

Cirurgia dos Dentes Impactados:

Roteiro da Faculdade de Odontologia de Anápolis

Prof. Marcos Augustus Serra*
Prof. Ciescopen Lopes Dias Ferreira**

INTRODUÇÃO

A impactação, ou inclusão dental, é um problema cada vez mais freqüente em consultórios odontológicos. Em termos estatísticos, o maior volume destas inclusões fica por conta dos terceiros molares, sendo os inferiores em maior incidência que os superiores.

Muitos fatores concorrem para que isto ocorra: o crescimento da caixa craniana em detrimento dos maxilares, a dieta cada vez menos exigente do aparelho estomatognático, a consciência de uma Odontologia preventiva, em que o paciente não mais sofre mutilações em seu período de infância e adolescência, e entre na idade adulta com todos os elementos dentários no arco.

Embora um processo lento de adaptação e modificação do *Homo sapiens sapiens* já seja detectado em crianças com agenesia dos terceiros molares, esta modificação da Natureza por conta da evolução da espécie humana ainda não é detectada, de forma decisiva, na casuística das inclusões dentais, sendo que a Cirurgia de remoção destes elementos impactados ainda desperta muita apreensão no clínico que se defronta com tal situação.

O objetivo deste trabalho não é o de especializar Clínicos Gerais na arte da cirurgia dos dentes impactados, mas tecer comentários que poderão, e muito, auxiliar nas situações embaraçosas, que às vezes, a impactação dental se nos apresenta. São as situações em que a Técnica cirúrgica convencional se mostra ineficaz e onde as Táticas se impõem... Táticas estas hauridas por anos de prática e centenas de casos clínicos resolvidos.

Em nossa Escola, sempre se faz questão de frisar aos alunos a necessidade de

visualizar o problema da Cirurgia da remoção de um dente impactado sob uma ótica física. Deve-se olhar o problema da retenção dental como, além de uma complexa alteração biológica, uma pura e simples falta de espaço físico, onde se tem um corpo de três dimensões: espacial (o dente impactado), preso ou impossibilitado de migrar para seu sítio de origem por uma retenção mecânica. O Cirurgião Dentista deve se lembrar de alguns princípios físicos e mecânicos que envolvem este procedimento.

IMPACTAÇÃO DENTAL

Geralmente, a impactação é o resultado de uma obstrução mecânica, o que impede a formação e a migração de um dente ao seu estado normal ou posição fisiológica na arcada dental. Acharmos que um diagnóstico correto deve ser feito pelos clínicos e, principalmente os ortodontistas, uma vez que o especialista em Cirurgia somente entra em contato com o paciente quando são desenvolvidas algias diversas ou infecções. Profissionais dessas duas áreas citadas atendem seus pacientes, por anos consecutivos, e deixam que problemas graves ocorram simplesmente porque não atuaram em tempo hábil. Por exemplo, um terceiro molar inferior direito, que apresenta uma inclinação fortemente mesial, com todos os indícios de impossibilidade de erupção normal, quando atinge estágio 6 ou 7 de Nolla, deve ser encaminhado para o Cirurgião, pois quando o dente apresenta apenas 1/3

SINOPSE

Os autores discorrem sobre as diversas técnicas e táticas que constituem a rotina e o protocolo cirúrgico das cirurgias dos dentes inclusos das Cadeiras de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Anápolis.

UNITERMOS

Protocolo cirúrgico de dentes inclusos - Cirurgia das inclusões dentais - Técnicas cirúrgicas de dentes inclusos.

* Titular de Cirurgia Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia de Anápolis-GO

** Titular de Cirurgia Bucal da Faculdade de Odontologia de Anápolis-GO

de raiz formada, a cirurgia é menos traumática, mais fácil e econômica para o paciente, seja do ponto de vista monetário ou biológico. Esse é um assunto que deve ser citado com destaque, tendo em vista que principalmente os terceiros molares inclusos, devem ser removidos de preferência quando já tenham formado um terço da porção radicular. Antes disso, é precoce; e esperar a rizogênese completar-se é, no mínimo, imprudente.

Cabe ao Cirurgião Dentista jamais menosprezar uma cirurgia. Para realizá-la, deverá manter e executar o que chamamos de Protocolo Cirúrgico, que são cuidados que se iniciam desde a consulta inicial, e envolvem o pré, trans e pós-operatório.

Routineiramente, aos nossos pacientes são solicitados exames laboratoriais complementares no ato da anamnese - que deve ser executada routineiramente, com toda a severidade possível - para uma avaliação das condições sistêmicas do mesmo. Normalmente, pedimos o Hemograma completo, Coagulograma, Glicemia em jejum e Antiestreptolisina, além de radiografias periapicais de localização radiográfica.

Seguindo o Protocolo Cirúrgico, o paciente retorna com os exames complementares e, baseados nestes exames e na anamnese, inicia-se a medicação pré-operatória - modificada de acordo com as individualidades dos pacientes.

