



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

SILVESTARLEY OLIVEIRA DE ARAÚJO

**OSTEOTOMIA E ODONTOSSECÇÃO PARA EXODONTIA DE TERCEIRO
MOLAR IMPACTADO: RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

SILVESTARLEY OLIVEIRA DE ARAÚJO

**OSTEOTOMIA E ODONTOSSECÇÃO PARA EXODONTIA DE TERCEIRO
MOLAR IMPACTADO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A659o Araujo, Silvestarley Oliveira de.
Osteotomia e odontosseção para exodontia de terceiro molar impactado [manuscrito] : relato de caso / Silvestarley Oliveira de Araujo. - 2018.
27 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima , Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Cirurgia bucal. 2. Dente impactado. 3. Osteotomia. I.
Título

21. ed. CDD 617.605

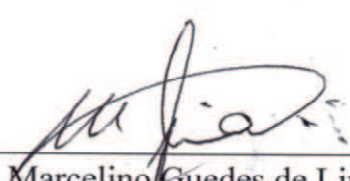
SILVESTARLEY OLIVEIRA DE ARAÚJO

**OSTEOTOMIA E ODONTOSSECÇÃO PARA EXODONTIA DE
TERCEIRO MOLAR IMPACTADO: RELATO DE CASO**

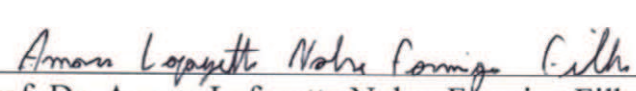
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito necessário para obtenção do título de
Bacharelado em Odontologia.

Aprovado em: 04/12/2018

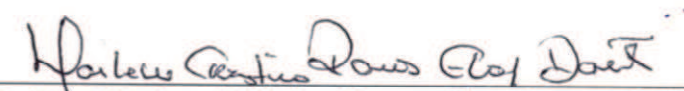
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho (1ª Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Darlene Cristina Ramos Eloy Dantas (2ª Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho aos meus pais **Audi** e **Luzimar**, por me educarem e me afluírem a trilhar o caminho da bondade e da retidão; aos meus irmãos **Silmara** e **Alandellon**, pelo companheirismo e pelo incentivo de percorrer e conquistar meus objetivos; a minha namorada e futura esposa **Cibele**, pela honra de sua companhia, e principalmente, por me ensinar a enxergar a vida sempre com bons olhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu chegasse até aqui e me ofertado muito mais do que eu acredito merecer. Minha gratidão, assim, deverá ser infinita. Tudo se faz conforme a Tua vontade. *“Porque Dele, e por Ele, e para Ele são todas as coisas; a glória, pois, a Ele eternamente. Amém!” (Romanos 11:36).*

A minha família, meus pais Audi e Luzimar, meus irmãos Silmara e Alandellon e meu cunhado Francinaldo por serem amparo nas mais variadas intempéries da vida; por me educarem e moldarem para que eu convirja-me, cada dia mais, aos princípios da moralidade, honestidade, do respeito, da benevolência e fraternidade para com o próximo; obrigado por me apoiarem e serem minha base para todas as realizações. Amo todos vocês! *“Ouça, meu filho, a instrução de seu pai e não despreze o ensino de sua mãe. Eles serão um enfeite para a sua cabeça, um adorno para o seu pescoço” (Provérbios 1:8-9).*

Ao anjo que zela meu coração, Cibele Prates, por ser apoio e equilíbrio. Por me impelir a ser uma pessoa cada vez melhor, não somente para mim, mas também para o próximo. Rogo para que Jesus Cristo continue abençoando nosso companheirismo. *“Quem encontra uma esposa encontra algo excelente; recebeu uma bênção do Senhor” (Provérbios 18:22).*

Aos meus amigos e colegas de faculdade, em especial ao meu amigo e dupla de atendimento nas clínicas, Alécio Marlon, pelo companheirismo, os bons incentivos, as boas conversas e sobretudo pelo prestígio que me foi dado, de também participar de sua vitoriosa trajetória. Você é parte fundamental dessa conquista. Ao meu amigo José Lucas, ser iluminado, por seus conselhos e sua lealdade. Continue sendo um discípulo do Senhor, propagador do amor e da bonança. Ao meu amigo Sandro Roberto, por dividir comigo importantes momentos de sua trajetória acadêmica com leveza e bom humor. Desejo sucesso na sua caminhada. A minha amiga Alana Fialho, dona de uma inteligência ímpar, é o espelho da perseverança e da competência. Torço muito por você. Também me marcaram positivamente e eu não poderia deixar de citar seus nomes: Dayse Ferreira, Dnusia Porto, Gertrud’Yara Pinheiro, Janay Noronha, Moniky Ferreira, Paolla Raimundo, Sofia Hiluey e Yane Marinheiro. *“O amigo ama em todos os momentos; é um irmão na adversidade” (Provérbios 17:17).*

Aos professores do Departamento de Odontologia da UEPB, Campus I, pela transmissão de conhecimento científico, profissional e humano. Cada um, com sua devida contribuição, corroboram para a formação de excelentes profissionais. Cito em especial, os nomes dos professores Alcione Barbosa, Alessandro Cavalcante, Alexandre Durval, Amaro Lafayette, Bruna Rafaela, Daliana Queiroga, Darlene Cristina, Jozinete Vieira, Julierme Andrade, Karla Rovaris, Marcelino Guedes, Poliana Muniz, Raquel Cristina, Renata Coelho, Renata Rocha e Tony Peixoto, os quais me marcaram de forma especial. *“O discípulo não está acima de seu mestre, mas todo aquele que for bem preparado será como o seu mestre” (Lucas 6:40).*

Aos demais funcionários da instituição, em especial meus amigos Alessandro, Alexandre Cordeiro, Christopher, Clécia, Cristina, Dione, Jocelma, Josefa (Pequena), Marta e Rejane, por tornarem meu cotidiano na faculdade mais receptivo, produtivo, organizado, alegre e descontraído. *“Se um cair, o amigo pode ajudá-lo a levantar-se. Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se!” (Eclesiastes 4:10).*

“Seja a mudança que você quer ver no mundo.”
(Mahatma Gandhi)

