

Principais complicações associadas às extrações de terceiros molares – revisão de literatura

Main complications associated with extraction of third molars - literature review

DOI:10.34119/bjhrv5n6-255

Recebimento dos originais: 14/11/2022

Aceitação para publicação: 21/12/2022

Paula Eduarda Rodrigues de Assis

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: rodriguesassis18@gmail.com

Natália Pereira Vieira

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: nataliamme25@icloud.com

Fernanda Thomáz do Carmo

Pós-graduanda em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO) - Rio de Janeiro

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: drafernandathomaz@gmail.com

Elizabeth de Fatima Pereira Barros

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: Elizabethfatima156@gmail.com

Marília de Souza Tavares

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: mary.tava22@gmail.com

Rafael Saraiva Torres

Cirurgião Bucomaxilo

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: Rafael.Torres@fametro.edu.com

Gabriela de Figueiredo Meira

Doutora em Odontopediatria

Instituição: Centro Universitário Fametro (CEUNI)

Endereço: Av. Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP:69050-000

E-mail: gabriela.meira@fametro.edu.br

RESUMO

Um terceiro molar impactado é um elemento que não consegue erupcionar no ciclo esperado até o seu lugar normal na arcada. Tendo como prevalência entre pacientes de 16 e 21 anos de idade. Transcorre porque a irrupção é complexificada pelos dentes perimetrais, por uma espessa camada óssea ou por uma exorbitância de tecido mole sobreposto, tendo como uns dos fatores simples as fraturas dentárias, comunicações buco-sinusiais e demais injúrias a estruturas nobres. Para diminuir a incidência de complicações, o planejamento adequado e as técnicas cirúrgicas são indispensáveis. Conforme com a literatura os incidentes e complicações mais comuns são: trismo, hemorragia, parestesia do nervo alveolar inferior, dor, alveolite infecção e fraturas ósseas. Este objetivo estudo tem como identificar na literatura acerca dos acidentes e complicações nas remoções de terceiros molares, definindo a melhor escolha cirúrgica e tratamento a ser realizado diante dos casos.

Palavras-chave: terceiro molar, acidentes, complicações.

ABSTRACT

An impacted third molar is an element that fails to erupt within the expected time to its normal position in the arch. Prevalence among patients aged between 16 and 21 years. It occurs because the irruption is complexified by the perimetral teeth, by a dense bony covering or by excess of superimposed soft tissue, having as some of the simple factors the dental fractures, oro-sinus communications and other injuries to noble structures. To reduce the incidence of complications, proper planning and surgical techniques are essential. According to the literature, the most common accidents and complications are trismus, hemorrhage, paresthesia of the inferior alveolar nerve, pain, alveolitis, infection and bone fractures. This study aims to identify in the literature about accidents and complications in the removal of third molars, defining the best surgical choice and treatment to be carried out in the cases.

Keywords: third molar, accidents, complications.

1 INTRODUÇÃO

O terceiro molar quando impactado é um elemento que não consegue erupcionar no tempo estabelecido em sua posição normal. Ocorre porque a irrupção é complexificada pelos dentes perimetrais, por um denso revestimento ósseo ou por extremo tecido mole sobreposto. Dessa forma, o dente incluso engloba os elementos impactados quanto os que estão em transcurso de erupção (PETERSON et al., 2004). Assim, define-se que os elementos não irrompidos são aqueles que não advêm na cavidade bucal dentro da cronologia habitual de irrupção, acomodando denominações, como inclusos ou impactados (SANTOS et al., 2021).

As intercorrências mais comuns nos consultórios odontológicos em relação às exodontia de terceiros molares, são: dor exacerbada, edema, parestesia do nervo alveolar inferior e superior, trismo, alveolites seca ou úmida, comunicação buco-sinusal, fraturas de maxila e mandíbula, disfunções que podem ser transitórios ou permanentes (PITROS et al., 2020). Há casos em que sua remoção é realizada para não surgirem presenças de doenças periodontais, cáries, reabsorção radicular e impasses em tratamentos ortodônticos (RIBEIRO JUNIOR et al., 2019).

