

Conduta preventiva para exodontias de terceiros molares ectópicos - Relato de caso clínico

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.003-011>

Sérgio Honório

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela USP
Mestrando em Cirurgia pela UNIFESP
Afiliação: Universidade Federal de São Paulo, Ciência Cirúrgica Interdisciplinar, São Paulo, SP – Brasil
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3813424779463076>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6547-7262>
E-mail: serghonorio@gmail.com

Carlos Henrique Bevilaqua

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela USP
E-mail: chbevi@ig.com.br

Mirian Fajardo Cerdeira

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela USP
E-mail: miriancerdeira@hotmail.com

RESUMO

Os terceiros molares são um dos grandes desafios em cirurgia oral devido as mais diversas posições que estes dentes se encontram na arcada dentária como sugerem as classificações descritas por Pell e Gregory, segundo MEDEIROS(1) et al.. Somado a isso temos também variações morfológicas das raízes em número e forma. Este relato de caso visa trazer uma conduta preventiva para a exodontia de terceiros molares ectópicos, que possuem alto risco de migrar para outros espaços anatômicos durante o ato operatório, trazendo mais tranquilidade para a ação do cirurgião dentista nas cirurgias ambulatoriais ou hospitalares.

Após confirmação da necessidade através de Tomografia Computadorizada, o paciente foi submetido a cirurgia de remoção do dente terceiro molar seguindo os protocolos cirúrgicos normais até a exposição do elemento dentário, onde utilizou-se de um fio de amarrilho trespassado no dente após perfuração do mesmo, para garantia da tração sem a possibilidade de levar o mesmo ao espaço submandibular.

O ato cirúrgico foi realizado com tranquilidade pela abordagem utilizada, o paciente foi acompanhado no trans e pós-operatório, com resultados excelentes.

Concluimos que a estratégia utilizada consagra um método eficiente para diminuir as ocorrências de acidentes trans-operatórios em relação a espaços nobres da anatomia facial.

Palavras-chave: Dente Molar, Prevenção Primária, Extração Dentária, Dente do Siso, Dente Incluso, Terceiro Molares Ectópicos.

1 INTRODUÇÃO

Os terceiros molares são um dos grandes desafios em cirurgia oral devido as mais diversas posições que estes dentes se encontram na arcada dentária como sugerem as classificações descritas por Pell e Gregory, segundo MEDEIROS et al.⁽¹⁾. Somado a isso, temos também, variações morfológicas das raízes em número e forma.

Outras dificuldades advém de posições ectópicas, criando maiores problemas ao profissional que realizará a remoção destes dentes em ambulatório, mesmo aos especialistas em cirurgia e traumatologia buco maxilo faciais.

Dentre estas dificuldades, encontram-se os espaços anatômicos, como o espaço submandibular, onde os terceiros molares podem migrar durante o ato cirúrgico, necessitando muitas vezes a atuação em segundo tempo cirúrgico, muitas vezes em ambiente hospitalar.

Este relato de caso visa trazer uma conduta preventiva para a exodontia de terceiros molares ectópicos, que possuem alto risco de migrar para outros espaços anatômicos durante o ato operatório, trazendo mais tranquilidade para a ação do cirurgião dentista nas cirurgias ambulatoriais ou hospitalares.

O caso apresentado foi executado em clínica de aperfeiçoamento e especialização em cirurgia.