OSTEOTOMIA E ODONTOSSECÇÃO PARA EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR IMPACTADO: RELATO DE CASO

Silvestarley Oliveira de Araújo*

RESUMO

Os terceiros molares são geralmente os últimos dentes a irromper na cavidade bucal, e por isso, são comumente os mais encontrados em posição de inclusão, muitas vezes retidos por tecidos moles e/ou ósseos ou por falta de espaço disponível para erupção. A remoção destes dentes é um procedimento clínico comum na prática clínica de cirurgia oral menor, que apesar de ser considerado um procedimento complexo, apresenta suporte teórico e dispõe de técnicas que facilitam a realização do procedimento com resultado satisfatório. Este trabalho relata um caso clínico de osteotomia e odontosseção para exodontia de terceiro molar impactado em um adulto jovem de 23 anos de idade. A necessidade da remoção do terceiro molar inferior direito foi observada após exame clínico de rotina, realizado na Clínica de Aprofundamento em Cirurgia da UEPB, campus I, no semestre letivo 2017.2. Na anamnese não foi identificada nenhuma condição sistêmica que pudesse dificultar ou comprometer a realização da exodontia. No exame físico intra-oral observou-se que o paciente apresentava leve limitação de abertura bucal. Exames complementares radiográficos e hematológicos foram solicitados para avaliar a anatomia da área a ser operada e a saúde do paciente. No exame radiográfico foi evidenciada a posição do dente como semi-incluso impactado, com retenção horizontal e sugestão de proximidade com o canal mandibular. O tratamento indicado foi a exodontia por técnica terceira. Não houve intercorrência durante o tratamento e no pós-operatório o paciente relatou tumefação e trismo nos três primeiros dias.

Palavras-Chaves: Cirurgia Bucal. Dente impactado. Dente Serotino. Osteotomia.

*Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: silvestarley@hotmail.com

OSTEOTOMY AND ODONTOSECTION FOR THIRDLY MOLAR EXODONTIA IMPACTED: CASE REPORT

Silvestarley Oliveira de Araújo*

ABSTRACT

The third molars are usually the last teeth in the oral cavity, so they are most often found in position of inclusion, are often portrayed by soft tissues and/or as or because of lack of space available for eruption. Removal of these teeth is a common clinical procedure in the oral mouth, which despite being considered a complex procedure, presents a theoretical support and the functions of the techniques that facilitate the accomplishment of the procedure with satisfactory result. This work is a clinical case of osteotomy and odontostection for extraction of the molar elderly in a 23-year-old boy. Move away from the UEPB Surgery Deepening class, campus I, in the academic semester 2017.2. In the anamnesis, no systemic disease was identified that strengthened or compromised the accomplishment of the exodontia. In the physical examination, it was observed that the patient presented a level of mouth opening. Radiographic and hematological examinations were requested to evaluate the anatomy of the surgery area and the patient's health. On the radiographic examination the position of the tooth was evidenced as semi-impacted, with horizontal restriction and suggestion of proximity to the mandibular canal. The treatment indicated was an exodontia by third technique. There was no intercurrence during the treatment and in the postoperative period the patient reported swelling and trismus in the first three days.

Keywords: Oral Surgery. Tooth impacted. Serotoid tooth. Osteotomy.

* Undergraduate student in Dentistry at the State University of Paraíba - Campus I.
Email: silvestarley@hotmail.com

LISTA DE FIGURAS

Fig 01. Radiografia Panorâmica pré-operatória.....	12
Fig 02. (A) Impactação horizontal (B) Impactação mesioangular (C) Impactação classe 2 de Pell e Gregory (D) Impactação classe B de Pell e Gregory.....	12
Fig 03. Impactação horizontal com relação no ramo classe 2 e profundidade classe B.....	13
Fig 04. Equipamentos de Proteção Individual (EPI).....	14
Fig 05. Mesa cirúrgica para Exodontia por técnica terceira montada.....	14
Fig 06. Incisão e afastamento de tecidos moles.....	15
Fig 07. Osteotomia na mandíbula em área circundante ao dente incluído.....	16
Fig 08. Odontosecção do dente impactado.....	17
Fig 09. (A) Remoção do dente impactado (B) Fragmentos do dente.....	17
Fig 10. Sutura com ponto simples.....	18
Fig 11. Imagem clínica intra-oral após sete dias da cirurgia.....	18
Fig 12. Radiografia Panorâmica após seis meses da cirurgia.....	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 RELATO DE CASO	11
3 DISCUSSÃO	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXOS	25

1 INTRODUÇÃO

A condição fisiopatológica em que o dente, chegado o seu momento de erupção, apresenta algum impedimento para realizá-lo é considerada uma retenção dentária (SANTOS *et al.*, 2015). A falta de espaço no arco dental aparece como o principal fator etiológico da retenção, no entanto, hereditariedade, tendência evolutiva, patologias, traumas, alterações sindrômicas e sistêmicas podem estar associadas (GOMES *et al.*, 2004). A falta de espaço disponível no diâmetro méso-distal pode ser explicada pela redução dos maxilares e diminuição dos esforços mastigatórios, como um meio de adaptação a novos hábitos (MATOS *et al.*, 2017).

A impactação em terceiros molares pode ser provocada, além da falta de espaço, por crescimento esquelético limitado, aumento do tamanho da coroa de dentes inclusos, erupção distal da dentição, direção vertical do crescimento condilar, maturação tardia dos terceiros molares, maior largura do ramo e espaço inadequado entre a borda anterior do ramo e a distal do segundo molar inferior (RIBEIRO *et al.*, 2017).

A posição e a localização dos terceiros molares são fatores determinantes no planejamento e na complexidade do procedimento cirúrgico, e por isso, antes da delimitação do procedimento cirúrgico, é necessário realizar uma anamnese completa, assim como, um exame criterioso, complementado com uma avaliação imaginológica. (VANNUCCI, 2010).

A remoção cirúrgica de um terceiro molar impactado, envolve retalhos de tecidos moles e remoção de tecido ósseo e com frequência a inflamação pós-operatória, pode ser acompanhada por dor intensa, edema e limitação da abertura bucal (ALCÂNTARA *et al.*, 2014).

