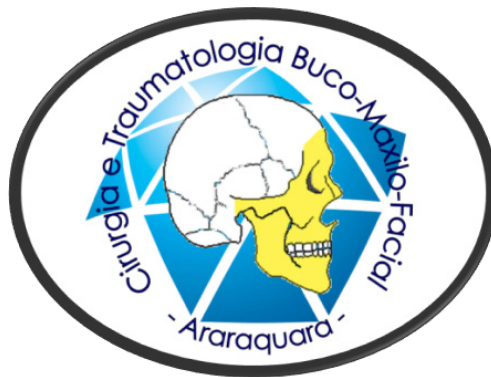


MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA

ESTUDO

DENTES INCLUSOS

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILOFACIAL



UNESP- ARARAQUARA

Manual de orientação para estudo dos Dentes
inclusos

Autor:

Prof. Dr. Marcelo Silva Monnazzi

UNESP- ARARAQUARA

ISBN: 978-65-01-77726-9

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Monnazzi, Marcelo Silva

Manual de orientação para estudos dentes inclusos
[livro eletrônico] / Marcelo Silva Monnazzi. --
Araraquara, SP : Ed. do Autor, 2025.

PDF

ISBN 978-65-01-77726-9

1. Dentes inclusos 2. Odontologia I. Título.

CDD-617.6

NLM-WU-100

25-313242.0

Índices para catálogo sistemático:

1. Odontologia 617.6

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

PREFÁCIO

A cirurgia oral e maxilofacial é uma área da ciência odontológica que exige daqueles que a praticam e dos estudantes da graduação em odontologia, conhecimentos de termos técnicos, classificações, manobras e uma série de conceitos necessários, para que os aprendizes de cirurgia possam realizá-las em seus pacientes.

Tendo conhecimento que dentre os tipos de cirurgia oral, que são realizadas a nível ambulatorial, a extração dos dentes inclusos é o que causa maior apreensão, tanto para os pacientes quanto para os alunos da graduação, o autor têm o propósito de ajudar os acadêmicos a estudarem este assunto de uma forma mais prática.

Este manual visa orientar os alunos da graduação no que se refere ao estudo da “cirurgia dos dentes inclusos”, propiciando aos mesmos uma forma rápida e prática para iniciarem seus estudos e fornecendo referências bibliográficas para aqueles que desejarem se aprofundar neste campo da cirurgia oral.

Além de orientação para estudo, este manual traz figuras que tentam ajudar o aluno a visualizar as situações clínicas, as quais poderão encontrar no decorrer das extrações dentais.

Todas as imagens deste E-BOOK são de autoria do próprio autor.

INTRODUÇÃO

A cirurgia bucomaxilofacial é uma especialidade dentro da odontologia que visa a formação de cirurgiões bucais, sendo estes responsáveis e capazes de resolverem os problemas de ordem cirúrgica e infecciosa que acometem a boca ou as regiões periorais.

Didaticamente podemos dividir a cirurgia bucomaxilofacial em dois campos, a cirurgia oral menor e a cirurgia oral maior. Atendo-nos à cirurgia oral menor, que é aquela praticada e aprendida pelo acadêmico na graduação, podemos dizer que a cirurgia para a extração dos dentes inclusos é uma das mais complexas e segundo alguns autores, como por exemplo GRAZIANI et al (1995), até mesmo alguns dentes que aparentam estar “fáceis” nos achados clínicos e radiográficos, podem apresentar complicações no decorrer da sua extração.

Como todo e qualquer outro procedimento cirúrgico, a extração destes dentes, requerem procedimentos pré-operatórios, como por exemplo a realização de uma completa anamnese, verificando a presença ou ausência de condições clínicas patológicas que impeçam os pacientes de se submeterem a tais intervenções; cuidados trans-operatórios que promovem uma cirurgia mais rápida e menos traumática levando o paciente a uma recuperação mais breve e eficiente, por fim, também são necessários procedimentos pós-cirúrgicos, que garantem um pós-operatório mais tranquilo e menos estressante aos nossos pacientes.

A intervenção cirúrgica para a remoção dos dentes inclusos deve ser precedida de um profundo estudo anatômico da área em questão, bem como de um estudo detalhado da terminologia, classificação, etiologia e outros tópicos concernentes a este capítulo da cirurgia oral, a fim de que os aprendizes tenham embasamento suficiente para poderem enfrentar as situações cirúrgicas inerentes a estes procedimentos. Quanto mais acostumado o aluno estiver com as nomenclaturas, procedimentos e técnicas necessárias para a boa realização das extrações, mais rápido será o raciocínio frente às dificuldades e mais apto este estará a realizar boas cirurgias.

TERMINOLOGIA

Existe uma enorme variedade de nomes para os dentes que não irromperam ou que irromperam parcialmente. Vários autores, cada um na sua época, sugeriram nomes a estes dentes. Além das diversas sugestões de nomenclatura para estes dentes, também temos variações em virtude da região geográfica, sendo que o termo “inclusão” é mais usado pelos franceses, “impacção” pelos americanos e “retenção” pelos hispânicos e alemães, segundo OLIVEIRA et al. (1985).

Para SHAFER et al. (1985) os dentes inclusos são dentes isolados que não irromperam devido a ausência de força de erupção e os dentes impactados são aqueles que são impedidos de erupcionar por alguma barreira física. Já outros autores, como por exemplo MARZOLA (1988), preferem o termo “retido”, classificando como tal aqueles dentes que, uma vez chegada a época normal de erupção, ficam encerrados parcial ou totalmente dentro do osso, mantendo ou não a integridade do saco pericoronário.

Sendo o assunto complexo e controverso, a seguir temos uma sugestão, à qual consideramos fácil e prática:

. Incluso – todo dente que está encerrado total ou parcialmente dentro do osso alveolar, mas que no entanto clinicamente se encontra ausente. Este é o termo mais usado e aceito no Brasil.

.Retido – todo dente que apresenta um bom posicionamento na arcada dentária, mas que , apesar da época normal de erupção já ter passado, o mesmo não erupcionou.

.Retido – todo dente que apresenta um bom posicionamento na arcada dentária, mas que, apesar da época normal de erupção já ter passado, o mesmo não erupcionou.

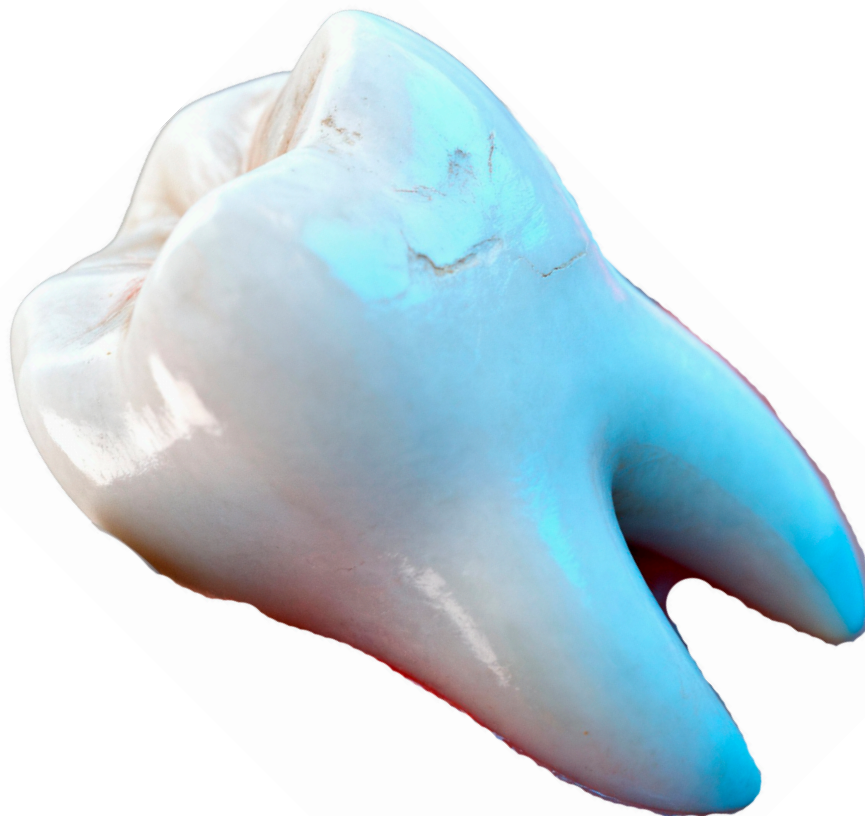
.Impactado – todo dente que estiver sendo impedido fisicamente de erupcionar, quer seja por uma má posição ou por outro fator qualquer (exemplo: dente supranumerário, odontoma, etc).

.Semi-incluso – são todos aqueles dentes que se encontram semi erupcionados, ou seja, dentes que por posição errada ou simplesmente época de erupção alterada, se encontram parcialmente expostos na cavidade oral.

INCIDÊNCIA

A incidência de inclusão dos dentes pode ser diferente se analisarmos vários trabalhos científicos, no entanto, a maioria dos autores acham que a frequência dos dentes inclusos ocorre na seguinte ordem (decrecente):

- Terceiros molares inferiores, terceiros molares superiores, caninos superiores, supranumerários, pré-molares inferiores, caninos inferiores, etc.



ETIOLOGIA

A etiologia da inclusão dental pode ser atribuída a vários fatores. Existem inúmeras teorias que explicam o porquê das inclusões dentais ocorrerem cada vez mais frequentemente. Uma dessas teorias é descrita pelos antropologistas, que afirmam que com a evolução da raça humana, os homens deixaram de usar os maxilares e passaram a usar muito mais a cabeça; sendo assim, a caixa craniana tende a crescer e os maxilares tendem a involuir, causando desta forma uma falta de espaço para todos os dentes nas arcadas dentárias.

Podemos também citar outras possíveis causas para a inclusão dental, lembrando porém que estas devem ser pesquisadas para cada caso individualmente, evitando acidentes e complicações no decorrer da cirurgia.

As causas para a inclusão dental podem ser:

. Alterações embriológicas- alteração na formação do germe dental, mudando sua forma ou direção.

. Obstáculo mecânico- dentes vizinhos mau posicionados ou perda de espaço devido a esfoliação precoce dos dentes decíduos.

. Obstáculo patológico- presença de odontomas, dentes supranumerários, cistos ou outros tumores, que impeçam o dente de irromper.

. Distúrbios metabólicos- problemas sistêmicos (por exemplo: disfunções hormonais, disfunções das glândulas tireoide, ou outras) que podem gerar retenção dental.

. Na época de erupção destes dentes geralmente não há espaço disponível no arco, pois os mesmos são os últimos a erupcionarem.

