

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO EM CONTATO ÍNTIMO AO NERVO - RELATO DE CASO

THIRD MOLAR EXTRACTION RETAINED IN INTIMATE CONTACT THE NERVE - CASE REPORT

THALMO LUIZ MELO SILVA¹, ORLANDO IZOLANI NETO^{2*}, OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA³, NILTON GONÇALVES DE OLIVEIRA JR⁴

1. Acadêmico do curso de graduação em odontologia da Universidade Severino Sombra/Vassouras; 2. Implantodontista. Mestrado em radiologia pela SLP-MANDIC. Docente do curso de odontologia da Universidade Severino Sombra; 3. Pós-graduado em Implantodontia pela Universidade Severino Sombra e mestrando em Odontologia pela CPO São Leopoldo Mandic (Campinas – SP). Ortodontia e Pós-graduação em Cirurgia Bucal e Implantodontia pela CEVO (Valença – RJ); 4. Graduação em Odontologia pela Universidade Severino Sombra (2005), Especialização em Ortodontia pelo Instituto de Odontologia Multidisciplinar do Rio de Janeiro (2007), Mestrado em Odontologia – área de concentração em Implantodontia – pela Faculdade São Leopoldo Mandic (2014).

* Avenida Presidente João Goulart, 374, Centro, Paracambi, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 26600-000. orlando.izolani@hotmail.com

Recebido em 14/05/2016. Aceito para publicação em 12/12/2016

RESUMO

Um Dente retido ou impactado é aquele que por algum motivo não consegue irromper, dentro do tempo desejável. Estes dentes ficam retidos por um longo tempo ou toda a vida do paciente, a menos que sejam extraídos cirurgicamente. A impactação ocorre porque a irrupção é dificultada pelos dentes adjacentes, por uma camada mais densa de revestimento ósseo ou por excesso de tecido mole. Os dentes mais comumente encontrados retidos são os terceiros molares superiores e inferiores, seguidos pelos caninos superiores e os pré-molares inferiores. Os terceiros molares são os mais frequentemente retidos, pois são os últimos dentes a erupcionar, e desta forma, são os dentes que tem mais possibilidade de não encontrarem espaço para a erupção. O caso clínico apresentado neste trabalho mostra um terceiro molar inferior retido. Nesses casos, a atenção tem que ser dobrada, pois corre um grande risco de fratura de mandíbula. No caso do trabalho apresentado o contato íntimo do dente retido ao nervo, além de tornar a remoção mais delicada, pode causar parestesia ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Radiografia panorâmica, terceiro molar, cirurgia bucal.

ABSTRACT

A retained tooth is one that for some reason cannot break within the desired time and how this impacted tooth irupcionam not, they are retained for a long time or the life of the patient, unless they are removed surgically. The impaction occurs because the outbreak is hindered by adjacent teeth, a more dense layer of bone lining or excess soft tissue. The most common impacted teeth are third upper and lower molars, followed by the upper canine and premolars. The third molars are most often retained because they are the last teeth to erupt, so who is more likely to not find space for the eruption. The clinical case presented in this paper shows a third molar retained. In these cases, attention

has to be bent because runs a great risk of jaw fracture and in the case study presented the close contact to the nerve can cause paraesthesia patient.

KEYWORDS: Panoramic radiography, molar third, oral surgery.

1. INTRODUÇÃO

Um dente é considerado incluso quando ele não consegue erupcionar e chegar a cavidade oral como na normalidade, pode acontecer por obstáculo físico no trajeto de erupção e podendo causar algumas patologias. Dentre as indicações para a sua extração, é necessário tomar alguns cuidados para evitar complicações como parestesia e fratura de mandíbula, e para evitar que isso ocorra devemos fazer uma boa anamnese exame clínico. É indispensável o uso de exames complementares como radiografia e tomografia.

