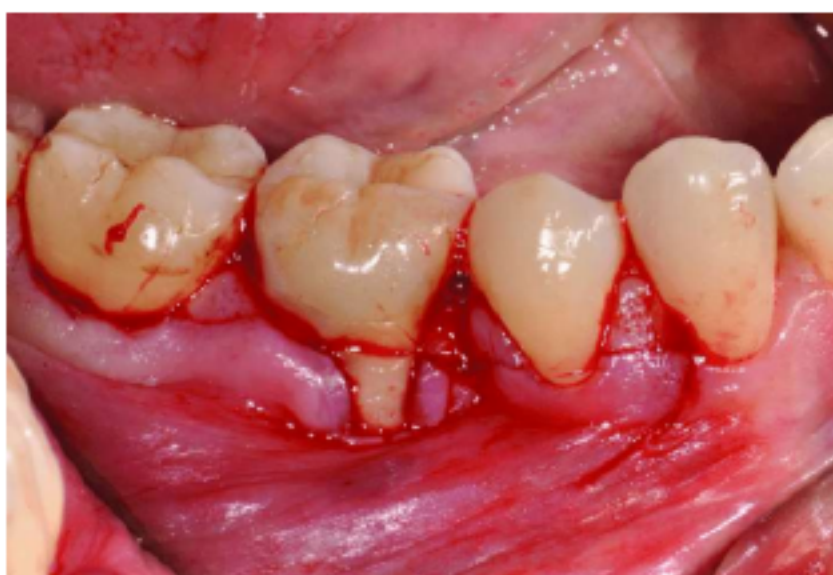


Figura 6: laceração de tecido

Fonte: [https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey-](https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey-Ganeles/publication/269606240/figure/download/fig3/AS:669280806916099@1536580387141/nital-full-thickness-incisions-on-the-direct-facial-aspect-of-the-teeth-crossing-the.png)

[Ganeles/publication/269606240/figure/download/fig3/AS:669280806916099@1536580387141/nital-full-thickness-incisions-on-the-direct-facial-aspect-of-the-teeth-crossing-the.png](https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey-Ganeles/publication/269606240/figure/download/fig3/AS:669280806916099@1536580387141/nital-full-thickness-incisions-on-the-direct-facial-aspect-of-the-teeth-crossing-the.png)

É uma intercorrência que afeta muito os cirurgiões-dentistas, principalmente os que acabaram de concluir a graduação. Por serem inexperientes, a chance de ocorrer algum tipo de dano ao tecido no momento de realizar uma exodontia, por exemplo, é altíssima. ¹⁷

A falta de manejo, junto ao uso incorreto de instrumentais, como as brocas e lâminas de bisturi, acarretam a laceração do tecido, dificultando o paciente a ter um pós-operatório satisfatório. A área de cirurgia oral menor está sujeita a essa intercorrência. ¹⁷

Considerou-se como laceração do tecido gengival qualquer injúria aos tecidos moles que estavam relacionados ao uso incorreto de instrumentos como brocas, elevadores e lâmina de bisturi, ou causadas pela manipulação inadequada do retalho

cirúrgico ou durante a sutura do alvéolo ou incisões relaxantes. Escoriações foram consideradas quando ocorreram na comissura labial, durante uso de elevadores e/ou afastadores. Qualquer fragmento coronário durante a luxação do elemento foi considerado como fratura de coroa.¹⁷

Um método de tratamento tem sido o uso da fotobiomodulação, a fotobiomodulação se caracteriza por ser uma terapia que utiliza o laser de baixa potência, diodos emissores de luz (LEDs) e outros aparelhos que emitam luz em um comprimento de onda que varie do vermelho ao infravermelho (para estimular o reparo, aliviar a dor e reduzir a inflamação).¹⁸

3. DISCUSSÃO

Essa revisão tem como objetivo e estudo, evidenciar as intercorrências mais comuns dentro do campo odontológico, especificamente em cirurgia oral menor, buscando saber como proceder durante o trans-operatório. Dentro do campo odontológico são diversos os fatores que favorecem os incidentes em cirurgia oral menor, são eles: falta de exames de imagens, falta de planejamento, não saber usar os instrumentais e indicações.¹²

As pesquisas apontam: hemorragia, parestesia, fratura radicular, fratura mandibular, comunicação buco-sinusal, laceração de tecido como maiores índices de ocorrências durante o procedimento de cirurgia odontológica. Quando planejada, qualquer que sejam as intercorrências apontadas, esses incidentes tendem a um menos complexo pós-operatório, já que o mesmo se encontrará dentro do plano cirúrgico.¹¹

Guimarães Larissa et al.,(2023) relatou que o cirurgião-dentista deve ter um amplo conhecimento de toda a anatomia facial, pois esta área apresenta muitas minúcias, portanto se faz necessário a educação continuada em todas as áreas de saúde e o constante tratamento para que se possa evitar acidentes e complicações em cirurgia oral menor. Com isto, nessa revisão de literatura, parte-se do princípio que um bom planejamento cirúrgico para evitar ou amenizar essas intercorrências nas cirurgias orais menores, é imprescindível, visando sempre um melhor ambiente operatório para o cirurgião dentista, como também para o conforto do pós-operatório do paciente. O cirurgião dentista deve sempre demonstrar ter o controle da situação operatória do paciente, o mesmo se inclui quando estiver diante de uma intercorrência em sua cirurgia. Após solucionar o entrave, o cirurgião-dentista deverá explicar a situação de forma transparente para o paciente e este deverá manter o contato frequente com o seu dentista de como está o andamento de sua saúde oral ou sistêmica, após a intercorrência cirúrgica. Caso haja necessidade, o cirurgião-dentista deverá encaminhar o paciente para outras especialidades, seja ela médica ou da própria odontologia. É importante sempre contar com um atendimento e auxílio interdisciplinar para o paciente, este terá com isso um melhor prognóstico após a intercorrência.¹

