


EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR IMPACTADO: RELATO DE CASO CLÍNICO**SURGICAL EXTRACTION OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLAR: CASE REPORT** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.027-003>**Matheus Bastos Singi Macedo**

Cirurgião Dentista

Faculdade Anhanguera - Poços de Caldas

E-mail: matheusbastossingi@gmail.com

Sthefany Silva Alvarenga

Graduanda em Biomedicina

Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

E-mail: sthefany.alvarenga@sou.unifal-mg.edu.br

RESUMO

O presente relato de caso tem como objetivo descrever, de forma detalhada, o processo cirúrgico de exodontia do terceiro molar inferior esquerdo (dente 38) incluído, destacando as etapas do procedimento, os cuidados operatórios e as condutas pós-cirúrgicas adotadas. A paciente apresentou queixa de dor recorrente na região posterior da mandíbula, associada à dificuldade mastigatória e inflamação local. A avaliação radiográfica confirmou a impação horizontal do dente 38, em íntima relação com o ramo mandibular. O procedimento foi realizado sob anestesia local, com incisão em envelope, osteotomia e odontoseção controladas, seguidas de remoção cuidadosa do elemento dentário e irrigação abundante com soro fisiológico. O alvéolo foi limpo, e a sutura feita com fio de seda 4.0. No pós-operatório, a paciente foi orientada quanto aos cuidados locais, uso de antibiótico, analgésico e anti-inflamatório, apresentando boa cicatrização e ausência de complicações significativas. Este caso reforça a importância do planejamento cirúrgico minucioso, do uso adequado de recursos radiográficos e da execução técnica criteriosa para prevenir intercorrências e garantir o sucesso da exodontia de terceiros molares impactados.

Palavras-chave: Exodontia; Terceiro molar incluído; Cirurgia oral.**ABSTRACT**

This case report aims to describe in detail the surgical procedure of extraction of the impacted lower left third molar (tooth 38), highlighting each operative step, intraoperative management, and postoperative care. The patient presented with recurrent pain in the posterior mandibular region, associated with local inflammation and difficulty in mastication. Radiographic evaluation confirmed horizontal impaction of tooth 38, closely related to the mandibular ramus. The procedure was performed under local anesthesia using an envelope incision, controlled osteotomy, and odontosection, followed by careful tooth removal and copious irrigation with saline solution. The socket was cleaned, and suturing was performed with 4.0 silk thread. Postoperative instructions included antibiotic, analgesic, and anti-inflammatory medication, as well as local care. The patient showed satisfactory healing without significant complications. This report emphasizes the relevance of careful surgical planning, proper use of radiographic tools, and meticulous technical execution to minimize risks and ensure successful extraction of impacted third molars.

Keywords: Tooth extraction; Impacted third molar; Oral surgery.