Á análise da dor após a exodontia de terceiros molares devem ser avaliados, caso os analgésicos, antiinflamatórios e antimicrobianos resultem em respostas negativas no paciente, como resistência e tolerância nas medicações, impossibilitando assim um bom pós-operatório. Sendo o exame clínico e radiográfico como base fundamental para o planejamento cirurgico do paciente, obtendo informações médicas e odontológicas, no qual entende-se a dificuldade e complicações do ato cirúrgico que está associado a forma e a posição do dente, impedindo possíveis contingências no transoperatório e distúrbios no pós-operatório (FERREIRA FILHO et al., 2020; RIBEIRO JUNIOR et al., 2019).

Relata-se que a preponderância de terceiros molares impactados está por entre 35,9% e 58,7%. Esses dentes situam-se respeitante a diversas doenças como pericoronarite, cárie e cistos (Breik & Grubor 2008). Widmer (2012) ressalta que a erupção do terceiro molar ocorre entre os 17-25 anos de idade, compreendendo o tempo de erupção desse elemento dentário é importante o auxílio e diagnóstico para o tratamento. O saber dos riscos adjuntos a está prática, o protocolo de tratamento é primordial para a segurança e proteção do paciente, do mesmo modo um amparo para os cirurgiões-dentistas.

Perante ao evidenciado, este trabalho tem como alvo geral relatar acerca das principais complicações associadas a remoção dos terceiros molares, tendo como definir o protocolo mais adequado a ser realizado frente dessas condições.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TERCEIROS MOLARES E SEUS FATORES SISTÊMICOS

As exodontias de terceiros molares resultam na maioria das vezes em edema e dor, sendo frequentemente os dentes que mais sofrem na erupção (Conceição et al. 2021). A indicação para remoção deles se dá pela sintomatologia dolorosa, como também o desenvolvimento de lesões e em casos de tratamento ortodôntico. De acordo com Santos et al. (2014), no pós-operatório podem ocorrer complicações faciais, psicológicos e dificuldades na fala como nomeação de fonemas. Embora a dor em tecidos lesados sejam mais comuns em quaisquer cirurgia oral.

Dallaserra et al. (2019) afirma que os fatores que dificultam a extração dos terceiros molares inferiores, dependem do grau em que a raiz está próxima ao nervo alveolar inferior e o tempo cirúrgico. A parestesia do Nervo Alveolar Inferior (NAI), alveolite, trismo, hemorragia, dor, fraturas ósseas, doenças periodontais, locomoções de dentes adjacentes e infecções podem ocorrer advindos por erros de planejamento cirúrgico. Além das causas fisiológicas, deve-se analisar a arcada dentária e a posição do segundo molar, para que o mesmo não sofra alteração (FREITAS et al. 2020).

É importante diferenciar as intercorrências no trans-operatório, das complicações no período pós-operatório. Para que não ocasionem traumas e nem existam fatores que possam interferir nas condições sistêmicas do paciente, o cirurgião-dentista deve ter um olho minucioso e resolutivo no procedimento a ser feito (Piedade et al., 2020).

2.2 ALVEOLITE

A alveolite é uma patologia debilitante, onde a complicação se faz dolorosa para o paciente. A alveolite seca caracteriza-se por uma dor intensa, pois terminações nervosas no interior do alvéolo ficam expostas. Agora a alveolite úmida é capaz de apresentar secreção purulenta e mau odor. Essa complicação pode se apresentar em cerca de 2 a 6 % dos pacientes submetidos a exodontias. Além disso, entre as faixas etárias de 30 e 40 anos, a complicação é mais comum, muitas vezes resultado de falta de orientação pós-operatória, falta de cooperação do paciente (CAMPERLINGO; SOUZA, 2020; CORDEIRO; SILVA, 2016).