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo relatar um caso clínico de exodontia de terceiro molar inferior direito em um adulto jovem de 23 anos de idade, utilizando manobra de osteotomia e odontosecção.

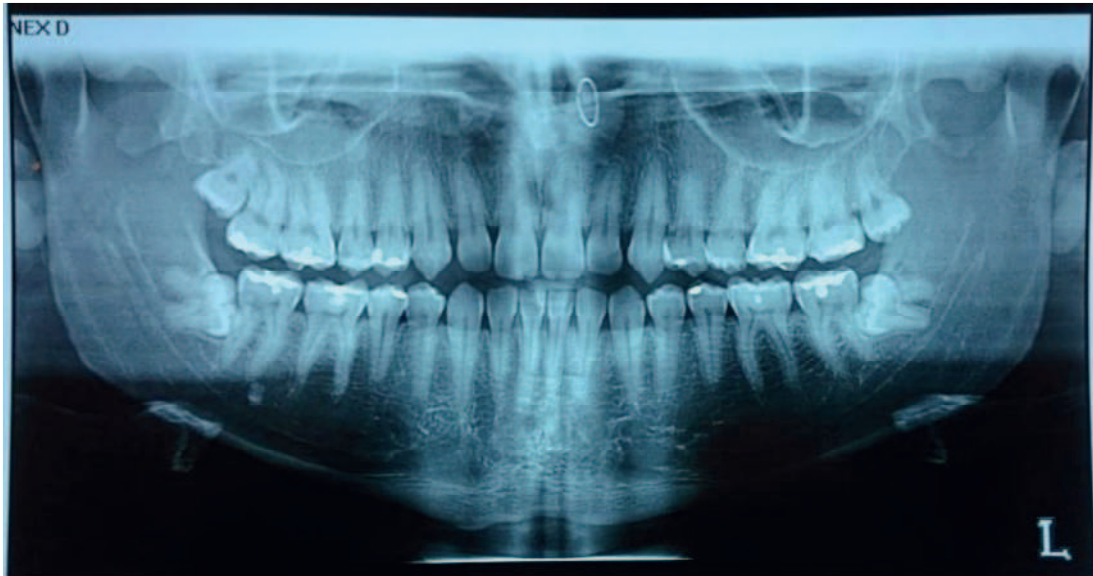
2 RELATO DE CASO

Paciente de 23 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, brasileiro, natural de Campina Grande-PB, compareceu a Clínica de Cirurgia Odontológica e Anestesiologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I, com queixa principal “preciso remover dentes lá de trás”. Na anamnese relatou não sofrer de nenhuma doença, não estar tomando nenhum medicamento, não ter tido desmaio, não ter parentes com histórico de Diabetes, não ter sangramentos muito extensos quando se corta ou quando extrai um dente e que a cicatrização da região acontece de forma normal; relatou ter sido aferida sua pressão arterial há dois anos e ter sido considerada normal.

Paciente relatou não ser alérgico a nenhum medicamento, substância ou material, não ter vícios, não ter hepatite, não apresentar história de anemia, não ter cefaleia frequente e não ter tonturas ou mal estar com frequência. Paciente relatou ter dificuldade de abrir a boca. Todas as informações foram registradas na Ficha Clínica de Cirurgia Odontológica e Anestesiologia (Anexo).

No exame físico extra-oral não foi identificada alteração digna de nota. Aferiu-se a pressão arterial e os resultados de 80mm/Hg diastólica e de 120mm/Hg sistólica foram obtidos. Os batimentos cardíacos foram auscultados e tivemos como resultado 64 bpm. O paciente relatou ter sangue tipo B, com fator Rh positivo e ser doador de órgãos. Ao exame intra-oral, observou-se uma leve limitação de abertura bucal e boas condições de higiene. O paciente não relatou sintomatologia dolorosa em nenhum lugar da cavidade bucal.

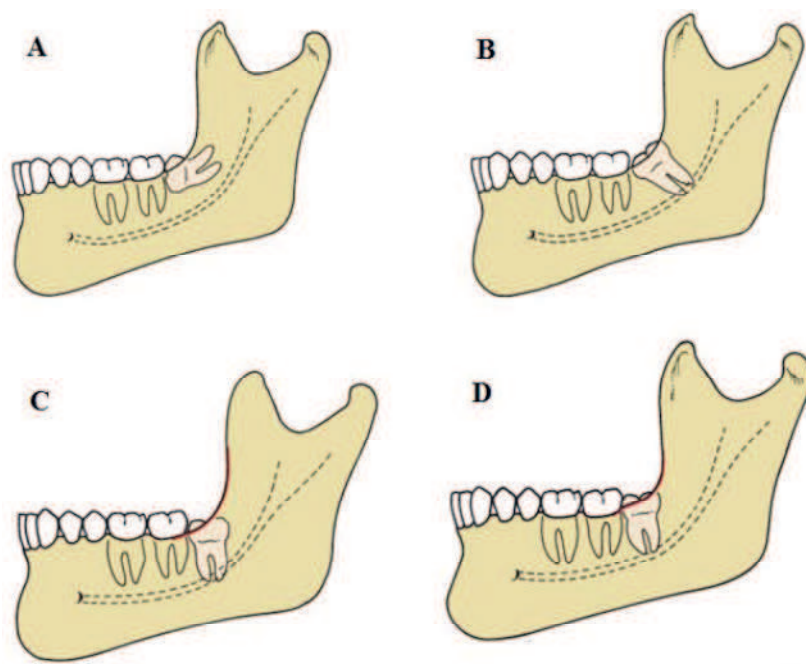
Na radiografia panorâmica solicitada com antecedência a consulta operatória (Figura 1), podemos observar a imagem mais acurada da anatomia total da região e perceber a semi-inclusão e impacção do dente 48 (primeiro molar inferior direito). A imagem radiográfica sugeriu proximidade das raízes do dente 48 com o canal alveolar inferior. Foi solicitado Tomografia Computadorizada (TC) de feixe cônico para melhor visualização e guia cirúrgico, mas o paciente não fez relatando condições financeiras insuficientes.



Fonte: do autor, 2018.

Figura 1: Radiografia panorâmica evidenciando os terceiros molares inferiores inclusos e impactados.