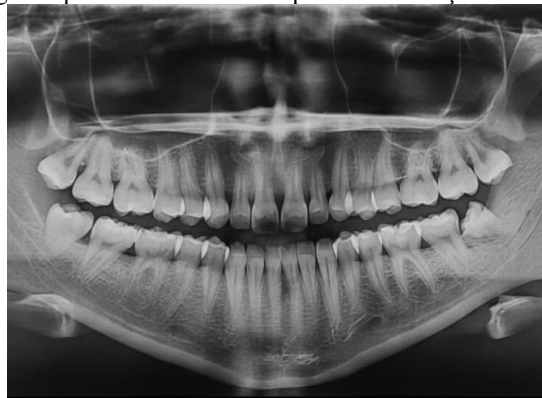
1 INTRODUÇÃO

A impação dentária é caracterizada pela permanência do dente em posição intraóssea após o período esperado para sua erupção, geralmente em decorrência de barreiras físicas ou da má orientação do folículo dental (ANDRADE et al., 2019). Entre todos os dentes, os terceiros molares apresentam a maior taxa de impação, representando cerca de 90% dos dentes retidos, com predominância na mandíbula (SANTOS et al., 2021). Esses dentes costumam irromper entre os 18 e 25 anos de idade, porém frequentemente permanecem inclusos ou semi-inclusos em posições inadequadas. A presença de dentes impactados, especialmente terceiros molares inferiores, pode causar dor, inflamação, infecção pericoronária, reabsorção radicular do segundo molar adjacente, além de distúrbios mastigatórios e possíveis complicações sistêmicas (OLIVEIRA; MARTINS; SOUZA, 2020). Esses fatores justificam a necessidade de intervenção cirúrgica, sendo a falta de espaço no arco dental uma das principais causas da impação (FREITAS et al., 2018).

O presente trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um terceiro molar inferior esquerdo (38) impactado destacando o diagnóstico, o planejamento e a execução da técnica empregada. Especificamente, busca-se descrever o exame clínico e radiográfico, apresentar a técnica de exodontia e demonstrar a evolução pós-operatória satisfatória. A justificativa deste estudo está na relevância clínica e acadêmica da exodontia de terceiros molares impactados, que constitui um dos procedimentos mais realizados na cirurgia bucomaxilofacial, exigindo do cirurgião-dentista conhecimento técnico e criteriosa avaliação do caso para evitar complicações (COSTA; MORAES, 2019). O correto planejamento cirúrgico e a escolha de técnicas menos invasivas contribuem para a redução do trauma operatório, do tempo de recuperação e da ocorrência de intercorrências pós-operatórias, como dor, edema e trismo (LIMA; BARBOSA; PEREIRA, 2022).

O diagnóstico da impação é obtido por meio de exame clínico e radiográfico, geralmente utilizando radiografia panorâmica, que permite avaliar a posição do dente e sua relação com as estruturas adjacentes (SILVA et al., 2020). A Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) tem sido amplamente utilizada por oferecer maior precisão na análise tridimensional das estruturas anatômicas e auxiliar no planejamento cirúrgico (FERREIRA; ALMEIDA, 2021). O sucesso do tratamento depende do planejamento adequado, da técnica cirúrgica conservadora e do manejo pós-operatório correto, garantindo conforto ao paciente e uma cicatrização favorável (MENDES; RODRIGUES, 2020).

Figura 1. Radiografia panorâmica utilizada para identificação de alterações dentárias



2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de caso clínico realizado em uma clínica odontológica privada localizada na cidade de Alfenas, Minas Gerais. O objetivo foi descrever o procedimento cirúrgico de exodontia do terceiro molar inferior esquerdo (elemento 38) impactado, abordando os aspectos técnicos e anatômicos envolvidos, bem como as condutas terapêuticas adotadas. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, com abordagem clínica e caráter observacional, fundamentada em um único caso. Foram seguidas as normas éticas aplicáveis à Odontologia e os princípios de biossegurança preconizados pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO).

O paciente foi informado sobre todos os aspectos do procedimento e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O relato de caso clínico em questão, aborda os procedimentos realizados em um paciente de sexo masculino de 25 anos, classificado como ASA I, que compareceu a uma clínica odontológica privada em Alfenas (MG) referindo dor intensa na região do terceiro molar inferior; a queixa surgiu e piorou na semana que antecedeu a consulta, com repercussões funcionais (dificuldade mastigatória, desconforto ao alimentar-se) e sintomatologia referida para ouvido e mandíbula, além de dor espontânea noturna e limitação na abertura oral, sinalizando um quadro inflamatório agudo local. A anamnese foi realizada de forma sistemática, documentando antecedentes médicos, uso de medicamentos, e alergias, em que foi constatado estarem todos normais.

O exame físico intraoral foi criterioso: avaliação da mucosa, presença de edema, estado gengival e relação do tecido pericoronário com a coroa do dente. Observou-se edema discreto e inflamação gengival circunscrita ao terceiro molar, com tecido pericoronário parcialmente cobrindo a coroa, quadro compatível com pericoronarite associada à erupção parcialachado que, aliado à história dolorosa, sustentou a indicação cirúrgica.

