



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DANIELE DOS SANTOS DONINI

**ACIDENTES E COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIA DE
TERCEIROS MOLARES:
REVISÃO DE LITERATURA**

Londrina

2012

DANIELE DOS SANTOS DONINI

**ACIDENTES E COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIA DE
TERCEIROS MOLARES:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientador: Prof. Dr. Hedelson Odenir Lecher
Borges.

Londrina
2012

DANIELE DOS SANTOS DONINI

**ACIDENTES E COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIA DE
TERCEIROS MOLARES:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Componente da Banca
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de ____ de ____.

AGRADECIMENTOS

Nada em minha vida seria possível se Deus não estivesse sempre ao meu lado. Sou extremamente grata a Ele por me proporcionar momentos e realizações tão grandes durante esses 5 anos.

Agradeço meus pais, **Enio e Conceição**, por me apoiarem sempre que precisei, por toda dedicação e apoio que depositaram em mim sempre. Não tenho palavras para descrever o quanto os amo e preciso de vocês, sempre. Tudo que sempre fizeram por mim foi compensado pelo tanto que os admiro. Obrigada por existirem!

Meu irmão, **Fabrcio**, que sempre me apoiou e cuidou de mim quando eu precisei. Meu parceiro, meu orgulho, muito obrigada!

Agradeço ao meu orientador, **Professor Dr. Hedelson Odenir lecher Borges**, pela imensa atenção para comigo, pelo exemplo de honestidade, de ética, de amizade, de comprometimento, de responsabilidade e por acreditar no meu trabalho. Sinto-me muito orgulhosa de ter sido sua orientada. Obrigada por todos os momentos de conversas, de conselhos, de ensinamentos, de apoio, e principalmente por ter me acolhido com tanto carinho. Muito obrigada.

Ao meu namorado, **Gustavo** pela paciência a todo momento, e compreensão por minha ausência durante o período que me dedicava ao TCC.

Agradeço as minhas amigas **Dayla, Fernanda, Grazi e Jaqueline**, que foram as melhores durante esses cinco anos longe da minha família e amigos, e se tornaram inesquecíveis na minha vida.

A todos os meus amigos sem excessão, e meus colegas da turma 67, para sempre ficarão em meu coração.

A todos os professores e funcionários da COU, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação com nossa Universidade.

DONINI, Daniele dos Santos. **ACIDENTES E COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES: REVISÃO DE LITERATURA**. 2012. P.29. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

A exodontia dos terceiros molares é um dos procedimentos mais realizados na especialidade da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Acidentes e complicações podem ocorrer durante e após as extrações, sendo os mais comumente encontrados as alveolites, dor, infecções, edema, trismo, injúrias em dentes adjacentes, fraturas ósseas e introdução acidental do dente para o interior do seio maxilar. É de suma importância que o cirurgião-dentista atue na prevenção destes casos, cuidando com as desinfecções e esterilizações necessárias, além de cuidados pré, trans e pós-operatórios adequados. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura a respeito de acidentes e complicações em exodontias de terceiros molares, enfatizando o papel do cirurgião-dentista na prevenção e resolução destes quadros.

Palavras chave: Acidentes. Dente serotino. Complicações Intra-Operatórias.

DONINI, Daniele dos Santos. **ACCIDENTS AND COMPLICATIONS AFTER EXTRACTION OF THIRD MOLARS: LITERATURE REVIEW**. 2012. P.29. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

The extraction of third molars is one of the most common procedures in the specialty of Surgery and Traumatology Maxillo-Facial. Accidents and complications can occur during and after the extractions, the most commonly found the alveolitis, pain, infection, swelling, trismus, injuries to adjacent teeth, bone fractures and accidental introduction of the tooth into the maxillary sinus. It is extremely important that the dentist act in preventing these cases, careful with the necessary disinfection and sterilization, as well as pre, intra and postoperative appropriate. The objective of this study was to review the literature on accidents and complications in third molar extractions, emphasizing the role of the dentist in the prevention and resolution of these frames.

Key- words: Accidents. Surgery, oral. Intra-operative complications.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. REVISÃO DE LITERATURA	9
1.1 INTRODUÇÃO ACIDENTAL DO DENTE PARA O INTERIOR DO SEIO MAXILAR	9
1.2 FRATURA DE AGULHA	10
1.3 FRATURA DA TUBEROSIDADE MAXILAR.....	11
1.4 FRATURA MANDIBULAR.....	12
1.5 ALVEOLITE	13
1.6 INFECÇÃO	15
1.7 DOR.....	17
1.8 EDEMA E TRISMO	18
1.9 PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR E NERVO LINGUAL	19
1.10 HEMORRAGIAS	20
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

ACIDENTES E COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES – REVISÃO DE LITERATURA.

ACCIDENTS AND COMPLICATIONS AFTER EXTRACTION OF THIRD MOLARS: LITERATURE REVIEW

Daniele dos Santos Donini

INTRODUÇÃO

A exodontia dos terceiros molares é um dos procedimentos mais realizados na especialidade da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Acidentes e complicações podem ocorrer durante e após as extrações, sendo os mais comumente encontrados as alveolites, dor, infecções, edema, trismo, injúrias em dentes adjacentes, fraturas ósseas, fraturas de agulha, hemorragias e introdução acidental do dente para o interior do seio maxilar.

Uma vez indicada a extração de terceiro molar, é fundamental a realização de um planejamento cirúrgico minucioso baseado nos exames clínico, físico e radiográfico. Com o exame clínico podemos obter os dados específicos da saúde geral do paciente, assim como a história médica e odontológica pregressa e atual; o nível de complexidade e dificuldade operatória é analisado no exame radiográfico (ANDRADE et al., 2012).

Os acidentes podem ocorrer do começo ao fim das cirurgias, como as fraturas mandibulares, fraturas da tuberosidade e fraturas de agulha; e as complicações podem advir desses acidentes, como alveolite, infecção, dor, edema e trismo e hemorragias. Deve-se levar em consideração também a precariedade nos cuidados pós-operatórios e da resposta sistêmica do paciente.