Como as Cirurgias Bucais são consideradas Cirurgias contaminadas, e ainda mais pelo envolvimento ósseo, opta-se por usar a Antibioticoterapia, sendo o de primeira escolha a Penicilina ou seus derivados Semi-sintéticos, dependendo da severidade do quadro. Aos pacientes alérgicos à Penicilina, aplica-se a Eritromicina. De forma geral, inicia-se medicação antibiótica 24 horas antes da intervenção, mantendo a medicação por no mínimo, 5 dias desde o início da posologia.

Os antiinflamatórios são escolhidos de acordo com a severidade do trauma que se espera da Cirurgia, e do grau de agressão óssea ao paciente. Opta-se por iniciar a terapêutica com 12 horas de antecedência, sendo as medicações escolhidas, como já foi citado, pela potência antiinflamatória, desde os casos leves, em que se utiliza as Benzidaminas, passando pe-

los casos considerados normais, em que é preferível usar os Diclofenacos, por exemplo, até os casos severos, em que é necessário lançar mão de Corticóides. A respeito da corticoideoterapia, é importante citar, que esta é uma corrente que se destaca na Cirurgia Bucal, mas nós, particularmente, deixamos este arsenal somente para os casos gravíssimos. Acreditamos que esta medicação não deve ser utilizada corriqueiramente. A medicação antiinflamatória deve ser restrita a 3 ou no máximo, 4 dias de terapêutica, pois não devemos limitar a reparação tecidual com o uso destas drogas.

Os analgésicos também variam de acordo com a potência, sendo que raramente lança-se mão de analgésicos mais potentes, pois a ausência da dor não deve ser química, mas cirúrgica. A cirurgia deve ser a menos traumática possível. O Protocolo reza que o analgésico deva ser tomado 1 hora antes da Cirurgia, e após, SOS (em caso de dor), de acordo com a droga utilizada, normalmente de 4/4 ou de 6/6 horas.

Seguindo este roteiro, normalmente o paciente não apresenta dor pós-operatória, sendo que a recomendação de um repouso ABSOLUTO por 24 horas é de rotina. Chama-se atenção para este tópico, pois é recomendável uma conversa com o paciente de orientação e conscientização e da necessidade de repouso.

Na seqüência de nosso Protocolo Cirúrgico, não abrimos mão de forma alguma de uma anti-sepsia e assepsia criteriosas. O cirurgião deve ser rigoroso nesta questão e sempre fazer uma reavaliação de todo o processo, sendo de bom alvitre, pelo menos uma vez por semestre, uma reunião com a equipe de apoio. Alguns tópicos passam despercebidos e, devido ao acúmulo de atividades, a rotina pode interferir no correto desempenho da equipe de apoio de esterilização. Uma reciclagem, uma revisão dos tempos de esterilização, a aferição de estufas e auto-claves é fundamental. O instrumental deve ser revisado de forma normal cada cirurgia e mais intensivamente de dois em dois meses. Em nosso Serviço, preferimos fazer a esterilização em pequenos pacotes, que são mais fáceis de serem guardados e manipulados. Quanto aos campos cirúrgicos, substituímos os

de tecido pelos descartáveis de material sintético, que são mais higiênicos, seguros e práticos, com um custo irrisório, que é embutido na conta do paciente, sendo que lhe é esclarecido que está pagando o kit descartável de cirurgia. Normalmente o paciente fica agradecido de saber que o material que está sendo utilizado em sua cirurgia é de uso único.

CLASSIFICAÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente merece atenção a classificação dos dentes inclusos. Existem várias nomenclaturas, não sendo, evidentemente, nenhuma a mais correta. Adotamos aquela que oferece maior praticidade e facilidade na discussão dos casos. Neste aspecto, somos favoráveis a uma mudança de mentalidade na Odontologia, profissão que normalmente deixa seus seguidores em uma situação de isolamento. Ao contrário dos médicos, que se encontram em hospitais e vivenciam situações de discussão em grupo sobre a saúde de seus pacientes, encontramos em nossa profissão a clausura das quatro paredes de um consultório. Para modificar este hábito e sabendo que os professores são formadores de uma mentalidade científica, adotamos em nosso Serviço a exigência de um Planejamento teórico das cirurgias. O aluno é obrigado, para receber a liberação de execução de uma cirurgia, a estudar o caso, discutir com colegas e lançar suas idéias em uma folha de papel. Desde o pré-operatório até o pós-operatório, todas as etapas são dissecadas à exaustão, pois acreditamos que no papel torna-se mais fácil apagar e começar de novo, ao contrário do paciente. Por outro lado, o aluno inicia um processo de formação, onde a discussão em grupo é uma tarefa saudável.

Por isso, adotamos a classificação de Winter e Pell e Gregory. Trata-se de uma normativa de décadas, que não obstante as inúmeras mudanças terem se apresentado ao longo do tempo, consideramos a mais ideal. De forma sucinta, a classificação de Winter, avalia o longo eixo do terceiro molar em relação ao longo eixo fisiológico do segundo molar inferior. Basicamente encontraremos as seguintes posições: Vertical, méσιο-angular,

disto-angular, labial ou lingual, invertida, horizontal e rara.

A classificação vertical é aquela em que o molar incluído está paralelo ao longo eixo do segundo molar (fig. 1).