.Relação dos terceiros molares inferiores com a linha milohioidea e linha oblíqua externa, que são áreas de reforço ósseo, bem como a presença de osso basal na área de erupção destes dentes.

.No caso do canino, o relacionamento do ápice deste dente com o assoalho da fossa nasal e seio maxilar, bem como a presença de osso mais compacto nesta linha de reforço que é o pilar canino.

ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

A inclusão dental pode dar origem a uma série de manifestações ou complicações. Dentre estas, podemos citar:

Infeciosos

Pulpar- formação de cárie no dente vizinho ou no próprio devido a dificuldade de higiene local.

Periodontal- desenvolvimento de gengivites, abscessos periodontais e dento-alveolares, também devido a dificuldade de higiene.

Sinusal- ocorrência de sinusopatias, devido a íntima relação dos ápices radiculares com os seios maxilares.

Pericoronarite- processo inflamatório do saco pericoronário de terceiros molares semi irrompidos.

Sensoriais

Dores locais e referidas a outras áreas da face, devido à compressão do feixe vasculo nervoso alveolar inferior.

Mecânicos

Alteração na erupção dos dentes- desviando a direção de erupção de outros dentes por causa do mau posicionamento do dente incluso.

Reabsorções radiculares- devido à pressão do dente que esta fora de posição sobre a raiz do dente vizinho.

Patológicos

Cistos e tumores – desenvolvimento de cistos e tumores que podem ter como origem o capuz pericoronário dos dentes inclusos (ex: cistos dentígeros, ameloblastomas, etc).

INDICAÇÕES

A extração dos dentes inclusos têm suas indicações, no entanto, quando os dentes estiverem impactados, a maioria dos autores recomendam a extração profilática dos mesmos. A seguir destacamos algumas indicações para a extração dos dentes inclusos:

- Quando os dentes inclusos estiverem causando problemas periodontais nos dentes vizinhos;
- Para prevenir cárie dentária nos dentes vizinhos;
- Para prevenir quadros de pericoronarite, quando o dente estiver parcialmente irrompido;
- Para prevenir a reabsorção radicular dos dentes vizinhos;
- Dentes inclusos que estejam cobertos por próteses, evitando ulcerações e desconfortos futuros para estes pacientes;
- Em casos de sintomatologia dolorosa facial, no qual o diagnóstico já tenha excluído todas as outras possíveis causas;
- Para prevenir fraturas mandibulares, pois o dente incluído ocupa um espaço que deveria estar preenchido por osso, o que torna a estrutura óssea da mandíbula mais fraca;
- Para facilitar o tratamento ortodôntico, principalmente de pacientes que necessitam de retração do segundo e primeiros molares.

CONTRA-INDICAÇÕES

Como via de regra, todos os dentes inclusos que não são aproveitados ortodonticamente para o preenchimento de espaços resultantes de dentes ausentes, devem ser extraídos, a não ser que o ato cirúrgico esteja contra-indicado para este paciente. Sempre que os benefícios potenciais forem maiores que os riscos e as eventuais complicações, o procedimento deve ser realizado.

As contra-indicações para a remoção dos dentes inclusos, basicamente envolvem o estado físico do paciente; assim teremos este procedimento contra-indicado quando:

- O paciente for muito idoso. Se o dente permaneceu incluso por vários anos e o mesmo não apresenta sinais de degenerações císticas nem de outras patologias, não devemos intervir cirúrgicamente neste paciente, tendo em vista a debilidade sistêmica que os idosos apresentam.
- O paciente for muito novo. Não é raro vermos imagem dos dentes do siso em pacientes com 6 ou 7 anos de idade, no entanto esta não é uma boa idade para a intervenção cirúrgica. Primeiro porque o paciente muito novo geralmente não é cooperativo, tornando o procedimento muito mais longo; segundo porque a quantidade de osso a ser removida será muito maior do que se esperarmos que este dente erupcione um pouco; em terceiro lugar devemos salientar que este dente, devido a ausência das raízes, apresentará movimentos de rotação dentro do alvéolo, o que certamente complicará sobre maneira o procedimento.
- O paciente independente da idade apresentar-se com a saúde comprometida. Estados mórbidos e patológicos podem e devem ser evidenciados no decorrer da anamnese pré cirúrgica.
- O paciente estiver passando por um quadro infeccioso agudo, por exemplo uma pericoronarite. Nesses casos é recomendado que seja feito primeiro um tratamento debelando a infecção e depois seja feita a extração.

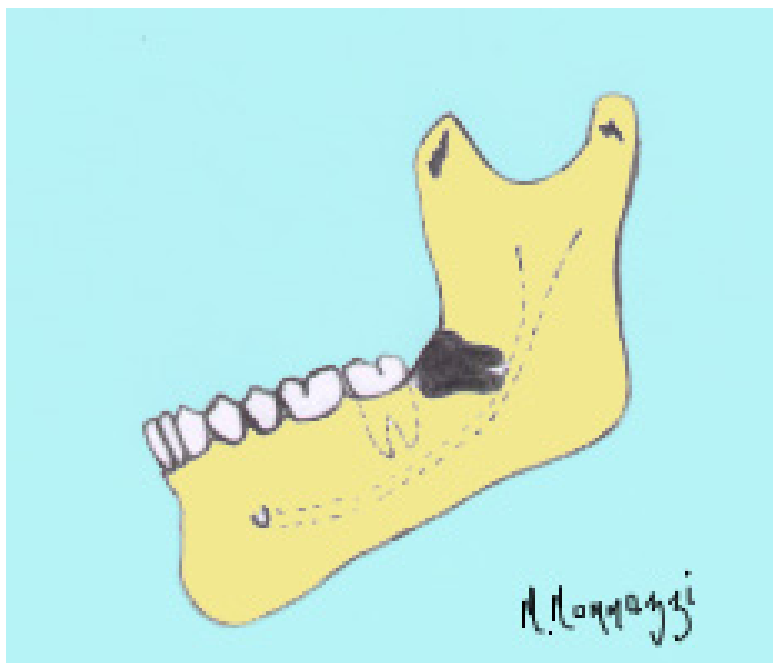
CLASSIFICAÇÃO

A existência de classificações para assuntos médicos ou odontológicos tem por finalidade facilitar a comunicação entre os profissionais, tornando a discussão de casos clínicos mais fácil e permitindo ao médico ou dentista visualizar (mentalizar) o caso mais rapidamente.

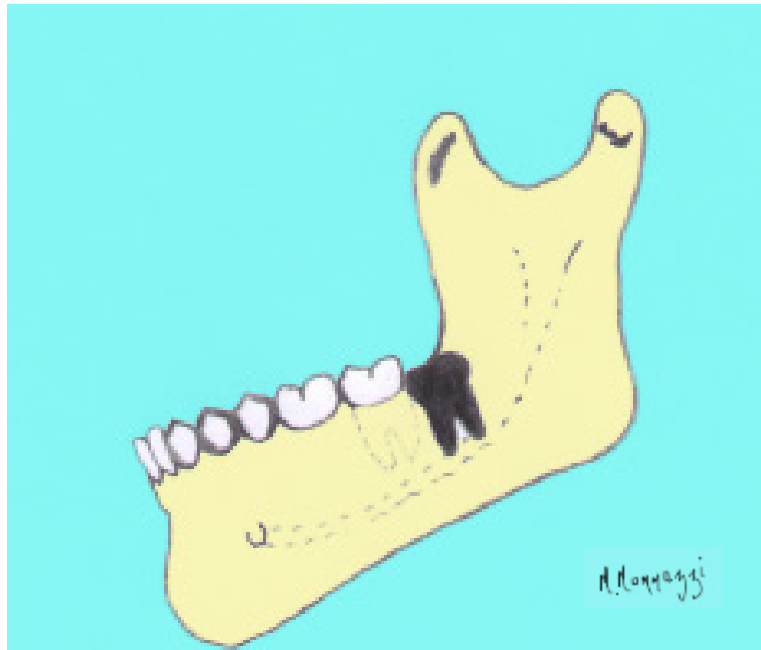
Existem várias classificações que podem ser atribuídas aos dentes inclusos, no intuito de tornar a clínica mais prática vários professores adotaram as classificações dos autores Winter e Pell&Gregory, considerando-as mais completas e didáticas.

Classificação de Winter

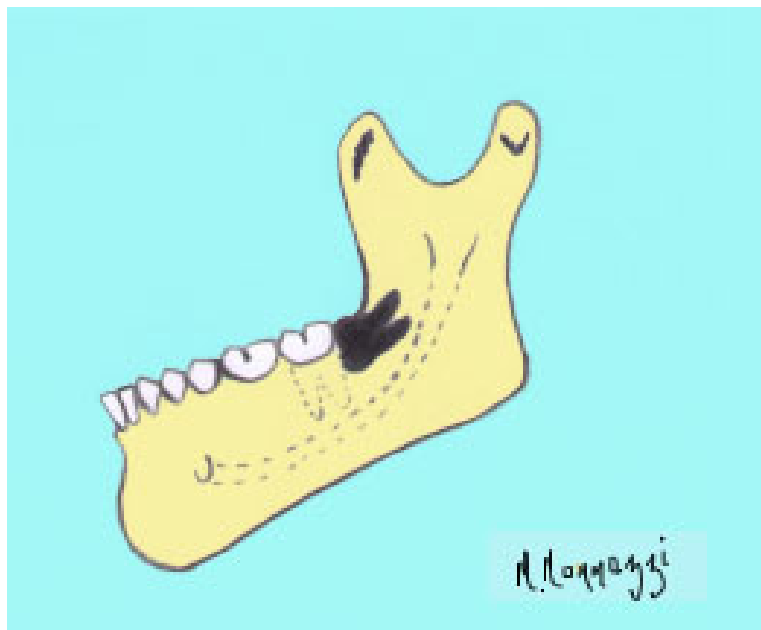
Esta classificação visa sugerir o lado para o qual a coroa do terceiro molar está voltada, tendo como ponto de referência o longo eixo do segundo molar.