2 RELATO DE CASO

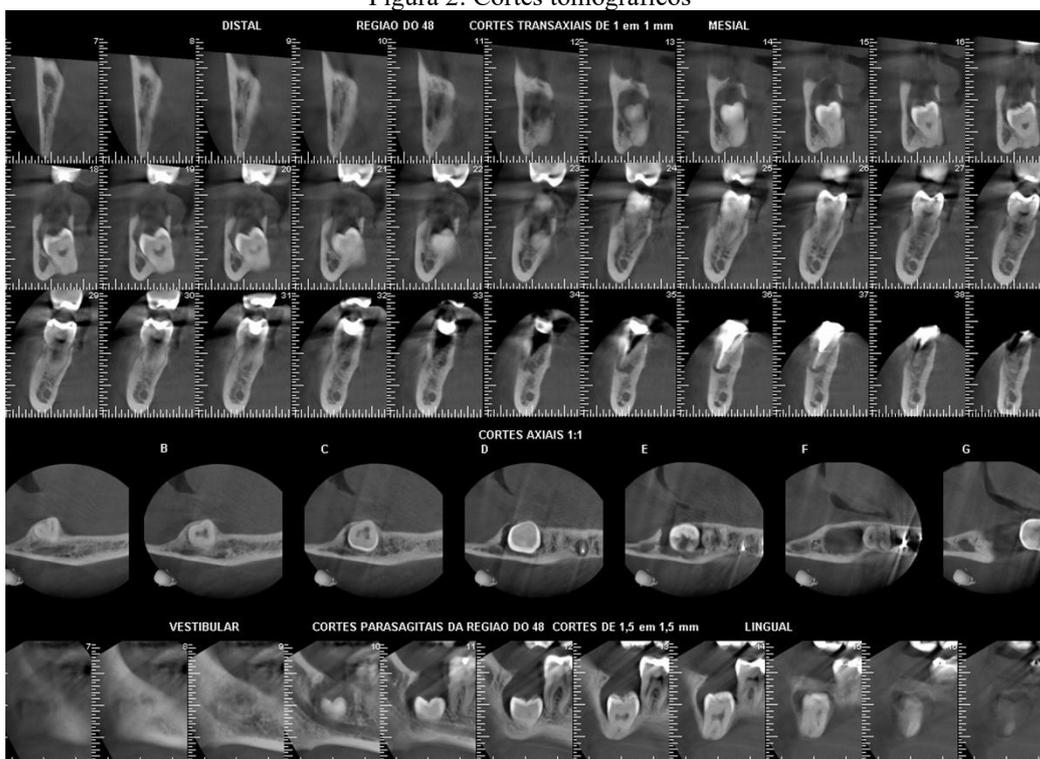
O caso a seguir for abordado em clínica de aperfeiçoamento e especialização em cirurgia, com a realização de cirurgia de exodontia de terceiro molar inferior do lado direito em posição vertical.

Foi realizado Exame Tomográfico Computadorizado obtido com cortes axiais de 0,125mm de espessura pela Técnica Volumétrica de Pequeno Volume, com orientação paralela à superfície oclusal, seguidos de reformatações transaxiais. No laudo verificou-se a presença do terceiro molar inferior direito impactado em posição vertical, deslocado no sentido basal, com sua coroa inclinada para vestibular, localizado na região do trígono retromolar direito e com a sua porção apical em continuidade com a cortical óssea lingual. Notou-se extensa rarefação óssea pericoronária associada ao mesmo dente, com interrupção da crista óssea alveolar e da cortical lingual; adelgaçamento da cortical óssea vestibular e lingual. (figuras 1 e 2)

Figura 1: Panorâmica em cortes tomográficos



Figura 2: Cortes tomográficos



A abordagem pré-operatória foi preconizada com Amoxicilina 1.500 mg diárias, em doses de 500 mg de 8 em 8 horas por 7 dias iniciando-se 1 dia antes do ato operatório; Nimesulida 200 mg diárias, em doses de 100 mg de 12 em 12 horas por 3 dias, iniciando-se na manhã do ato operatório e; Lisador gotas, com a posologia de 35 gotas de 6 em 6 horas em caso de dor.

No ato cirúrgico foi realizada a antisepsia intraoral com digluconato de clorexidina aquosa 0,2% em bochecho de 2 minutos e extraoral com digluconato de clorexidina alcoólica 2% ao redor da boca realizado com pinça Cheron e compressas de gaze.

Optou-se pela conduta anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior através de anestesia regional pterigomandibular com 1 tubete de mepivacaína HCL 2% com epinefrina 1:100.00

(**Mepiadre 100 DFL**), complementando-se com meio tubete do mesmo anestésico no nervo bucal e o meio tubete restante no nervo lingual, segundo EVERS e HAEGERSTAM⁽²⁾.

Após constatada a resposta anestésica pelo paciente, observando efeito anestésico extremamente satisfatório com mínima quantidade da mepivacaína HCL 2% com epinefrina 1:100.000 (**Mepiadre 100 DFL**), preconizou-se a incisão de Szymd que consiste em uma incisão intra-sulcular com cabo de bisturi número 3 e lâmina 15, na região de primeiro e segundo molar, com relaxante partindo da parede distal do segundo molar com inclinação de 45° para vestibular posicionando a mesma sobre a parede superior do ângulo e ramo ascendente da mandíbula, segundo SILVA⁽³⁾ et al..

Realizou-se divulsão de tecido gengival e periostal com instrumento de Molt e apresentação do campo cirúrgico.

Com a apresentação da área a ser realizado o ato cirúrgico, foi executada a osteotomia ao redor da coroa do terceiro molar com broca carbide curta FGOS 702 (Jet) em alta rotação melhorando a visibilidade e área de acesso para a colocação do instrumental para a exodontia.