O tratamento da alveolite é baseado no alívio da dor, intencionando um ciclo de recuperação óssea saudável, que leva em torno de 2 a 3 semanas. Tendo em vista, a curetagem suave no alvéolo como uma das primeiras condutas preventivas, ainda não se encontra uma causa específica para esta patologia e sim, vários agentes resultando na Alveolite. Destarte, o material intraalveolar (Alveolex) é muito citado na literatura, enquanto o reparo ósseo acontece, em situação extrema é prescrito antibióticos e analgésicos para controlar a infecção (FERREIRA; MANDARINO, 2019).

2.3 TRISMO

O trismo é definido como uma dor muscular, onde pode-se ocorrer variações devido a um espamo miofacial que podem suger danos às fibras musculares, remoções em um tempo longo, várias injeções anestésicas locais, em casos até de estarem afetando nos músculos mastigatórios, hematoma e infecções pós cirurgias. (GRAZIANI, 1995). O trismo caracteriza-se pela dificuldade de abrimento bucal natural, a qual maior que 3cm, devido à contínua

contorção dos músculos da mastigação. Os músculos envolvidos (masséter, temporal ou pterigóideos) ficam contraídos, o que resulta numa restrição da abertura bucal. A hipomobilidade, característica desta condição, pode levar à degradação do conjunto de músculo ligado (Shipman, B. et al 2009).

Para impedir esse importuno as extrações carecem ser menos traumáticas e no menor tempo cirúrgico. Nos casos de trismo de origem inflamatória, estomatite e alveolite, o tratamento pode consistir também na utilização de calor seco nos primeiros dias, juntamente com o uso de anti-inflamatórios e/ou analgésicos para lidar com a dor e infecção, como diclofenaco em posologia 50 e 100 mg conforme o estudo de Gorecki et al. (2018). Há ainda autores que recomendam a utilização de tranquilizantes musculares, contudo as consequências obtidas são controversas. É ainda aconselhado a realização de exercícios que visam a recuperação da abertura bucal (Shipman, B. et al 2009 e Carriches, C.L. et al 2006).

2.4 INFECÇÕES LOCAIS

As infecções locais ocorrem quando acontecem a ruptura da cadeia asséptica, ou não feitos os cuidados necessários após a exodontia ou o adequado planejamento ou a falta de concepção para o ato cirúrgico. A condição de saúde geral do paciente, fase de impactação dental, idade e o tempo da cirurgia podem ser também causas predisponentes a essa complicação. A infecção é uma complicação rara associada à extração de dentes impactados. Muitos autores debatem a respeito do uso de profilaxia antibiótica, todavia, em ocorrências onde não é possível conservar a cadeia asséptica, havendo existência de complicações sistêmicas ou infecções como em sistemas públicos, a profilaxia antibiótica é empregada (Arteagoitia I, et al. 2005).

Envolve-se entre os terceiros molares mandibulares, infecções como em tecidos retrofaríngeos e mediastino (Sbricoli et al.,2021). A conduta de primeira escolha nesses casos é a penicilina, com relação a natureza da infecção e aos estreptococos presentes (Bouloux et al.,2007) e para pacientes alérgicos a penicilina, é receitado a clindamicina 600 mg.

2.5 FRATURA DA TUBEROSIDADE DA MAXILA

Fratura da tuberosidade da maxila é uma complicação nada frequente e sucede que muitas vezes devido ao planejamento inadequado e técnica cirúrgica inapropriada. Geralmente esse acidente é averiguado no momento em que é empregada excessivamente a força de lateralidade em um terceiro molar superior com raízes divergentes ou com hiper cementose, visto que nessa área da tuberosidade o osso é altamente delgado. (Marzola c. 2000). Como

forma de tratamento, é primordial evitar ao total a fratura, torna-se fundamental utilizar técnicas e instrumentos corretos. Caso aconteça a força abundante, a técnica deve ser mudada imediatamente, evitando que assim não ocorra a fratura, caso ocorra essas complicações o paciente deve ser examinado e com a possível comunicação buco-sinusal sendo constatada, receitar o antibiótico como forma de tratamento, orientando o paciente, para que em seguida, suturar adequadamente a região (Marzola C. 1995).