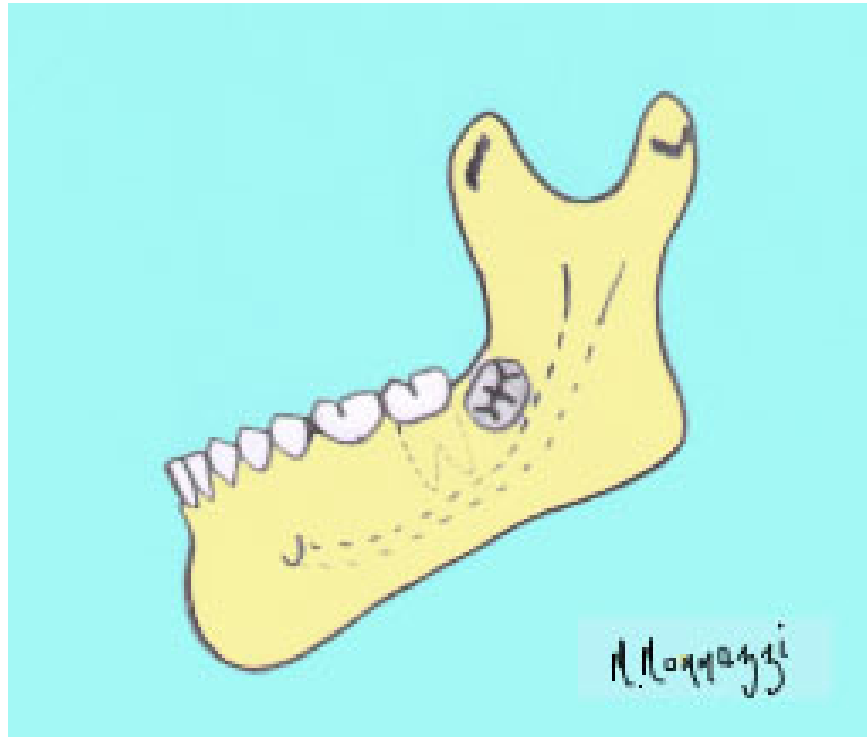
- Posição mesial da coroa do terceiro molar



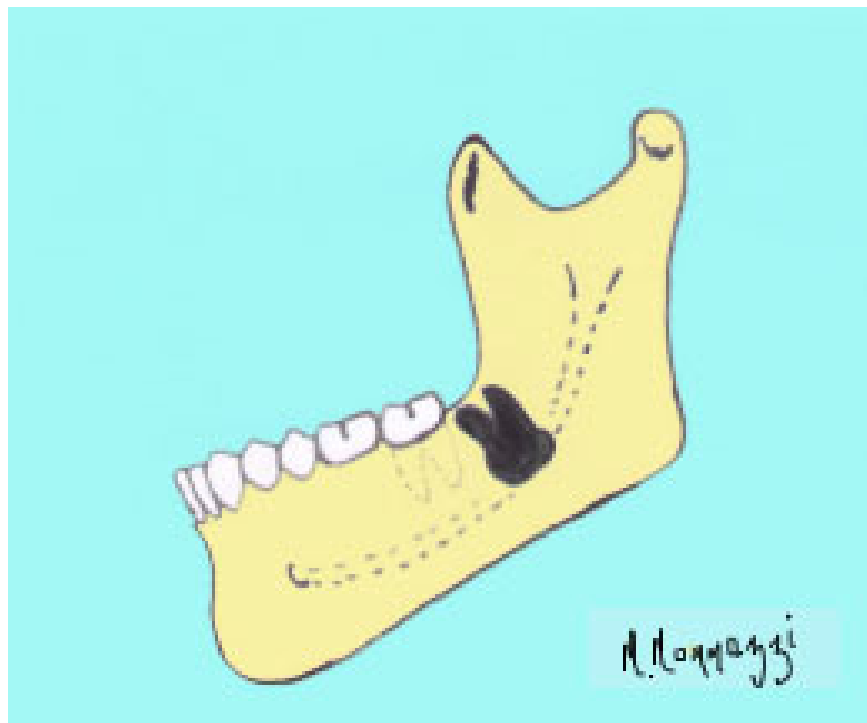
- Posição vertical do terceiro molar



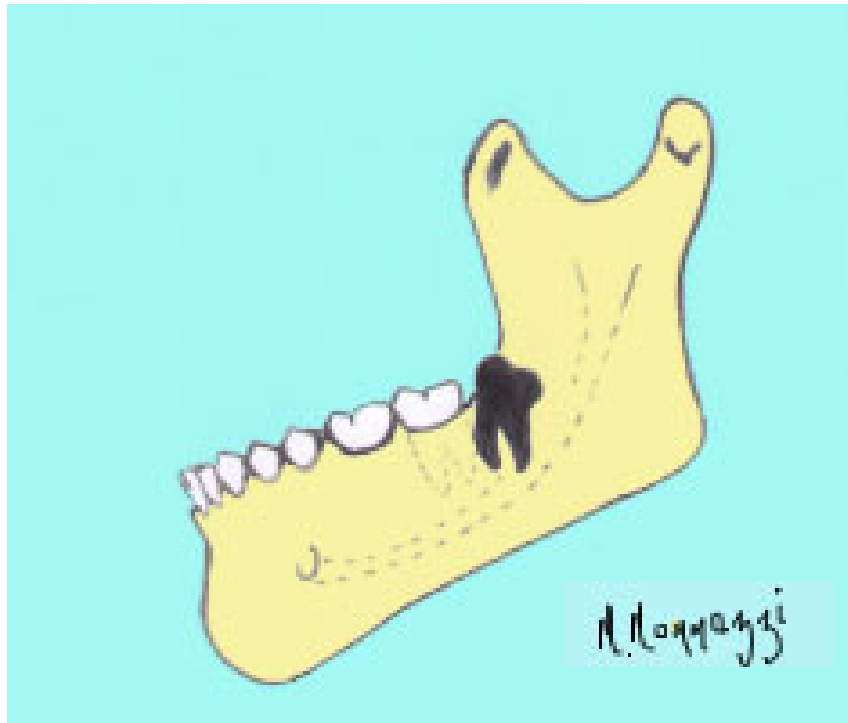
- Posição horizontal do terceiro molar



- Posição vestibular da coroa do terceiro molar



- Posição invertida do terceiro molar

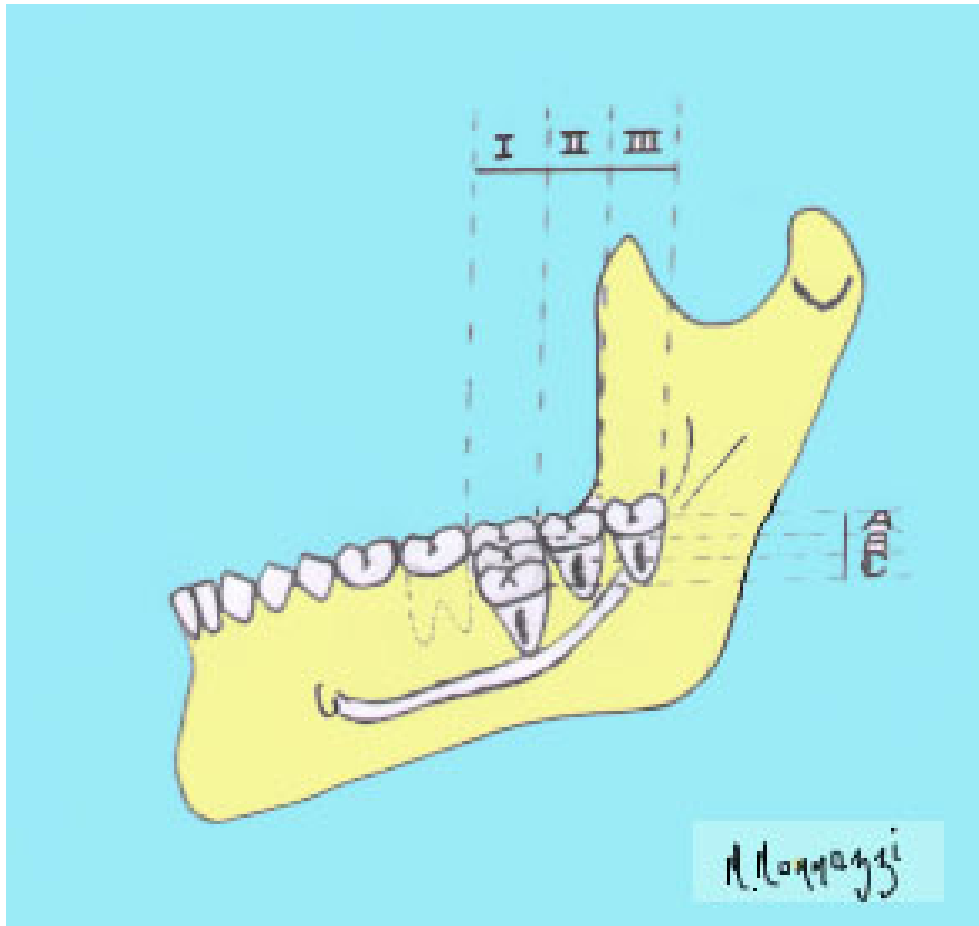


- Posição distal da coroa do terceiro molar

Classificação de Pell & Gregory

Esta classificação visa identificar a posição espacial do terceiro molar com relação à mandíbula. Sendo que esta classificação divide-se em duas partes. Uma que relaciona o dente com a borda anterior do ramo mandibular e pode ser dividida em classe I (quando o dente está mesialmente a borda anterior do ramo), classe II (quando o dente se encontra parcialmente embaixo da borda anterior do ramo da mandíbula) e classe III (quando o dente está totalmente dentro do ramo mandibular)

A outra parte da classificação relaciona o dente em profundidade com o segundo molar. Sendo a posição A (na qual o terceiro molar está na altura do 1/3 oclusal do segundo molar), posição B (o terceiro molar está entre o terço oclusal e o terço cervical do segundo molar) e posição C (na qual o terceiro molar se encontra abaixo do terço cervical do segundo molar).

