



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ESTUDO COMPARATIVO DE DIFERENTES TÉCNICAS DE SUTURA APÓS A
EXTRACÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES INCLUSOS E SEMI INCLUSOS**

Trabalho submetido por
João Alexandre Teles Oliveira
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ESTUDO COMPARATIVO DE DIFERENTES TÉCNICAS DE SUTURA APÓS A EXTRACÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES INCLUSOS E SEMI INCLUSOS

Trabalho submetido por
João Alexandre Teles Oliveira
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Paulo Rogério Figueiredo Maia

setembro de 2015

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Paulo Maia, que não só me orientou como também me apoiou nos momentos de maior necessidade.

Ao Prof. Doutor Luís Proença por todo o apoio fornecido para que a análise e tratamento de dados deste projecto de investigação fossem realizados o melhor possível.

A todos os restantes professores, obrigado por todos os ensinamentos e por terem contribuído para a minha formação, em especial ao Dr. Nuno Silva, à Dr^a Ana Rita Pereira e à Dr^a Helena Costa, que muito me auxiliaram na recolha de dados do presente estudo, à Prof. Doutora Cristina Manso, à Prof. Doutora Irene Ventura, ao Prof. Doutor José João Mendes, ao Prof. Doutor Paulo Maurício e ao Prof. Doutor Sérgio Félix.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, local que considero como “minha segunda casa” e do qual tenho um enorme orgulho de ter estudado.

À Carolina Duarte de Oliveira, à Joana SouzaLobo Branco, à Juliana Brito, à Leonor Pereira, à Rita Moura, à Tatiana Guedes Silva e à Vanessa Proença pelo apoio aquando da recolha de dados.

Aos meus pais e avós pelos valores que sempre me inculcaram e que fizeram de mim o que hoje sou, pelas palavras de apoio e incentivo, pela paciência e pelos sacrifícios.

Aos meus amigos, que sempre estiveram presentes, me apoiaram, aconselharam e aturam todas as minhas casmurrices e teimosias: à minha priminha Alix Young, à Aline Pepe, à Ana Isabel Freitas, à minha “madrinha” Ana Rita Fradinho, à Ana Sofia Santos, à Ana Teresa Borges, à minha “maninha” Ana Teresa Duarte, à minha “madrinha” Andréa Amaral, à Bárbara Lafaia de Castro, à Carlota Neto, à Cármen Ferra, ao David Nobre, ao David Pereira, ao Diogo Afonso, ao meu ídolo Eduardo Guerreiro, ao Gonçalo Pereira, à Inês Diogo, à minha “madrinha” Inês Guerreiro, à Inês Guimarães, à Inês Querido, à Irina Xavier, ao Ivo Marques, ao João Botelho, ao João Cruz, ao João Gaspar, ao João Marques, ao João Viana, à Mafalda Mendonça, à Maria Margarida Carvalho, à Mariana Lafaia de Castro, à Marta Oliveira, à Nádia Martins, à Patrícia Branco, ao Pedro Barros, ao melhor parceiro de box do mundo Pedro Gomes, ao Pedro Lourenço, à Raquel Balbino, ao Ricardo Gois, à Rita Santos, ao Rui Gordo, à Sara Sardinha, ao Simão Soares, à Sofia Pereira, ao Tiago Santos, à Vanessa Machado e à minha “afilhada” Vera Chéroux muito obrigado por tudo.

RESUMO

Objectivos: Comparar dois diferentes pontos de sutura, simples e donati, em extracções de terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos a fim de analisar qual o ponto que promove melhor cicatrização e reparação dos tecidos.

Materiais e Métodos: Para o presente estudo foi utilizada uma amostra de 72 actos clínicos de indivíduos submetidos a cirurgia para extracção terceiros molares inferiores inclusos ou semi-inclusos, tendo sido recolhidos dados referentes aos mesmos imediatamente após o acto cirúrgico e em controlos pós-operatórios periódicos de 7 dias, 30 dias e 90 dias.

