



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANGÉLICA APARECIDA MATOS

**LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL APÓS EXODONTIAS:
REVISÃO DE LITERATURA**

LONDRINA

2015

ANGÉLICA APARECIDA MATOS

**LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL APÓS EXODONTIAS:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Medicina
Oral e Odontologia Infantil da Universidade
Estadual de Londrina.

Orientadora: Profa. Ms. Ligia Pozzobon
Martins

Londrina
2015

ANGÉLICA APARECIDA MATOS

**LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL APÓS EXODONTIAS:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Medicina
Oral e Odontologia Infantil da Universidade
Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Ligia Pozzobon Martins
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Hedelson Odenir lecher Borges
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 26 de Novembro de 2015.

Dedico este trabalho aos meus pais José e Cecília, meus maiores incentivadores e razão dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a oportunidade da realização daquele que era o meu maior sonho, minha formação na graduação de Odontologia.

Agradeço a Profa. Ms. Ligia Pozzobon Martins por ter me aceitado como sua orientanda, pela orientação para a concretização deste trabalho, mostrando-se sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida.

As amizades conquistadas, que se tornaram minha família durante esses cinco anos de estadia em Londrina.

A todos os professores que passaram pelo meu caminho e deixaram seu conhecimento para a minha formação e crescimento profissional durante esses anos.

A minha família, que sem dúvida é a melhor coisa da minha vida, o bem mais precioso de todos, sem ela com certeza eu não seria o que sou hoje.

E por último agradeço principalmente aquela que sem dúvida é a pessoa mais importante para mim, é a minha base, com quem tenho a oportunidade de crescer cada dia mais como pessoa, um exemplo de caráter e que tenho como espelho. Sei que sem o seu esforço e sacrifício não teria chegado onde estou, espero um dia ser a metade do que é. Obrigada meu herói, meu amigo e acima de tudo meu PAI.

MATOS, Angélica Aparecida. **Limitação de Abertura Bucal Após Exodontias – Revisão de Literatura**. 2015. 21 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

As exodontias são procedimentos operatórios rotineiros realizados pelos cirurgiões dentistas. Com frequência este ato cirúrgico está associado a complicações pós-operatórias como a limitação de abertura bucal denominado trismo. Clinicamente os pacientes apresentam-se com abertura bucal variando entre 5 e 23 milímetros, dificuldade para falar, mastigar, deglutir, higienizar a cavidade bucal e ferida cirúrgica. Comumente este quadro clínico está associado à dor e edema local. Este trabalho tem por objetivo por meio de uma revisão de literatura, evidenciar as causas que podem levar a esta complicação pós-operatória e oferecer informações de prevenção e conduta terapêutica diante desta morbidade. Considerada como uma complicação transitória, o trismo é uma condição que interfere na qualidade de vida do paciente, gerando um grande desconforto e exigindo cuidados diários.

Palavras-chave: Trismo. Exodontia. Complicações Pós-Operatórias.

MATOS, Angélica Aparecida. **Mouth opening limitation postextraction - Literature Review.** 2015. 21 sheets. Completion of course work (Undergraduate Dentistry) – State University of Londrina, Londrina,2015.

Abstract

The extractions are surgical procedures performed by dentists. Frequently this surgery is associated with postoperative complications such as mouth opening limitation called trismus. Clinically the patients present with mouth opening ranging between 5 and 23 mm, difficulty speaking, chew, swallowing, sanitize the oral cavity and the surgical wound. Commonly this clinical condition is associated with pain and local edema. This work has objective through a literature review, evidence the causes that can lead to this postoperative complication and provide information for prevention and therapeutic management in view of this morbidity. Considered as a transitory complication, the trismus is a condition that affects the quality of life of the patient, generating a too discomfort and requiring daily care.