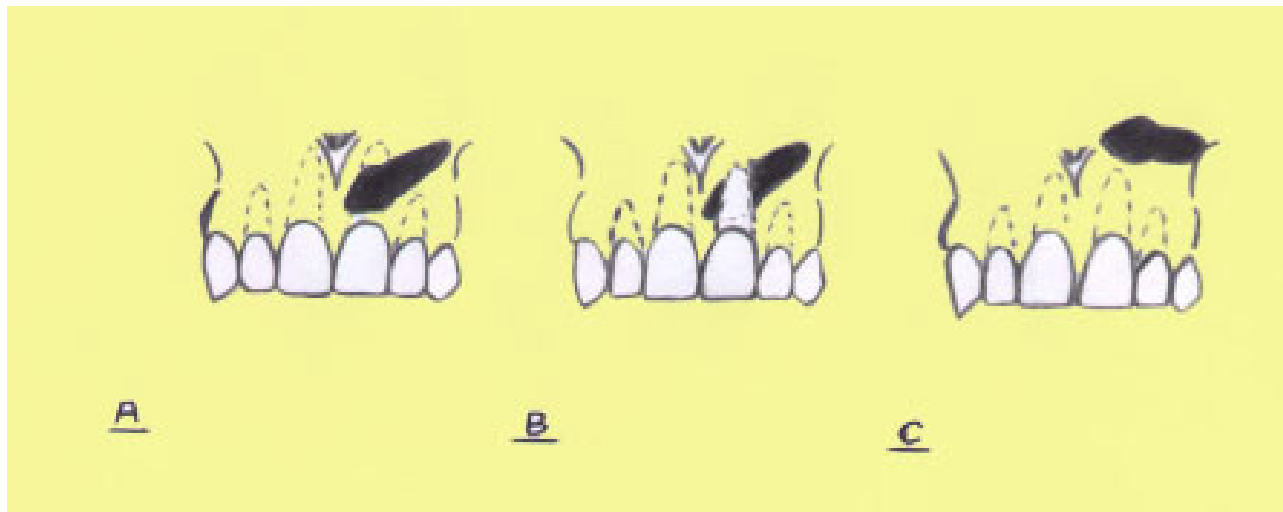


- Classificação de Pell & Gregory

Classificação para os caninos e ou demais dentes inclusos

Os caninos, bem como os demais dentes que não raramente se encontram inclusos nos maxilares, podem ser classificados de acordo com a posição das suas respectivas coroas. Pois bem, se um canino está incluído e a sua coroa está voltada para a vestibular, este dente pode ser classificado em posição vestibularizada ou pré-alveolar. Se o canino está de tal forma que sua coroa encontra-se voltada para a região do palato, este dente pode estar em posição palatina ou retro-alveolar; e se o dente em questão se encontra deitado horizontalmente sobre os ápices dos demais dentes, sem que sua coroa esteja voltada para nenhum dos lados (vestibular ou palatino) esta inclusão será classificada como trans-alveolar.

Esta classificação pode ser usada tanto para os caninos quanto para os dentes supranumerários ou outros dentes.



- Posição pré-alveolar (A) - Posição retro-alveolar (B) - Posição trans-alveolar (C)

LOCALIZAÇÃO

Como método de localização, podemos lançar mão da palpação durante o exame clínico (artifício clínico nem sempre eficaz para a localização de dentes inclusos devido à posição dos mesmos, geralmente intra-óssea), podemos usar o exame radiográfico, que pode e deve ser feito tanto para localizar os dentes quanto para avaliar a proximidade e o relacionamento destes com estruturas anatômicas importantes (exemplos: seio maxilar, feixe vasculo nervoso alveolar inferior, etc).

Os métodos radiográficos que podem ser utilizados para a correta localização dos dentes bem como para o estudo das suas relações são os seguintes:

Radiografia Panorâmica, nos proporciona uma visão ampla de todas as estruturas ósseas da face, permitindo o estudo e a localização dos dentes inclusos.

Radiografia oclusal, nos fornece uma imagem da arcada inferior ou superior, permitindo a localização dos dentes inclusos e a visualização das suas respectivas inclinações para vestibular ou lingual.

Radiografia periapical, é a que nos oferece a maior nitidez, possibilitando o estudo detalhado das áreas periapicais dos dentes inclusos e a relação destes com outras estruturas. As radiografias periapicais podem ser empregadas de várias maneiras, sendo que cada método nos possibilita a obtenção de um ângulo diferente de visão.

Técnica de Clarck, na qual usamos três filmes periapicais variando o ângulo horizontal de incidência do raio x , visando descobrir se o dente incluso (por exemplo: canino superior) está com sua coroa voltada para vestibular ou palatino.

Técnica de Miller-Winter, usamos o filme periapical como se fosse um filme oclusal. Com esta técnica podemos avaliar a angulação vestibular ou lingual de certos dentes inclusos, principalmente na ausência de filmes oclusais.

Técnica de Donovan, na qual o filme periapical é usado sobre o ramo ascendente da mandíbula e o feixe de raios X é incidido pelo ângulo da mandíbula, nos dando uma imagem do terceiro molar inferior incluso.

Tomografia computadorizada, se configura hoje em dia no exame "Gold standard" para a avaliação do posicionamento dos dentes inclusos, porque nos mostra uma imagem rica em detalhes da relação dos dentes inclusos com os demais dentes e outras estruturas anatômicas de interesse.

Existem inúmeras técnicas, no entanto estas descritas acima suprem a necessidade de exame e documentação radiológica para casos de extração de dentes inclusos. Durante a análise das radiografias devemos estar atentos a alguns pontos fundamentais, que podem vir a dificultar a nossa cirurgia. Estes pontos são:

Morfologia radicular. Os dentes com divergências ou dilacerações radiculares, deverão ser seccionados para facilitar a sua remoção.

- Tamanho do folículo pericoronar. Geralmente quando o folículo aparenta ser mais espesso radiograficamente a extração é mais fácil e a quantidade de osso a ser removida é menor.

- Contato com o segundo molar. O contato torna a extração mais difícil, sendo quase sempre necessário um corte da coroa do dente incluso para facilitar a sua remoção. Ainda devemos nos ater a possíveis reabsorções nas raízes dos dentes vizinhos.

Densidade do osso circunjacente. O aumento da densidade do osso aumenta proporcionalmente a dificuldade da cirurgia e a necessidade de desgaste ósseo.

Relação com estruturas anatômicas importantes. As quais, se analisadas antes da cirurgia, certamente diminuirão as chances de acontecerem acidentes nervosos, vasculares ou sinusais.

PREPARO PRÉ-CIRÚRGICO

O preparo pré-cirúrgico dos pacientes que sofrerão intervenção cirúrgica para a remoção dos dentes inclusos deve ser igual o realizado para as demais cirurgias da cavidade oral. É fundamental e de extrema importância que seja feita uma completa anamnese, descartando todas as hipóteses de problemas sistêmicos, bem como analisando as principais queixas do paciente e revendo sua história médica.

Para pacientes sadios e jovens a anamnese, o exame clínico e radiográfico são suficientes para a intervenção cirúrgica; já para pacientes debilitados ou mais idosos se faz necessária a análise de alguns exames laboratoriais. Os exames mais comumente pedidos são: Hemograma e Coagulograma completos e Glicemia.

Também é nesse momento que se identifica a necessidade de medicações profiláticas à cirurgia ou ainda as restrições medicamentosas frente a casos de hipersensibilidade, alergias e etc.

TÉCNICA CIRÚRGICA

A técnica cirúrgica consiste em um conjunto de medidas que devem ser tomadas diante da oportunidade cirúrgica, medidas estas que começam no pré-cirúrgico e somente terminam no final da cirurgia. Devemos também lembrar que a cirurgia não termina no momento da sutura, mas sim depois de um bom tempo de “follow up”, ou seja, acompanhamento do paciente; pois só este acompanhamento é que vai nos mostrar se obtivemos ou não sucesso.

Devemos sempre lembrar que a cirurgia dos terceiros molares e demais dentes inclusos é difícil e por vezes complexa. Trata-se de uma operação que, pelas numerosas dificuldades que surgem inesperadamente e os imprevistos que podem acontecer, exige sempre atenção e muita cautela dos aprendizes.

Abaixo descreveremos, de forma sucinta, os passos da técnica cirúrgica.

Fase preliminar

Assepsia e anti-sepsia

São todos os meios existentes dos quais podemos lançar mão para evitar a contaminação do nosso procedimento cirúrgico. Estes cuidados vão desde a esterilização do material até o modo de se comportar durante a cirurgia evitando o contato com materiais não estéreis, de modo a evitar a contaminação.

Abaixo citamos alguns dos passos para mantermos a cadeia asséptica:

- Esterilização de todos os instrumentais que vão entrar em contato direto com o paciente.

- Escovação das mãos e colocação das vestimentas de proteção (jaleco cirúrgico, óculos, máscara , gorro e luvas cirúrgicas)
- Anti-sepsia do paciente, feita com o uso de gazes estéreis de forma a limpar toda a região da face perioral e o interior da boca, diminuindo a quantidade de bactérias presentes nestes locais durante o procedimento, visando uma menor bacteremia possível.
- Para tal podemos usar substâncias bactericidas que não sejam nocivas aos tecidos humanos, por exemplo a clorexidina a 2% para a região extra-oral e a 0,12% para a região intra-oral.
- Montagem dos campos cirúrgicos, protegendo e isolando a área que será operada das outras áreas que não estão limpas. Os campos são estéreis e devem ser montados de forma estratégica evitando a contaminação das áreas que já foram limpas e preparadas para a intervenção.

Anestesia

A anestesia para a cirurgia dos dentes inclusos deve ser feita através de bloqueios e ou anestésias terminais infiltrativas, dependendo da região em que o dente se encontra.

O tipo de anestésico a ser empregado depende do paciente e das suas condições sistêmicas, lembrando que este passo deve ser discutido durante a anamnese.

A injeção do anestésico deve ser feita lentamente, visando não lesar estruturas importantes circunjacentes a área de infiltração anestésica e proporcionando menor desconforto para o paciente.

As técnicas adequadas para conseguirmos uma anestesia profunda da área são citadas abaixo:

- Para os terceiros molares superiores devemos usar o bloqueio dos nervos alveolar superior, médio e palatino maior, complementando com anestésias infiltrativas.

- Para outros dentes inclusos na região superior usamos bloqueios dos nervos que forem responsáveis pela inervação da área na qual o dente se situa, ou ainda pelo uso de técnicas anestésicas infiltrativas, técnicas que na maxila geralmente são suficientes para promoverem uma boa anestesia.
- Para os terceiros molares inferiores usamos o bloqueio dos nervos alveolares inferiores, bucal e lingual, complementando com algumas injeções infiltrativas na área vestibular ao dente (promovendo hemostasia e anestesiando algumas fibras do nervo bucinador que por ventura possam ter alguma participação na inervação desta área) e na área lingual do dente (promovendo hemostasia e anestesiando algumas fibras do nervo milohioideo que podem gerar algum desconforto para o paciente no decorrer da cirurgia se não anestesiadas).
- Para os demais dentes na arcada inferior, seguimos o mesmo padrão de anestesia sugerida para a remoção dos terceiros molares inferiores, sendo que para os dentes da mandíbula, geralmente as técnicas infiltrativas não são tão eficazes quanto para os dentes maxilares.