Como exame complementar, realizou-se radiografia panorâmica para determinar a posição, angulação e grau de inclusão, bem como a relação do terceiro molar com as estruturas adjacentes. A imagem evidenciou um terceiro molar inferior parcialmente irrompido, com inclinação horizontal e impacto sobre

a face distal do segundo molar, associado a discreta rarefação óssea distal e aumento do espaço pericoronário. Esses achados radiográficos reforçaram o diagnóstico clínico e indicaram risco de reabsorção radicular e infecções recorrentes, justificando a indicação de exodontia.

O preparo pré-operatório incluiu orientação verbal e escrita ao paciente sobre a técnica cirúrgica, riscos e pós-operatório, e a prescrição de medidas farmacológicas profiláticas: amoxicilina 500 mg (1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 dias) iniciada antes da cirurgia com objetivo de reduzir a carga bacteriana sistêmica e o risco de infecção pós-operatória; enxágue tópico com clorexidina (Pere-garte®) para reduzir a carga microbiana bucal na véspera e no dia do procedimento; e administração de dexametasona 4 mg (dois comprimidos 1 hora antes) para ação anti-inflamatória e antiedematosa, diminuindo a resposta inflamatória aguda e o edema pós-operatório.

No dia cirúrgico, a assepsia do campo foi executada de forma padronizada: antissepsia extraoral e intraoral com digluconato de clorexidina (2% extraoral e 0,12% intraoral), medida que reduz risco de contaminação do campo operatório e diminui bactérias viáveis no sítio cirúrgico. Para anestesia local optou-se por lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, administrada por agulha longa. A técnica anestésica consistiu no bloqueio do nervo alveolar inferior (aplicando aproximadamente três quartos de um tubete) seguido da anestesia complementar do nervo lingual (com o restante do tubete), complementada por infiltrações vestibulares (bloqueio do nervo bucal) para analgesia dos tecidos moles; o total de anestésicos utilizado foi de seis tubetes, decisão motivada pela anatomia individual, dificuldade de acesso e necessidade de assegurar analgesia profunda e hemostasia local adequada. A justificativa científica para este esquema anestésico é garantir conforto, eliminar reflexos dolorosos e permitir trabalho cirúrgico mais controlado, minimizando traumas por movimentos involuntários.

Após o adequado tempo de latência anestésica, iniciou-se a abordagem cirúrgica. A opção pela técnica de odontosecção foi deliberada em função da posição horizontal e semi-inclusa do dente; a odontosseção permite fragmentar o dente em porções manejáveis, reduzindo necessidade de osteotomia extensa e preservando o osso alveolar. A incisão foi sucular, executada com cabo de bisturi nº 3 e lâmina 15C, iniciando na região distobucal do elemento adjacente e estendendo-se ao sulco distal do dente a ser removido, seguida de incisão relaxante na região mesiobucal em direção apical conforme retalho triangular de Newman. O desenho do retalho foi escolhido por permitir ampla exposição do campo, bom acesso às cúspides oclusais e à porção cervical do molar e por facilitar o reposicionamento e a coaptação dos bordos teciduais na síntese, favorecendo cicatrização por primeira intenção. O retalho mucoperiosteal foi cuidadosamente descolado com descolador de Molt 2-4, preservando a integridade do periósteo adjacente e expondo a cortical óssea para realização da osteotomia.

A osteotomia foi iniciada com broca esférica nº 8 em baixa rotação sob irrigação contínua com soro fisiológico 0,9% — estratégia adotada para evitar superaquecimento do tecido ósseo (e consequente necrose térmica), além de permitir remoção controlada do osso vestibular e distal. O primeiro corte foi de natureza oclusal, feito da distal para a mesial, até expor parcialmente o esmalte coronário. Para ampliação do acesso e modelagem da janela óssea utilizou-se em seguida broca tronco-cônica longa nº 703L em alta rotação, realizando desgaste ósseo distal e vestibular, liberando a porção posterior do dente e criando acesso adequado à região cervical.