Dessa forma, realiza-se o cuidadoso planejamento do ato cirúrgico, prevenindo acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura abordando os principais acidentes e complicações relacionados com exodontia de terceiros molares, assim como os cuidados a serem tomados diante esses acontecimentos.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 INTRODUÇÃO ACIDENTAL DO DENTE PARA O INTERIOR DO SEIO MAXILAR

O seio maxilar é a cavidade paranasal mais ampla, ocupando todo o corpo maxilar e possui particularidades anatômicas, sobretudo por sua íntima relação com as raízes dos pré-molares e molares superiores, podendo frequentemente ocasionar uma série de problemas cirúrgicos como a penetração de corpos estranhos para o seu interior. A cirurgia para remoção de terceiros molares maxilares impactados é um procedimento cirúrgico comum na rotina do cirurgião-dentista, e como em toda e qualquer intervenção cirúrgica, complicações e acidentes transoperatórios podem ocorrer, como a abertura accidental do seio maxilar com deslocamento ou não do dente para seu interior (BELLOTTI, 2008). Embora este tipo de acidente tenha sido muitas vezes mencionado nos livros de cirurgia oral, poucos casos têm sido relatados na literatura. A presença de um dente dentro do seio pode levar a complicações tais como infecção e, assim, a sua remoção cirúrgica é altamente recomendada (SVERZUT et al., 2005).

Peterson et al. (2000) relata que a densidade óssea é um fator importante que pode favorecer o deslocamento do terceiro molar superior para o interior do seio maxilar, e está estritamente relacionada com a idade do paciente. Quanto mais novo é o paciente, menos denso e mais elástico é o osso, facilitando então, o deslocamento accidental do dente para o interior do seio maxilar. Ainda segundo o autor, o dente deslocado para o seio maxilar deve ser removido de 4 a 6 semanas depois, pois, durante o período inicial de cicatrização, ocorrem fibrose e estabilização do dente em uma posição mais firme.

O diagnóstico geralmente é imediato, pois durante o ato operatório, verifica-se o “desaparecimento” do dente. No entanto, os exames complementares (radiografia panorâmica, Waters, oclusal e lateral de crânio) são importantes para confirmar o diagnóstico e avaliar a localização do dente (BELLOTTI, 2008).

O deslocamento accidental de fragmentos ou dentes infectados para o seio maxilar pode predispor ao paciente o surgimento de sinusite maxilar aguda, que se caracteriza por dor forte, constante e localizada, sensibilidade dolorosa nos dentes junto ao seio infectado, existência de secreção nasal que pode ser muco purulento, além de provocar dificuldades na respiração (MARIANO, 2006).

No caso de o profissional não ser qualificado o suficiente para realizar a cirurgia de recuperação ou o paciente não estar em condições física ou psicológica para tal intervenção, o paciente deve ser encaminhado para um cirurgião buco-maxilo-facial. É de fundamental importância manter todos os registros de casos, incluindo assinatura com o consentimento do paciente, radiografias entre outros itens, além de informar o paciente imediatamente sobre qualquer acidente durante a exodontia e discutir qual conduta será seguida para resolver uma situação inesperada (SVERZUT, 2005).

1.2 FRATURA DE AGULHA

É sabido que a causa dos acidentes e complicações durante as exodontias pode estar relacionadas com fatores extrínsecos como anamnese incompleta, exame físico mal realizado, pré-operatório inadequado e falta de biossegurança; e também com fatores intrínsecos como: técnica cirúrgica inadequada, pressão desnecessária, falta de cuidados com possível hemorragia e falta de cuidados pós-operatórios (SALGUEIRO, 2011). A fratura de agulha, quando ocorre se encontra entre os acidentes de fator intrínseco.

As agulhas anestésicas são responsáveis por levarem a solução anestésica do tubete aos tecidos bucais permitindo assim, que o sal anestésico seja depositado na proximidade da fibra nervosa e, então, ocorra a interrupção temporária na condução dos impulsos (AMARANTE et al., 2008).

A quebra e consequente perda da agulha nos tecidos é um acidente que pode ocorrer durante anestesia. Amarante et al. (2008) cita em seu trabalho que as razões para esse acidente podem estar associadas a falhas na fabricação das agulhas, movimentação brusca do paciente durante a punção ou erro na técnica anestésica do profissional, como inserção de toda haste da agulha no tecido, dobra desta haste ou sua reutilização provocando fadiga do metal. Ainda segundo o autor, a região mais comumente relacionada à fratura de agulha é o espaço pterigomandibular, para bloqueio do nervo alveolar inferior.

Caso ocorra a quebra da agulha anestésica, se esta estiver visível, com o auxílio de uma pinça hemostática, deve-se remover o fragmento dos tecidos moles, sendo fundamental manter a calma. Se o fragmento da agulha não estiver visível, a sua remoção imediata não deve ser tentada já que o risco de lesões a estruturas nobres é elevado (AMARANTE et al., 2008).

O paciente deve ser informado em caso de acidente no trans operatório, com quebra da agulha no caso, e conduzido a um serviço especializado para realizar a remoção

cirúrgica do fragmento de agulha, sendo necessário, portanto, exames complementares a fim de localizar esta agulha (CRUVINEL, 2004).

Para o autor, diante um acontecimento como o citado, a prevenção ainda é a melhor atitude a ser tomada. Devem-se utilizar agulhas de tamanho adequado, no geral longas, para injeções que exijam penetração significativa, como nos casos de bloqueio do nervo alveolar superior, posterior e inferior, evitar inserir toda haste da agulha nos tecidos, pois a região de união entre a haste e o canhão é o local com maior frequência de fratura, por ser frágil.

1.3 FRATURA DA TUBEROSIDADE MAXILAR

A grande maioria das cirurgias dos terceiros molares é realizada sem intercorrências, mesmo sendo um dos procedimentos mais realizados na clínica cirúrgica odontológica. Porém, pode acarretar complicações ao paciente (ANDRADE et al., 2012).