Fase cirúrgica

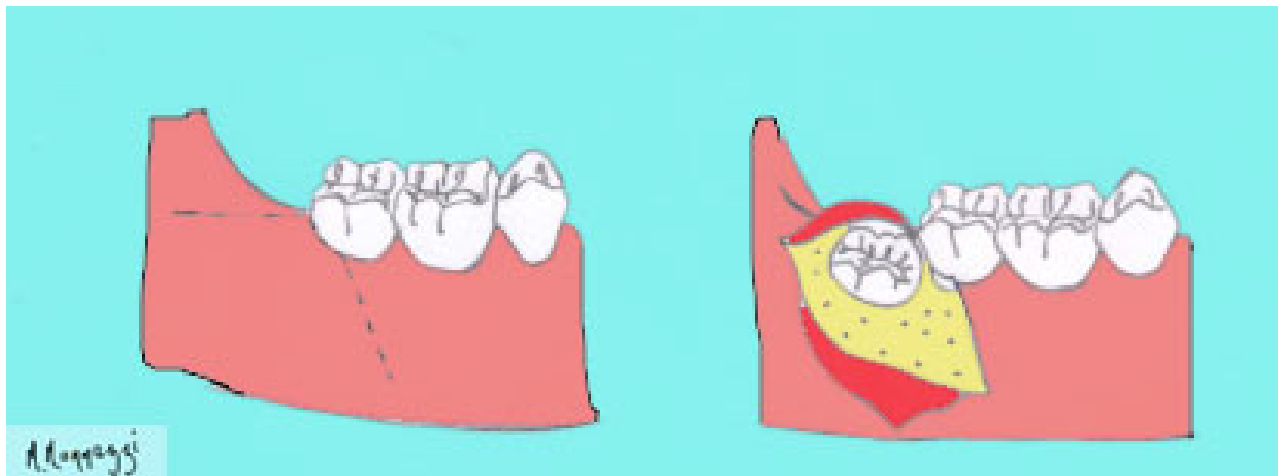
Incisão

A incisão deve ser feita de forma a propiciar uma boa visibilidade do campo operatório, uma perfeita nutrição ao retalho confeccionado, integridade tecidual e versatilidade de amplitude. Devemos também lembrar que para a cirurgia de dentes inclusos a

incisão deve ser feita sobre osso sadio. Geralmente para estas intervenções são usadas as lâminas de bisturi número 15 e 12.

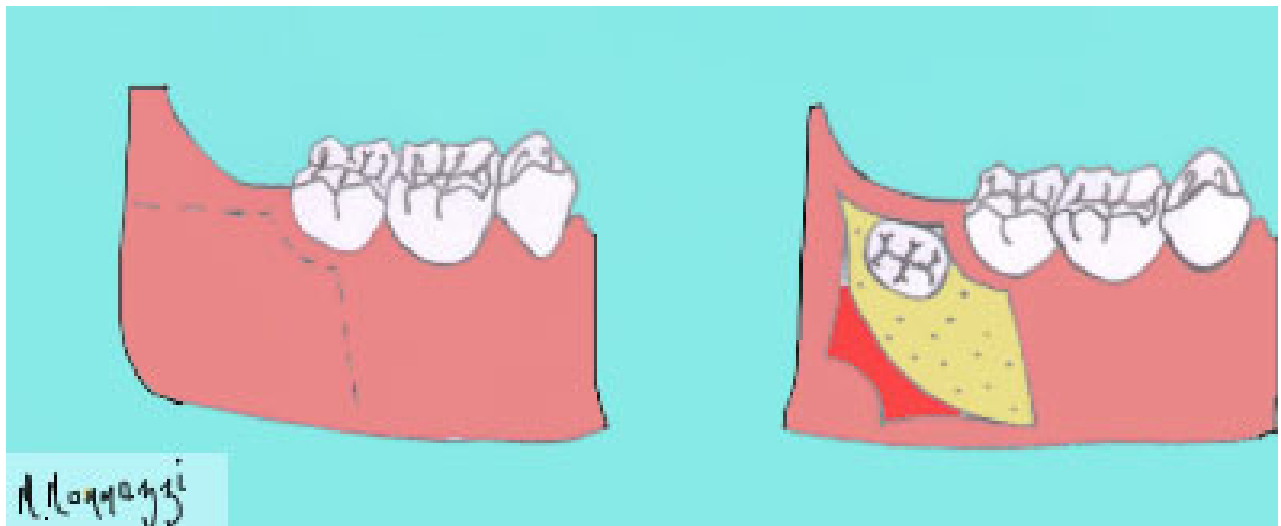
Existem várias incisões preconizadas por diversos autores, porém o mais importante é saber optar pela incisão que vai melhor suprir as necessidades de cada caso em particular. Esta escolha deve ser feita em vista dos achados clínicos e radiográficos.

Para efeito ilustrativo algumas incisões estão representadas abaixo:



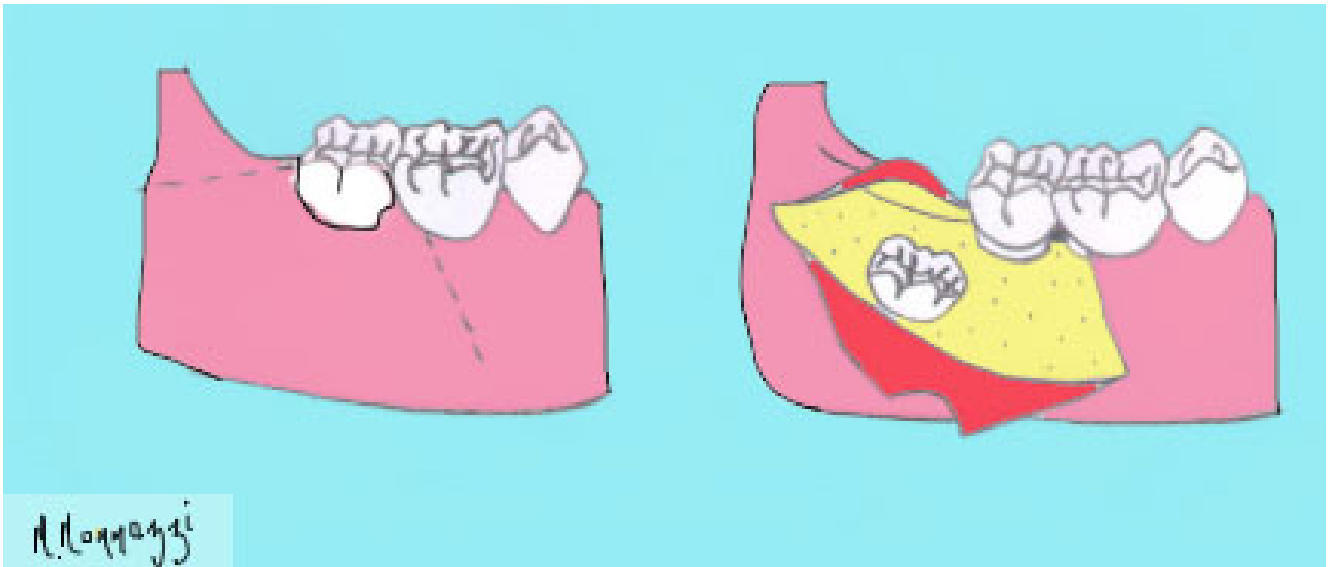
- Incisão de Winter

Visibilidade permitida



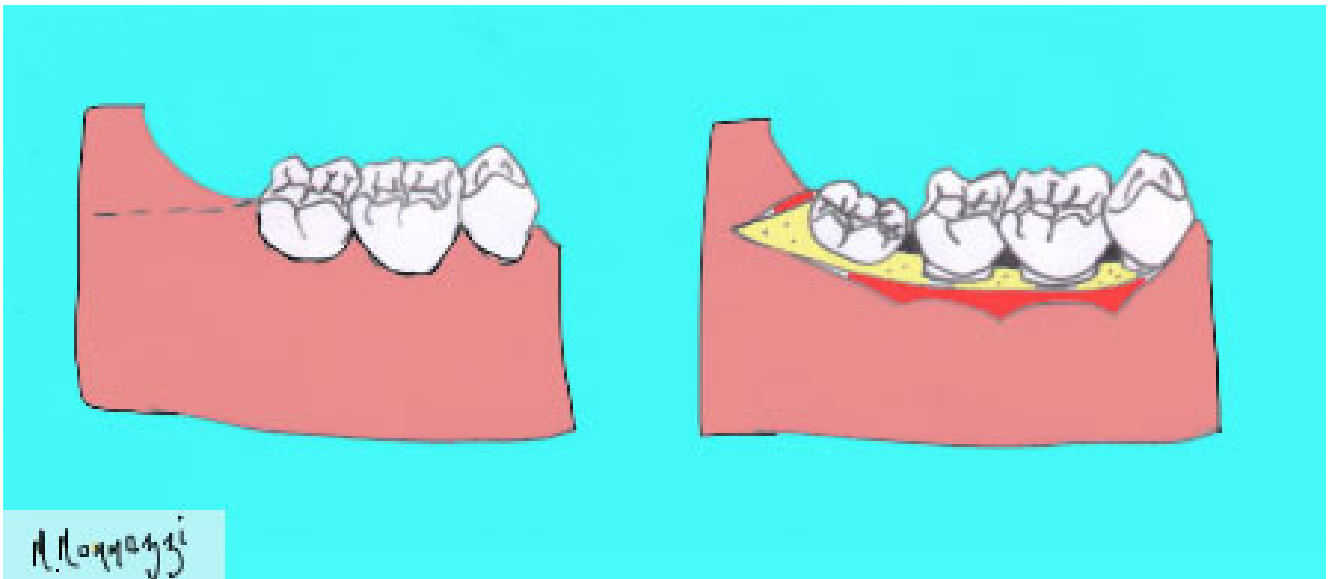
- Incisão de Grooves More

Visibilidade permitida



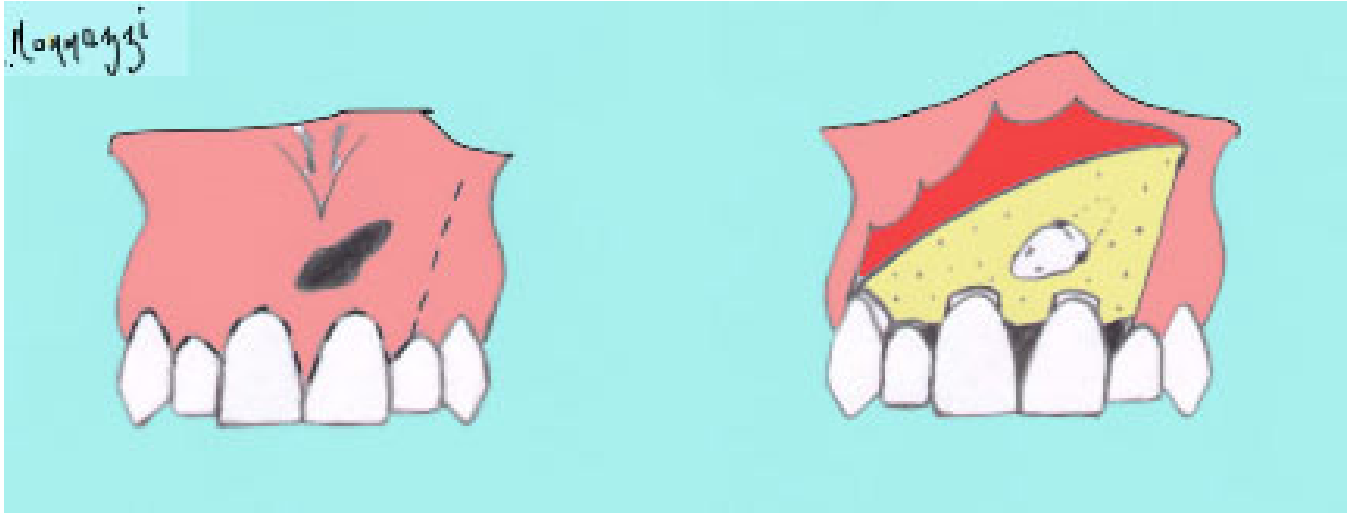
- Incisão de Archer

Visibilidade permitida



- Incisão em envelope

Visibilidade permitida



Incisão para dentes inclusos na região anterior de maxila e visibilidade permitida.