Concluída a osteotomia, procedeu-se à odontosecção coronorradicular utilizando a mesma broca 703L em alta rotação, com cortes planejados para separar a coroa das raízes sem fracionar descontroladamente as estruturas dentárias; essa separação permitiu reduzir a resistência à extração e minimizar riscos de fratura alveolar. A odontosecção foi realizada de modo a preservar o máximo de tecido ósseo saudável, planejando a sequência de retirada dos fragmentos conforme suas dimensões e mobilidade.

Para luxação dos fragmentos inicialmente empregou-se alavanca reta nº 301, aplicando movimentos rotatórios e de cunha para romper as fibras periodontais residuais e mobilizar a coroa. Em seguida, utilizou-se alavanca angular (tipo L) para mobilizar as raízes mesial e distal com movimentos controlados em sentido anti-horário, manobras destinadas a liberar os fragmentos com mínimo trauma ao osso alveolar. Após o rompimento completo das fibras periodontais e mobilidade satisfatória dos fragmentos, procedeu-se à remoção final com fórceps nº 17L, que permite apreensão adequada dos terços cervicais de terceiros molares inferiores do lado esquerdo; a extração foi feita com movimentos suaves de rotação e tração coronária e vestibular, evitando forças excessivas que possam induzir fratura radicular ou lesão óssea.

Com todos os fragmentos removidos, o alvéolo foi inspecionado minuciosamente para detecção de fragmentos radiculares ou corpos estranhos. Realizou-se curetagem leve com cureta de Lucas para remoção de restos de ligamento periodontal, fragmentos dentários e tecido inflamatório, além de estimular a formação de coágulo hemostático favorável ao reparo. A irrigação abundante com soro fisiológico 0,9% foi mantida até a visualização de um leito limpo e sem detritos, prática que reduz risco de infecção e promove melhor condição para a cicatrização.

Para controle hemostático, efetuou-se compressão local com gaze estéril até estabilidade do sangramento. O retalho foi reposicionado anatomicamente e foi confeccionada a síntese com fio de nylon 4.0 em dois pontos simples separados, um na região distal e outro no ponto médio da incisão, técnica que garante coaptação adequada das bordas e evita tensão excessiva na sutura, favorecendo cicatrização primária e menor risco de deiscência. A escolha de fio não reabsorvível (nylon) foi pautada pela boa estabilidade e manuseio cirúrgico, com retirada programada na consulta de follow-up.

As orientações pós-operatórias foram detalhadas e entregues por escrito e verbalmente: compressão com gaze por 30 minutos, evitar bochechos e cuspir nas primeiras 24 horas para proteger o coágulo, dieta líquida e fria nas horas iniciais e evitar alimentos duros ou quentes nos dois primeiros dias. O esquema analgésico e anti-inflamatório pós-operatório incluiu dexametasona 4 mg (1 comprimido diariamente por 5 dias) para modulação da inflamação e do edema, e dipirona como analgesia ad-libitum (40 gotas ou 1 comprimido a cada 4 horas se necessário). A antibioticoterapia com amoxicilina 500 mg (1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 dias) foi mantida para reduzir risco de infecção; a escolha e duração obedeceram ao quadro clínico inicial, à presença de pericoronarite e à potencial contaminação do leito cirúrgico. Agendado retorno para remoção dos pontos e reavaliação.