2.6 FRATURA DA MANDÍBULA

A fratura da mandíbula, quanto a fratura da tuberosidade da maxila, é uma complicação rara, entre as causas se encontra a execução incorreta e excessiva de força. Osteomielite, tumor cístico, estados fisiológicos correlacionados ao metabolismo e diabetes são agentes relacionados à fratura, tendo prudência com essa consequência (Peterson L, et al. 2004). No decorrer da extração de terceiros molares inclusos, particularmente situada no ângulo da mandíbula, a fratura se torna sequente. Isto acontece pois na região, não há apoio propício para mantê-la imóvel enquanto é feita a luxação do elemento. Contudo, os escritores apontam como causa mais comum da fratura da mandibular o uso errôneo da alavanca, após desgaste abundante do osso (Graziani M. 1995).

O tratamento pode ser realizado por fixações internas, como fio de aço, miniplacas, placas de reconstrução e reconstrução com travamento ou externas, como a barra em arco com FMM (Fixação maxilo-mandibular), anéis de Ivy, fixador externo, onde são possíveis tratar com técnicas de fixação externa (LIMA et al., 2017).

2.7 EDEMA

Edema, assim como a dor é uma das desordens pós-operatórias mais frequente entre as cirurgias de terceiros molares. Os fatores do processo inflamatório pode está relacionado no início do ato cirúrgico (Marzola C.,2008). É uma situação normal ou aguardada no pós-operatório, tal condição acontece de 2 a 3 dias após o procedimento, onde a presença de líquido em excesso ocorre nos tecidos corporais.

O cirurgião dentista deve administrar fármacos corticoesteróides, reduzindo a inflamação e controlando. Para que se reduza o edema, o paciente pode realizar compressas geladas na face por 20 minutos, aplicações de laser, em baixa intensidade auxiliando na reparação tecidual com efeito antiinflamatório e analgésico (MAIA.,2008).

Tendo em vista a crioterapia, como outra modulação de tratamento por até 30 minutos e prevenindo significativamente o extravasamento sanguíneo, facilitando a recuperação de

lesões (SANTANA, 2009) e o acompanhamento a fisioterapeuta junto a drenagem linfática manual, qual atua na estimulação a circulação linfática e assim regenerando o sistema linfático, sem causar riscos à saúde (SOARES.,2012).

2.8 COMUNICAÇÃO SINUSIAL

A comunicação buco-sinusal relaciona-se ao abrimento pelo seio maxilar e a cavidade bucal, qual ocorre com mais prevalência nos primeiros molares superiores e com risco de 0,008% a causar complicação nos casos dos terceiros molares (Bouloux et al. 2007). As radiografias são essenciais e um requisito pré-operatório, a fim de que se evite a comunicação sinusal. As raízes de dentes como pré-molares e molares em contato com o assoalho do seio maxilar, é revestido por uma mucosa. A intercomunicação sucede basicamente se o seio for dilatado, caso não haja osso no meio das raízes dos dentes e o seio maxilar ou então forem discrepantes (Osborn, et al. 1985).

Para reconhecimento da perfuração buco-sinusal apresenta-se um notável sinal como a entrada de alimentos e líquidos da cavidade oral para o seio maxilar e resultante refluxo para a cavidade nasal. Há possibilidade do paciente manifestar uma sinusite aguda ou crônica e um timbre nasal da voz (Garcia RR, et al. 2000). A manobra de Valsava é a técnica mais empregada para a diagnose de comunicação buco-sinusal em casos de intercomunicação menos amplas e que não é possível distinguir-se a olho clínico. A técnica integra na expiração nasal forçada, obstruindo com os dedos, o nariz do paciente, pedindo que o mesmo expire, enquanto o profissional analisa a região da extração dentária. Caso há comunicação, terá uma passagem de ar dentro do alvéolo e o sangue irá borbulhar (Osborn, et al. 1985). Outra técnica para que se analise a comunicação, é através de radiografias periapicais, onde as comunicações de até 2mm, é solicitado ao paciente que evite assoar o nariz, beber em canudo, fumar e espirrar violentamente. O recurso terapêutico será de acordo com a espessura da comunicação bucosinusal, sendo ele medicamentoso ou cirúrgico. No caso do espaço for inferior que 2 mm, o procedimento não será cirúrgico. Se a abertura for de 2mm a 6mm entre a cavidade bucal e o seio, deve ser feito uma sutura em colchoerio horizontal para garantir o desenvolvimento do coágulo e preservação do local da extração (Farias JG, et al. 2003).