Quando ocorre o contato íntimo com o nervo alveolar inferior pode ocorrer uma lesão que resultaria em parestesia. A parestesia é um distúrbio neurosensitivo causado por uma lesão no tecido neural, com sensações de perda de sensibilidade e desagradáveis, associando a dor e formigamento. Neste caso, os pacientes relatam que a anestesia “não passou”. A parestesia pode ser rápida, temporária com tendência a diminuir nos primeiros 6 meses e em alguns casos podem persistir por mais de seis meses e evoluir para graus de disfunção sensorial permanente.

A coronectomia também é usada em terceiros molares, é um procedimento alternativo que extrai apenas a coroa dentaria deixando a raiz e tem como principal justificativa que a extração pode causar danos como lesão ao nervo, infecção, dor e alveolite.

Este trabalho visa elucidar um relato de caso clínico

sobre exodontia de terceiro molar retido com contato íntimo do nervo alveolar inferior, detalhando a técnica quanto os cuidados para com essa cirurgia.

A proposta deste trabalho é mostrar através de um relato de caso uma cirurgia de terceiro molar retido em contato íntimo com o nervo alveolar inferior. Abordando os cuidados a serem tomados durante o procedimento cirúrgico e as possíveis complicações durante e após a cirurgia.

2. RELATO DE CASO

Paciente J.K.F.S., 22 anos de idade, sexo Feminino, leucoderma compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Severino Sombra, queixando-se de dor na região pré-auricular esquerda, região de terceiro molar inferior esquerdo e cefaleias frequentes.

Paciente chegou à consulta pré-cirúrgica portando uma radiografia panorâmica convencional (Figura 1), cuja qualidade de imagem impossibilitava a correta visualização e não apresentava nitidez.

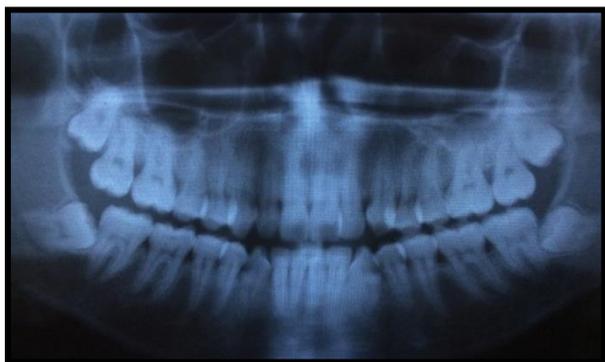


Figura 1. Radiografia Panorâmica convencional. **Fonte:** Autor.



Figura 2. Radiografia Panorâmica Digital. **Fonte:** Autor

Deste modo, foi solicitada a radiografia panorâmica digital.

Na consulta seguinte, 1 semana após, a paciente retornou à clínica com a radiografia digital (Figura 2) em mãos. Após inspeção da radiografia detectou-se a proximidade do terceiro molar com o nervo alveolar inferior com sobreposição de imagens do contorno dentário e do conduto do nervo alveolar inferior.

A fim de realizar a cirurgia de remoção do dente 48 com segurança foi solicitada a Tomografia Computadorizada para melhor visualização e concluir o plano de tratamento, bem como traçar a melhor técnica cirúrgica e estratégia para remoção do dente envolvido.



Figura 3. Reconstrução 3D do exame Tomográfico Cone Bean, evidenciando em vermelho o trajeto do nervo alveolar inferior. **Fonte:** Autor.