Após a exposição da coroa dentária, utilizou-se broca esférica diamantada longa de diâmetro 3207 (KG Sorensen) em alta rotação para a perfuração da coroa do terceiro molar no sentido mesio distal com profundidade suficiente para não haver fratura da ponte de esmalte.

Passo seguinte à perfuração, foi transpassado fio de amarrilho 0,30 (Morelli) sem tensão.

O fio de amarrilho foi posicionado de modo a que o segundo cirurgião mantivesse o apoio necessário para a manutenção do dente em caso de o mesmo migrar para o espaço submandibular durante o ato cirúrgico. (figura 3)

Figura 3: Fio de amarrilho posicionado após perfuração



Executou-se a luxação do dente com alavancas Seldin retas e anguladas até promover a liberação do dente do seu alvéolo e a retirada do mesmo com o auxílio do fio de amarrilho. (figura 4)

Figura 4: Remoção do elemento dentário



Após a extração o alvéolo foi lavado com soro fisiológico, realizada limagem das bordas e curetagem com cureta de Lucas número 3 para a remoção de possíveis espículas ósseas dentro do alvéolo.

A sutura foi realizada com fio mononylon 3.0, agulha 20mm, 3/8, tipo triangular, em pontos únicos no trajeto da incisão.

A paciente foi acompanhada em pós-operatórios de 7, 15 e 30 dias com resultado excelente e sem sintomatologia álgica e déficits neurais relativos ao nervo alveolar inferior.

3 DISCUSSÃO

GREGORI e CAMPOS⁽⁴⁾ relatam como acidentes e complicações das exodontias, a invasão de estruturas anatômicas circunvizinhas como ocorrendo, com maior frequência, durante as exodontias de dentes não irrompidos, principalmente de terceiros molares, tanto superiores como inferiores, devido à aplicação de força excessiva sobre o instrumento cirúrgico e de frágeis paredes ósseas alveolares. Abrangem ainda que, nos molares inferiores, em havendo rompimento da cortical



alveololingual, o dente pode deslizar para o espaço submandibular ou mesmo para o espaço látero-faríngeo. A conduta imediata deve ser, como sempre, contornar qualquer situação emergencial como, por exemplo, estancar a hemorragia. A remoção do dente desposicionado somente deve ser feita por um especialista com habilidade manual e experiência para atuar cirurgicamente nessas estruturas anatômicas.

SIMÕES⁽⁵⁾ et al. em estudo com especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial de Curitiba, constatou que 11% destes profissionais relataram já haver tido problemas com deslocamentos dentários para regiões vizinhas em cirurgias de terceiros molares inferiores retidos em seus consultórios.

PAULESINI Jr. ⁽⁶⁾ et al. relatam que o deslocamento de dentes durante o ato cirúrgico de remoção de terceiros molares é uma complicação classicamente descrita em livros de cirurgia oral. Em elementos inferiores pode ocorrer o deslocamento para o espaço submandibular, assoalho de boca, região cervical. Cuidados na manipulação do instrumental, evitando-se manobras intempestivas, são essenciais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o ato cirúrgico observou-se maior segurança do primeiro cirurgião e de toda a equipe, uma vez que não houve limitações dos movimentos de luxação necessários para avulsão do elemento dentário.

Salientamos que este procedimento pode também ser utilizado em maxila, para evitar possíveis migrações em exodontias para outros espaços anatômicos como seios maxilares, fossas nasais e espaço esfenopalatino.



REFERÊNCIAS

MEDEIROS PJ, MIRANDA MS, RIBEIRO DPB, LOURO RS, MOREIRA LM. Cirurgia dos Dentes Inclusos - Extração e Aproveitamento, Editora Santos. Pág. 35/43. 2003

EVERS H, HAEGERSTAM G. Introdução à Anestesia Local Odontológica, Editora Manole Ltda. Pág. 52/54 e 74/86. 1991

SILVA FM, CABRAL RJB, FELIPE GF, MACHADO ES. Incisões para Terceiros Molares Inclusos. International Journal of Dentistry, Recife, 1(1). Pág. 30/34. 2006

GREGORI C, CAMPOS AC. Cirurgia Buco-Dento-Alveolar, Editora Sarvier. 2ª Ed. Pág. 163/164. 2004

SIMÕES FG, SANTOS GP, OLANDOSKI M, GUARIZA O. Análise dos Acidentes e Complicações em Cirurgias de Terceiros Molares Inferiores Retidos Ocorridos em Curitiba, Revista Sul-Brasileira de Odontologia. V.2 n.2. 2005

PAULESINI Jr W, NETO LSC, LEPORACE AA, RAPOPORAT AA. Complicações Associadas a Cirurgia de Terceiros Molares: Revisão de Literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 20(2). Pág. 181/185. 2008