Incisão para dentes inclusos no palato e visibilidade permitida.

Os traçados incisionais expostos aqui são exemplos, não sendo necessário o emprego dos mesmos em todas as situações, nem mesmo sendo estes os mais corretos. Acreditamos que a incisão mais correta é aquela que preenche todos os requisitos técnicos e é planejada para cada caso em particular.

Divulsão

A divulsão é a manobra cirúrgica que permite a separação dos tecidos. Para esta manobra usamos instrumentais especiais, por exemplo as tesouras rombas, o destaca-periósteo, espátulas Freer e outros.

A manobra da divulsão deve ser feita lentamente para não dilacerar o retalho, pois a conservação de um retalho saudável sem dilacerações é fundamental para uma boa cicatrização da área operada.

A divulsão no geral é simples e se feita cuidadosamente não apresenta complicações, a não ser nas regiões distal dos terceiros molares inferiores (região na qual fibras do músculo temporal podem estarem inseridas) e no palato (onde a fibromucosa é mais espessa, principalmente em pacientes que usam próteses totais há muito tempo), locais estes que podem oferecer uma maior resistência à divulsão.

A divulsão deve ser feita até o ponto no qual tenhamos uma melhor visibilidade da área que vai ser operada, sendo que com uma boa exposição do leito cirúrgico as chances de acidentes serão bem menores.

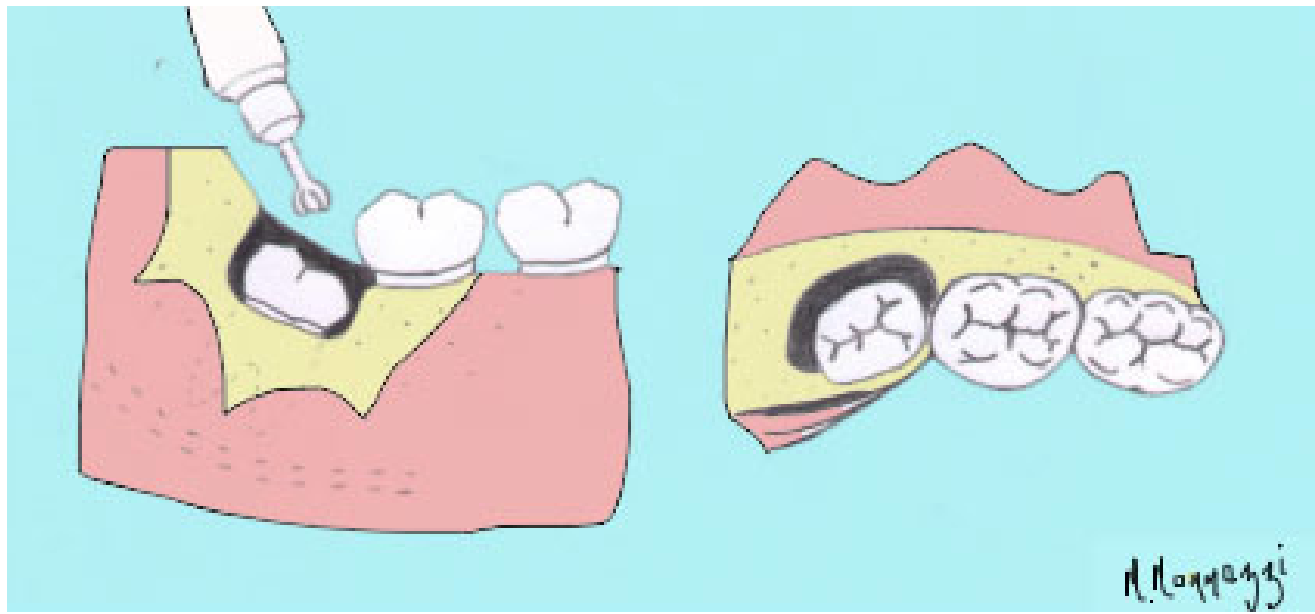
Ostectomia

Após os tecidos moles terem sido afastados, o cirurgião deve refletir sobre a quantidade de osso a ser removida, sendo que esta varia de acordo com a posição do dente (quanto mais profundo o mesmo estiver mais osso terá que ser removido), morfologia das

raízes e angulação do dente. O osso da região lingual da mandíbula raramente é removido, pois corre-se o risco de lesar o nervo lingual.

Para a remoção de osso são utilizadas brocas montadas em peça de mão ou caneta de alta rotação, dependendo da área de atuação, tipo de osso e filosofia da equipe. Também podemos usar cinzéis à pressão manual, para as regiões onde o osso é mais fraco.

Para os terceiros molares inferiores removemos primariamente o osso que esta sobre as superfícies distal, oclusal e vestibular, depois podemos remover o osso medular que está entre o dente e a cortical vestibular, criando assim uma canaleta na qual teremos apoio para os extratores.



- Vista vestibular

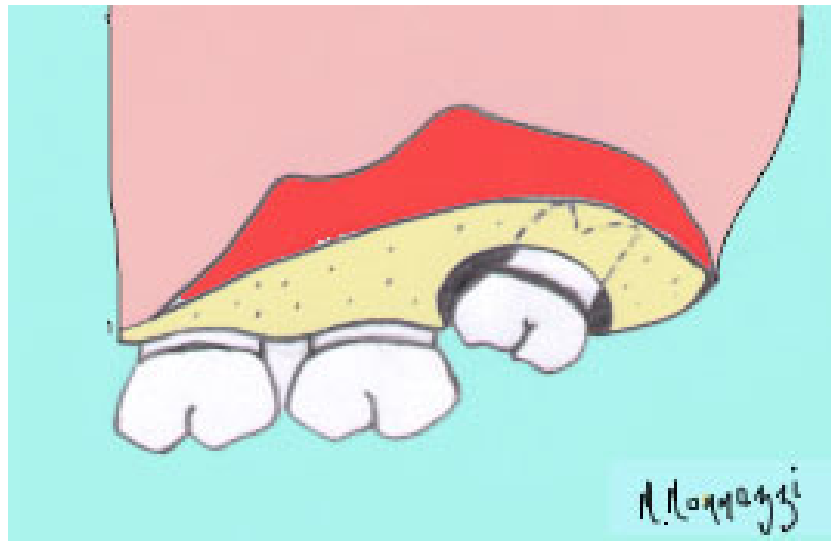
-Vista oclusal

Em se tratando dos terceiros molares superiores, inicialmente o osso sobre a face vestibular é removido até a linha cervical do dente, expondo toda sua coroa clínica. A seguir deve ser removido o osso sobre a face mesial do dente, criando um ponto de apoio para a

colocação de uma alavanca e posterior liberação do dente. Nessas áreas é comum o emprego de cinzéis sob pressão manual para a remoção de osso. Para os demais dentes, a remoção de osso segue os mesmos princípios, sendo necessário a exposição da coroa do dente em primeiro lugar, para que depois o cirurgião avalie a necessidade de maiores desgastes ou não.

A remoção de osso deve ser feita de maneira criteriosa, a fim de preservar o máximo de estrutura óssea possível e promover uma perfeita desimpacção do dente, evitando assim fraturas de grandes tábuas ósseas alveolares.

Abaixo temos um exemplo de remoção óssea para exposição de um terceiro molar superior.



- Vista vestibular

Odontossecção

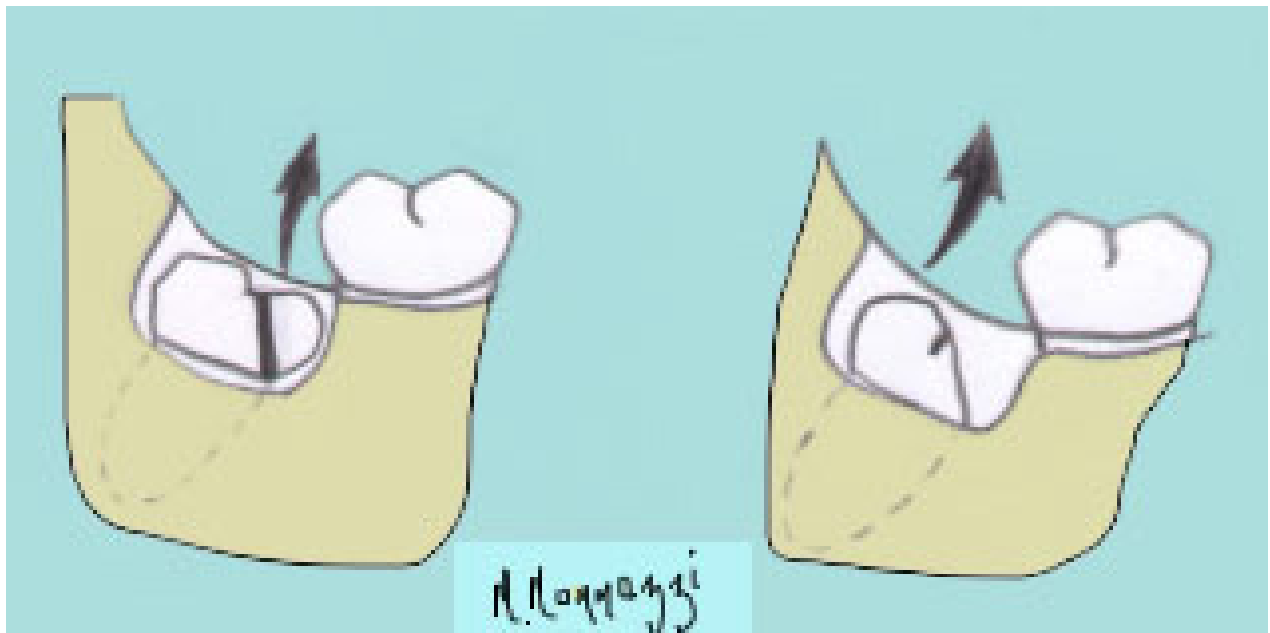
São cortes feitos nos dentes impactados com a finalidade de liberar pontos de impacção que impedem estes dentes de serem removidos. Sempre que pudermos optar entre liberar as impacções

às custas de desgaste dental ou de remoção óssea, devemos escolher o desgaste dental.