Resultados e Discussão: Dos 72 actos cirúrgicos, 68,1% realizaram-se em pacientes do sexo feminino. A prevalência de terceiros molares inclusos foi de 59,7%. Na maioria dos actos cirúrgicos eram necessários dois pontos de sutura para o efectuar de forma eficaz, tendo sido efectuados pontos simples em 54,2% dos casos e pontos donati nos restantes casos (45,8%). A classificação de Pell & Gregory mais frequentemente encontrada é a II B, seguindo-se a II A como a segunda mais frequente. Após a análise estatística concluiu-se que o tipo de ponto não vai influenciar o número de pontos que serão necessários efectuar para obter uma eficaz coaptação dos bordos da ferida cirúrgica, da mesma forma que não irá influenciar a presença de tecidos queratinizados, inflamados nem a coloração dos mesmos. A escala de dor pós operatória é também uma variável não influenciada pelo tipo de ponto.

Conclusões: Os pontos de sutura simples e donati têm equivalentes vantagens, sendo ambos eficazes na retenção do coágulo sanguíneo e aproximação dos bordos da ferida cirúrgica, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre eles. Intraoperatoriamente, o ponto simples apresenta vantagens face ao ponto donati, podendo ser o ponto de sutura de eleição.

Palavras-chave: ponto simples, ponto donati, exodontia, terceiro molar inferior

ABSTRACT

Objectives: Compare two different suture knots, the simple knot and the Donati knot, in extractions of included and semi-included lower third molars to analyze which type of knot promotes the best scaring and tissue repair.

Materials and Methods: For the present study, a sample of 72 individuals that undergone surgery for the extraction of included and semi-included lower third molars was used and the data was collected for each patient immediately after surgery and in post-surgical periodic checks at 7 days, 30 days and 90 days.

Results and Discussion: Of the 72 surgical acts, 68.1% took place in female patients. The prevalence of included third molars was 59,7%. In the majority of surgical acts there was the need of two suture knots to secure a proper suture, having been carried out simple knots in 54.2% of cases and donati knots in all other cases (45.8%). The classification Pell & Gregory most frequently found is II B, followed by II A as the second most frequent. After the statistical analysis it was able to conclude that the type of knot does not influence the number of sutures necessary to obtain a effective coaptation of the wound borders and also does not influence the presence of keratinized or inflamed tissue nor the tissue coloring. The post-operative pain scale is also a variable that is not influenced by the type of suture knot.

Conclusions: The simple and the donati knots have equivalent advantages as they are both effective in maintaining the blood clot in place and in approximating the surgical wound borders as there is no statistically no differences between them. In terms of surgical procedures, the simple knot presents advantages over the donati knot and so can be elected the preferential knot.

Key-words: *simple knot, donati knot, extraction, lower third molar*

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	17
1. Indicações	18
1.1. Exodontia preventiva.....	18
1.2. Infecção	19
1.3. Motivos ortodônticos	19
1.4. Motivos prostodônticos	20
1.5. Periodontais.....	20
1.6. Presença de outra patologia associada	21
1.7. Outras indicações	21
2. Contra-indicações	21
3. Fase pré-operatória	22
4. Classificação de Pell & Gregory.....	23
5. Sutura	25
5.1. Ponto simples	28
5.2. Ponto donati.....	29
6. Cicatrização	30
6.1. Fase inflamatória	30
6.2. Fase proliferativa.....	30
6.3. Fase de maturação	31
6.4. Tipos de cicatrização de feridas	31
7. Complicações pós-operatórias	31
7.1. Dor.....	32
7.2. Inflamação.....	32
8. Objectivos	32
9. Hipóteses.....	32
II. MATERIAIS E MÉTODOS	33
1. Caracterização do estudo	33
2. Local do estudo	33
3. Caracterização da amostra	33
3.1. Critérios de inclusão.....	34
3.2. Critérios de exclusão	34
3.3. Materiais.....	34