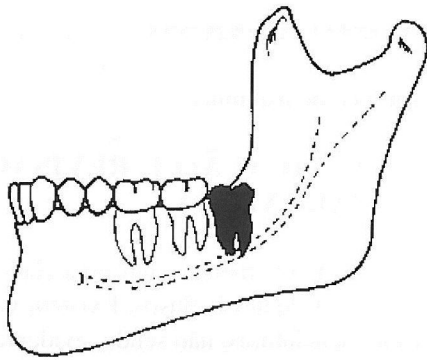


Fig. 1 - Impactado Vertical

De forma geral, são essas inclusões as mais fáceis de serem executadas e optamos por oferecer aos nossos alunos esses dentes como primeira tarefa... A classificação mesio angular, ocorre quando o terceiro molar está voltado para a mesial (fig. 2).

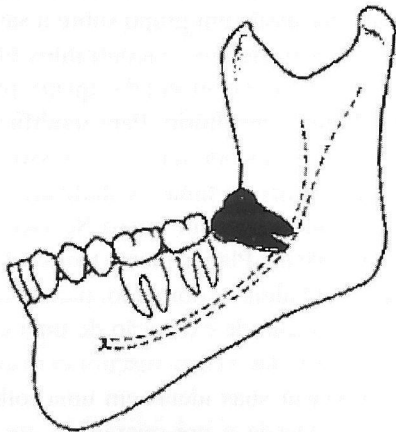


Fig. 2 - Mésio-angular

Já a posição disto-angular é aquela em que o dente está voltado para a distal em relação ao segundo molar (fig. 3). Esses dentes são aqueles cuja face oclusal estão voltadas para posterior nos pacientes.

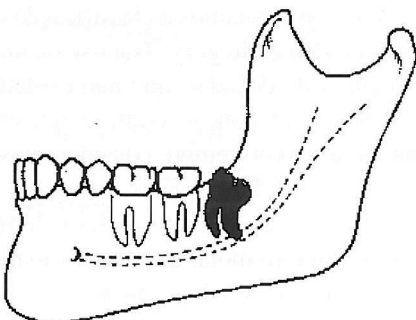


Fig.3 - Disto-angular

Nesta classificação, chamamos Horizontal o dente que está totalmente deitado, com a face oclusal voltada para o segundo molar (fig. 4), estando suas raízes para a distal.

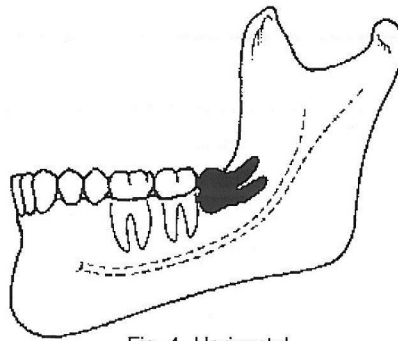


Fig. 4- Horizontal

Quando o dente também está muito inclinado, com sua face oclusal voltada para vestibular, ele é classificado como vestibular; e voltada para a parede lingual, ele é considerado como lingual. Trata-se, na verdade, de uma variação da classificação horizontal, modificando-se apenas o eixo do elemento incluído (fig. 5).

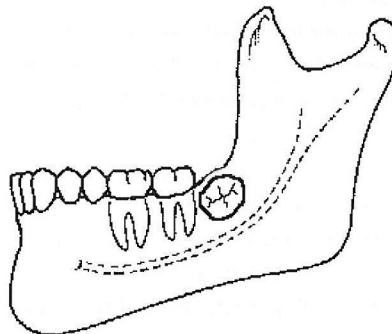


Fig. 5 - Horizontal vestibular

Quando o dente incluído está com a face oclusal voltada para inferior, ele é considerado invertido. Nós, particularmente, consideramos essa classificação como rara. Esta última é quando os dentes estão em uma posição fora das classificações aqui apresentadas (fig.6).

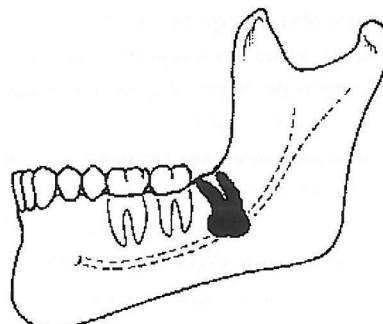


Fig. 6 - Invertido (rara)

Além da classificação de Winter que, como já dissemos visa avaliar o longo eixo do elemento incluído, consideramos como válidas a classificação de Pell e Gregory. Esses autores se preocupam em relacionar o dente incluído, considerando a profundidade no osso e o espaço existente entre a distal do segundo molar e o ramo mandibular. É uma classificação interessante, do ponto de vista de avaliação cirúrgica, no que concerne a remoção de osso no sentido anterior e posterior. De acordo com esses autores, os dentes serão classificados em Posição A, B e C. Classifica-se como posição A, quando a face oclusal do incluído esteja mais alta ou na mesma altura que a face oclusal do segundo molar (Fig7).