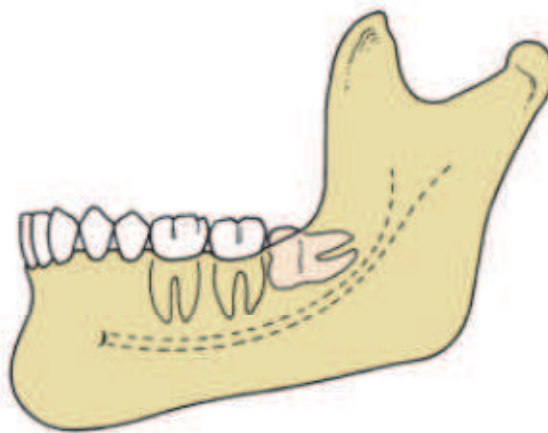
O dente apresentava uma impacção por angulação horizontal segundo a classificação de Winter (Figura 2 - A), o que é considerado de maior dificuldade de remoção em se comparando com a impacção mesioangular (Figura 2 - B). Em relação ao ramo da mandíbula, o dente em questão foi classificado classe 2 de Pell e Gregory, onde metade do diâmetro mesiodistal estava completamente coberta por osso do ramo (Figura 2 - C). E em relação ao plano oclusal, o dente 48 se classificava em classe B de Pell e Gregory, uma vez que o dente impactado estava numa linha entre o plano oclusal e cervical do segundo molar adjacente (Figura 2 - D).



Fonte: (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009)

Figura 2: (A) Impacção horizontal – incomum e mais difícil de remover que a impacção mesioangular. (B) Impacção mesioangular – a mais comum e mais fácil impacção de remover. (C) Impacção classe 2 de Pell e Gregory. Aproximadamente metade do dente está coberto pela porção anterior do ramo da mandíbula. (D) Impacção classe B de Pell e Gregory. Plano oclusal do dente impactado está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar.

Levando em consideração toda a classificação para dentes impactados, foi diagnosticado e classificado o dente 48 como: impactado horizontalmente, com ramo classe 2 e profundidade B de Pell e Gregory (Figura 3), e é assim, portanto, considerado uma extração com dificuldade moderada.



Fonte: (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2009)

Figura 3: Impacção horizontal com relação no ramo classe 2 e profundidade classe B fazem-no moderadamente difícil de ser removido.

O tratamento preconizado foi a exodontia do dente 48 por técnica terceira com o uso de manobras de osteotomia e odontossecação para evitar traumas desnecessários, consequentemente promovendo um maior conforto pós-operatório para o paciente, e diminuir os riscos de lesão ao nervo alveolar inferior devido sua proximidade com as raízes do dente em questão. O paciente foi orientado sobre a conduta a ser tomada concordando e assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo).

Para realização da cirurgia as normas de biossegurança foram rigidamente seguidas, com a paramentação da vestimenta do cirurgião-dentista e de seu auxiliar com o uso de roupa branca composta, calçado branco fechado, gorro, máscara, óculos, jaleco, avental cirúrgico e luvas cirúrgicas estéreis (Figura 4). Todos os instrumentais foram esterilizados em autoclave no expurgo do Departamento de Odontologia da UEPB, Campus I, e montados em mesa para Exodontia por técnica terceira (Figura 5).



Fonte: do autor, 2018.

Figura 4: Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) estéril do cirurgião.



Fonte: do autor, 2018.

Figura 5: Mesa cirúrgica para Exodontia por técnica terceira montada.

Foi feito a antissepsia extra-oral com solução de digluconato de clorexidina à 2% e a antissepsia intra-oral com solução de digluconato de clorexidina à 0,12% para descontaminação, evitando uma possível infecção da ferida cirúrgica. Anestésiamos a região a ser operada, utilizando a técnica anestésica direta, onde fizemos o bloqueio do nervo alveolar inferior direito, nervo bucal direito e do nervo lingual direito, com uso de solução anestésica cloridrato de mepivacaína à 2% com vasoconstrictor.

Foi realizado incisão horizontal com bisturi nº 15 da região retromolar até a linha distovestibular do segundo molar adjacente, contornando-o por sua face vestibular através do sulco gengival chegando até a porção mesiovestibular onde foi feita uma incisão vertical, criando um retalho de dois lados (retalho relaxante) o que promoveu uma melhor visualização da área do dente impactado e um melhor afastamento dos tecidos seccionados (Figura 6).