3.4. Métodos.....	34
3.5. Caso clínico.....	36
III. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
1. Análise descritiva.....	44
1.1. Sexo.....	44
1.2. Dente	46
1.3. Estado de inclusão.....	47
1.4. Classificação de Pell & Gregory	48
1.5. Tipo de ponto	51
1.6. Número de pontos efectuados	52
1.7. Presença de tecidos queratinizados	55
1.8. Presença de tecidos inflamados.....	59
1.9. Coloração dos tecidos.....	63
2. Análise inferencial	67
2.1. Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem	67
2.2. Relação entre o tipo de ponto e o número de pontos	71
2.3. Relação entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados.....	72
2.4. Relação entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados	76
2.5. Relação entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos.....	80
2.6. Relação entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica ...	84
2.7. Relação entre o tipo de ponto e a escala de dor pós operatória.....	88
IV. CONCLUSÃO	91
V. BIBLIOGRAFIA	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação de Pell & Gregory	24
Figura 2 – Remoção dos pontos de sutura. (A) Com tesouras. (B) Com bisturi	26
Figura 3 – Remoção incorrecta dos pontos de sutura contaminando a ferida cirúrgica. 27	
Figura 4 – Remoção incorrecta dos pontos de sutura provocando a deiscência da ferida cirúrgica.....	27
Figura 5 – Ponto Simples. (A) Em zona edentula ou mucosa jugal. (B) Sequência da realização de um ponto simples na papila interdentária	28
Figura 6 – Ponto donati	29
Figura 7 – Ficha dentária internacional	36
Figura 8 – Ortopantomografia	36
Figura 9 – Profundidade de sondagem	37
Figura 10 – Técnicas anestésicas (nervo alveolar inferior)	37
Figura 11 – Tecnicas anestésicas (infiltrativa)	37
Figura 12 – Incisão	38
Figura 13 – Descolamento dos tecidos	38
Figura 14 – Osteotomia	38
Figura 15 – Peça dentária após osteotomia	38
Figura 16 – Odontosecção	39
Figura 17 – Luxação e remoção dos fragmentos dentários	39
Figura 18 – Peça dentária extraída	39
Figura 19 – Curetagem	40
Figura 20 – Saco pericoronário	40
Figura 21 – Ponto donati (1).....	40
Figura 22 – Ponto donati (2).....	41
Figura 23 – Ponto donati (3).....	41
Figura 24 – Ponto donati (4).....	41
Figura 25 – Ponto donati (5).....	41
Figura 26 – Ponto donati (6).....	41
Figura 27 – Distribuição da amostra por sexo	45
Figura 28 – Distribuição da amostra por dente.....	46
Figura 29 – Distribuição da amostra segundo o estado de inclusão.....	47

Figura 30 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao ramo ascendente da mandíbula.....	48
Figura 31 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao plano oclusal	49
Figura 32 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory)	51
Figura 33 – Distribuição da amostra segundo o tipo de ponto	51
Figura 34 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (total)..	52
Figura 35 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (donati)	53
Figura 36 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (simples)	54
Figura 37 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados imediatamente após a exodontia.....	55
Figura 38 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados uma semana após a exodontia	56
Figura 39 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados um mês após a exodontia.....	57
Figura 40 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados três meses após a exodontia.....	58
Figura 41 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados imediatamente após a exodontia.....	59
Figura 42 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados uma semana após a exodontia	60
Figura 43 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados um mês após a exodontia	61
Figura 44 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados três meses após a exodontia.....	62
Figura 45 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos imediatamente após a exodontia	63
Figura 46 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos uma semana após a exodontia.....	64
Figura 47 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos um mês após a exodontia	65

Figura 48 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos três meses após a exodontia	66
Figura 49 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (imediate)..	67
Figura 50 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (após uma semana).....	68
Figura 51 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (após um mês)	69
Figura 52 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (após três meses).....	70
Figura 53 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e o número de pontos necessários.....	71
Figura 54 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (imediate)	72
Figura 55 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (após uma semana).....	73
Figura 56 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (após um mês)	74
Figura 57 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (após três meses)	75
Figura 58 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (imediate).....	76
Figura 59 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (após uma semana).....	77
Figura 60 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (após um mês).....	78
Figura 61 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (após três meses).....	79
Figura 62 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (imediate)	80
Figura 63 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (após uma semana)	81
Figura 64 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (após um mês).....	82

Figura 65 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (após três meses).....	83
Figura 66 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirurgica (imediate)	84
Figura 67 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirurgica (após uma semana).....	85
Figura 68 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirurgica (após um mês)	86
Figura 69 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirurgica (após três meses)	87