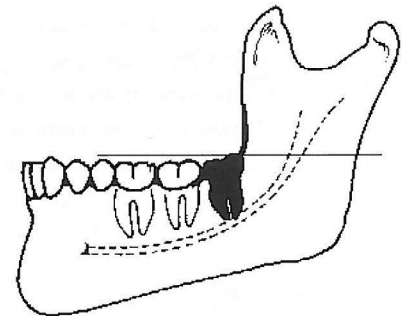


Fig. 7 - Posição A

Na posição B, a face oclusal estará entre a oclusal e a cervical do segundo molar (fig.8).

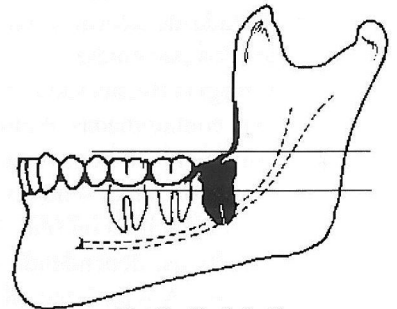


Fig. 8 - Posição B

Já na posição C, (fig. 9), o incluído deverá estar abaixo da cervical do segundo molar.

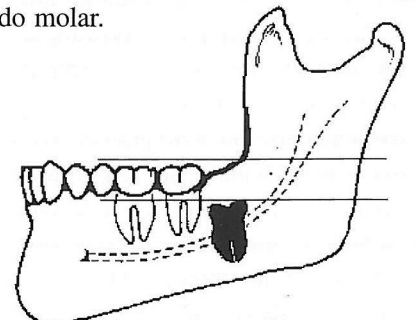


Fig. 9 - Posição C

Aliada a essa classificação, aqueles autores preconizam as classes I, II e III. Essas classes falam a respeito da existência ou não de espaço entre a distal do segundo molar e o ramo. Se houver espaço, o dente é considerado classe I; se houver espaço, mas ele for insuficiente, o dente será classe II e na inexistência de espaço, vamos considerá-lo classe III. Esses exemplos são ilustrados na fig. 10.

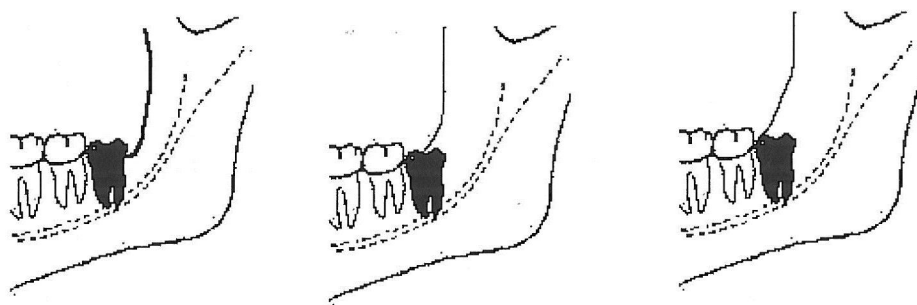


Fig. 10 - Classe I

Classe II

Classe III

De forma geral, existe ainda a classificação de Durbeck, quando o dente é considerado sem deflexão (no centro do osso), com deflexão vestibular (voltado para vestibular) e deflexão lingual (voltado para lingual). Essas classificações são importantes para definir um plano de tratamento e discussões entre profissionais, visando todos falarem a mesma linguagem e não apenas o dente está mais para baixo, mais para cima, etc.... Além de não ser técnico, fica difícil posicionar o que está mais para cima ou para baixo, não se tendo um ponto de relação. Com a classificação desses autores, as discussões ficam mais científicas e os resultados são melhores. Também acrescentamos que as inclusões podem ser ósseas (quando há total envolvimento ósseo); sub-mucosas (quando são cobertas apenas pela mucosa) e semi-inclusões, quando os dentes estão parcialmente descobertos. Estas últimas são muito importantes, pois os casos de pericoronarites têm uma incidência bastante alta nos dentes que parcialmente irromperam.

PROTOCOLO CIRÚRGICO

Após a classificação da inclusão e, principalmente após a decisão de se remover o elemento retido, fazemos o estudo metódico do caso e traçamos, no

papel, todo o planejamento. Desta forma, nossos alunos recebem um treinamento de como planejar detalhadamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico.

Terceiro molar, canino, pré-molar, seja qual for o elemento, devemos estudar a forma e o volume de sua coroa, osso adjacente, porção radicular do impactado, comprimento e possíveis dilacerações (uma radiografia que mostre TODO o

dente é condição *sine qua non* para evitarmos acidentes e surpresas desagradáveis...), grau de proximidade com estruturas nobres, possíveis anquiloses ou patologias apicais ou peridentárias associadas, etc... Depois do exame de nosso objetivo, examinaremos os dentes vizinhos, ou estruturas anatômicas adjacentes.... Por exemplo, em um terceiro molar inferior incluso, devemos observar a forma e o tamanho da coroa do segundo molar, onde normalmente em sua constrição cervical o terceiro está impactado. Observamos o volume do segundo, suas raízes e dimensões radiculares, pois nada mais desagradável que removermos um dente com porção radicular frágil adjacente ao impactado por pressão excessiva ou deslize de instrumental.