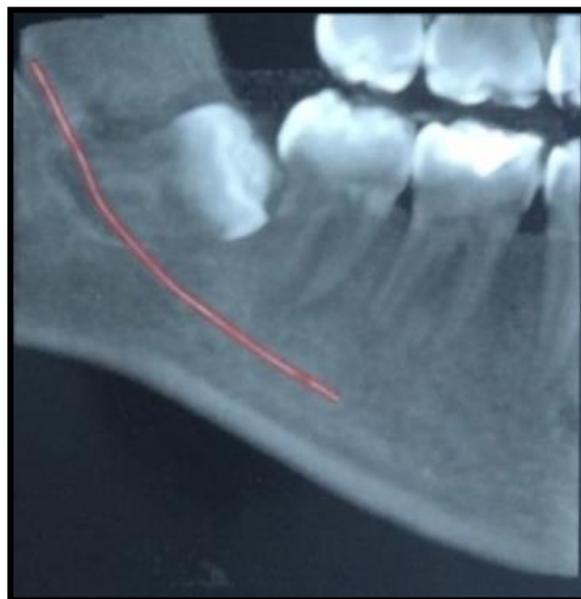


Figura 4. Reconstrução Panorâmica (MIRP – Multiplanare reconstruction) do exame Tomográfico Cone Bean, evidenciando em vermelho o trajeto do nervo alveolar inferior. **Fonte:** Autor.

De posse com os exames radiográfico e tomográfico, foi possível determinar com precisão o contato íntimo das raízes do dente 48 ao nervo alveolar inferior (Figuras 3, 4

e 5).

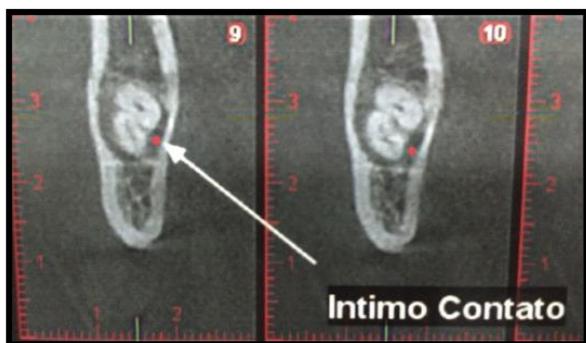


Figura 5. Corte transversal (ou oblíquo) do exame Tomográfico Cone Bean. A seta aponta, em vermelho, o nervo alveolar inferior e o contato íntimo com as raízes do dente 48. **Fonte:** Autor.

Iniciou-se o pré-operatório com a paciente realizando bochecho com solução antisséptica de gluconato de clorexidina 0,12% (Periogard®). Logo após foi feita a anestesia local infiltrativa, técnica anestésica Pterigomandibular com complemento. O anestésico de escolha foi Articaína 4% com epinefrina 1:100,000 (Figura 6).



Figura 6. Anestésico selecionado: Articaína 4% com epinefrina 1:100.000. **Fonte:** Catálogo DFL.

Com cabo de bisturi e lâmina 15 realizou-se a incisão linear, seguida pelo rebatimento do retalho da região pterigomandibular. A extensão posterior da incisão deve divergir lateralmente para evitar injúria ao nervo lingual. Após o rebatimento do tecido mole e a exposição do osso mandibular, utilizou-se a broca 702 (Figuras 7 e 8) para cortar o osso e acessar o dente.



Figura 7. Brocas esférica 702 e carbide Zecrya. **Fonte:** Autor.



Figura 8. Uso da broca esférica 702. **Fonte:** Autor.

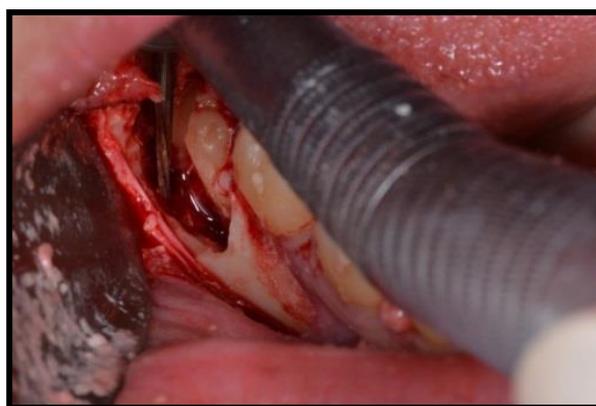


Figura 9. Odontoseção utilizando broca carbide Zecrya. **Fonte:** Autor.