Key words: Trismus. Extractions. Postoperative Complications.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 PREVENÇÃO.....	12
2.2 TRATAMENTO.....	13
2.2.1 Fisioterapia	14
2.2.2 Calor Úmido.....	14
2.2.3 Solução Salina	14
2.2.4 Relaxantes Musculares	14
2.2.5 Laserterapia.....	15
2.2.6 Antiinflamatórios, Analgésicos e Antibióticos.....	15
3. DISCUSSÃO	17
4. CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

A remoção cirúrgica de terceiros molares é um procedimento rotineiro realizado pelos cirurgiões dentistas. A cirurgia pode envolver certo grau de complexidade, necessitando muitas vezes de osteotomia e/ou odontosseccção. Por esta razão, frequentemente são observadas algumas complicações associadas a este tipo de intervenção cirúrgica (FLORES *et al.*, 2007; PAULESINI JUNIOR *et al.*, 2008). As complicações mais comuns e que são normalmente relatadas pelo paciente no pós-operatório são a dor, edema e o trismo (limitação de abertura bucal). São vários os fatores associados a estas complicações, porém na maioria dos casos está relacionado ao processo inflamatório desencadeado pelo ato cirúrgico, nos vários estudos para se avaliar o grau de abertura bucal após exodontias (AGUIAR *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2011; FLORES *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2006; PAULESINI JUNIOR *et al.*, 2008; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2011).

O trismo é a limitação de abertura bucal, devido a um espasmo muscular que ocorre principalmente como consequência de um processo inflamatório e em função das injeções anestésicas locais, mas também está associado a pacientes acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço (ARAÚJO *et al.*, 2011; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2011). É uma condição que pode gerar, além do desconforto, certas dificuldades na hora da higienização oral e da alimentação ao paciente acometido por este tipo de complicação (FLORES *et al.*, 2007).

Desta maneira, este trabalho tem por objetivo por meio de uma revisão de literatura, evidenciar as causas do trismo e oferecer ao cirurgião-dentista e estudantes de odontologia informações de prevenção e condutas a serem tomadas diante desta complicação.

2. REVISÃO DA LITERATURA

As cirurgias para extrações dentárias são procedimentos rotineiros, sendo a remoção cirúrgica de terceiros molares o procedimento mais frequente realizado dentro da especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (OLIVEIRA *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2011). As exodontias, muitas vezes, necessitam de osteotomia e/ou odontosseção, ou seja, envolvendo trauma ao osso e tecidos moles da região, na maioria dos casos, apresentam algumas complicações, sendo as mais comuns o trismo, edema e dor, gerando desconforto pós-operatório ao paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2006). As complicações advindas da cirurgia podem ser classificadas como transitória ou permanente. O trismo é considerado uma complicação transitória menor (ANDRADE *et al.*, 2012). Vários autores relatam o trismo como uma seqüela comum a exodontia de terceiros molares. Aguiar *et al* (2005) observaram que a maioria dos pacientes analisados em sua pesquisa, apresentaram algum grau de limitação de abertura bucal. Em seus estudos, Araújo *et al* (2011) concluíram que a complicação pós-operatória de maior acometimento foi o trismo, principalmente nos casos de terceiros molares inferiores. Na avaliação da presença de trismo, Flores *et al* (2007) relataram que 56,5% dos pacientes no período de dois dias após a cirurgia apresentaram esta complicação. Oliveira *et al* (2006) também observaram em sua pesquisa que o trismo foi a principal complicação encontrada.

Segundo Graziani (1995) o trismo (limitação de abertura bucal) é definido como uma variação de dor muscular em função de um espasmo miofascial resultante de injúrias as fibras musculares, extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios, hematoma e infecções pós-operatórias. O espasmo muscular é definido como uma desordem aguda de um músculo ou de um grupo de músculos, caracterizado por uma contração súbita e involuntária causando dor e restrição dos movimentos (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005). Este espasmo muscular pode ser explicado pelo fato de que o trauma resultante de cirurgias dos maxilares como, por exemplo, as exodontias, principalmente dos molares inferiores e que apresentam algum grau de inclusão, gera uma resposta inflamatória, onde o

organismo, através de fenômenos vasculares e celulares organizados por uma série de mediadores químicos, em especial pela síntese de prostaglandinas, objetiva a cicatrização desse tecido danificado, conseqüentemente há uma disseminação deste processo inflamatório para os tecidos adjacentes ao local do trauma cirúrgico, o que inclui os tecidos musculares, levando ao comprometimento dos mesmos, limitando assim a abertura bucal (AGUIAR *et al.*, 2005; PROCKT *et al.*, 2008)

No caso do trismo, a musculatura comprometida envolve o grupo de músculos da mastigação, que conseqüentemente limitam a abertura bucal. Os movimentos mandibulares de depressão, elevação, lateralidade, protrusão e retrusão são dependentes destes músculos, são eles: masseter, temporal e pterigóideo medial e lateral. Estes músculos atuam muito mais em grupo do que individualmente, e possibilita a mandíbula se movimentar em todos os planos e direções (MADEIRA, 2010). Dentre os músculos da mastigação, o músculo com maior comprometimento funcional e mais acometido pelo trismo no pós-operatório cirúrgico, é o músculo masseter. Mas, como dito anteriormente, o trismo não ocorre somente devido ao processo inflamatório decorrente do trauma cirúrgico, dentre as outras causas, temos as infecções e as injeções anestésicas locais, que nesse caso envolve o músculo pterigóideo medial. Em menor proporção, o temporal também pode ser acometido por trismo (MADEIRA, 2010; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2010).