Estes são apenas alguns pontos que devemos visualizar em nosso estudo, que citamos como exemplos. Recomendamos que seja executado um desenho, em uma transparência ou papel de seda, da imagem radiográfica em questão e, sobre este desenho, seja feito o planejamento dos traços da incisão de acesso, se ela for necessária. O acesso deve ser amplo, de boa visibilidade, para que a cirurgia possa ser executada com visão direta, aumentando as chances de sucesso. Um erro muito comum dos alunos é o de ser muito econômico nas incisões, em uma tentativa de ser conservador e não agredir o paciente.

É evidente que as incisões não podem ser enormes, mas é menos agressivo uma incisão executada com lâmina nova, em traço planejado, do que uma laceração em uma tentativa de se ganhar mais visibilidade. A incisão praticamente decidirá se a cirurgia será tranqüila ou não: um traço incisivo mal planejado resultará em uma loja óssea sangrante, pequena, lacerada, que poderá gerar uma sutura sobre a osteotomia, com grande possibilidade de deiscência da sutura e possível contaminação da cirurgia, além, é claro, de sofrimento ao paciente... As incisões devem ser planejadas levando-se em conta a região a ser acessada e o dente impactado envolvido. É necessário cuidado com estruturas nobres adjacentes, tais como feixes neuro-vasculares: A Anatomia é um requisito básico para qualquer cirurgião. Em um acesso de terceiro molar inferior, recomendamos uma incisão reta, posterior à distal do segundo molar, sobre a mandíbula, incisão esta que se inicia no triângulo retro-molar e toca a distal do segundo molar, onde se completa com uma sindesmotomia na porção vestibular do segundo molar. Para diminuir a tensão do retalho, executamos uma incisão de relaxamento, por vestibular, indo de mesial de segundo molar até fundo-de-saco vestibular, em plano angulado, respeitando o sentido de irrigação da mucosa. Nos terceiros superiores, o traço é o mesmo, com o agravante da visibilidade... para a incisão da região de túber maxilar, recomendamos a lâmina 12, que permite um traço em tração, de posterior para anterior... para as demais incisões, lâmina 15. A incisão da túber apresenta uma particularidade, assim como a cirurgia: a falta de visibilidade. Se pedimos ao paciente para abrir a boca, a apófise coronóide da mandíbula se interpõe ao nosso campo de visão, por vestibular, além da comissura labial do paciente ficar tensa com a abertura máxima da boca. Nos casos de acesso maxilar posterior, trabalhamos com o paciente quase em oclusão, que permite um relaxamento do músculo orbicular dos lábios e podemos tracionar a comissura labial bem para posterior, permitindo um acesso por vestibular mais facilitado e com visão direta. Já a visão da túber deve ser obtida, necessariamente com o auxílio do espelho clínico, que deve fazer parte

do instrumental cirúrgico. Graças a porosidade e plasticidade da região de tuberosidade maxilar, aliada a tendência do terceiro superior de vestibularizar-se, de certa forma, o terceiro molar superior é um dente com mais facilidade de ser removido.

Já a incisão de remoção de caninos depende de por onde vamos acessá-lo: se for por vestibular, um acesso por incisão de Newmann ou Newmann modificada é o ideal, em termos de campo cirúrgico. Se o paciente usa próteses, recomendamos uma incisão de Wasmund ou trapezoidal, que não envolva a porção cervical dos dentes com coroas. Não é recomendável fazer incisões retas ou semilunares. As tensões nas bordas destas incisões para cirurgias maiores, como são as de remoção de impactados, geralmente provocam lacerações.

Se o acesso ao canino (ou ao pré-molar) for palatino, não incisamos o palato, mas, antes, promovemos incisões papilares e descolamos o retalho mucoperióstico com espátula 7 e tática da gaze com muito cuidado (com a porção romba da espátula 7, empurramos a gaze sob o periosteio, promovendo um descolamento firme dos tecidos com um mínimo de trauma). O forame naso-palatino pode ser preservado ou cortado, sem prejuízo à irrigação ou sensibilidade da região palatina, pois a anastomose dada pelos forames palatinos maiores e posteriores impede qualquer problema.

Após planejar os traços de incisão, desenhamos planos que representariam os longos-eixos dos dentes impactado e adjacente, para que possamos identificar as chamadas "regiões de impactação" (ver figura 11)

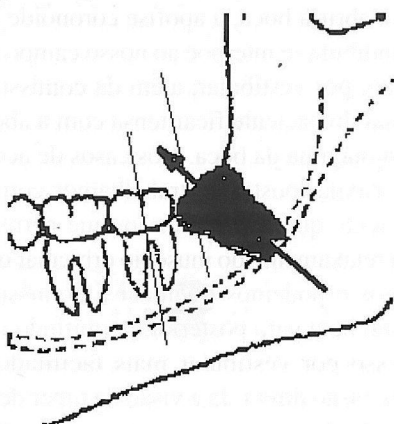


Fig. 11 - Planejamento de Odontosecção

Quando traçamos um longo-eixo sobre o impactado, normalmente é por este sentido que o elemento deverá sair... Mas o que impede o dente de sair??? Quando identificamos a impactação, procuremos uma forma conservadora de removê-la. Mas se a impactação for o segundo molar (ou o lateral, no caso de um canino retido), como fazer ?