Com auxílio da broca carbide (Zecrya) realizou-se a secção dentária (Figura 9). Em seguida a clivagem foi realizada com auxílio da alavanca reta (Figura 10). Esta também auxiliou na remoção da coroa (Figura 11). Já com a alavanca Seldin direita promoveu-se a retirada da raiz (Figuras 12 e 13).



Figura 10. Clivagem dentária com alavanca reta. **Fonte:** Autor.

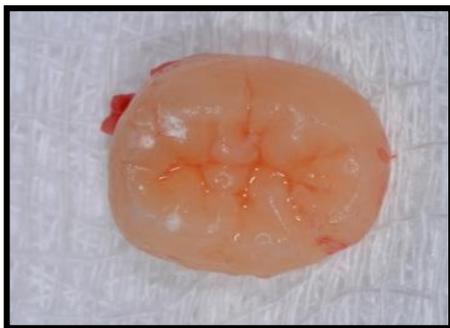


Figura 11. Fragmento dentário. Coroa extraída. **Fonte:** Autor.



Figura 12. Extração das raízes com auxílio de alavanca Seldin. **Fonte:** Autor.

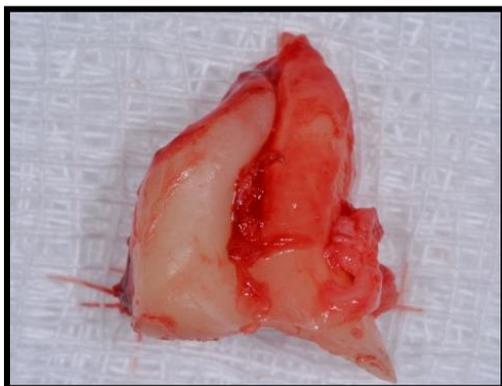


Figura 13. Fragmento dentário. Raízes extraídas. **Fonte:** Autor.

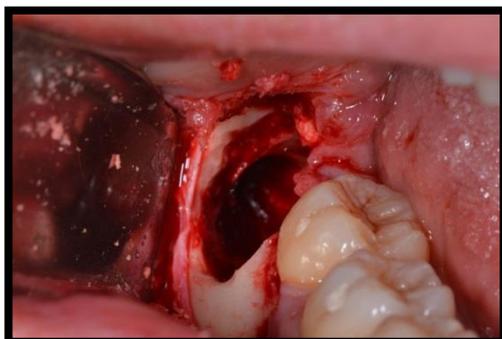


Figura 14. Alvéolo limpo e curetado pós exodontia. **Fonte:** Autor.

Seguiu-se a curetagem e lavagem do alvéolo (figura 14). As suturas de escolha foram simples com fio de nylon 5.0 (Figura 15).



Figura 14. Sutura com pontos isolados. **Fonte:** Autor.

Para um pós-cirúrgico bem sucedido foi feito através de um receituário de controle especial uma prescrição de Amoxicilina 500mg de 8/8horas por 7 dias, Ibuprofeno 600mg – 8/8 horas por 3 dias, Paracetamol 750 mg- 8/8 horas 3 dias.

3. DISCUSSÃO

Em caso de fratura de mandíbula venha ocorrer durante a extração de terceiro molar uma opção é o bloqueio maxilo-mandibular com amarras do tipo gilmer sauer reestabelecendo a normalidade ocluso-facial com a mínima seqüela possível¹.

De acordo com a análise de 233 radiografias panorâmicas foi constatado que nos terceiros molares superiores a prevalência foi de angulação vertical e classe “A”, e nos terceiros molares inferiores a prevalência foi angulação vertical e classe 1².

Podemos observar que para remoção de terceiros molares inclusos é fundamental que a técnica cirúrgica de incisão seja bem aplicada a fim de obter um melhor campo de visão, minimizar os riscos a tecidos moles, otimizando o tempo cirúrgico e a resposta pós-operatória³.