O paciente retornou à consulta de reavaliação no sétimo dia para remoção das suturas; a inspeção clínica demonstrou boa cicatrização por primeira intenção, ausência de infecção, edema controlado e recuperação funcional satisfatória, sem queixas de dor significativa. Esses resultados foram interpretados à luz da literatura que corrobora que planejamento adequado, técnica conservadora (odontosecção), irrigação contínua e manejo farmacológico contribuem significativamente para reduzir morbidade pós-operatória e melhorar prognóstico em exodontias de terceiros molares impactados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização da exodontia do terceiro molar inferior esquerdo (dente 38), o paciente evoluiu de maneira satisfatória, apresentando resposta clínica compatível com o esperado para um procedimento cirúrgico planejado e tecnicamente executado de forma controlada. Nas primeiras 24 horas, relatou discreta dor local e leve edema em região vestibular e submandibular, sintomas controlados com o uso do protocolo farmacológico instituído, sem necessidade de ajustes adicionais. Não foram observados sinais de sangramento persistente, parestesia, trismo severo ou infecção, o que demonstra que a técnica adotada proporcionou bom controle de trauma cirúrgico e efetividade anestésica. O retorno no sétimo dia pós-operatório revelou adequada cicatrização tecidual, ausência de supuração, coaptação satisfatória das bordas do retalho e preservação das estruturas adjacentes, confirmando evolução dentro da normalidade.

Esses resultados corroboram com achados de diversos estudos que reforçam a importância do planejamento pré-operatório e da execução criteriosa em exodontias de terceiros molares impactados. Segundo Caplan et al. (2019), o uso de técnicas conservadoras, como a odontosecção e a osteotomia seletiva, reduz significativamente o risco de fraturas ósseas, minimiza o trauma alveolar e favorece a cicatrização por primeira intenção. Da mesma forma, Monteiro et al. (2020) destacam que a irrigação constante durante a osteotomia e a manutenção do campo cirúrgico limpo são fatores determinantes para o controle térmico e prevenção de necrose óssea, condição que compromete a regeneração pós-operatória.

O manejo adequado da anestesia e o controle farmacológico também influenciam diretamente o prognóstico. A escolha da lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 proporcionou anestesia profunda, controle do sangramento intraoperatório e conforto ao paciente, além de garantir campo seco para as etapas de osteotomia e odontosecção. Tais achados estão em consonância com os resultados apresentados por Vasconcelos et al. (2018), que evidenciam menor ocorrência de complicações quando há anestesia eficaz e hemostasia controlada, especialmente em cirurgias de terceiros molares inferiores, onde a vascularização local é mais intensa.

A antibioticoterapia com amoxicilina 500 mg também desempenhou papel preventivo fundamental, reduzindo a possibilidade de infecções pós-operatórias, especialmente em casos de pericoronarite associada. O protocolo com dexametasona 4 mg, utilizado tanto no pré quanto no pós-operatório, mostrou-se eficaz na redução do edema e na modulação da resposta inflamatória, conforme sustentam estudos de Bortoluzzi et al. (2011), que indicam que o uso profilático de corticosteroides reduz significativamente a intensidade da dor e o tempo de recuperação.

Além dos resultados clínicos imediatos, o relato destaca a relevância de uma abordagem minimamente invasiva, aliada a uma técnica cirúrgica precisa e bem planejada. O uso da broca 703L para osteotomia e odontosecção, associado à irrigação contínua e movimentos controlados, possibilitou uma remoção segura e sem complicações, preservando a anatomia alveolar e o osso circundante. Essa conduta está em conformidade com o que defendem Carvalho et al. (2021), que relatam melhor reparo ósseo e menor morbidade pós-operatória em procedimentos conduzidos com técnica conservadora.

O sucesso obtido neste caso reforça que o domínio técnico, o planejamento prévio baseado em diagnóstico clínico e radiográfico preciso e o uso de medidas farmacológicas preventivas são elementos essenciais para garantir bons resultados em exodontias de terceiros molares impactados. A literatura é unânime em apontar que o controle do trauma cirúrgico, a assepsia rigorosa e o acompanhamento pós-operatório adequado estão diretamente associados a uma recuperação mais rápida, com menor índice de infecção, dor e inflamação.