Para Rolim (2010), dentre os acidentes e complicações associadas à extração de terceiros molares superiores, as mais comumente relatadas são fratura da tuberosidade e deslocamento acidental do dente no interior do seio maxilar ou da fossa infratemporal.

A prevenção das complicações cirúrgicas odontológicas na maxila depende de fatores que envolvem a habilidade do cirurgião e o conhecimento da anatomia, sendo este de fundamental importância para impedir a ocorrência de fraturas ósseas. Cirurgias bem planejadas podem evitar ou minimizar as complicações cirúrgicas trazendo segurança e conforto no período pós-operatório do paciente (SALGUEIRO, 2011).

A fratura da tuberosidade maxilar é um acidente que ocorre, em geral, devido ao mau planejamento e às forças excessivas aplicadas ao dente no ato da extração. Pode estar presente em casos de molares superiores retidos na maxila, em que a reabsorção do osso nas regiões vizinhas já ocorreu, ou quando é observado um terceiro molar com raízes divergentes, ou com hiper cementose. Muitas vezes a fratura ocorre inesperadamente pelo fato de nessa região o tecido ósseo ser de pouca espessura (ANDRADE et al., 2012).

1.4 FRATURA MANDIBULAR

Fratura do ângulo da mandíbula associado com a remoção do terceiro molar é uma complicação rara (WOLDENBERG , 2007).

Uma fratura ocorre quando a força do osso é superado pelas forças que atuam sobre ele. Fatores que afetam a incidência e a etiologia das fraturas mandibulares incluem o grau de impaction dos dentes, o tipo de angulação, o comprimento das raízes, a idade do paciente, a experiência do cirurgião, a presença de um cisto ou tumor em torno de um terceiro molar impactado, medicamentos que possam prejudicar a força dos ossos, e exame pré-operatório inadequado (CANKAYA et al., 2011).

As fraturas têm uma maior frequência em pacientes de idade mais avançada e é decorrente da diminuição da elasticidade do tecido ósseo, o que dificulta a extração dos terceiros molares, além de enfraquecer a região do ângulo mandibular, podendo ocasionar fraturas trans e pós-operatórias (LIZUKA,1997).

Segundo Woldenberg, (2007) o enfraquecimento da mandíbula como resultado da diminuição da sua elasticidade óssea durante o envelhecimento pode ser a causa da maior incidência de fraturas relatadas entre os pacientes com mais de 40 anos de idade no momento da cirurgia. Além disso, anquilose do dente impactado entre os pacientes mais idosos, pode complicar a remoção do dente e enfraquecer a mandíbula; e optar pela osteotomia pode ser necessário. O grau de impaction do dente também é um fator importante. Dentes totalmente impactados terão maior incidência de fratura mandibular, devido ao maior volume de osso necessário para ser removido durante a cirurgia, e o seccionamento do dente, é altamente recomendado a fim de reduzir a quantidade de remoção óssea.

Segundo Aguirre et al. (2007) as complicações intra-operatórias mais comuns em exodontia de terceiros molares são fratura do dente, sangramento e fratura óssea, que pode estar associado com trauma de força excessiva por parte do operador e experiência do mesmo.

Para Duarte et al. (2011) a fratura mandibular durante o ato operatório pode ocorrer com instrumentação imprópria e transmissão de força descontrolada excessiva ao osso mandibular. É mais provável de ocorrer com jovens profissionais ou menos experientes.

As fraturas no pós-operatório normalmente ocorrem durante a segunda ou terceira semana pós-operatória, e são provavelmente como resultado de elevado nível de força

na mordida durante a mastigação, quando o paciente sente-se melhor. Um ruído de rachar relatada pelo paciente deve alertar para uma possível fratura, mesmo que, inicialmente, a fratura é radiologicamente indetectável (WOLDENBERG, 2007). A primeira semana é considerada um período crítico para a ocorrência de fraturas, sendo importante a manutenção de dieta líquida e pastosa nas primeiras duas semanas (DUARTE et al., 2011).

Previamente ao procedimento, o paciente deve estar ciente dos possíveis riscos, bem como manter dieta leve no período pós-operatório, principalmente nas primeiras quatro semanas (WOLDENBERG, 2007).

1.5 ALVEOLITE

A exodontia dos terceiros molares, apesar de ser uma cirurgia rotineira e, muitas vezes, praticada por cirurgiões-dentistas não especialistas, apresenta suas dificuldades, além das complicações da cirurgia propriamente dita que podem ser vistas no momento da remoção destes dentes. A alveolite encontra-se entre as complicações mais comuns após as cirurgias de terceiros molares (OLIVEIRA et.al., 2006).

Alveolite é uma infecção ou inflamação reversível do alvéolo, sendo este parte dos ossos maxilares onde se aloja o dente; geralmente de início tardio - 2 a 4 dias após a extração (REYES, 2003).

Para Oliveira (2006) as alveolites geralmente manifestam-se entre 48 a 72 horas após a cirurgia, com uma sintomatologia de dor, halitose e periadenite cervical, além de mal-estar geral e febre em alguns pacientes; a mucosa encontra-se edemaciada, hiperêmica e o alvéolo, com tecido ósseo exposto ou mesmo recoberto por um coágulo sanguíneo em fase avançada de desorganização.

Ela pode ser dividida em dois tipos, seca e purulenta (contendo pus). A alveolite seca pode ocorrer devido à ausência de coágulo após uma extração, geralmente de difícil manobra cirúrgica, ou na presença de fratura durante o ato operatório. Já a purulenta quase sempre, acontece após a alveolite seca, devido à infecção do alvéolo, com a produção de secreção purulenta (PEREIRA, 2010).

O paciente ser fumante, ser do sexo feminino, fazer uso de contraceptivos orais, além de pouca experiência do profissional, pouca irrigação durante o ato operatório e curetagem excessiva, podem ser fatores contribuintes para ocorrência de alveolites (RODRIGUES et al., 2010). Para Romero (2011), os fatores de risco são o sexo (o feminino é

o mais afetado), a idade do paciente, e a imunossupressão, além de extrações traumáticas e tabagismo.