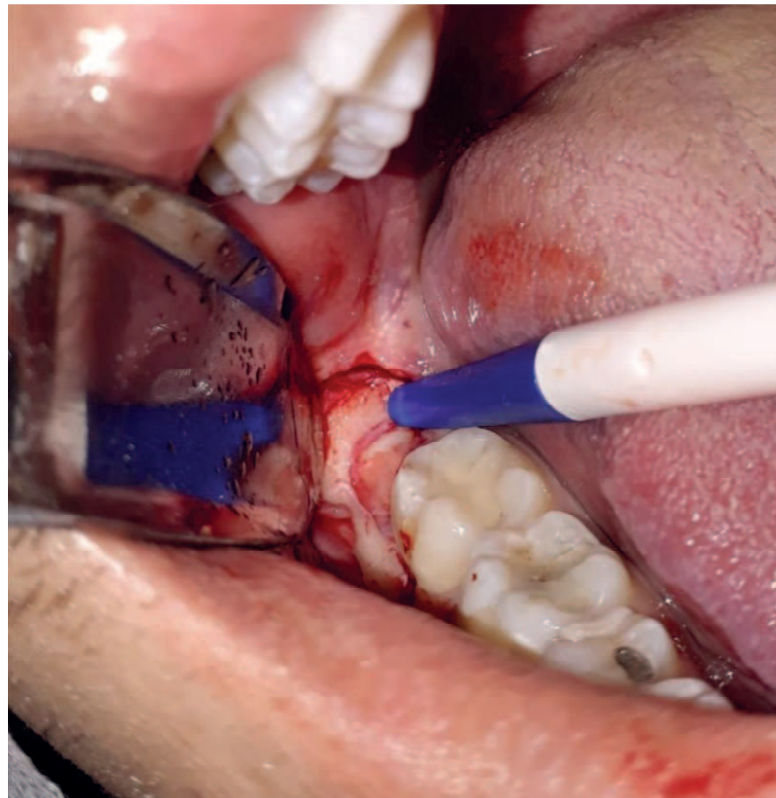
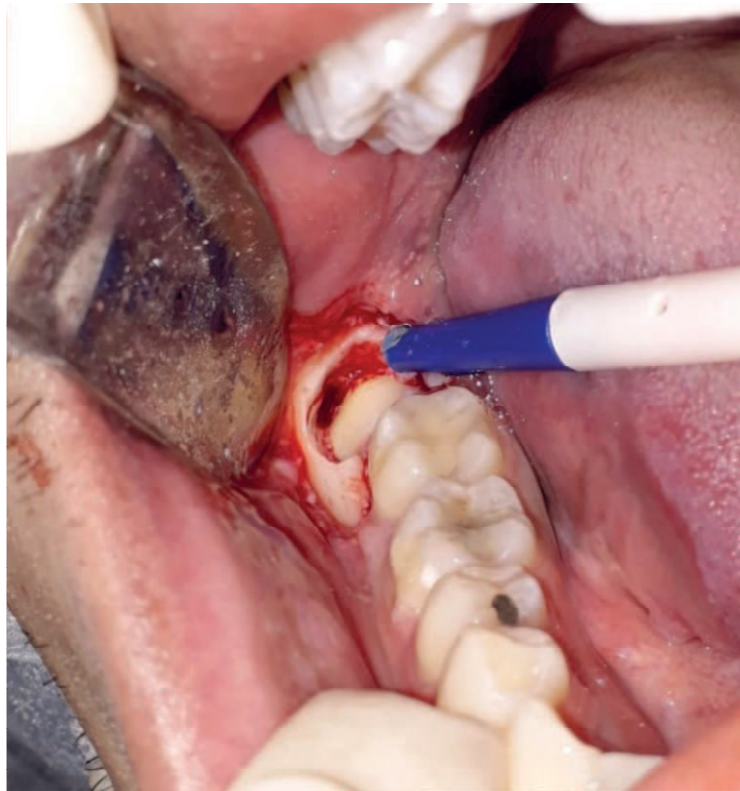


Figura 6: Incisão e afastamento dos tecidos circunjacentes.

Fonte: do autor, 2018.

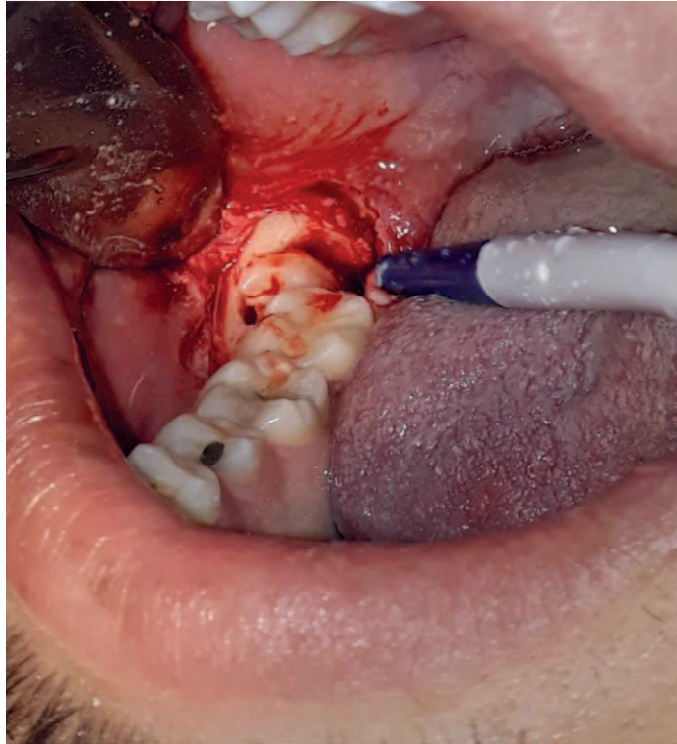
Após a incisão e descolamento do periósteo e demais tecidos da área foi feito uma adequada remoção de osso, osteotomia, abaixo da linha cervical (canaleta) com caneta de alta rotação e broca cirúrgica 702, expondo assim a face superior da raiz distal e da face distal da coroa do dente impactado (Figura 7). Em seguida foi feito a separação da coroa do dente e de suas raízes (odontosecção) com uso de caneta de alta rotação e broca cirúrgica zecrya (Figura

8). Concomitantemente ao uso da caneta de alta rotação, refrigeramos continuamente o tecido ósseo com solução de soro fisiológico estéril. Em seguida, a coroa do dente é removida e as raízes são deslocadas com uma alavanca para dentro do espaço previamente ocupado pela coroa, e depois avulsionado da cavidade bucal (Figura 9 A e B).



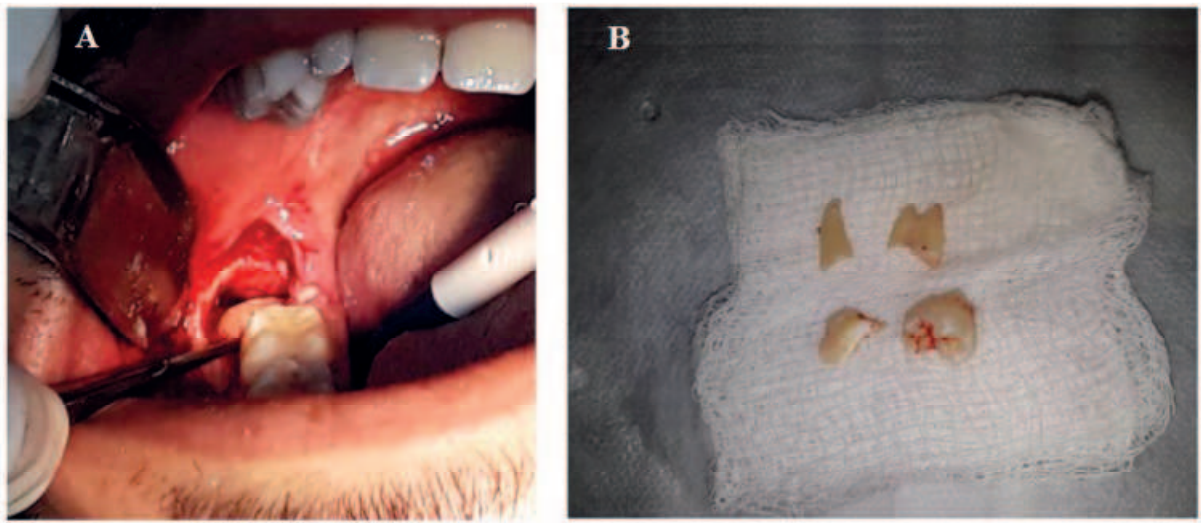
Fonte: do autor, 2018.