É recomendado receitar ao paciente o uso de antibióticos, normalmente amoxicilina, cefalexina ou clindamicina ao longo de 5 dias, para que se contenha uma iminente sinusite maxilar, com a finalidade de manter a permeabilidade do óstio sinusal. Caso a abertura tenha mais que 6 mm é vital que se utilize uma parte de retalho para cobrir a área de comunicação,

como partes vestibulares, partes palatinas, corpo adiposo bucal pediculado e colocação de similares de raízes bioabsorvíveis (Bouloux et al., 2007; Chuang et al., 2008).

2.9 ENFISEMA

O enfisema subcutâneo ocorre entre a passagem forçada de ar e outros gases para parte interna dos tecidos moles, abaixo das mucosas e ocasionando um trauma (Kim, Kim, Kim et al., 2010). Podendo surgir entre os tratamentos endodônticos, cirurgia periodontal, cirurgia da ATM e exodontias com a utilização da caneta de alta ou seringa tríplice (HUANG., 2007).

Para detalhar o diagnóstico, os sinais e sintomas encontrados são o aumento de volume difuso na região cervicofacial, dor e crepitação à palpação (Medeiros, 2018). É necessário um exame físico, tátil, exames radiográficos e ultrassonografia para analisar os tecidos afetados, assim obter uma complementação diagnóstica.

O tratamento desse acidente é sintomático com antibióticos e analgésicos, porém, em casos mais severos se emprega o tratamento como dreno torácico, drenagem e incisão para que haja melhoria e minimize o desconforto no paciente (Rosenber, Phero & Giovannitti, 2013). Após 2-3 dias ocorre um progresso e em 5-10 dias por completo a recuperação, tendo como acompanhamento para avaliar a extensão das áreas afetadas.

3 DISCUSSÃO

A despeito das cirurgias de remoção de terceiros molares sejam de precedência e domínio do cirurgião bucomaxilofacial por ser uma manobra mais invasivo, ocorre que muitas vezes surgem complicações, logo devem ser observados possíveis perigos e privilégios (HUPP et al., 2015). Contudo De oliveira (2017) descreve que por se tratar de um procedimento cirúrgico, os acidentes e complicações podem ser tanto na área da maxila e mandíbula, sendo importante a análise do exame de imagem para a segurança da cirurgia, tendo como prevenção a alveolite, trismo, infecções locais, edema, comunicação sinusal, fraturas e enfisema.

As complicações ocorrem no período pós-operatório, enquanto os acidentes são ocasionados no transoperatório (CASTANHA et al., 2018). Breik et al (2018) afirma que a predominância está entre 35,9% a 58,7% em relação à dor pós-operatória, trismo e inchaço. Tais patologias como a periocoronarite e cistos, apresentam como uns dos fatores de complicações nas exodontias. A alveolite está entre as mais comuns complicações as exodontias dos elementos dentários. Segundo Dos Santos et. Al. (2018) encontrasse como uma dor pulsátil no alvéolo, gerado entre o terceiro ao quinto após a cirurgia, podendo ocorrer o mau hálito, levando a dor ao ouvido e pescoço. Dessa forma fBauer (2016) observa que o tempo cirúrgico

está relacionado a chance de 2,7% entre os riscos das complicações infecciosas em cada minuto e nos casos de cirurgias com o tempo de cinquenta minutos, denotam seis vezes mais chance do aumento de infecção.