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo	45
Tabela 2 – Distribuição da amostra por dente	46
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o estado de inclusão	47
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao ramo ascendente da mandíbula.....	48
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao plano oclusal	49
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory)	50
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o tipo de ponto.....	51
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (total) ...	52
Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (donati)	53
Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (simples)	54
Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados imediatamente após a exodontia.....	55
Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados uma semana após a exodontia	56
Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados um mês após a exodontia.....	57
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados três meses após a exodontia.....	58
Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados imediatamente após a exodontia.....	59
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados uma semana após a exodontia	60
Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados um mês após a exodontia	61
Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados três meses após a exodontia.....	62
Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos imediatamente após a exodontia	63

Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos uma semana após a exodontia.....	64
Tabela 21 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos um mês após a exodontia	65
Tabela 22 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos três meses após a exodontia	66
Tabela 23 – Relação entre a escala de dor pós operatória e o tipo de ponto	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ISCSEM: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

VAS: Escala Visual Analógica

I. INTRODUÇÃO

Um dente incluso pode ser definido como uma peça dentária que ainda não erupcionou ou que não conseguiu erupcionar por mal-posição ou falta de espaço na arcada dentária (Al-Khateeb & Bataineh, 2006) e que se encontra dentro da mandíbula (Friedman, 2007), podendo encontrar-se intraósseo ou subgengival (Xavier, Dias-Ribeiro, Ferreira-Rocha, Duarte, Ferreira-Júnior, Sant'Ana, & Gonçalves, 2010), ocorrendo mais frequentemente na mandíbula que na maxila (Vilela & Vitoi, 2011).

Segundo Guo, Yan, Lin, Zhang, Zhou, Pan, Wei, Tang, Liang e Chen (2014) e Trento, Zini, Moreschi, Zamponi, Gottardo e Cariaani (2009), o terceiro molar inferior é um dente inconstante, apresentando diversos tempos de formação, morfologia coronária e radicular, encontrando-se frequentemente impactado.

A exodontia de terceiros molares inclusos é um procedimento cirúrgico frequentemente realizado na cavidade oral (Maria, Malik, & Virang, 2012; Osunde, Saheeb, & Adebola, 2011; Rodrigues, Oliveira, Paiva, Rocha, Silva, & Zanetta Barbosa, 2013), o qual está associado a potenciais complicações pós-operatórias, como dor, edema e trismos (Erdogan, Tatli, Üstün, & Damlar, 2011; Kirk, Liston, Tong, & Love, 2007).

Estes dentes podem encontrar-se inclusos devido a factores genéticos e ambientais, levando a um bloqueio provocado por dentes adjacentes ou por osso, por falta de espaço ou por uma má-posição dos próprios dentes (Cetinkaya, Sumer, Tutkun, Sandikci, & Misir, 2009; Escoda & Aytés, 2004; Karaca, Şimşek, Uğar, & Bozkaya, 2007). Costa, Pazzini, Pantuzo, Jorge e Marques (2013), Eshghpour, Shahakbari e Nejat (2013) e Meara (2012) sugerem que as tendências alimentares, as quais têm vindo a ser progressivamente mais moles, resultaram na gradual redução do tamanho dos maxilares, levando ao aparecimento de complicações associadas aos terceiros molares inferiores, como impactação dentária, apinhamento dentário anterior, pericoronarite, lesões de cárie e quistos odontogénicos.

Segundo Phillips, Gelesko, Proffit e White (2010), um aumento da profundidade de sondagem a distal dos segundos molares e uma inflamação periodontal está correlacionada com a existência de terceiros molares inclusos.

As cirurgias de extracção de terceiros molares inclusos podem originar problemas periodontais na face distal do segundo molar (Karaca et al., 2007) e reabsorção óssea (Rosa, Carneiro, Lavrador, & Novaes, 2002).

Como qualquer cirurgia, as exodontias de terceiros molares inclusos compreendem três fases distintas: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória (DGS, 2010).

Aquando do acto cirúrgico é desejável que o campo operatório se encontre num estado de saúde oral, isto é, com ausência de placa bacteriana e tártaro. Se estes se encontrarem presentes, será necessária a sua remoção previamente ao acto cirúrgico (Escoda & Aytés, 2004).