A alveolite é considerada uma complicação comum após cirurgias de terceiros molares. É largamente aceito que a causa da alveolite é o desprendimento do coágulo sendo as bactérias orais a prováveis responsáveis (CALVO 2010).

Reyes (2003) relata que embora não haja conhecimento concreto do que é a causa do processo, a alveolite é considerada uma condição multifatorial. Para defini-la, alguns fatores que aumentam a sua frequência podem ser considerados como em extração de dentes com processos periodontais ou periapical agudo, má higiene oral, retenção de corpos estranhos nos alvéolos, restos radiculares, pacientes com osso esclerótico, cistos e granulomas. A isquemia também foi referida como uma das causas de alveolite para o autor.

Segundo Precious e Mercier (1992), as alveolites estão classificadas como complicações transitórias menores, pois para o autor ela esta presente dentre as possíveis complicações que podem ocorrer durante o ato cirúrgico, porém de menor gravidade (OLIVEIRA, 2006).

De acordo com Oliveira et al. (2006), em seu estudo com a literatura revisada, a incidência de alveolites após exodontia de terceiros molares varia de 0,5% (BELINFANTE, 1973) a 68,4% (OSBON, 1973).

Os antibióticos podem ser eficazes na prevenção de alveolite, mas seu custo elevado, a possibilidade de gerar resistência e os possíveis efeitos colaterais que podem causar, levou ao surgimento de uma pesquisa com gel de clorexidina 0,2% que Lagares et al. (2005) cita em seu artigo. O autor avaliou a eficácia desse gel e concluiu que é possível administrá-lo dentro do alvéolo permitindo assim, uma ação mais direta sobre o mesmo e com efeito prolongado em comparação com a clorexidina convencional. Aguirre et al. (2007) relatam que o aparecimento de alveolite após exodontia de terceiros molares, está entre as complicações pós-operatórias comumente descritas na literatura. Em seu estudo, a alveolite foi a complicação mais comum dentre seus casos clínicos relatados.

Como forma de tratamento, na alveolite purulenta é preciso eliminar os efeitos da infecção ingerindo antibióticos especificamente indicados para o caso. Na alveolite seca, a primeira providência do paciente será de usar analgésico, respeitando as características de cada pessoa e suas limitações medicamentosas (PEREIRA, 2010).

1.6 INFECÇÃO

Das complicações mais comuns segundo Centenero (2009), a infecção é a que pode ser potencialmente grave se o material purulento da infecção progredir para o mediastino.

A incidência de infecções após exodontia de terceiros molares, para Calvo (2010) é de 1 a 10% dos casos.

A instalação de uma infecção depende principalmente das características dos microorganismos, da suscetibilidade do hospedeiro e dos cuidados a serem tomados pelo cirurgião dentista ao realizar qualquer procedimento (ZAMBRANO et al., 2006).

Para Mendoza et al. (2003) cabe ao CD aplicar seu conhecimento e habilidades sobre os métodos de assepsia, antissepsia e esterilização dos instrumentais assim como biossegurança. Com isso, deve levar em conta todos os cuidados antes, durante e após a extração.

Estudos realizados demonstram que as infecções pós-operatórias estão relacionadas com o tipo de impaction, grau de experiência do cirurgião, presença de infecção pré-operatória, pacientes fumantes e mulheres que fazem uso de contraceptivo oral (CALVO, 2010).

A cavidade bucal é um ambiente naturalmente contaminado, e em certas circunstâncias, se não utilizar meios de controle pré, durante e após os procedimentos, pode desencadear um processo infeccioso local ou sistêmico (MENDOZA et al., 2003).

A administração profilática de antimicrobianos tem constituído uma prática comum em cirurgia, para tentar reduzir a incidência de infecção pós-operatória. Diversas situações clínicas requerem o uso de antimicrobianos sob forma de prevenção e não apenas para o tratamento das infecções, ou seja, esta prática consiste na administração de medicamentos a indivíduos sem evidência de infecção, com objetivo de evitar ou reduzir complicações pós-operatórias (ROMAGNA et al., 2008).

Ainda segundo Romagna et al. (2008), a dose recomendada para a realização de profilaxia antibiótica pré-operatória, quando necessário deve ser sempre superior a duas vezes a dose terapêutica, sendo mais eficiente quando esta dose for de quatro

vezes a dose terapêutica; geralmente é feita 1h antes do início da cirurgia, se via oral, ou 30min antes, se via parenteral.

Os cuidados pré-operatórios, para realizar uma extração dentária consistem na preparação prévia dos materiais assim como os princípios básicos de assepsia e antisepsia, além das técnicas cirúrgicas antes da cirurgia, a fim de evitar qualquer exposição mínima aos patógenos (MENDOZA et al., 2003). O conjunto de medidas e precauções a serem recomendadas pelo cirurgião após a extração, como instruções de higiene oral, dietas e repouso quando necessário, além de administração de medicamentos quando houver necessidade podem acarretar para o sucesso da cirurgia (MENDOZA et al., 2003).

Os fatores mais importantes relacionados com o índice de infecção são assepsia e antisepsia, bem como os cuidados pós-operatórios realizados pelos pacientes (ROMAGNA et al., 2008).

Infecções decorrentes de exodontia de terceiros molares podem desencadear ao aparecimento de uma doença potencialmente grave, de rápida disseminação do assoalho da boca, conhecida como Angina de Ludwig (AL). Para Segundo et al. (2006), a etiologia mais comum dessa doença é a infecção de origem dentária.

Ainda segundo o autor, foi relatado o caso clínico de um paciente do gênero masculino com história de abscesso após 14 dias de exodontia de 2º e 3º molares e baseado nos achados clínicos e laboratoriais, foi levantada a hipótese de se tratar de uma Angina de Ludwig, onde o paciente foi submetido a doses com antibióticos, foi realizado a drenagem do abscesso, orientações de dieta líquida e sob controle clínico periódico por 19 meses, sem maiores complicações. A maioria das infecções da cavidade bucal é de origem mista, causada por organismos aeróbios e anaeróbios gram-positivos e gram-negativos. Técnicas de cultura de amostras indicou que a grande maioria dos microrganismos bucais permanece sensível à penicilina e, portanto, penicilina e os seus derivados são antibióticos de escolha na maioria dos casos.