O trismo resultante das injeções de anestésicos locais está diretamente associado ao trauma em músculos ou vasos sanguíneos na fossa infratemporal. Toda inserção de agulha durante uma anestesia produz algum grau de lesão no tecido pela qual ela penetra. As soluções presentes na anestesia local onde haja difusão de álcool ou soluções esterilizantes frias podem gerar irritação ao tecido muscular, sendo também um fator causal a restrição da abertura bucal, assim como a deposição de volumes excessivos de anestésico local em uma área restrita que acaba provocando a distensão dos tecidos (MALAMED, 2013).

Outra causa de trismo é a hemorragia. O extravazamento de sangue em grandes quantidades para os tecidos adjacentes podem produzir irritação tecidual levando à disfunção muscular (MALAMED, 2013). Além de ser uma complicação pós-operatória e pós-injeção de anestésico local, o trismo é frequentemente

observado em pacientes com neoplasias benignas e malignas na região de cabeça e pescoço, casos de trauma, presença de corpos estranhos, infecções recorrentes ou até mesmo em decorrência de alguma síndrome rara (FLORES *et al.*, 2007; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2010).

O trismo é uma complicação que muitas vezes está associado diretamente ao tempo cirúrgico, ao grau de complexidade e dificuldade da técnica empregada na cirurgia, ou seja, necessidade de osteotomia e/ou odontosseção, nos casos da cirurgia de terceiros molares inclusos, ao grau de retenção e também a habilidade do profissional (AGUIAR *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2006; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2010). Não há um consenso quanto ao valor de referência para o diagnóstico de limitação de abertura bucal. De acordo com Malamed (2013), a abertura média interincisal para os homens é 44,9 mm e para as mulheres 39,2 mm. E nos casos de trismo esta abertura é de 13,7 mm, com uma variação de 5 a 23 mm. A mensuração do limite de abertura bucal é feita através da distância entre os bordos incisais dos incisivos centrais superiores e inferiores (máxima distância interincisal), utilizando uma régua milimetrada flexível ou então um paquímetro. Geralmente esta mensuração é realizada no pré e pós-operatório de 7 dias para a avaliação do comprometimento da abertura bucal (AGUIAR *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Embora o trismo seja uma complicação transitória, não se pode negar que gera desconforto no pós-operatório, e independentemente do grau de limitação da abertura bucal, esta complicação pode interferir na qualidade de vida e nas atividades rotineiras deste paciente, como higienização oral e alimentação, afetar a fala e a aparência facial. Portanto é uma complicação que não pode ser negligenciada pelo cirurgião-dentista (FLORES *et al.*, 2007).

2.1 PREVENÇÃO

Toda cirurgia é passível de acidentes e complicações. Principalmente se a técnica cirúrgica empregada envolver certo grau de complexidade, as chances de estes acontecerem se tornam maiores. Porém, há condutas que o cirurgião-dentista deve seguir para evitar que elas ocorram (ANDRADE *et al.*, 2012). A prevenção de complicações deve ser o principal objetivo do profissional. Desta maneira a melhor

forma para se evitar que uma complicação, por exemplo, como o trismo ocorra é elaborar um detalhado planejamento cirúrgico, visando juntamente o conforto e recuperação do paciente no pós-operatório. Para o planejamento cirúrgico, é importante saber que deverá constar a revisão da história médica e odontológica do paciente, imagens adequadas, avaliando-as cuidadosamente e seguir os princípios básicos cirúrgicos (HUPP, 2009). Os detalhes cirúrgicos, como, o preparo do paciente, a assepsia, o manejo cuidadoso dos tecidos, o controle da força aplicada com o instrumental, a técnica empregada adequadamente, o controle da hemostasia e as corretas instruções pós-operatórias, associados ao conhecimento do profissional são fundamentais para reduzir as chances de complicações que possam vir a acontecer (ARAÚJO *et al.*, 2011; PAULESINI JUNIOR *et al.*, 2008).