Se o elemento apresenta impactação em dente vizinho, o correto é que se corte o impactado. É preferível cortar o dente a ser removido em 10 pedaços do que destruir toda uma cortical óssea do paciente, de lenta e dolorosa regeneração.

Recomendamos que o desenho da radiografia, previamente traçado, seja considerado como um ponto de referência. A odontosecção não é dividir o dente ao meio, simplesmente. Em cirurgia, indicamos a odontosecção como um meio de removermos partes mecânicas de uma impactação, facilitando a remoção dos fragmentos que compõem o todo dental.

Mas isto deve ser executado com método e planejamento físico-mecânico, pois do contrário, ao invés de termos um dente impactado, teremos o dente mais o fragmento impactado.

Observemos o desenho anexo (fig. 12). Ao planejarmos o corte do dente, devemos verificar se o traço do corte resultará em um fragmento com base menor, que seja possível de se remover. Não adianta simplesmente cortar o dente, mas cortar de maneira que o fragmento possa ser removido com relativa facilidade.

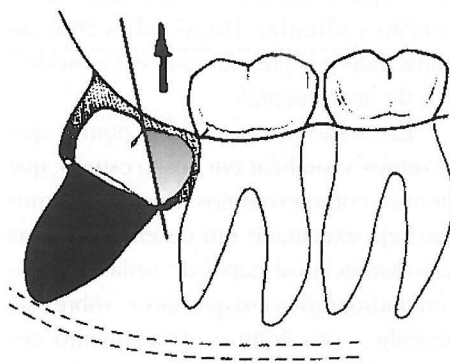


Fig. 12 - Planejamento de Odontosecção

Para a odontosecção, utilizamos os meios disponíveis em qualquer consultório odontológico: A dupla cinzel/martelo e alta-rotação. O ideal é utilizarmos o instrumental apropriado para o caso em ques-

tão, pois os dois meios apresentam prós e contras. Por exemplo, se por um lado a alta-rotação é rápida e gera pouco trauma psicológico ao paciente, o pós-operatório da mesma é mais complicado que o corte por cinzel, que tem, como ponto negativo, o impacto psicológico da batida e da reverberação na cabeça do paciente. O ideal é a união entre as duas técnicas: um bom método de se cortar um dente é o de se promover uma zona de fragilidade com alta-rotação e completar o corte com um cinzel bi-angulado, em batida seca do martelo. O trauma psicológico é mínimo e a dispersão de partículas de esmalte pela cavidade cirúrgica pelo alta-rotação fica diminuída.

Já a questão do corte ósseo, depende da qualidade do osso. Para cortarmos uma cortical mandibular robusta, sadia, recomendamos a alta-rotação com uso de irrigação de soro gelado (uma seringa Luer, descartável, de 20 cc é o ideal...). Mas ao cortarmos a cortical de uma túber maxilar, por exemplo, em um terceiro molar superior retido, o ideal é utilizarmos um cinzel goivo com pressão manual, pois o osso desta região é extremamente plástico e macio.

No quesito de tempo cirúrgico, nunca devemos operar olhando para o relógio. É preferível gastar um pouco mais de tempo no ato operatório, onde o paciente está sob nossos cuidados e mãos, sob controle e anestesiado, que remover o dente em 10 segundos, em uma corrida contra o tempo, e, quando passar o efeito anestésico, o paciente apresentar um péssimo pós-operatório.

Operar não significa necessariamente dor. É este princípio que deve nortear o planejamento de toda e qualquer intervenção cirúrgica bucal. O conforto do paciente vem em primeiro lugar.

Ao promovermos o corte do dente impactado, **antes** de retirar este mesmo fragmento, devemos irrigar e aspirar abundantemente o local da cirurgia, com o objetivo de remover toda e qualquer esquirola de esmalte ou osso. Principalmente o esmalte, que se comporta em meio intra-ósseo como corpo-estranho, devendo esta "toilette" ser rigorosa e completa. Se removemos o fragmento sem a limpeza, os restos do corte dental vão contaminando a loja óssea. A nossa recomendação é que a

“toilette” seja executada concomitantemente às etapas cirúrgicas, pois se deixarmos para o final, fatalmente esta limpeza, este debridamento será incompleto. Para isso, utilizamos o soro gelado, como já foi citado, em uma seringa descartável, com aspiração constante.

Os fragmentos, assim que forem sendo removidos, devem ser colocados à parte, sobre um gaze, nunca jogados fora... Este pequeno detalhe é muito importante, pois em dentes complicados e dilacerados, devemos quase que remontar o dente após a cirurgia, para termos certeza que o elemento saiu completamente, para não termos o dissabor de visualizar em um raio-x pós-operatório, fragmentos de raízes que julgávamos retiradas. Após a comprovação da remoção completa do dente, nos desfazemos dos fragmentos, seja enviando ao exame histopatológico, em casos de patologias associadas ao elemento, seja descartando-o pura e simplesmente.