4 CONCLUSÃO

A remoção cirúrgica do terceiro molar inferior esquerdo (dente 38) demonstrou ser um procedimento seguro e eficaz quando conduzido com planejamento criterioso, técnica conservadora e acompanhamento farmacológico adequado. A evolução pós-operatória foi satisfatória, sem intercorrências ou complicações, evidenciando a importância da aplicação rigorosa dos princípios de assepsia, do uso racional de medicamentos e da execução técnica precisa durante todas as etapas cirúrgicas. O caso reforça que a escolha da técnica de odontosecção e a realização da osteotomia seletiva contribuem para a preservação do osso alveolar e para o controle do trauma operatório, resultando em menor morbidade e



melhor reparo tecidual. O acompanhamento pós-operatório criterioso e a adesão do paciente às orientações também se mostraram determinantes para o sucesso terapêutico.

Em concordância com a literatura especializada, este relato de caso evidencia que o sucesso da exodontia de terceiros molares impactados depende não apenas da habilidade técnica do cirurgião, mas também de uma abordagem individualizada, que leve em consideração as características anatômicas do paciente, o grau de inclusão dentária e as condições sistêmicas apresentadas. Assim, este estudo contribui para o aprimoramento das práticas clínicas na cirurgia oral menor, destacando a importância da execução segura, da conduta baseada em evidências e do acompanhamento humanizado para garantir resultados previsíveis e satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. E. S. et al. Aspectos clínicos e radiográficos de dentes impactados: uma revisão de literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 48, n. 2, p. 112-118, 2019.
- BORTOLUZZI, M. C. et al. The influence of corticosteroid therapy on pain, swelling and trismus after third molar surgery: a systematic review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 69, n. 9, p. 2445-2452, 2011.
- CAPLAN, D. J. et al. Factors associated with complications after third molar extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 77, n. 4, p. 655-662, 2019.
- CARVALHO, R. F. et al. Técnica cirúrgica minimamente invasiva na exodontia de terceiros molares: relato de caso. *Revista Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial*, v. 21, n. 2, p. 45-52, 2021.
- COSTA, G. M.; MORAES, F. L. Avaliação de técnicas cirúrgicas para exodontia de terceiros molares inferiores. *Revista Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial*, v. 19, n. 4, p. 22-29, 2019.
- FERREIRA, R. T.; ALMEIDA, V. H. Tomografia computadorizada de feixe cônico no planejamento cirúrgico de terceiros molares inferiores. *Revista de Odontologia Contemporânea*, v. 12, n. 3, p. 56-62, 2021.
- FREITAS, A. R. et al. Causas e consequências da impactação dentária: uma análise clínica e radiográfica. *Arquivos em Odontologia*, v. 54, n. 1, p. 45-52, 2018.
- LIMA, C. R.; BARBOSA, J. P.; PEREIRA, N. S. Complicações pós-operatórias em exodontia de terceiros molares: revisão integrativa. *Revista de Odontologia Clínica*, v. 11, n. 2, p. 77-83, 2022.
- MENDES, J. P.; RODRIGUES, C. A. Planejamento cirúrgico e manejo pós-operatório em exodontia de terceiros molares. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 18, n. 2, p. 101-108, 2020.
- MONTEIRO, J. C. et al. Avaliação clínica e radiográfica da remoção de terceiros molares inferiores inclusos: comparação entre técnicas convencionais e conservadoras. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 29, n. 85, p. 34-41, 2020.
- OLIVEIRA, T. F.; MARTINS, R. S.; SOUZA, L. R. Complicações relacionadas aos terceiros molares impactados. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 29, n. 85, p. 34-41, 2020.
- SANTOS, P. A. et al. Incidência de terceiros molares impactados e suas complicações associadas. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2021.
- SILVA, João da. O impacto da inteligência artificial na educação moderna. 2. ed. São Paulo: Editora Futuro, 2023. 245 p.
- SILVA, L. M. et al. Radiografia panorâmica como ferramenta diagnóstica para terceiros molares impactados. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, v. 74, n. 1, p. 45-50, 2020.
- VASCONCELOS, B. C. E. et al. Complicações e condutas em cirurgias de terceiros molares: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 75, n. 2, p. 120-126, 2018.