1. Indicações

Existem diversas indicações para extracção de terceiros molares inclusos.

1.1. Exodontia preventiva

A erupção ou impactação de terceiros molares inclusos é habitualmente acompanhada por algum tipo de patologia, as quais podem causar dor e/ou infecções, sendo preferível a sua eliminação profiláctica antes que essa patologia se manifeste (ADA, 2006). No entanto, há circunstâncias em que estas cirurgias não são aconselháveis ou são de impossível realização (Escoda & Aytés, 2004).

Escoda e Aytés (2004) e Friedman (2007) afirmam que o momento ideal para a exodontia profiláctica de terceiros molares inclusos é entre os 16 e os 18 anos, sendo este coincidente com o período em que metade ou dois terços das raízes se encontram formadas. Obimakinde, Okoje, Ijarogbe e Obimakinde (2013) sugerem que os riscos de complicações operatórias e pós-operatórias poderão ser maiores quanto maior for a idade do paciente.

A extracção do segundo molar saudável, em boa posição e oclusão com os antagonistas não é uma solução viável para facilitar a possível erupção do terceiro molar incluso. Contudo, quando o segundo molar se encontra destruído ou não é possível uma abordagem terapêutica conservadora, este poderá ser extraído se coincidir com o período de crescimento e desenvolvimento do terceiro molar, podendo este migrar mesialmente até adoptar uma posição fisiologicamente aceitável. Frequentemente, o terceiro molar superior alcança uma boa posição na arcada dentária após a exodontia

precoce do segundo molar superior. Contudo, o terceiro molar inferior tende a adoptar uma mesioinclinação, não estabelecendo um ponto de contacto correcto com o primeiro molar inferior, sendo necessária actuação ortodôntica para corrigir o seu eixo longitudinal (De-La-Rosa-Gay, Valmaseda-Castellón, & Gay-Escoda, 2006; Escoda & Aytés, 2004).

Em determinadas posições do terceiro molar, como a mesioangular, há possibilidade de ocorrência de lesões periodontais a distal do segundo molar (Escoda & Aytés, 2004), sobretudo se o terceiro molar se encontrar submucoso (Irja, 2014).

1.2. Infecção

Quando o terceiro molar está associado a um quadro clínico de infecção, como uma pericoronarite ou uma estomatite, é necessário tratar esse quadro infeccioso com antibioterapia antes do procedimento cirúrgico. A extracção de um terceiro molar com patologia periodontal severa pode ser perigosa, podendo levar à origem de abscessos graves (Escoda & Aytés, 2004).

1.3. Motivos ortodônticos

Segundo Llamas (2001), as extracções de terceiros molares inclusos estão indicadas nas seguintes situações:

- Apinhamentos dentários ligeiros em que não é necessária a extracção de outros dentes;
- Quando há necessidade de distalizar ou verticalizar os segundos molares;
- Na correcção de uma má-oclusão classe III, conjuntamente com a extracção de primeiros e/ou segundos pré-molares inferiores, o que irá gerar a mesioclusão dos molares ficando o terceiro molar superior sem oponente, facilitando a sua erupção e posterior origem de complicações;
- Em casos de agenésia de terceiros molares, deve realizar-se a extracção do antagonista;
- Algumas técnicas de cirurgia ortognática requerem a extracção dos terceiros molares, especialmente se estes coincidirem com a linha de osteotomia (Escoda & Aytés, 2004).

Contudo, devemos evitar este tipo de cirurgias se:

- Existir uma classe III molar após tratamento ortodôntico, ficando este com uma correcta oclusão com o segundo molar superior;
- A extracção de primeiros ou segundos molares permanentes for necessária para o tratamento ortodôntico, como em casos de mordida aberta anterior, procurando uma rotação molar anterior favorável;
- Os primeiros ou segundos molares se encontrarem destruídos por lesões de carie, sendo necessária a sua extracção. Nestes casos, é desejável a transplantação do gérmen do terceiro molar incluso para a posição do dente a extrair ou a realização de tratamento ortodôntico até à obtenção duma posição funcional (Escoda & Aytés, 2004).