A antibioticoterapia é bem estabelecida no tratamento de infecções causadas por microorganismos suscetíveis, e como profilaxia na prevenção de endocardite bacteriana após procedimentos intraorais e na prevenção de infecção em pacientes imunodeprimidos (MONACO, 1999).

A desinfecção externa e interna da cavidade oral, a esterilização correta e controlada dos instrumentais, a manutenção de todas diretrizes de biossegurança antes e durante a cirurgia e uma higiene satisfatória do local no período pós-operatório pelos pacientes tendem a diminuir as chances de ocorrer infecções no local da extração dos terceiros molares (CALVO, 2010).

1.7 DOR

Procedimentos cirúrgicos são geralmente seguidos por efeitos secundários como dor, inchaço e trismo.

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma injúria tecidual ou outro tipo de injúria. Ela atua como um sinal de aviso de lesão iminente ou real de algum órgão ou tecido (VASCONCELOS, 2005).

Após extrações de terceiros molares, a dor é o modelo mais representativo de dor aguda pós operatória, e de acordo com a literatura, é mais intensa nas primeiras 12 horas, atingindo o seu máximo de intensidade em 6-8 horas após a cirurgia (CARRICHES, 2005).

A dor aguda, com sua função biológica, alerta para a presença de uma lesão tecidual real ou potencial. A resposta à sensibilidade nociceptiva é um processo multifatorial, com mecanismos centrais e periféricos envolvidos. Diversos neurotransmissores e receptores participam da transmissão e modulação deste processo, sendo difícil o completo controle da dor utilizando-se um único agente farmacológico sem que ocorram significativos efeitos adversos (CECCHETI, 2010).

Os fatores desencadeadores da dor pós-operatória são complexos, mas muitos estão relacionados com o processo inflamatório, que é iniciado pelo trauma cirúrgico devido à destruição tecidual e celular que efetuam a liberação e produção de muitos mediadores bioquímicos, em particular histamina, bradicinina e prostaglandinas (SASKA, 2009).

O tratamento odontológico geralmente é associado à dor, o que pode levar o paciente a postergar a procura por terapia e dificultar o quadro clínico inicial. Neste contexto, a cirurgia odontológica e, em especial, as exodontias de terceiros molares apresentam-se como um dos procedimentos mais predisponentes à ansiedade e dor pós-operatória moderada a severa (CECCHETI, 2010).

1.8 EDEMA E TRISMO

A cirurgia de terceiros molares, envolve incisão, remoção do periósteo, muitas vezes osso e a remoção do dente, e sutura. Dor, edema e trismo são quase universal após este procedimento (JONATHAN, MARK, 1994).

A literatura contém controvérsias no que diz respeito á falta de critérios clínicos para identificar infecções pós operatórias nos pacientes. Dor, trismo e edema são indícios importantes para indicar a presença de infecções após exodontia de terceiros molares (MONACO, 1999).

O trismo é descrito como uma variação de dor muscular devido a um espasmo miofascial que pode resultar de injúrias às fibras musculares, extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios, hematoma e infecções pós-operatórias (OLIVEIRA et al., 2006).

Para mensuração do trismo pós cirúrgico, Calvo (2010), citou em seu trabalho um método que diz ser bem aceito e gerar dados importantes, é a verificação da medida entre as bordas incisais dos incisivos do indivíduo antes da cirurgia, para servir de medida basal, e repetida no 2º e no 7º dias.

No controle pós-operatório, Calvo et al. (2006) menciona a utilização de drogas anti-inflamatórias (AINES), que tem sido amplamente estudada, em especial cita o ibuprofeno, cujo efeito terapêutico se dá por meio da inibição da ciclooxigenase (COX), que determina uma inibição da produção de prostaglandinas. De acordo com a literatura, quanto mais complexa a técnica cirúrgica, em que haja necessidade de ostectomias profundas e /ou odontotomias múltiplas com conseqüente aumento do trauma, maiores as chances de complicações pós operatórias como trismo, alveolite e parestesia (FARDIN et al, 2010).

Espera-se que o máximo de edema aconteça após 48 horas do procedimento cirúrgico de extração de terceiros molares. A modificação do método desenvolvido por Gabka e Matsumara (1971), onde utiliza-se uma fita métrica, ultra-som, tomografia computadorizada e ressonância magnética pode auxiliar para medir o edema facial. Essa modificação consiste em utilizar apenas uma fita métrica, esse método não é tão preciso, porém há de se destacar que existe grande concordância entre os resultados obtidos, além de não ser invasivo, mais rápido e de baixo custo quando comparado com os outros (CALVO, 2010).

1.9 PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR E NERVO LINGUAL

A parestesia é um distúrbio neurosensitivo causado por uma lesão no tecido neural. É caracterizado por sensações desagradáveis, de caráter transitório ou permanente, que frequentemente se associam à dor e sintoma de formigamento. Para Nickel (1990), a parestesia era considerada um achado raro na clínica cirúrgica odontológica, e geralmente por consequência da administração incorreta de anestésicos locais. Atualmente, autores relatam que a frequência de distúrbios sensitivos pós-operatórios variam de 0,1% a 15% dos casos, sendo a parestesia geralmente provisória e com tendência à regressão dentro dos primeiros 6 meses pós-operatórios (FARDIN et al., 2010).

Para Farias (2010), a mais severa complicação após remoção dos terceiros molares mandibulares é a injúria ao nervo alveolar inferior e ao nervo lingual. Tais complicações não são frequentes e em sua maioria é de caráter transitório com resolução espontânea. Porém alguns casos podem persistir por mais de seis meses e evoluir para graus de disfunção sensorial permanente.