Devemos reparar se o dente está totalmente incluso ou se, por inclinação do dente, alguma cúspide está trabalhando em antagonismo com um dente de outro arco. Este detalhe é importante, pois um dente que ainda não esteja em oclusão, mesmo defeituosa, ainda não desenvolveu o ligamento periodontal, tornando sua remoção muito mais fácil. Um dente totalmente incluso só está preso por suas impações. Se removermos estes impedimentos mecânicos, normalmente o dente sairá com muita facilidade. Isto nos permite planejar cortes que deixam raízes em posição intra-óssea de fácil remoção, ainda mais se, antes de removermos totalmente as porções coronais que permitem ótimos pontos de apoio, utilizarmos estes mesmos pontos para uma ligeira luxada no dente e raízes, quando o apoio está exuberante ainda.

Não devemos nos esquecer de realizar os movimentos de luxação com alavancas de ponta fina ou mesmo usando a ponta reta do sindesmótomo ou da espátula 7, mas com apoio destes instrumentos em osso e, nunca, no dente adjacente. Devemos executar movimentos de forma gradativa, ganhando espaço e penetrando a ponta do instrumental cada vez mais fundo para aumentar a efetividade da força da alavanca. Não adianta nada introduzir cegamente o instrumental e sair girando para ver o que acontece. Devemos limpar, irri-

gar o campo, aspirar e secar com gaze o local de trabalho, de maneira que possamos visualizar perfeitamente o que é osso e o que é dente. Ao identificarmos o espaço dento-alveolar, devemos introduzir aí o instrumento fino, ganhando espaço para um instrumento mais efetivo e potente e ir aumentando a luxação... Seguindo estes preceitos simples, podemos verificar que a cirurgia não é tão complicada assim, desde que a respeitemos e planejemos nosso ato operatório.

Uma boa tática para removermos impactados é o de desgastarmos um pouco o osso do paciente com alta-rotação e broca esférica cirúrgica 6 ou 8. Devemos ter muito cuidado com esta combinação, pois o poder de corte e destruição de uma broca 8 não deve ser desprezado. A região que recomendamos desgastar seria a periférica à coroa, como se usássemos a broca 8 para dilatar o espaço dento-alveolar. Ao executarmos um desgaste periférico vestibular de uma coroa, aumentamos o espaço vazio em torno da coroa, e este espaço é um bom ponto de apoio para a alavanca e um espaço onde o dente pode migrar, aumentando o espaço para uma luxação. Muito cuidado com a broca na região lingual e disto-lingual de dentes mandibulares. A topografia do nervo lingual é nessa região.

Um aspecto que nunca deve ser desprezado diz respeito a irrigação. Utilizamos soro fisiológico gelado, que deve ser aplicado na cavidade óssea, sob pressão manual, através de uma seringa de 10 ou 20 cc, sendo que preferimos esta última, que oferece uma quantidade maior de líquido. De preferência, o soro deve ficar em um recipiente apropriado para se evitar contaminações. Uma cuba inoxidável é apropriado para isso e não deveremos adotar uma cuba de alumínio, que normalmente após a terceira autoclavagem, não está em condições de uso, obrigando o cirurgião a fazer uma troca mensal. Devemos prestar atenção para não promover a necrose óssea, que ocorre devido ao uso da alta rotação sem a devida irrigação. Nunca é demais lembrar, que para aqueles que praticam a cirurgia de dentes sisos, o uso da alta rotação auto-clavável é imprescindível. Como sempre afirmamos aos nossos alunos, a cirurgia deve ser encarada de modo especial dentro da Odontolo-

gia. Por isso não é demais lembrar que o dia e horário das cirurgias devem merecer atenção especial.

Após a remoção do dente retido e da “toilette” da cavidade, devemos executar a sutura. Essa etapa normalmente é desprezada, em termos de atenção. Consideramos uma das etapas mais importantes da cirurgia, pois vai determinar a rapidez e a correta cicatrização do ato cirúrgico, prevenindo uma contaminação e um pós-operatório ruim ou doloroso para o paciente.

A sutura normalmente deve ser executada na ordem inversa da incisão, levando-se em conta os chamados pontos de referência para o reposicionamento do retalho em seu sítio. Observemos se as papilas estão realinhadas às porções cervicais dos dentes, em posição e alturas corretas; observemos se a sutura ficará sobre suporte ósseo compatível com o traço da incisão. Devemos ter cuidado com a tensão excessiva no momento da sutura e, principalmente, sejamos delicados com os retalhos, utilizando-se de um fio apropriado ao tamanho e ao local da sutura. A regra básica: usar fio descartável, montado em uma agulha atraumática de bordos cortantes, que penetre os tecidos através de uma pequena incisão que ela mesma executa na sua inserção. O diâmetro do fio deve ser compatível ao tamanho do retalho. Quanto maior o número de zeros, menor a espessura do fio. Por exemplo: um fio montado três - zero (3-0 ou 000) é mais grosso que um quatro-zero (4-0 ou 0000) e assim sucessivamente. Não nos esqueçamos da natureza do fio depender do tecido que está sendo suturado. Ao suturarmos planos profundos, que ficarão submersos, optaremos por fio “cat-gut”, quando os planos não exercerem excessiva pressão, ou cat-gut cromado, em planos musculares de grande tensão. Todos eles, é claro, com calibres compatíveis com o tecido, sua natureza, características, espessura... Quando a sutura é em mucosa, a opção ideal é a seda, seguida pelo algodão. Em epitélio externo (pele) o ideal é o mononylon com calibre bem fino, de 4 a 5-0... A sutura deveria ser executada de maneira a apresentar um suporte aceitável ao fio, ou seja, a agulha não deve ser inserida muito próxima à borda da ferida. Esta distância deve ser compatível com a tensão do retalho.