As fraturas podem ser recorrentes na região mandibular, em virtude do osso da mandíbula ser mais denso. Miloro et al (2016) indica que a conduta a ser realizada para remoção do elemento é a osteotomia e odontosecção, diminuindo o risco de fratura. Contudo, Lima et al (2017) aborda o tratamento frente aos casos severos com fixações externas e internas, imobilização maxilomandibular e amarro circunferencial.

O edema está ligado tanto em relação à resposta imunoinflamatória do paciente quanto aos fatores do ato cirúrgico. De acordo com Marzola (2008) para minimizar, deve-se administrar fármacos corticoesteróides, onde Gorecki et al. (2018) analisou que a dexamesatona 8 mg associada aos AINES no pré-operatório teve como efeito hábil a inflamação, assim controlando a dor e edema.

A comunicação buco-sinusal é uma complicação que pode sobrevir na maioria das exodontias de molares superiores e pré-molares, devido a raiz ser próxima ao seio maxilar. Entretanto Boulox et al (2007) consiste em identificar o grau e extensão que foi afetado, para que se estabeleça o tratamento com analgésicos, anti-inflamatórios e descongestionantes nasais. Caso a comunicação seja crônico, pode ser feito o fechamento com retalho vestibular do tecido adiposo da bochecha, retalho palatino ou sutura oclusiva, caso a extensão seja menor. Castanha et al (2018) aborda então como a melhor forma de tratamento, realizar o fechamento das comunicações no mesmo dia que ocorreu a abertura, evitando a sinusite maxilar e fístula bucal.

O enfisema é um acidente raro, onde a passagem forçada de ar e gases se constitui no interior dos tecidos moles. Causados pela seringa tríplice ou até mesmo espirros no pós-cirúrgico, sendo como uma das mais comuns o uso de uma turbina. Gerando assim desconforto, volume alto na região posterior, dor e crepitação à palpação. É indicado a antibioticoterapia, anti-inflamatórias, além do acompanhamento com o dentista (TORRES RS et al.,2020). Gomes-ferreira (2016) afirmam quando tratado o enfisema subcutâneo em prazo necessário por antiinflamatórios, a melhora é eficaz em poucos dias.

Pereira et al (2020) e Ferreira Filho et al (2020) relembra que a avaliação sistêmica do paciente é essencial, tendo como complementação seus sinais vitais, exames complementares, caso o mesmo possua seus limites orientados pelo médico. Outros fatores como idade, sexo e experiência cirúrgicas devem ser associados.

4 CONCLUSÃO

Os indispensáveis princípios determinantes para o sucesso da exodontia de terceiros molares, é o conhecimento e prática das técnicas cirúrgicas frente em cada caso clínico e sistêmica do paciente, levando em consideração os acidentes e complicações que podem ocorrer a esses procedimentos, sendo primordial a base de estudo de cada um, uma vez que o cirurgião esteja apto nessas situações. Reduzindo a morbidade gerada ao paciente, uma anamnese completa além dos exames de imagens e planejamento do tratamento são cruciais no transoperatório.