Figura 7: Osteotomia para melhor visualização e remoção do dente impactado.



Fonte: do autor, 2018.

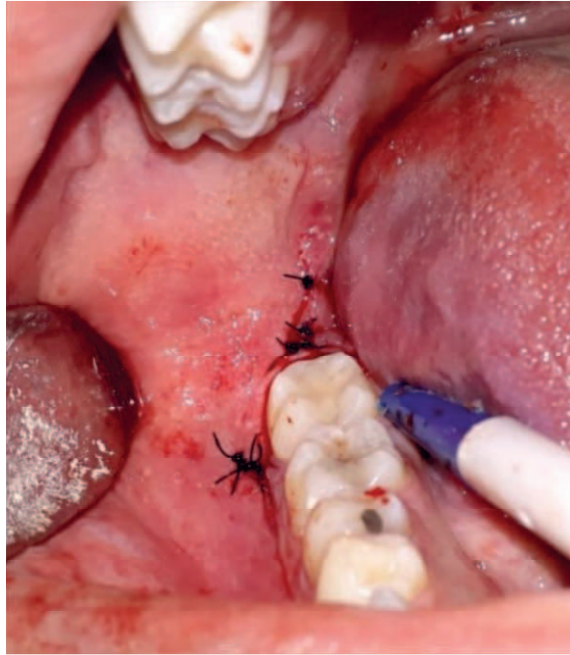
Figura 8: Odontosecção em nível cervical da coroa e separação das raízes.



Fonte: do autor, 2018.

Figura 9: (A) Uso de alavanca para remoção do dente impactado. (B) Fragmentos do dente.

A ferida cirúrgica foi curetada afim de extrair possíveis resquícios do saco folicular, e após realizada a manobra de Chompret, suturamos com pontos simples (Figura 10). Orientamos o paciente quanto aos cuidados pós-operatórios de higiene e alimentação. Prescrevemos o uso do antibiótico Amoxicilina 500mg por sete dias, de analgésico Dipirona 500mg em caso de dor e um anti-inflamatório Nimesulida 100mg por cinco dias.



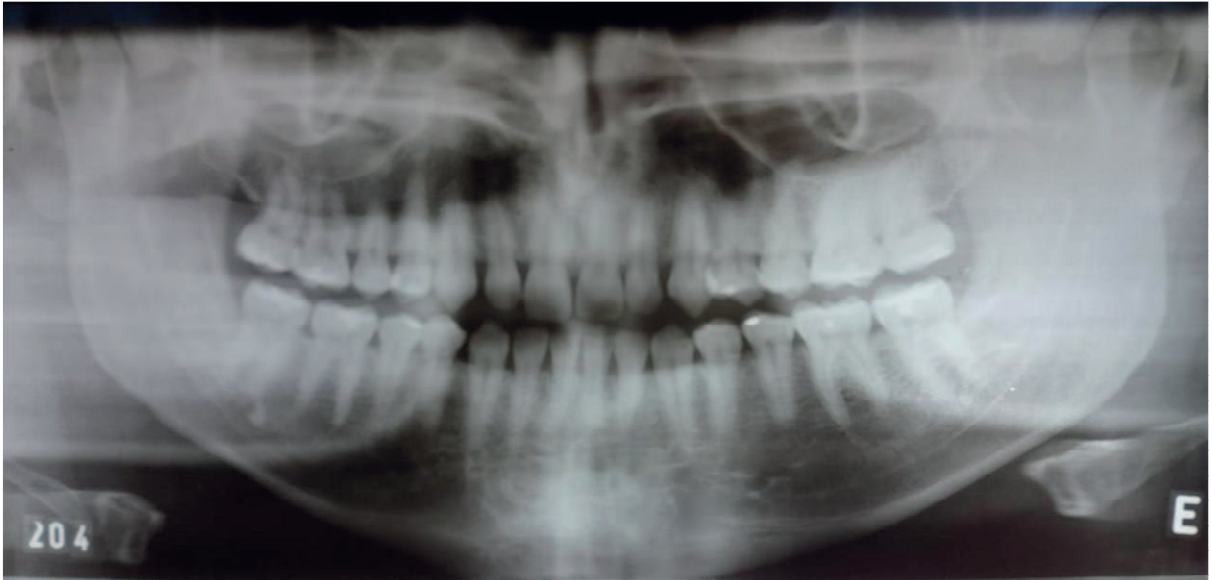
Fonte: do autor, 2018.
Figura 10: Sutura simples.

O paciente retornou a Clínica de Cirurgia Odontológica e Anestesiologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I, após sete dias da cirurgia para remover suturas (Figura 11) e relatou ter tido trismo durante os três primeiros dias e uma tumefação na área, que regrediu no quinto dia pós-cirurgia.



Fonte: do autor, 2018.
Figura 11: Sete dias após a cirurgia, sutura removida e região bem cicatrizada.

Após seis meses o paciente retornou a Clínica de Cirurgia Odontológica e Anestesiologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I, para controle e preservação do caso. Foi feita uma nova radiografia panorâmica e nada foi constatado de alteração digno de nota (Figura 12).



Fonte: do autor, 2018.

Figura 12: Radiografia panorâmica após seis meses de cirurgia.

3 DISCUSSÃO

Este relato descreve a exodontia de um terceiro molar inferior direito impactado, pelo uso de técnica terceira com manobras de osteotomia e odontosseção.