São fatores de risco à ocorrência de parestesia do nervo alveolar inferior a mesioangulação do dente, sendo considerada pelo autor a mais comum atingindo 30,26% dos casos, a idade avançada do paciente, a dificuldade operatória do caso e a proximidade entre o terceiro molar inferior e o canal mandibular (ROSA, 2007).

No diagnóstico de lesão neural, os testes neurosensoriais são designados para determinar o grau de injúria ao nervo, também é de grande valia para monitorar a recuperação sensorial após a injúria e auxiliar na indicação ou não de uma intervenção cirúrgica para restabelecimento da função neuronal (FARIAS, 2010). Segundo Flores et al. (2011), os testes são divididos em mecanoceptivos e nociceptivos. O primeiro inclui o leve toque estático, a discriminação de dois pontos e a pincelada direcional, devendo este ser concluído antes dos testes nociceptivos, que incluem os estímulos térmicos e de dor.

O retorno da normalidade depende da regeneração das fibras nervosas lesadas. Em termos de terapêutica, o profissional pode escolher, de acordo com o grau de dano existente entre uma terapêutica não cirúrgica, como as vitaminas do complexo B, pois são famosas pelo caráter anti-nefrágico (ROSA, 2007) e a utilização de laser-terapia que tem se mostrado como uma alternativa promissora na terapia de regeneração nervosa (FARIAS,

2010) ou ainda a terapia cirúrgica com a ressecção ou descompressão do nervo (FARDIN 2010, FLORES et al. 2011, ROSA 2007).

O cirurgião dentista deve ter pleno conhecimento de tudo que está diretamente ligado com as estruturas a intervir e assegurar pleno andamento e finalização do que se propôs a realizar.

1.10 HEMORRAGIAS

Com a evolução da cirurgia odontológica e conhecimentos de técnicas cirúrgicas atuais, o cirurgião dentista está capacitado a intervir com segurança, reduzindo assim, o número de acidentes e complicações. Porém, apesar desse conhecimento, qualquer descuido ou inobservância de técnica poderá causar acidentes com consequências potencialmente graves para o paciente, bem como as resultantes complicações.

Para Andrade et al., (2012), as hemorragias estão entre os acidentes e complicações mais comuns. O extravasamento sanguíneo natural que se segue em qualquer intervenção não é uma hemorragia. Ela é definida como um extravasamento abundante e anormal de sangue, que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica, o qual não se coagula e a hemostasia natural não ocorre.

Toda cirurgia provoca lesões em tecidos e vasos. Por conseqüente, ocorre o sangramento e a primeira condição a ser satisfeita é que ocorra uma hemostasia eficiente do ponto de vista biológico, evitando assim que ocorra uma hemorragia (BATISTA, 2010). Ainda segundo o autor, frente às opções de agentes promotores de hemostasia local após a exodontia, em seu trabalho foi citada a utilização do ácido tranexâmico, esponja de colágeno, compressão local e cola de fibrina.

Um sangramento não controlado causa diminuição na visibilidade do campo operatório, e formação de hematomas, sendo que estes pressionam as feridas diminuindo a vascularização e aumentando a tensão nas bordas da ferida além de atuar como um meio de cultura e potencializar o desenvolvimento de uma infecção (PETERSON et al., 2004).

A quantidade de sangue durante a exodontia pode ser diminuída pela ação de anestésico local com vaso constritor em pacientes normais. No tratamento das hemorragias, antes de qualquer procedimento, é necessário limpar a ferida cirúrgica, para que seja necessário enxergar de onde ela provém (ANDRADE et al., 2012).

DISCUSSÃO

A incidência de ocorrência de alveolites após exodontia de terceiros molares varia de 20 a 30% (REYES, 2003), (LAGARES et al., 2005). Para Oliveira et al., (2006) a incidência pode variar de 0,5 a 68,4% das extrações. Já Rodrigues (2010) relata que essa incidência pode ser de 3 a 4% após extrações gerais e de 1 a 45% após exodontia de terceiros molares.

Para os pacientes que se submetem a intervenções cirúrgicas na cavidade oral o edema, a dor e as limitações de abertura de boca associadas a uma resposta inflamatória – também conhecido como trismo são consequências indesejáveis quando ocorrem (CALVO et al., 2006). Jonathan e Mark (1994) relatam que edema, trismo e dor são consequências quase que universais após os procedimentos cirúrgicos.

Para Calvo (2010) edema, trismo e dor são as complicações mais comuns após a remoção cirúrgica de terceiros molares impactados. Monaco (1999) diz que essas complicações são indícios importantes para indicar a presença de inflamações após as exodontias. Oliveira et al., (2006) diz que o trismo é uma complicação que está diretamente relacionada ao tempo cirúrgico.

Como cuidados pré-operatórios, Mendoza et al., (2003) afirma que para realizar uma extração dentária livre de contaminação, devem-se alertar para os princípios básicos de assepsia e antissepsia a fim de evitar qualquer exposição mínima aos patógenos. Para Romagna et al., (2008), assepsia e antissepsia são os fatores mais importantes relacionados com o índice de infecção. Calvo (2010) corrobora que os cuidados como a desinfecção externa e interna da cavidade oral, esterilização dos materiais e biossegurança antes e durante as extrações além de higiene satisfatória realizada pelos pacientes tendem a diminuir as chances de ocorrer infecções.

Bellotti (2008) destaca que na remoção cirúrgica de terceiros molares podem ocorrer acidentes e complicações, dentre eles a abertura acidental do seio maxilar com deslocamento ou não do dente para seu interior. Sverzut et al., (2005) relata que a presença de um dente dentro do seio maxilar pode levar a complicações, como infecção, logo sua remoção cirúrgica é recomendada. Para Mariano (2006) um fator importante que pode favorecer o deslocamento do dente para o interior do seio maxilar é a densidade óssea, sendo estritamente relacionada com a idade do paciente – quanto mais novo é o paciente, menos denso é o osso.