Em casos de intimo contato com o nervo alveolar e grandes riscos de complicações durante e pós-cirúrgicas, podemos usar a técnica da coronectomia que consiste na remoção da coroa dentaria e deixando o resto radicular no alvéolo⁴.

O insucesso da erupção dentaria está ligado a vários fatores locais e sistêmicos, onde a hereditariedade também é mencionada como fator etiológico. A avaliação pré-operatória da cirurgia é de suma importância para o sucesso do trabalho aonde consigamos avaliar e planejar a correta extração. A prevenção deve ser o principal objetivo dos cirurgiões dentistas^{5,6}.

O conhecimento da anatomia da mandíbula e uma criteriosa avaliação radiográfica são fundamentais para chegar a um diagnóstico da íntima relação encontrada entre o canal mandibular e o terceiro molar inferior retido. O risco de lesões pós-operatórias neurossensoriais permanentes é pequeno⁷.

Dores edemas e trismos são as complicações pós-operatórias mais recorrentes. É indispensável e imediato o uso de medicação para prevenção de possíveis inflamações e infecções. É importante que o paciente não deixe de tomar toda medicação corretamente mesmo tendo uma boa recuperação cirúrgica⁸.

Todos os cirurgiões dentistas têm que ter ciência sobre as precauções e cuidados sobre a ocorrência da parestesia após a remoção dos terceiros molares inferiores e para que esse desconforto seja evitado ao paciente. A melhor opção é evitar tomando as precauções que visam minimizar as falhas⁹.

Em estudo de 2426 cirurgias efetuadas sobre as posições ósseas dos terceiros molares inferiores retidos, foram encontrados 65% dos casos intraósseas e 35% submucosa, aonde foi observado também que há prevalência no sexo feminino¹⁰.

Não observamos na literatura nenhum tipo específico de tratamento que seja 100% eficaz em casos de parestesia do nervo alveolar inferior. O mais indicado nesses casos é que o cirurgião dentista conheça a anatomia, domine a técnica e trabalhe para que não ocorra nenhum acidente durante a cirurgia¹¹.

4. CONCLUSÃO

Tendo em vista a dificuldade a respeito de estruturas nobres adjacentes ao dente retido, torna-se indispensável a obtenção de exames de imagem para um planejamento adequado desta cirurgia, afim de minimizar supostas intercorrências.

REFERÊNCIAS

- [01] Paza A, Sant`Ana Filho. Estudo Comparativo entre Técnicas de Incisões para Extrações de Terceiros Molares Inferiores Retidos. Revista Odontologia Ciência. 2000; 28:7-25.
- [02] Peterson LJ, *et al.* Cirurgia oral e Maxilofacial Contemporânea. 1998; 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- [03] Howe GL, *et al.* Cirurgia Oral Menor. 3 ed, São Paulo: Santos, 1995.
- [04] Martins LS, *et al.* RFO, Percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais do estado do Rio Grande do Sul sobre a técnica da coronectomia. Passo Fundo, 2015; 20(1): 75-80
- [05] Muniz VRM, *et al.* Rev. Ciênc. Méd. Biol. 2014; 13(2): 248-252.
- [06] Donini DS. Acidentes e complicações após exodontia de terceiros molares; Universidade Estadual de Londrina 2012.

- [07] Gomes LC. Relação dos terceiros molares inferiores inclusos com canal mandibular. Faculdade de odontologia UFMG Belo Horizonte 2010.
- [08] Sonia SE, *et al.* RGO, Porto Alegre. 2000; (2): 102-108.
- [09] Rosa FM. Escobar C.A.B; Brusco L.C; RGO, Porto Alegre. 2007; 55 (3): 291-295.
- [10] Pagliosa CJ, Marzola C. Revista Brasileira de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. 2010; 10(2): 29-42.
- [11] Costa GPV. Parestesia do Nervo Alveolar Inferior associada a Exodontia de Terceiros Molares Mandibulares. Universidade Fernando pessoa. Porto, 2011.