A remoção cirúrgica de terceiros molares é um procedimento que causa preocupação aos cirurgiões-dentistas devido ao alto risco de complicações trans e pós-operatórias. O grau de dificuldade para exodontia de terceiro molar relacionado ao ramo ascendente da mandíbula aumenta progressivamente conforme seu número na classificação de Pell & Gregory (I, II e III) (SEBASTIANA *et al.*, 2011).

O tratamento de escolha para este caso foi a exodontia, conforme sugerido pela literatura, no sentido de evitar prejuízos à dentição permanente, como apinhamento, pericoronarite, cárie, problemas periodontais na face distal dos segundos molares e cistos odontogênicos (NORMANDO, 2015). Além disso, consideramos a relação de proximidade com estruturas nobres (ARAÚJO *et al.*, 2011), como o canal mandibular, afim de preservar o nervo alveolar inferior de impactos que podem ser causados, por exemplo, pela pressão exercida na mastigação e deglutição.

Em casos de cirurgias para extração dentária é importante que os pacientes recebam informações sobre o curso provável de sua recuperação pós-operatória, e neste caso, as informações que lhes permitam avaliar os riscos de retenção dos terceiros molares impactados e que justifiquem a necessidade de remoção são fundamentais (IBINKULE; ADEYEMO, 2017). Além disso, com o objetivo de diminuir a incidência de complicações, alguns procedimentos pré-operatórios, como uma boa assepsia extra e intraoral, cautela no manejo dos tecidos e orientação de higiene e medicação adequada no pós-operatório, são indispensáveis (CORDEIRO; SILVA, 2016).

As complicações associadas à remoção dos dentes retidos são relevantes, vão desde pequenas consequências normais de dor e edema no pós-operatório até danos nervosos persistentes, fraturas mandibulares e infecções graves, e são auxiliadas por fatores locais e gerais que incluem a posição do dente, a idade do paciente, o gênero, o estado de saúde, o conhecimento, o planejamento, a técnica, a experiência do cirurgião-dentista e o equipamento cirúrgico utilizado (MARTINS *et al.*, 2010; SEBASTIANA *et al.*, 2011).

O envolvimento de retalhos de tecidos moles e remoção de tecido ósseo na exodontia, especialmente de terceiros molares impactados, pode desencadear uma inflamação pós-operatória acompanhada por dor, edema e trismo (BATISTA, 2018).

O tratamento com medicamentos analgésicos para o controle da dor aguda, resultante da resposta inflamatória que acompanha o dano tecidual, tem a finalidade de garantir uma melhor recuperação no pós-operatório, assegurando conforto ao paciente e recuperação da função diária normal (COOPER, 2015).

O uso de analgésicos e de anti-inflamatório esteroides ou não esteroides no controle da dor, edema e trismo varia entre os profissionais como base em fatores como a experiência, histórico médico dos pacientes e informações obtidas das propriedades farmacológicas dos medicamentos (BATISTA, 2018).

Considerando a saúde geral e o bem-estar do paciente, o cirurgião dentista deve estar familiarizado com as alterações funcionais e anatômicas relacionadas ao desenvolvimento e comportamento dos dentes na cavidade oral e as possíveis repercussões para o paciente, uma vez que as decisões a serem seguidas devem ser estabelecidas através de uma observação minuciosas do caso. E para isso, é fundamental fazer um diagnóstico adequado, por meio da anamnese, exame físico do paciente associado a exames de imagem, que fornecem uma melhor visão, localização mais precisa da área e identificação das estruturas anatômicas associadas.

Além disso, a explicação dos procedimentos utilizados para diagnosticar o caso, a técnica aplicada ao tratamento e a abordagem do controle pós-operatório apresentadas neste estudo podem contribuir aos cirurgiões-dentistas em casos semelhantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico apresentado constitui-se de um exodontia de terceiro molar impactado, com deslocamento de tecido mole (retalhos mucosos) e utilização de instrumentos rotatórios. Os cuidados pré, trans e pós-operatórios evitam a ocorrência de acidentes e complicações. A prevenção de danos deve ser considerada como um dos fundamentos para cada exodontia. O planejamento e execução da técnica seguiu as recomendações da literatura. A abordagem de tratamento executada foi considerada sucesso clínico, foram mantidas as condições de saúde bucal do paciente, respeitando a sua anatomia e fisiologia.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. E. P.; FALCI, S. G. M.; OLIVEIRA-FERREIRA, F. Pre-emptive effect of dexamethasone and methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery: a split-mouth randomized triple-blind clinical trial. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 43, p. 93-98, 2014.

ARAÚJO, O. C.; AGOSTINHO, C. N. L. F.; MARINHO, M. R. F. *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, C. E. M. Estudo clínico comparativo entre duas medicações antiinflamatórias no controle da dor, edema e triamo após exodontias de terceiros molares inferiores impactados. **Monograf.**, Teresina, p. 10-75, 2018.

COOPER, S.; LAURORA, I.; WANG, Y. Efficacy and tolerability studies evaluating a sleep aid and analgesic combination of naproxen sodium and diphenhydramine in the dental impaction pain model in subjects with induced transient insomnia. **Int J Clin Pract.**, v. 69, n.10, p. 1149-1158, out., EUA, 2015.

CORDEIRO, T. O.; SILVA, J. L. Incidência de acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares realizadas em uma clínica escola de cirurgia oral. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.18, n.1, p. 37-40, jan./jun., 2016.

GOMES, A. C. A.; DIAS, E. O. S.; BEZERRA, T. P. *et al.* Terceiros molares: o que fazer? **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.4, n.3, p. 137 - 143, jul./set., 2004.

HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 5ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

IBIKUNLE, A. A.; ADEYEMO, W. L. Oral Health-Related Quality of Life Following Third Molar Surgery in an African Population. **Contemp Clin Dent.**, v. 8, n.4, p. 545-551, out./dez., 2017.

MATOS, A. F. S.; VIEIRA, L. E.; BARROS, L. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Rev Psicol Saúde e Debate**, v.3, n.1, p. 34 – 49, jan., 2017.

MARTINS, M.; GARCIA, M. A. P.; FERNANDES, M. V. Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n.2, p. 278-284, abr., 2010.

NORMANDO, D. Terceiros molares: extrair ou não extrair? **Dental Press J Orthod**. V. 20, n.4, p 17-18, jul./ago., 2015.