Por quanto tempo devemos manter a sutura? Depende da tensão e do epitélio envolvido na sutura... Em uma exodontia, o ideal é removermos a sutura depois de 5 dias. Em dentes retidos, recomendamos 7 dias de manutenção de sutura. Orientamos ao paciente escovar a região, com cuidado, para evitarmos as contaminações e colonizações do fio de sutura por bactérias. E antes da remoção da sutura, devemos remover o excesso das colônias bacterianas com gaze, para evitarmos a penetração destas bactérias, no percurso do fio e da agulha, na ferida cirúrgica. E outro detalhe que pode parecer simples, mas com que já tivemos problemas é orientar o paciente da necessidade de se remover a sutura.. Muitos pacientes, sem orientação e com a lembrança dos costumes populares de que o ponto da sutura sai sozinho, não retornam para fazer isso. Orientemos o paciente para um retorno de remoção de sutura e de controle pós-operatório.

Quanto ao pós-operatório, o paciente deve ser conscientizado e motivado a seguir as instruções que, juntamente com a medicação de apoio, dá-lhe conforto e segurança. O paciente deve se abster de executar qualquer atividade física por 24 horas, sendo que este repouso, como já foi citado, deve ser o mais absoluto possível. Evitar conversas e diálogos, fontes de calor, aumento de pressões ou excitação física. O pós-operatório, além da técnica cirúrgica, depende, e muito, da conduta do paciente. É rotina repetirmos com o paciente o que ele pode ou não fazer, o que ele deve ou não fazer: a orientação sobre dieta líquida fria nas primeiras 12 horas,

repouso sem visitas ou conversas, em resumo, a necessidade do paciente se proteger e precaver de uma atividade com o aparelho estomatognático mais intensa.

Algumas lojas cirúrgicas, principalmente de dentes semi-inclusos, cicatrizam-se por Segunda Intenção, sendo quase impossível a coaptação dos bordos da ferida. Nestes casos, o paciente deve ser avisado de a cicatrização ser por epitelização da loja, permanecendo uma depressão, um orifício epitelizado que deve ser limpo com cuidado, com bochechos vigorosos após a epitelização. Este orifício vai gradualmente se fechando e superficializando a depressão, sendo que, em 90 dias, normalmente o paciente não mais apresenta este desconforto.

Citando o controle pós-operatório, é muito importante que façamos o controle radiográfico da cicatrização óssea de uma loja cirúrgica de dente retido. Devemos orientar o paciente para um retorno de 90 e 180 dias, para que possamos acompanhar a cicatrização e o fechamento da loja óssea.

CONCLUSÃO

Na Faculdade de Odontologia de Anápolis, este roteiro é utilizado há 20 anos e os resultados são extremamente favoráveis. É feita uma avaliação anual, um "feedback" de realinhamento do pessoal envolvido (técnicos, alunos e professores) e os resultados nos permitem insistir neste protocolo que, inclusive, é repetido em nossas Clínicas particulares. É claro que seria necessário mais que este trabalho para

a discussão da totalidade de nuances e táticas em se tratando de dentes inclusos, mas consideramos este roteiro uma orientação básica e essencial para a prática cirúrgica.

SUMMARY

The authors present several techniques and tactics that constitute the routine and the surgical protocol of the surgeries of the included teeth of the Chairs of Surgery of the School of Dentistry school of Anápolis.

UNITERMS

Surgical protocol of included teeth - Surgery of the dental inclusions - surgical Techniques of included teeth.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, J.J. **Princípios de cirurgia odontológica e buco maxilo facial**,

São Paulo: Livraria e Editora Artes Médicas, v.1.1979.

KRUGER, G.O. **Cirurgia bucal e maxilo facial** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

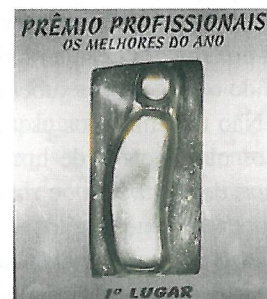
PETTERSON, L.J. **Cirurgia oral e maxilo facial contemporânea** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

SERRA, M.A.; FERREIRA, L. D. **CIESCOPEN. Roteiro para cirurgia dos dentes impactados: princípios gerais das técnicas e táticas cirúrgicas.**

<http://www.odontologia.com.br> - 1998.



RADIOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA



RUA DONA DOCA, 102 - CENTRO - FONES 321-3764/321-4806 - FAX 321-4466
75.020-180 - Anápolis - Goiás

WWW.GENETIC.COM.BR/~MVROCHA/

EMAIL : MVROCHA@GENETIC.COM.BR