1.4. Motivos prostodônticos

A presença de terceiros molares inclusos debaixo duma zona reabilitada com prótese removível poderá estimular a sua erupção, originando problemas, uma vez que esta provoca alguma reabsorção óssea devido à pressão que exerce como mecanismo proprioceptivo (Escoda & Aytés, 2004).

1.5. Periodontais

A extracção de terceiros molares está indicada em situações de difícil higienização por parte do paciente ou pela presença de bolsas profundas. Está também indicada a sua exodontia quando o controlo da doença periodontal não é possível de ser realizado correctamente na face distal do segundo molar (Escoda & Aytés, 2004).

A permanência em boca do terceiro molar, conjuntamente com a presença de bolsas a distal do segundo molar, favorece a proliferação de bactérias anaeróbias e de placa subgingival, responsáveis por episódios infecciosos e com consequente progressiva perda de inserção periodontal do segundo molar (Cetinkaya et al., 2009).

Segundo Eshghpour e colaboradores (2013), procedimentos cirúrgicos para extracção de terceiros molares inferiores correctamente efectuados não originam problemas periodontais permanentes na face distal do segundo molar inferior.

1.6. Presença de outra patologia associada

Frequentemente o terceiro molar superior encontra-se vestibularizado, sendo o factor principal de ulceração da mucosa jugal, podendo promover o aparecimento de lesões leucoplásicas (Escoda & Aytés, 2004; Scully, 2002).

1.7. Outras indicações

As fracturas do ângulo mandibular são frequentes em praticantes de desportos de contacto. A presença dos terceiros molares poderá impedir a imobilização correcta da mandíbula e, conseqüentemente, a correcta cicatrização (Escoda & Aytés, 2004).

A incidência de fracturas do ângulo mandibular é superior em indivíduos que têm os terceiros molares inclusos (Rajkumar, Ramen, Chowdhury, & Chattopadhyay, 2009).

2. Contra-indicações

Segundo Hupp, Ellis e Tucker (2014), os dentes impactados devem ser removidos, a não ser que os riscos da cirurgia sejam maiores que os benefícios da mesma.

A exodontia de terceiros molares inclusos está contra-indicada em diversas situações, como por exemplo quando há a possibilidade destes erupcionarem correcta e funcionalmente, quando há risco de lesão de estruturas vizinhas aquando do acto cirúrgico, como sejam a artéria e nervo alveolar inferior, lingual ou o seio maxilar (Hupp et al., 2014), quando existe um processo infeccioso activo associado ao terceiro molar ou se estes dentes poderem vir a ser utilizados como pilar de prótese (Escoda & Aytés, 2004).

Em pacientes de idade avançada em que os terceiros molares se encontram totalmente assintomáticos este procedimento poderá não ser aconselhável ou até mesmo desnecessário (Escoda & Aytés, 2004), havendo uma maior probabilidade de ocorrerem complicações operatórias e pós-operatórias (Hupp et al., 2014).

3. Fase pré-operatória

Nesta fase é feito o diagnóstico e o plano de tratamento, os quais são elaborados com base em exames clínicos e radiográficos, através da ortopantomografia e de radiografias periapicais (Escoda & Aytés, 2004), de forma a evitar possíveis complicações durante o acto cirúrgico (Costa, Alfaya, Carvalho, Bussadori, Ritto, & Gouvêa, 2014).

Através do exame radiográfico, poderemos analisar a relação do terceiro molar com o dente adjacente, o grau de profundidade a que este se encontra, a sua relação com o ramo ascendente da mandíbula e com o nervo alveolar inferior, a presença de lesões periapicais e zonas de actividade osteoclástica, bem como a densidade do osso mandibular e prever a possível necessidade de efectuar procedimentos de odontosecção e/ ou de osteotomia (Escoda & Aytés, 2004; Xavier et al., 2010).

Segundo Júnior, Pereira, Fronza, Oliveira, Júnior e Silva (2006), quanto maior for o grau de inclusão dentária, maior será a necessidade de recorrer a técnicas cirúrgicas mais invasivas.