RIBEIRO, D. M.; GARCIA, P. R. F.; FRANCISCO, T. N. Avaliação do posicionamento de terceiros molares inferiores retidos e sua possível correlação com o ângulo goníaco. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 105-111, abr./jun., 2017.


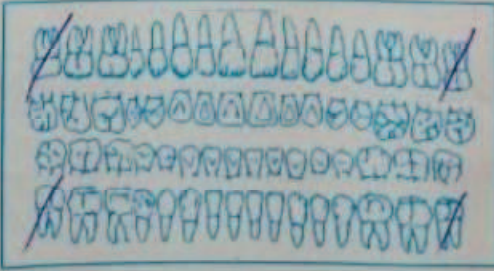
SEBASTIANA, A. M.; GABARDO, G.; MACHADO, J. S. *et al*. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à remoção dos terceiros molares na Universidade Federal do Paraná. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.11, n.3, p. 93-102, jul./set. 2011.

SANTOS, T. L.; SANTOS, E. J. L.; LINS, R. B. E. *et al*. Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. **Rev Odontol UNESP.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 6-11, jan./fev., 2015.

VANNUCCI, M. G.; FRITZEN, T. N.; MORAES, J. F. D. *et al*. Estudo comparativo da variabilidade da posição de terceiros molares retidos em paciente jovens e adultos jovens. **Stomatos**, Canoas, v.16, n. 31, p. 4-13, jul./dez. 2010.

ANEXO

ANEXO – FICHA CLÍNICA DE CIRURGIA ODONTOLÓGICA E ANESTESIOLOGIA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

 <p>Universidade ESTADUAL DA PARAIBA</p>	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA - UEPB CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE		
	DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA CURSO DE ODONTOLOGIA		
	FICHA CLÍNICA DE CIRURGIA ODONTOLÓGICA E ANESTESIOLOGIA		
Identificação			
Nome: <u>Hugo Estefano Mendoças Dantas</u>			
Endereço: <u>R. Rodrigues Alves</u>		Nº: <u>1979 (301)</u>	
Bairro: <u>Universitário</u>		CEP: _____	
Identidade: <u>3.619.914</u>		Tel.: <u>(81) 9982-06576</u>	Data Nasc.: <u>22/11/1999</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Est. Civil: <u>Solteiro</u>	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Natural: <u>Campaná Grande</u>		Responsável: _____	Data: <u>07/03/2018</u>
Aluno(a): <u>Alma Fialho José Lucas</u>			
Motivo da Visita			
<u>"Preciso remover dentes 1º de trás"</u>			
História atual da doença (Cronologia da queixa principal)			
<u>Paciente relatar necessidade de exodontia dos 3º molares</u>			
História Médica (Pesquisa dos sistemas)			
1. Sofre de alguma doença?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Qual: _____ Quanto tempo: _____			
2. Está tomando algum medicamento?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Nome comercial: _____ Posologia: _____			
3. Já teve algum desmaio?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4. Sua pressão arterial é normal?		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando aferiu pela última vez? <u>2016</u> PA: <u>120/80</u>			
5. Tem algum diabético na família?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
6. Sangra muito quando se corta ou extrai dente?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7. Cicatriza normalmente a região atingida?		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8. É alérgico a medicamentos, substâncias ou materiais?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Quais? _____			
9. Tem algum vício?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
10. Tem dificuldade de abrir a boca?		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11. Já teve hepatite?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
12. Apresenta história de anemia?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
13. Tem cefaléia frequente?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
14. Tem tonturas, mal estar com frequência?		Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Exame Físico e Clínico			
P.A. Max: <u>120</u> Min: <u>80</u>		Tipo sanguíneo: <u>B+</u>	Pulso: <u>64</u>
Temperatura: _____			
Doador de órgão ou tecido		<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso de alteração tecidual, macroscópica, indique a sua localização (região):			
Odontograma			
			

Exames solicitado

Hematológicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemograma, plaquetas em placa, TS, TC, TP, VSH
Radiográfico	<input checked="" type="checkbox"/>	Panorâmica
Especiais		

Exames que o paciente trouxe: Hemograma, plaqueta em placa, TS, TC, TP, VSH, Panorâmica.

Diagnóstico provável: _____

Tratamento proposto: Cirúrgico radical Cirúrgico conservador ()

Terapêutica medicamentosa:

Antibiótico	<input checked="" type="checkbox"/>	Amoxicilina 500mg, 8/8h, 7 dias (38)
Analgésico	<input checked="" type="checkbox"/>	Dipirona 500mg, 6/6h, em caso de dor
Anti-inflamatório	<input checked="" type="checkbox"/>	Paracetamol 600mg, 12/12h, 5 dias
Outros		
Marca comercial		
Posologia		

Descrição do ato cirúrgico (via de acesso - técnica e tática)

- 22/03/18 @ Evolução dos dentes 38 e 38^o via alveolar, técnica ressecada, técnica oncológica infiltrativa, remoção de sulco + parodontais, conduto de localização 38 e 48 - 3 tubetes (VAFS 30 mg/ml com fracionamento de cloridrato de epinefrina 0,14 mg/ml)
- 03/05/18 @ 38 - técnica oncológica bloqueio de nervo alveolar e nervo ~~mandibular~~ via alveolar, com osteotomia e odontoseção, técnica ~~ressecada~~ - conduto de membrana a 20mg/ml / epinefrina 0,14 mg/ml (2 tubetes)
- 21/05/18 @ 48 - técnica oncológica bloqueio de nervo alveolar superior e nervo ~~mandibular~~: conduto de membrana a 20mg/ml / epinefrina 0,14 mg/ml (2 tubetes). Via alveolar, com osteotomia e odontoseção, técnica tucura.

Nota de alta (pós-operatório) _____ Data _____

Ocorrências: _____

Alunos(a) responsável: José Lucas e Alana Fialho

Visto do professor: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito de retenção e uso de radiografias, fotografias, resultados de exames clínicos e/ou laboratoriais e outras informações contidas nesta ficha clínica, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro.

Campina Grande, 07 de março de 2018

Hugo Stefonclinton Pontes
(Assinatura do Paciente)

Nome	RG Nº	CPF Nº
Hugo Stefonclinton Pontes	2674917	09299243418