Para minimizar as chances de trismo decorrente das injeções anestésicas locais, algumas medidas são necessárias, como: usar agulha afiada, estéril e descartável; manusear e preparar o tubete anestésico apropriadamente; agulhas contaminadas devem ser trocadas; inserção e técnica anestésica atraumática; conhecimento anatômico e técnica adequada, para evitar injeções e inserções múltiplas no mesmo local; utilizar volumes mínimos eficazes para anestésias. Lembrando que o trismo nem sempre é evitável (MALAMED, 2013).

É de extrema importância que o cirurgião-dentista antes de qualquer procedimento cirúrgico, comunique ao paciente a possibilidade da ocorrência de acidentes e complicações sujeitas ao tipo de cirurgia que o mesmo será submetido (HUPP, 2009).

2.2 TRATAMENTO

O trismo é uma complicação comum, principalmente na cirurgia para remoção de terceiro molar, e queixa frequente de pacientes submetidos à mesma (PAULESINI JUNIOR *et al.*, 2008). Segundo Malamed (2013), na maioria dos casos que apresenta trismo, o paciente relata dor e alguma dificuldade na abertura bucal no dia seguinte após o procedimento odontológico. O grau de desconforto e disfunção pode variar, mas geralmente é leve. É importante agendar uma consulta para exame. E o tratamento de escolha deve estar de acordo com o fator que

ocasionou a dificuldade de abertura bucal, compreendendo fisioterapia, aplicação de calor úmido, bochechos com solução salina morna, prescrição de relaxantes musculares como medidas empregadas em todos os casos. Em situações onde o trismo tem como fator causal a infecção ou inflamação, alia-se a esta terapia o uso de antibióticos e antiinflamatório respectivamente (FLORES *et al.*, 2007; MALAMED, 2013; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2011).

Outro método que vem sendo amplamente utilizado pelos cirurgiões-dentistas para a redução da morbidade pós-operatória da cirurgia para remoção de terceiro molar relacionada a edema, dor e trismo é a laserterapia (CATÃO *et al.*, 2012; LAUREANO FILHO *et al.*, 2007; PROCKT *et al.*, 2009).

2.2.1 FISIOTERAPIA

O paciente deve ser orientado a abrir e fechar a boca, assim como fazer excursões laterais da mandíbula, durante 5 minutos a cada 3 ou 4 horas. Oferecer como opção a goma de mascar sem açúcar, é uma forma de o paciente movimentar lateralmente a articulação temporomandibular (MALAMED, 2013).

2.2.2 CALOR ÚMIDO

É uma terapia que consiste na aplicação de toalhas quentes úmidas na região lesionada por aproximadamente 20 minutos de hora em hora (MALAMED, 2013).

2.2.3 SOLUÇÃO SALINA

Consiste no bochecho com solução salina morna, para a solução adiciona-se uma colher de chá de sal em 350 ml de água morna; o líquido deve ser mantido na boca no lado acometido e depois cuspidos para ajudar a aliviar o desconforto causado pelo trismo (MALAMED, 2013).

2.2.4 RELAXANTES MUSCULARES

Se necessário, o diazepam é a droga de escolha como um fármaco miorrelaxante, administra-se aproximadamente 10 mg, também pode ser administrado outro benzodiazepínico para o relaxamento muscular (MALAMED, 2013).

2.2.5 LASERTERAPIA

Segundo Catão *et al* (2012), este método de tratamento mostra-se como uma alternativa terapêutica em todo e qualquer processo que apresente reação inflamatória, dor e necessidade de regeneração tecidual. O laser terapêutico, também conhecido como laser de baixa intensidade, vem sendo amplamente utilizado nas diversas áreas da Odontologia. Pelas suas propriedades monocromáticas, de coerência, direcionabilidade e brilho, o laser é capaz de depositar com extrema precisão, uma grande quantidade de energia nos tecidos biológicos (NUNES e PAIVA, 2008). Os lasers de baixa intensidade têm como característica a emissão de radiações sem potencial destrutivo e indução de processos fotobiológicos atérmicos (CATÃO *et al.*, 2012; LAUREANO FILHO *et al.*, 2008). Além disso, é bem tolerada pelos tecidos por se tratar de uma irradiação não invasiva, o que a torna uma excelente opção de tratamento (CATÃO *et al.*, 2012). Para disfunções musculares, a terapia com laser de baixa intensidade (TLBI) possui efeitos analgésicos, antiinflamatórios e bioestimuladores (CATÃO *et al.*, 2012; LAUREANO FILHO *et al.*, 2008; NUNES e PAIVA, 2008). De acordo com Nunes e Paiva (2008), a energia depositada pelo laser sobre a área afetada promove a redução da dor e do processo inflamatório através da liberação de maior quantidade de beta-endorfina e a redução na produção de prostaglandinas e a reparação das fibras musculares ocorre através da bioestimulação decorrente do aumento de ATP intracelular que promove o restabelecimento da relação Na/K. A terapia consiste em sessões com intervalo de 48 horas. É importante saber, que a TLBI é utilizada como um tratamento coadjuvante no controle da morbidade pós-operatória (NUNES e PAIVA, 2008; PROCKT *et al.*, 2009).