No pós-operatório das fraturas mandibulares associadas à remoção de terceiros molares, Woldenberg (2007) relata que normalmente elas ocorrem durante a segunda ou terceira semana após a exodontia. Duarte et al., (2011) considera a primeira semana o período mais crítico para ocorrência de fraturas. Cankaya et al., (2011) relata que pacientes com dentições completas tendem a obter uma força cortante elevada, o que aumenta o risco de fraturas pós-operatórias.

Para Amarante et al., (2008), a região mais comumente relacionada à fratura de agulha é o espaço pterigomandibular, para bloqueio do nervo alveolar inferior. Já Salgueiro (2011) relata em seu estudo que a região do osso esfenóide é a que mais acomete fraturas de agulha, sendo possível identificá-la através de radiografias panorâmica e telerradiografia em norma lateral.

A fratura da tuberosidade maxilar é considerada incomum e, até mesmo, rara na maioria das cirurgias realizadas na clínica odontológica (ANDRADE et al., 2012). Em contrapartida, para Rolim (2010) dentre os acidentes e complicações associados à extração de terceiros molares superiores, as mais comumente relatadas são fratura da tuberosidade e deslocamento acidental do dente no interior do seio maxilar ou da fossa infratemporal.

A mesioangulação do terceiro molar inferior é considerada fator de risco à ocorrência de parestesia do nervo alveolar inferior, sendo esta, a mais comum e com maior incidência das lesões nervosas (ROSA, 2007), (ANDRADE et al., 2012). Para Farias (2010), as injúrias ao nervo alveolar inferior e ao nervo lingual estão entre as complicações mais severas após a remoção dos terceiros molares mandibulares. Fardin (2010) relata que é comum encontrar casos de acidentes e complicações, como traumas ao nervo e parestesias, devido ao aumento significativo no número de exodontias. Flores (2011), corrobora em seu estudo, onde diz que a parestesia do nervo alveolar inferior e nervo lingual são complicações pós-operatórias que podem ocorrer após as exodontias de terceiros molares inferiores. Os autores presentes nesta revisão de literatura tiveram opiniões semelhantes a respeito desta complicação em questão.

Batista (2010), frente às opções de agentes promotores de hemostasia local após a exodontia, em seu trabalho foi citado a utilização do ácido tranexâmico, esponja de colágeno, compressão local e cola de fibrina. Andrade et al., (2012) relatam outros agentes promotores de hemostasia, como suturas, ligaduras e medicação hemostática geral, sendo esta constituída por medicamentos que atuam na coagulação, ativando ou corrigindo fatores que a promovem.

CONCLUSÃO

Após a revisão de literatura, pode-se concluir que:

- Os cuidados pré, trans e pós-operatórios são indispensáveis para evitar a ocorrência de acidentes e complicações que podem ocorrer durante e após as exodontias;
- A prevenção deve ser o principal objetivo dos cirurgiões dentistas sendo que um detalhado planejamento associado ao conhecimento do profissional são fatores fundamentais.
- É de suma importância que o cirurgião dentista seja qualificado e esteja apto o suficiente para realizar a cirurgia amenizando assim possíveis acidentes e complicações que podem ocorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, G.C.R. et al. **CARACTERIZACIÓN DE TERCEROS MOLARES SOMETIDOS A EXODONCIA QUIRÚRGICA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA ENTRE 1991 Y 2001.** Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. 18 N.º2, 2007.
- AMARANTE, A. et al. **Fratura de agulha:** relato de caso. Rev. Ci. méd. biol., Salvador, v.7, n.3, p. 305-309, set./dez. 2008.
- ANDRADE, V.C. et al. **COMPLICAÇÕES E ACIDENTES EM CIRURGIAS DE TERCEIROS MOLARES: REVISÃO DE LITERATURA.** Saber Científico Odontológico, Porto Velho, 2 (1): 27 - 44, jan/jun., 2012.
- ARAÚJO, O.C, et al. **Incidência dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares.** Rev Odontol UNESP, Araraquara. v.40, n.6, p. 290-295 nov./dez., 2011.
- BATISTA, Saulo. **AVALIAÇÃO DO EMPREGO DE DIFERENTES MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS NO CONTROLE DO SANGRAMENTO PÓS-EXODONTIA DE PACIENTES SOB TERAPIA ANTICOAGULANTE.** 2010. (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- BELLOTTI, Alexandre; COSTA, Fábio; CAMARINI, Edevaldo. **Deslocamento de terceiro molar superior para o seio Maxilar:** relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.8, n.4, p. 35 - 40, out./dez. 2008.
- CALVO, Adriana Maria. et al. **Comparação da eficácia de etoricoxib e ibuprofeno no controle da dor e do trismo após exodontia de terceiros molares inferiores.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo v.18, n.1, p.29-36, jan-abr; 2006.
- CALVO, Adriana Maria. **A experiência do cirurgião-dentista tem efeito sobre a ocorrência de infecções após exodontia de terceiros molares inferiores inclusos e/ ou impactados?** 2010. (Tese de Doutorado – Biologia Oral). Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru.
- CANKAYA, Abdulkadir. et al. **Iatrogenic Mandibular Fracture Associated with Third Molar Removal.** Int. J. Med. Sci. v.8, n.7, p.547-553, ago./set. 2011.
- CARRICHES, C.L; GONZÁLEZ, J.M.M; RODRÍGUEZ, M.D. **Eficacia analgésica de diclofenaco versus metilprednivosolona en el control del dolor postoperatorio tras la cirugía del tercer molar inferior.** Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal, v.10, p.432-439, fev./jun. 2005.
- CECCHETI, Marcelo. **Eficácia analgésica pós-operatória e ação anestésica adjuvante do cloridrato de tramadol utilizado localmente após exodontias de terceiros molares inferiores impactados.** 2010. (Tese de Doutorado – Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CENTENERO, S.A; GIL, R.S; DIÉGUEZ, A.M. **Una rara complicación en la extracción del tercer molar inferior incluído:** Caso clínico. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. V.31, n.5, p.333-336 , set./out. 2009.

CRUVINEL, M.G.C; ANDRADE, A.V.C. **Fratura de Agulha durante Punção Subaracnóidea:** Relato de Caso. Revista Brasileira de Anestesiologia, vol.54, n.6, Nov./dez. 2004.