A osteotomia é uma técnica cirúrgica através da qual osso é removido, se possível da cortical vestibular (Júnior et al., 2006), utilizando instrumentos rotatórios para remover osso com o intuito de obter um espaço no qual será colocada a alavanca para a elevação e extracção da peça dentária (Steel, 2012).

A odontosecção é o processo através do qual a peça dentária é seccionada com o intuito de possibilitar a remoção da mesma por porções, facilitando a sua extracção (Hupp et al., 2014).

É importante salientar que devemos optar por efectuar odontosecção de forma a evitar a realização de osteotomia, ou minimizar a realização da mesma (Rodrigues et al., 2013).

Com o exame clínico poderemos obter informações relativamente à proximidade do terceiro molar com o segundo molar, nomeadamente no que diz respeito à presença de lesões de cárie, bolsas periodontais, tamanho das corticais ósseas, relação do terceiro molar com a tuberosidade maxilar e com o ramo ascendente da mandíbula, bem como quanto ao estado de saúde gengival da mucosa que o recobre (Escoda & Aytés, 2004).

Devemos ter em conta diversas variáveis para conseguirmos avaliar o grau de dificuldade do acto cirúrgico, como por exemplo:

- A idade do paciente, sendo que a extracção de um terceiro molar incluso é mais fácil num paciente jovem do que num adulto;
- O estado geral de saúde do paciente;
- A abertura de boca, a qual é condicionada pela configuração facial do paciente.

Padrões faciais braquifaciais apresentam piores campos cirúrgicos;

- A presença de patologia local originária da posição do terceiro molar;
- O espaço do ligamento periodontal, o qual vai diminuindo com a idade devido à diminuição da densidade de fibroblastos presentes;
- A presença e amplitude do saco pericoronário facilita o acto cirúrgico;
- A angulação, forma e tamanho da coroa e raízes do terceiro molar, podendo estas ser rectas, separadas ou fusionadas, mesioanguladas, distoanguladas ou orientadas em direcções opostas (Escoda & Aytés, 2004; Krieger, Hornikel, & Wehrbein, 2013).

4. Classificação de Pell & Gregory

Com o intuito de facilitar a análise da posição dos terceiros molares inferiores, autores como Pell & Gregory (1933) estabeleceram algumas classificações (Lisboa, Gomes, Hasselman Junior, & Pilatti, 2012). Estas baseam-se na relação espacial destes dentes com o plano oclusal e com o ramo ascendente da mandíbula (Gaddipati, Ramisetty, Vura, Kanduri, & Gunda, 2014; Júnior et al., 2006) (Figura 1), as quais podem ser atribuídas através de exames complementares de diagnóstico, como a ortopantomografia (Xavier et al., 2010).

Classificação em relação ao ramo ascendente da mandíbula:

- Classe I: existe espaço suficiente entre o bordo anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do segundo molar para acomodar todo o diâmetro mesiodistal da coroa do terceiro molar

- Classe II: o espaço entre o bordo anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do segundo molar é menor que o diâmetro mesiodistal da coroa do terceiro molar

- Classe III: não existe espaço entre o segundo molar e o bordo anterior do ramo, encontrando-se todo ou praticamente todo dentro do ramo ascendente da mandíbula (Meara, 2012)

A Classe I apresenta uma maior acessibilidade da peça dentária, sendo a posição mais favorável para a sua extracção. Por sua vez, a Classe III apresenta um maior nível de inclusão, dificultando a acessibilidade e o acto cirúrgico (Hupp et al., 2014).

Classificação em relação com o plano oclusal

- Posição A: a superfície oclusal do dente incluído encontra-se ao mesmo nível da superfície oclusal do segundo molar adjacente
- Posição B: a superfície oclusal do dente incluído encontra-se entre a superfície oclusal do segundo molar adjacente e linha cervical do mesmo
- Posição C: a superfície oclusal do dente incluído encontra-se abaixo da linha cervical do segundo molar adjacente

(Meara, 2012)

Por ser a posição mais próxima do plano oclusal, ou seja, a que tem um nível de inclusão menor, a Classe I possibilita uma melhor acessibilidade da peça dentária, facilitando a sua extracção. Por outro lado, a Classe III apresenta um maior nível de inclusão, reduzindo a acessibilidade e dificultando o acto cirúrgico (Hupp et al., 2014).