2.2.6 ANTIINFLAMATÓRIOS, ANALGÉSICOS E ANTIBIÓTICOS

Os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) são fármacos muito utilizados no controle da dor pós-operatória na prática odontológica. Essa classe de fármacos tem ação sobre a síntese de prostaglandinas, inibindo-a, conseqüentemente havendo uma redução dos sintomas causados pela inflamação. Um dos principais AINEs utilizados após uma cirurgia bucal é o diclofenaco de sódio, que possui efeito nalgésico, antipirético e antiinflamatório (PROCKT *et al.*, 2009). Segundo Malamed (2013), o ácido acetilsalicílico (325 mg) na maioria das vezes também tem efeito satisfatório sobre a dor associada ao trismo.

Caso o trismo tenha sido uma consequência de uma infecção, recomenda-se a prescrição de antibiótico por 7 dias, a amoxicilina geralmente é a droga de escolha (FLORES *et al.*, 2007).

3. DISCUSSÃO

O trismo, entre os autores, é uma complicação unânime, principalmente se estiver associada com a cirurgia para remoção de terceiros molares (AGUIAR *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2011; FLORES *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2006; ROSSI JUNIOR *et al.*, 2011). Fatores como o tempo cirúrgico, o grau de complexidade e dificuldade da técnica empregada na cirurgia, ou seja, necessidade de osteotomia e/ou odontosseção, nos casos da cirurgia de terceiros molares inclusos, o grau de retenção e também a habilidade do profissional podem predispor o paciente a algum grau de limitação da abertura bucal (AGUIAR *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2011; FLORES *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2006). Porém, nem todos os autores concluíram que todos esses fatores influenciaram para que ocorresse este tipo de complicação.

Em seus estudos, Flores *et al* (2007) observaram que o trismo ocorreu em 56,5% dos pacientes no período de dois dias após a cirurgia, mas não encontraram relação significativa entre o trauma cirúrgico e a presença desta complicação.

Na avaliação do grau de abertura bucal, Aguiar *et al* (2005) constataram que na maioria dos pacientes analisados, algum grau de limitação na abertura bucal ocorreu no pós-operatório, onde a maioria das cirurgias tiveram as técnicas de osteotomia e odontosseção empregadas. Quanto à habilidade do profissional, não se notou influência significativa nos resultados, pois todos eram cirurgiões buco-maxilo-faciais e possuíam o mesmo nível de habilidade.

Na pesquisa feita por Araújo *et al* (2011), onde foram realizadas 154 exodontias de terceiros molares, o trismo foi a complicação mais prevalente após uma semana de cirurgia e ocorreu em maior número nas cirurgias com o tempo de zero a 30 minutos, portanto não conseguiram relacionar o maior tempo cirúrgico com a ocorrência do trismo, porém justificam essa conclusão ao fato dos operadores serem menos experientes, já que as cirurgias foram realizadas por alunos da pós-graduação em cirurgia bucal. Obtiveram também altos índices de incidência utilizando tanto a técnica simples, com fórceps e extratores, como a técnica mais complexa, através de osteotomia e odontosseção, levando em conta também a

habilidade do profissional, que pela falta de experiência acaba causando um trauma tecidual maior independentemente da técnica utilizada.