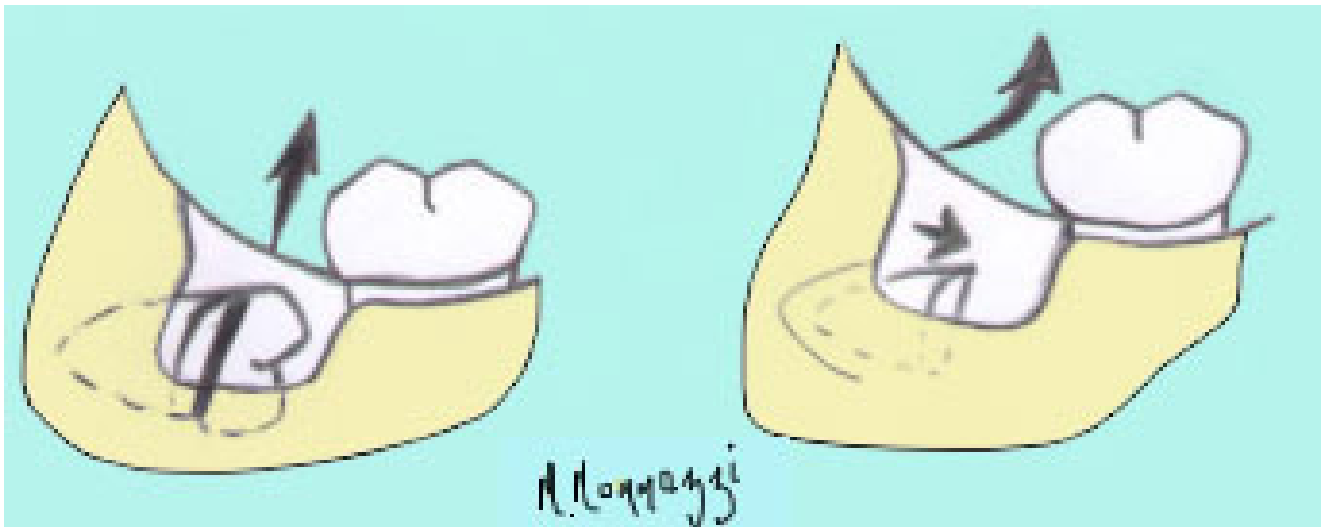
A odontosseção é geralmente feita com brocas montadas em caneta de alta rotação, a não ser em casos onde o desgaste pode ser feito no cimento ou dentina, que são estruturas menos mineralizadas nas quais o baixa rotação pode ser empregado.

Diversos profissionais preferem lançar mão da clivagem, que tem o mesmo propósito da odontosseção e é realizada com o uso de cinzéis e martelo. O corte das estruturas dentais devem ser feito de modo a eliminarem retenções que possam estar dificultando a remoção do dente de dentro do alvéolo. Para isso, os cortes devem ser feitos com inclinações apropriadas e planejadas para cada caso em particular.

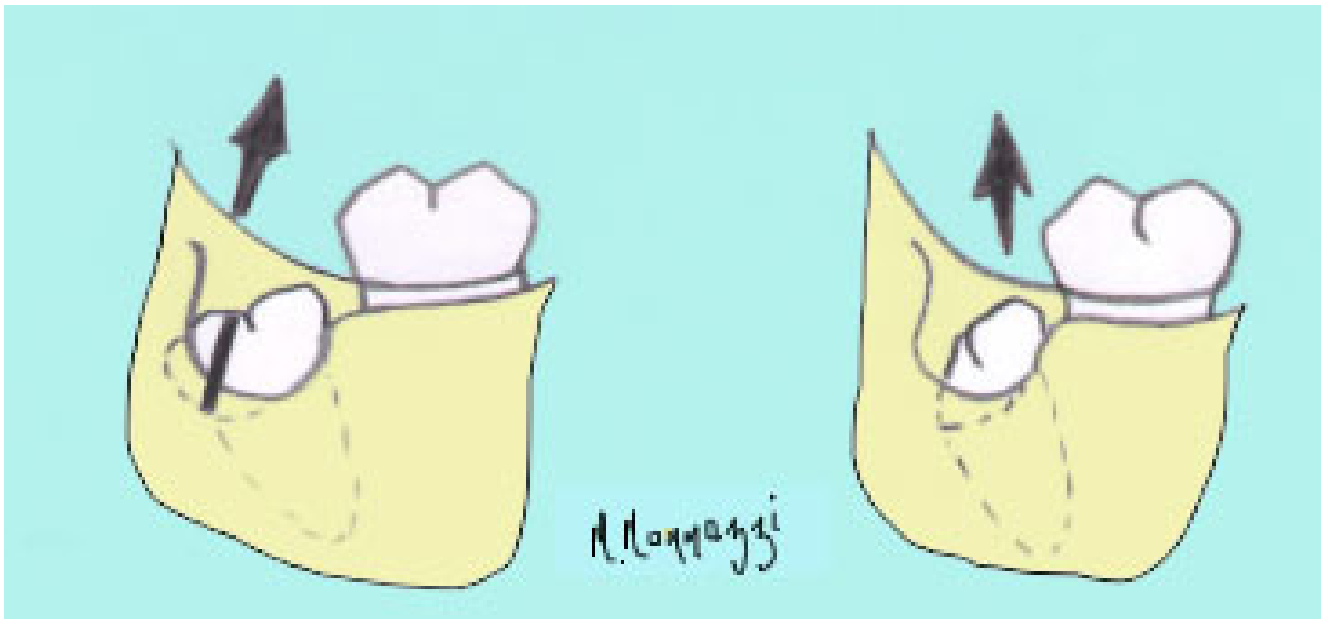
Abaixo podemos ver alguns exemplos de impacções e sugestões de secção dental.



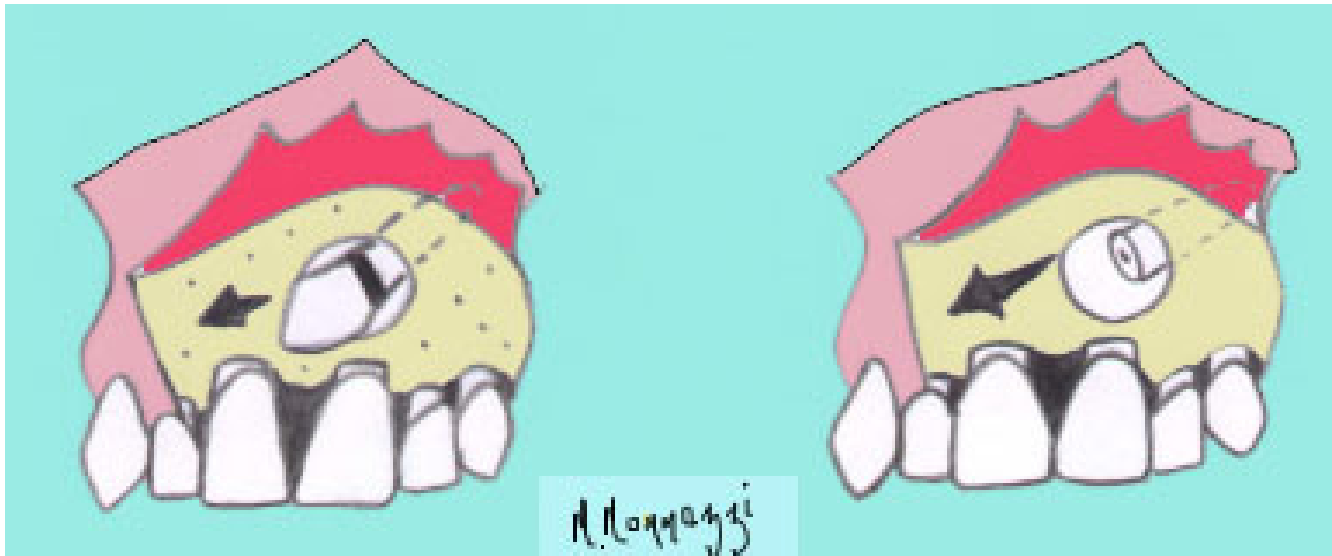
- Impacção mesial. As setas demonstram a direção na qual o dente deve ser avulsionado.



- Impacção horizontal



- Impacção distal



- Impacção de canino superior

Os terceiros molares superiores raramente são seccionados, no entanto para casos nos quais o seccionamento seja necessário devemos ficar atentos pois estes dentes estão em íntimo contato com o seio maxilar e demais estruturas anatômicas importantes.

Extração dental

Depois de concluído todos estes passos passamos para a remoção do dente. Neste momento o dente já se encontra praticamente livre de retenções dentro do alvéolo, sendo necessário para a sua remoção apenas um leve movimento com extratores. A remoção do dente deve ser feita no sentido da abertura óssea preparada anteriormente, de acordo com a inclinação das raízes, evitando a fratura do ápice das mesmas.

A remoção do dente geralmente é simples, no entanto se a mesma apresentar dificuldades ou exigir do cirurgião o emprego de muita força, o mesmo deve parar seu procedimento e checar os passos anteriores, pois o dente pode ter algum ponto de retenção que não foi corretamente liberado.

Força em excesso usada durante o movimento de avulsão do dente incluso pode ter conseqüências desastrosas. Estas conseqüências vão desde a lesão de dentes ou tecidos adjacentes ao dente que está sendo extraído, até a fratura de tábuas ósseas. Não sendo raras as vezes em que por causa de movimentos intempestivos e uso inadequado da força por parte do cirurgião, vemos a fratura de estruturas ósseas como o túber e a mandíbula.

Daí a importância do planejamento cirúrgico, pois nada adiantaria se a osteotomia e a odontosecção fossem feitas de forma arbitrária e não concernentes com a posição e inclinação das raízes.

Cuidados com o alvéolo

Neste item estão incluídos todos os cuidados que devemos ter com o alvéolo antes de ser realizada a sutura, objetivando um reparo mais rápido e de melhor qualidade.

Estas manobras são fáceis e rápidas de serem realizadas, porém o esquecimento de uma delas pode implicar em complicações futuras. As etapas estão descritas abaixo:

- Remoção do folículo pericoronário (na maior parte das vezes este se encontra na região distal do segundo molar);
- Remoção de espículas ósseas e arestas cortantes que possam ter ficado nas bordas do alvéolo;
- Curetagem do alvéolo. Deve ser feita levemente com o intuito de se remover espículas ósseas, pedaços de esmalte ou outros materiais que possam estar dentro do alvéolo;
- Raspagem dos dentes adjacentes. Removendo todo o cálculo dos dentes adjacentes ao alvéolo, diminuindo o número de bactérias e de possíveis contaminantes.