REFERÊNCIAS

1. PETERSON L, et al. Cirurgia oral e maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
2. ALVARES, Luiz Casati; TAVANO, Orivaldo. Curso de radiologia em odontologia. In: Curso de radiologia em odontologia. 1998. p. 248-248
3. Pitros, P., N. O'Connor, A. Tryfonos, & V. Lopes. (2020). "A Systematic Review of the Complications of High-Risk Third Molar Removal and Coronectomy: Development of a Decision Tree Model and Preliminary Health Economic Analysis to Assist in Treatment Planning." *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 58(9):e16–24.
4. FERREIRA FILHO, M.J.S.; SILVA, H.R.S; ROSARIO, M.S.R.; TAKANO, V.Y.S.; NASCIMENTO, J.R.; AGUIAR, J.L. et al. Acidentes e complicações associados a exodontia de terceiros molares - revisão da literatura. *Braz. J. Develop., Curitiba*, v. 6, n. 11, p. 93650-65, nov. 2020.
5. DALLASERRA, M. et al. Infectious postoperative complications in oral surgery. An observational study. *J Clin Exp Dent*, v. 12, n. 01, p. 65-70, Jan. 2019.
6. SANTOS, Y. C. M.; DIAS RIBEIRO, E.; PALHANO FREIRE, J. C.; CRUZ, J. H.A.; RODRIGUES DE SOUZA, G., NUNES, I.S. et al. Prevalência de patologias associadas a terceiros molares inclusos: revisão de literatura. *Arch. Health Invest.*, v.10, n. 2, p. 351-55, 2021.
7. RIBEIRO JÚNIOR, C.O.; ROCHA, B.B.; DO CARMO, F.C.S.; LADEIA JÚNIOR, L. F. Anatomia e considerações clínicas dos terceiros molares inclusos: uma revisão de literatura. *Id on Line Rev.Mult. Psic.*, v. 13, n. 47, p. 823-35, out 2019.
8. Ferreira, A., Mandarino, S. (2019). Complicações ocasionadas no pós-operatório de exodontia de terceiro molares. *Caderno de odontologia do UNIFESO*, 1(1), 26-36.
9. FREITAS, G.B.; MANHÃES, L.R.C.; ROCHA, J.G.; SANTOS, J.A.; MORAIS, J.K.B.; AZEVEDO, C.H.D.S. Avaliação radiográfica da prevalência e classificação dos terceiros molares retidos. *J. Med. Health Prom.*, v. 5, n. 1 p. 70-79., jan/mar. 2020.
10. Piedade, E. F. S., Gulinelli, J. L., Queiroz, T. P., Rosa, V. M., & Santos, P. L. (2020). Surgical complications in systemically compromised patients: analysis of 992 medical records. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 68
11. Bouloux, G. F., Steed, M. B. & Perciaccante, V. J. (2007). "Complications of Third Molar Surgery." *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* 19(1):117–28.
12. Breik, O., & D. Grubor. (2008). "The Incidence of Mandibular Third Molar Impactions in Different Skeletal Face Types." *Australian Dental Journal* 53(4):320–24
13. Castanha, D. M., Andrade, T. I., Costa, M. R., Nunes, J. R. R. M., & VASCONCELOS, R. (2018). Considerações a respeito de acidentes e complicações em exodontias de terceiros molares: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 24(3), 105-109.

14. Torres RS, Ribeiro ACF, Carvalho HMP, Nascimento SLC, Albuquerque GC, Martins VB, Oliveira MV, Motta Junior J, Tavares PMH. Subcutaneous emphysema during surgical extraction of third molars: three case reports. *J Braz Coll Oral Maxillofac Surg*. 2020 Jan-Apr;6(1):36-41.
15. DOS SANTOS, Aída Juliane Ferreira et al. Enfisema subcutâneo extenso após exodontia de terceiros molares: Relato de caso. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e37310414311-e37310414311, 2021.
16. DE LIMA, Valthierre Nunes et al. Fratura mandibular associado à remoção de terceiro molar inferior: revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, v. 6, n. 9, p. 414-417, 2017.
17. MILORO, Michael. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. In: Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 2008. p. 766-766.
18. Gorecki, P., Rainsford, K.D., Taneja, P., Bulsara, Y., Pearson, D., Saund, D., Ahmed, B., & Dietrich, T. (2018). Submucosal Diclofenac for Acute Postoperative Pain in Third Molar Surgery: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Dent Res*. 97(4), 381-387.
19. GOMES-FERREIRA, P. H. S.; OLIVEIRA, D.; MOMESSO, G. A. C.; BONARDI, J. P.; PATORI, C. M.; FAVERANI, L. P. (2016). Enfisema subcutâneo durante exodontia de terceiro molar: relato de caso. *Arch. Health Invest.*, v.5, n. 2, p. 33-6, 2016.
20. BERGAMASCHI, Cristiane de Cássia et al. Interações medicamentosas: analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos (Parte II). *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, p. 9-18, 2008.