Oliveira *et al* (2006), associaram o trismo como sendo uma complicação que está diretamente relacionada ao tempo cirúrgico, onde encontraram um índice de complicações altíssimo nas cirurgias com duração acima de 120 minutos. Correlacionaram também a complexidade dos procedimentos cirúrgicos, em que, a técnica que haja necessidade de osteotomia e odontosecção, terá chance maior de uma complicação pós-operatória como, por exemplo, o trismo. E conclui que a habilidade do profissional é de fundamental importância para um pós-operatório mais confortável para o paciente.

No intuito de uma melhor compreensão desta complicação, Rossi Júnior *et al* (2011) através da eletromiografia, monitoraram a atividade muscular do masseter em alguns pacientes submetidos a cirurgia para remoção de terceiros molares. Foram extraídos então os terceiros molares superior e inferior do lado direito e o lado esquerdo foi utilizado como controle na análise eletromiográfica. Todos os pacientes analisados apresentaram trismo. Em repouso, o músculo masseter do lado operado, apresentou um aumento da atividade elétrica significativo, não sendo observada essa diferença no lado contralateral. Ao realizarem oclusão cêntrica forçada observou um comprometimento desse músculo, enquanto que não houve diferença significativa do lado esquerdo. E durante o movimento de abertura bucal, onde não se deve ter atividade do músculo masseter ou de qualquer outro músculo elevador da mandíbula, ou seja, quando se encontram relaxados, foi possível observar atividade elétrica pós-operatória deste músculo, também observado no lado esquerdo, tendo como explicação um mecanismo de defesa criado pelo organismo.

4. CONCLUSÃO

Conforme a revisão de literatura, conclui-se que:

- O trismo é uma complicação comum nas exodontias, principalmente relacionadas à remoção de terceiros molares retidos;
- O trauma cirúrgico é o principal fator desencadeante desta complicação.

As condutas a serem tomadas diante desta complicação são:

- Fisioterapia local, laserterapia e terapia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.S.W. *et al.* **Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, v.5, n.3, p. 57-64, julho/setembro 2005.
- ANDRADE, V.C. *et al.* **Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares – revisão de literatura.** Saber Científico Odontológico, Porto Velho, v.2, n.1, p. 27-44, jan./jun. 2012.
- ARAÚJO, O.C. *et al.* **Incidência dos acidentes e complicações em cirurgia de terceiros molares.** Rev Odontol UNESP, Araraquara, v.40, n.6, p. 290-295, nov./dez. 2011.
- BIASOTTO-GONZALEZ, D.A. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares.** Barueri, SP: Manole, 2005. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 01 out. 2015
- CATÃO, M.H.C.V.; MOURA, A.M.; NASCIMENTO, A.S. **Eficácia da laserterapia na redução de morbidade após cirurgia de terceiros molares – uma revisão de literatura.** FOL Faculdade de Odontologia de Lins/ Unimep, v.22, n.1, p. 33-37, jan./jun. 2012.
- FLORES, J.A. *et al.* **Avaliação da prevalência de trismo em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares.** RGO, Porto Alegre, v.55, n.1, p. 17-22, jan./mar. 2007.
- GRAZIANI, M. **Cirurgia bucomaxilofacial.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- HUPP, J.R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- LAUREANO FILHO, J.R. *et al.* **A influência do laser de baixa intensidade na redução de edema, dor e trismo no pós-operatório de cirurgia de terceiros molares inferiores inclusos: resultado preliminar com 13 casos.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, v.8, n.1, p. 47-56, jan./mar. 2008.
- MADEIRA, M.C. **Anatomia da face: bases anatomofuncionais para a prática odontológica.** 7. ed. São Paulo: Sarvier, 2010.
- MALAMED, S.F. **Manual de anestesia local.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- NUNES, L.J.; PAIVA, G. **Tratamento multidisciplinar das ATMs.** Livraria Santos Editora Ltda, 2008.
- OLIVEIRA, L.B. *et al.* **Avaliação dos acidentes e complicações associados à exodontia dos 3^{os} molares.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, v.6, n.2, p. 51-56, abril/junho 2006.

PAULESINI JUNIOR, W. *et al.* **Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares:** revisão de literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v.20, n.2, p. 181-185, maio/ago. 2008.

PROCKT, A.P. *et al.* **O uso do diclofenaco sódico e o laser de baixa intensidade após a cirurgia de terceiros molares.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, v.9, n.3, p. 113-120, jul./set. 2009.

ROSSI JÚNIOR, W.C. *et al.* **Masseter e exodontias de terceiros molares:** avaliação eletromiográfica. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, v.11, n.2, p. 101-108, abr./jun. 2011.