- Irrigação. Feita com soluto fisiológico procurando limpar e remover os debris teciduais e corpos estranhos da área;
- Formação do coágulo. Através da estimulação direta das paredes do alvéolo com as curetas ou outros instrumentais;
- Compressão bidigital das paredes do alvéolo. Reaproximando as tábuas ósseas e as bordas teciduais, bem como melhorando a hemostasia.

Sutura

A sutura é o último tempo cirúrgico, mas não deve ser feita antes dos cuidados prévios descritos anteriormente. A sutura deve ser feita principalmente com pontos interrompidos ou simples, pois estes são mais seguros e mesmo nos casos de afrouxamento ou perda de algum ponto, ainda teremos outros pontos mantendo a ferida coaptada.

Para realizar a sutura devemos ter em mãos um bom porta agulhas e fios de sutura adequados para a boca. Os fios podem ser absorvíveis (exemplo: Poliglactina 910 e Poliglecaprone) ou não absorvíveis (exemplo: Seda, Nylom, etc), sendo que mesmo usando os fios absorvíveis a remoção da sutura é feita em geral após 7 dias da cirurgia.

A sutura deve começar da borda móvel do retalho, ou seja, pela papila que foi mobilizada pela incisão (em casos de confecção de incisões relaxantes), depois são dados demais pontos, primeiro fechando a incisão vertical (relaxante) e depois fechando a incisão horizontal de anterior para posterior. Se a incisão usada foi a tipo envelope, então a sutura começa pelas papilas interdentais que foram divulsionadas e depois segue para posterior.

As suturas podem ser feitas de várias maneiras, no entanto para dentes retidos elas devem sempre que possível, serem feitas de modo a coaptar os bordos da ferida cirúrgica e permitir a cicatrização fechada ou por primeira intenção. Além disto a sutura

ainda tem a função de manter o coágulo estabilizado, impedir possíveis contaminações do alvéolo por alimentos, ajudar a manter a hemostasia e proporcionar maior conforto ao paciente.

Fase pós-cirúrgica

Orientações para o paciente

Após todas as cirurgias devemos passar orientações para os pacientes, orientações a respeito de como se portar nos dias que sucedem a cirurgia.

Como nem sempre o paciente está atento no término da cirurgia, devido ao cansaço e ao estresse cirúrgico, as orientações devem ser dadas por escrito ao mesmo, junto das prescrições medicamentosas.

Tendo sido dadas as recomendações básicas para o paciente, devemos fazer a prescrição dos fármacos, preencher as receitas médicas e entregá-las ao paciente, explicando o porquê e o horário que os remédios receitados devem ser ingeridos.

Geralmente, para cirurgias de dentes retidos são, receitados antibióticos e analgésicos, porém depende do trauma cirúrgico e da manipulação óssea que a cirurgia exigiu. Para casos de extrações normais, sem grandes retalhos e sem osteotomias, os antibióticos podem ser dispensados.

Já os anti-inflamatórios devem ser usados em casos especiais, nos quais, o paciente não aceita o edema pós operatório (que é uma ocorrência normal em cirurgias deste porte), ou em cirurgias muito agressivas nas quais se prevê um pós-cirúrgico mais complicado.

Um modelo de impresso com orientações para os pacientes pode ser visto abaixo.

Orientações pós-cirúrgicas

- 1- Manter a gaze protetora por no mínimo 30 minutos.*
- 2- Não esperar a dor para tomar analgésico. Tome imediatamente o analgésico receitado pelo profissional.*
- 3- Aplicar bolsas de gelo no rosto, sobre o local operado, durante 10 minutos, com descanso de 30 minutos, pelo maior tempo possível.*
- 4- Não fazer bochechos durante as primeiras 24 horas após a extração, lavar a boca com soluções antissépticas (pergunte ao profissional a mais indicada para cada caso) somente após o terceiro dia de pós-cirúrgico.*
- 5- No dia da extração evitar esforços físicos e se necessário manter repouso na cama, deitando-se sempre com a cabeça mais elevada que o resto do corpo(use travesseiros).*
- 6- Nos primeiros dois dias a alimentação deve ser líquida e fria(caldos, sopas, mingau, sucos, sorvetes, vitaminas, etc), e após o terceiro dia poderá ser pastosa(purê, carne moída.....).*
- 7- Em caso de saída de sangue maior que o normal, comprimir o local com uma gaze, durante 10 minutos, se não melhorar entre em contato com o seu dentista.*
- 8- Os dentes e a língua devem ser escovados, tomando cuidado com a área operada até a total cicatrização.*
- 9- Não mexer na área operada, ou no alvéolo dental (“buraco de onde o dente saiu”) com palitos ou outros objetos, nem mesmo fique passando a língua sobre o local.*
- 10- Não ficar cuspidando toda hora, pois estimula o sangramento.*
- 11- Toda a orientação e medicação recomendadas devem ser seguidas, a fim de se evitar complicações; e se ocorrerem complicações (dor exagerada, inflamação, mau odor, inchaço) entre em contato o mais depressa possível com o seu dentista.*

É válido alertar o paciente a respeito do pós-operatório, explicando-o que podem ocorrer edema, hematoma e até mesmo trismo (quando técnicas apropriadas são usadas para as intervenções, o que ocorre com maior frequência é o edema. Geralmente o edema é pequeno e não incapacita o paciente, além disso devemos lembrar os pacientes que após o terceiro dia (pico do edema) o mesmo tende a regredir, voltando à níveis pré-cirúrgicos em 7 ou 10 dias.

PÓS-CIRÚRGICO

Controle pós-operatório

Depois da cirurgia para a remoção de dentes retidos , devemos fazer controles pós-operatórios periódicos dos pacientes.

Geralmente o primeiro controle pós operatório é feito uma semana depois da cirurgia no momento da remoção dos pontos, desde que a cirurgia tenha transcorrido normalmente e o paciente não tenha experimentado nenhuma das complicações já descritas.

Nos controles, devemos observar o estado geral do paciente, indagar o mesmo a respeito do pós operatório (dor, edema, eritema, hematoma, etc), analisar as estruturas vizinhas a área operada e verificar a cicatrização da região propriamente dita.

Os próximos controles devem ser marcados com 15 e 30 dias após a cirurgia. Os controles são necessários, pois controlando de perto os pacientes em curtos intervalos de tempo, podemos abordar uma possível complicação em estágio inicial, o que dá um melhor prognóstico e maior rapidez de resolução.

Também devemos fazer o controle radiográfico do paciente, para que possamos acompanhar a cicatrização e o fechamento da loja óssea, bem como descartar a hipótese de lesões recorrentes devido ao folículo pericoronário.

CONCLUSÕES

As cirurgias para a extração de dentes inclusos exercem verdadeiro fascínio entre os graduandos do curso de odontologia. Por se tratar de uma cirurgia feita a nível ambulatorial, mesmo aqueles alunos que não têm vocação para a cirurgia acabam se envolvendo.

Nos preocupamos em passar conceitos gerais e básicos no decorrer deste manual, conceitos estes que devem ser estudados mais profundamente em livros ou artigos científicos.

Variações de técnicas cirúrgica, técnica de sedação ou ainda a terapêutica recomendada para as cirurgias são itens que não estão inclusos neste roteiro e devem ser estudados a parte.

De modo algum entendemos ser este um manual que dispensa outros estudos, alias o objetivo deste manual e justamente o oposto. Pretendemos fornecer um roteiro prático para que os alunos possam seguir as aulas a respeito deste assunto, facilitando e estimulando um estudo mais aprofundado deste tema e despertando o interesse para outros temas dentro da complexa área de atuação da cirurgia buco-maxilo-facial.

Esperançosos de estarmos melhorando e ampliando a gama de materiais didáticos, esperamos ter correspondido às expectativas das pessoas que buscaram orientação neste manual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - ALONSO VERRI, R. et al. Estudo clínico-radiográfico da incidência dos dentes inclusos em 3000 indivíduos. Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 27, n.5, p.274-279, 1973.

2 - BARROS, J. J. Princípios de cirurgia odontológica e Buco-Maxilo-Facial. V. 01. São Paulo: Artes Médicas, 1979.

3 - BRUCE R. A. et al. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. J Am Dent Assoc, 101:240, 1980.

4 CARDOSO, A. et al. Manual sobre manifestações bucais e controle de infecção. Caderno de Saúde bucal 3. Rede CEDROS, 1993.

5 - CARVALHO, ^a C. P. et al. Dentes inclusos. Ocorrência de extração e de transtornos. RGO, v.27, n.4, p.264-267, 1979.

6 - CHINQUEE T. A. et al. Surgical removal of the fully impacted mandibular third molar: the influence of flap design and alveolar bone height on the periodontal status of the second molar. J Periodontol, v.56, p.625, 1985.

7 - GRAZIANI, M. Cirurgia Bucomaxilofacial. 8. Ed .Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1995.

8 - GREGORI, C. Cirurgia odontológica para o clínico geral. São Paulo: Sarvier, 1988.

9 - JUNIOR, A. et al. Doenças virais e controle de infecção no ambiente de trabalho odontológico. Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro, 1994.

10 - KRUGER, G. O. Cirurgia Bucal e Maxilo-Facial. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

11 - LASKIN, D. M. Indications and contraindications for removal of impacted third molars. Dent Clin North Amer, v.13, p.919, 1969.

- 12** - LILLY, G. E. et al. Reaction of oral tissues to suture materials. Oral Surge, v.28, p.432, 1969.
- 13 – MARZOLA, C. Retenção Dental. São Paulo: Pancast, 1988.
- 14** - MOREIRA, J. G. C. Cirurgia dos dentes retidos. In: COLOMBINI, N. E. P. Cirurgia maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face. São Paulo: Pancast, 1991.
- 15** - NESSE , J. P.C. Terceros molares. Indicaciones para su extracciones. Odontologia Uruguay, v.13, n.1, p.17-22, dez, 1994.
- 16- OLIVEIRA, M. G. Dentes inclusos. Rev Fac Odontol Porto Alegre, v.27, p.37-48, 1985.
- 17** - PETERSON, L. J. Cirurgia Oral e Maxilo-Facial Contemporânea. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 18** - PETERSON, L. J. Rationale for removing impacted teeth: when to extract or not to extract. J Am Dent Assoc, v.123, n.7, p.198-204, 1992.
- 19** - SHAFER, W. G> et al. Tratado de Patologia Bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
- 20** - TOPAZIAN , R. G. Infecções Maxilofaciais e Oraís. 3. Ed. São Paulo: Santos, 1997.