4. CONCLUSÃO

Diante dessa revisão, conclui-se que as intercorrências são comuns e têm grande incidência. O planejamento e o conhecimento tornam os incidentes e complicações, procedimentos viáveis de se resolver, já que os mesmos estão dentro do plano de cirurgia. Com isso, os cirurgiões-dentistas devem estar preparados para contornar qualquer que seja a intercorrência, sendo que as medidas de controle à intercorrência, devem ser realizadas de maneira menos invasiva possível, uma vez que a região bucal é uma área sensível e delicada, sendo o principal objetivo do cirurgião-dentista, tornar o tratamento mais tranquilo, para que o paciente não tenha um pós-operatório difícil e doloroso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimarães LA, Santos FS, Guedes ACL, et al. Acidentes e complicações em cirurgia oral menor [trabalho de conclusão de curso]. Bauru: Centro Universitário Sagrado Coração; 2022.
2. Silva EC. Análise comparativa do cirurgião-dentista e do cirurgião bucomaxilofacial frente às complicações em cirurgia oral menor: uma revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Patos (PB): Universidade Federal de Campina Grande Centro de Saúde e Tecnologia Rural; 2016.
3. Hupp James JR, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 6 ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan; 2015.
4. Vitor GP, Leão ACV. Relação da exodontia de terceiros molares e a ocorrência de parestesia do nervo alveolar inferior: uma revisão de literatura. RFO UFP, PASSO FUNDO, v.25, n.2, p. 272-277, 2020.
5. Migiyama LIDC, Souza LQ. Estudo da parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual [trabalho de conclusão de curso]. Taubaté (SP): Universidade de Taubaté; 2019.
6. Lopes GB, Freitas JB. Parestesia do nervo Alveolar Inferior após exodontia de terceiros molares. Arquivo Brasileiro de Odontologia, v.9, n.2, p.35-40, 2013.
7. Aquino TS, Rocha AO, Lima TO, Araujo TMR, Oliveira TMR. Laserterapia de baixa potência no tratamento de parestesia oral - uma revisão sistematizada. REAOdonto, v1, e3753, p.1-7, 2020.
8. Fogaça G de AL. Prevenção dos acidentes e complicações na exodontia: uma revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Taubaté - Sp: UNITAU; 2022.
9. Moura JA de, Moura SMF de, Silva SVC, Vasconcellos CGPP de. Accidents and complications in the removal of impacted teeth: literature review. [trabalho de conclusão de curso]. Aracaju: UNINASSAU; 2022.
10. Barbosa LM, Silva MSA da, Cavalcanti AMF, Nogueira LD de M, Francisco MA, Santos MP de M, Lima CHR de, Negreiros JHCN, Monteiro JLGC, Laureano Filho JR. Protocolo de tratamento cirúrgico em pacientes em uso

- de anticoagulante e antiagregante plaquetário. [trabalho de conclusão de curso].Pernambuco:UFPE; 2020.
- 11.Parise GK, Tassara LFT. tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso] ; 2016.
 - 12.Silveira VM, Netto, BA, Cósso, MG, et al. a utilização da tomografia computadorizada na avaliação da comunicação bucosinusal. Arquivo Brasileiro De Odontologia,; 4(1), 27, 2010.
 - 13.Lima CO, Devito KL, Vasconcelos LRK, Prado M, Campos CN. Sinusite odontogênica: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Odontologia, 74, 1, 40-4, 2017.
 - 14.Bomeisel MS, Ribeiro E, Palazzi AAA, Tognetti VM. Fraturas mandibulares decorrentes da exodontia de terceiros molares inclusivos: revisão de literatura. RECISATEC- Revista científica saúde e tecnologia, v.2, n.12, 2022.
 - 15.Hupp James JR,Ellis E,Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.6 ed.Rio de Janeiro:Gen Guanabara Koogan, 2015.
 - 16.Alves Filho MEA, Barreto JO, Silva-Júnior SE da, Freire JCP, Rocha JF, Dias-Ribeiro E. Estudo retrospectivo das complicações associadas à exodontia de terceiros molares em um serviço de referência no sertão paraibano, Brasil.[trabalho de conclusão de curso]Paraíba:UFCG; 2019.
 17. Moraes RB, Medeiros MB, Henrique TL, Hoffmann JC, Jeremias F. Frequência de acidentes cirúrgicos transoperatórios em exodontias realizadas em um curso de graduação. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.19, n.1, p. 14-21, 2019.
 - 18.Araujo JGL. A fotobiomodulação pode favorecer um melhor reparo de feridas cirúrgicas em mucosa oral?[dissertação de mestrado]. São Paulo: USP, 2021.