DUARTE, B.G, et al. **Alterações patológicas e fraturas do ângulo mandibular justificam a extração profilática de terceiros molares inferiores?** Rev Odontol UNESP, Araraquara, v.40, n.2, p. 96-102, mar./abr., 2011.

FARDIN, A.C, et al. **Parestesia do nervo lingual após extração de terceiros molares:** revisão de literatura e relato de caso. Revista UNINGÁ, Maringá – PR, n.23, p. 143-151, jan./mar. 2010.

FARIAS, Breno. **PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR APÓS CIRURGIA DOS TERCEIROS MOLARES MANDIBULARES.** 2010. (Monografia de Odontologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FLORES, J.A. et al. **Parestesia do nervo alveolar inferior após a exodontia de terceiros molares inferiores inclusos.** Int. J. Dent, Recife, v.10, n.4, p.268-273, out/dez. 2011.

JONATHAN, S.P; MARK, B. **Surgical removal of third molars.** BMJ, v.309, set 1994.

KATO, R.B. et al. **Acidentes e Complicações Associadas à Cirurgia dos Terceiros Molares Realizada por Alunos de Odontologia.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.10, n.4, p. 45-54, out./dez.. 2010.

LAGARES, D.T. et al. **Intra-alveolar Chlorhexidine gel for the prevention of dry socket in mandibular third molar surgery. A pilot study.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. V.11, p. 79-84, Sevilla, 2006.

LIZUKA, T.; TANNER, S.; BERTHOLD, H. **Mandibular fractures following third molar extraction:** A retrospective clinical and radiological study. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. V.26, p.338-343, 1997.

MARIANO, R.C; MELO, W.N; MARIANO, L.C.F. **INTRODUÇÃO ACIDENTAL DE TERCEIRO MOLAR SUPERIOR EM SEIO MAXILAR.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v.18, n.2, p.149-153, mai./ago.2006.

MENDOZA, O.G. et al. **Cuidados pre, trans y posoperatorios em um procedimento de exodoncia simple.** Revista de la Asociación Dental Mexicana. V.60, n.2, mar./abr. 2003.

MONACO, G.; STAFFOLANI, C.; GATTO, M.R. **Antibiotic therapy in impacted third molar surgery.** Eur. J. Oral Sci., v.107, p. 437-441, 1999.

NICKEL, A. A. **A retrospective study of paresthesia of the dental alveolar nerves.** Anesth Prog. Califórnia, v.37, p.37-42. Abr. 1990.

OLIVEIRA, L.B. et al. **AVALIAÇÃO DOS ACIDENTES E COMPLICAÇÕES ASSOCIADOS À EXODONTIA DOS 3OS MOLARES.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.6, n.2, p. 51 - 56, abril/junho 2006.

PEREIRA, Andreia Raquel Henriques. **Complicações infecciosas pós-extração dentária.** 2010. (Monografia de Mestrado – Dissertação de Investigação). Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto.

PETERSON, L. et al. Cirurgia oral e maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

REYES, O.M; ALVAREZ, L.M; IZQUIERDO, M.M.Z. **ALVEOLITIS. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ACTUALIZACIÓN.** Archivo Médico de Camagüey, V.7, N.2, 2003.

ROSA, F.M; ESCOBAR, C.A.B; BRUSCO, L.C. **Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares.** RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 291-295, jul./set. 2007.

RODRIGUES, M.T.V. et al. **Experimental alveolitis in rats: microbiological,acute phase response and histometric characterization of delayed alveolar healing.** J Appl Oral Sci. v.19, n.3, p.:260-280. 2011.

ROLIM, Igo. **ACIDENTES E COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO SEIO MAXILAR NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA.** 2010. (Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Odontologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ROMAGNA, R. et al. **Profilaxia antibiótica de infecção pós-operatória nos períodos pré e pós-operatórios em cirurgia de terceiros molares.** RFO, v.13, n.3, p.19-25, set./dez. 2008.

ROMERO, M.J.B. et al. **Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario “Josué País García”.** MEDISAN 2011; v.15, n.6,p.808-8012, abr. 2011.

SALGUEIRO, D.G; JÚNIOR, O.F; CAPELOZZA, AL.A.**Importância do reconhecimento da anatomia radiográfica dentomaxilar na prevenção de complicações cirúrgicas.** Innov Implant J, Biomater Esthet, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 30-35, mai./ago.2011.

SASKA, S. et al. **Cloridrato de tramadol/paracetamol no controle da dor pós-operatória em cirurgias de terceiros molares inclusos.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, v.9, n.4, p. 99 -106, out./dez. 2009.

SEGUNDO, A.V.L. et al. **ANGINA DE LUDWIG DECORRENTE DE EXODONTIAS DE MOLARES INFERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v.6, n.4, p. 23 - 28, out./dez. 2006.

STOLZ, A.S.B. et al. **Sentimentos, Percepções e Manifestações de Pacientes e Profissionais Sobre a Cirurgia Ambulatorial de Terceiros Molares.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.8, n.2, p.229-232, mai./ago. 2008.

SVERZUT, C.E. et al. **Accidental Displacement of Impacted Maxillary Third Molar: A Case Report.** Braz Dent J (2005)v. 1, n.2, p. 167-170, nov.2003.

VASCONCELOS, B.C.E; PORTO, G.G; NOGUEIRA, R.V.B. **Controle da dor após exodontias com a utilização de bupivacaína ou lidocaína:** estudo piloto. Cienc Odontol Bras.; v.8, n.1, p. 28-38. jan./mar. 2005.

WOLDENBERG, Y; GATOT, I; BODNER, L. **Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. Can it be prevented?** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. N.12, V.70, ABR./JUL. 2007.

ZAMBRANO, N. et al. **MONITOREO BACTERIOLÓGICO DE ÁREAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: ESTUDIO PRELIMINAR DE UN QUIRÓFANO.** Acta Odontológica Venezolana. v.45, n.2, p.1-7, jun./jul. 2006.