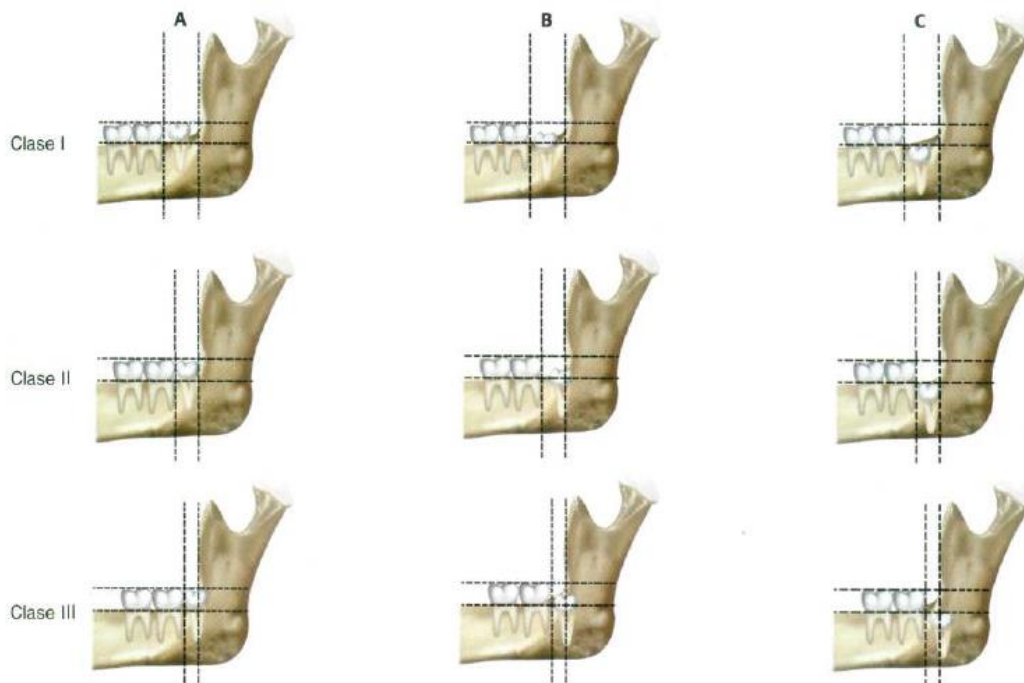


Figura 1 – Classificação de Pell & Gregory (Escoda & Aytés, 2004)

Tais classificações auxiliam o cirurgião-dentista a predizer o grau de dificuldade da cirurgia (Lisboa et al., 2012). Contudo, Carvalho e Vasconcelos (2011) e García, Sampedro, Rey, Vila e Martin (2000) concluíram que a classificação de Pell & Gregory não é fiável para prever o grau de dificuldade da cirurgia de extracção de terceiros molares inferiores inclusos. Segundo Akadiri e Obiechina (2009), o grau de dificuldade da cirurgia está intimamente associado a variáveis demográficas, radiográficas e cirúrgicas.

5. Sutura

Uma intervenção cirúrgica é constituída por três momentos distintos: a incisão, manobra através da qual é possível abrir os tecidos superficiais com o intuito de ter acesso a tecidos mais profundos, a intervenção cirúrgica propriamente dita e o momento de sutura (Escoda & Aytés, 2004).

O acto de suturar é considerado como o último passo numa técnica operatória e consiste no encerramento da ferida cirúrgica através de fios cirúrgicos com o intuito de assegurar a aproximação dos tecidos moles e facilitar a sua cicatrização (Felzani, 2007).

Geralmente, os pontos de sutura são removidos ao 6º ou 7º dias de pós-operatório (Tazima, Vicente, & Moriya, 2008), cortando o fio de sutura junto à superfície da mucosa (Figura 2) para que durante a sua remoção os detritos e bactérias presentes no fio de sutura não contactem com a ferida cirúrgica, evitando assim o risco de contaminação (Figura 3). Durante este procedimento, devemos recordar que poderá ocorrer uma deiscência (Figura 4) uma vez que a força de união os bordos da ferida é mínima (Escoda & Aytés, 2004).

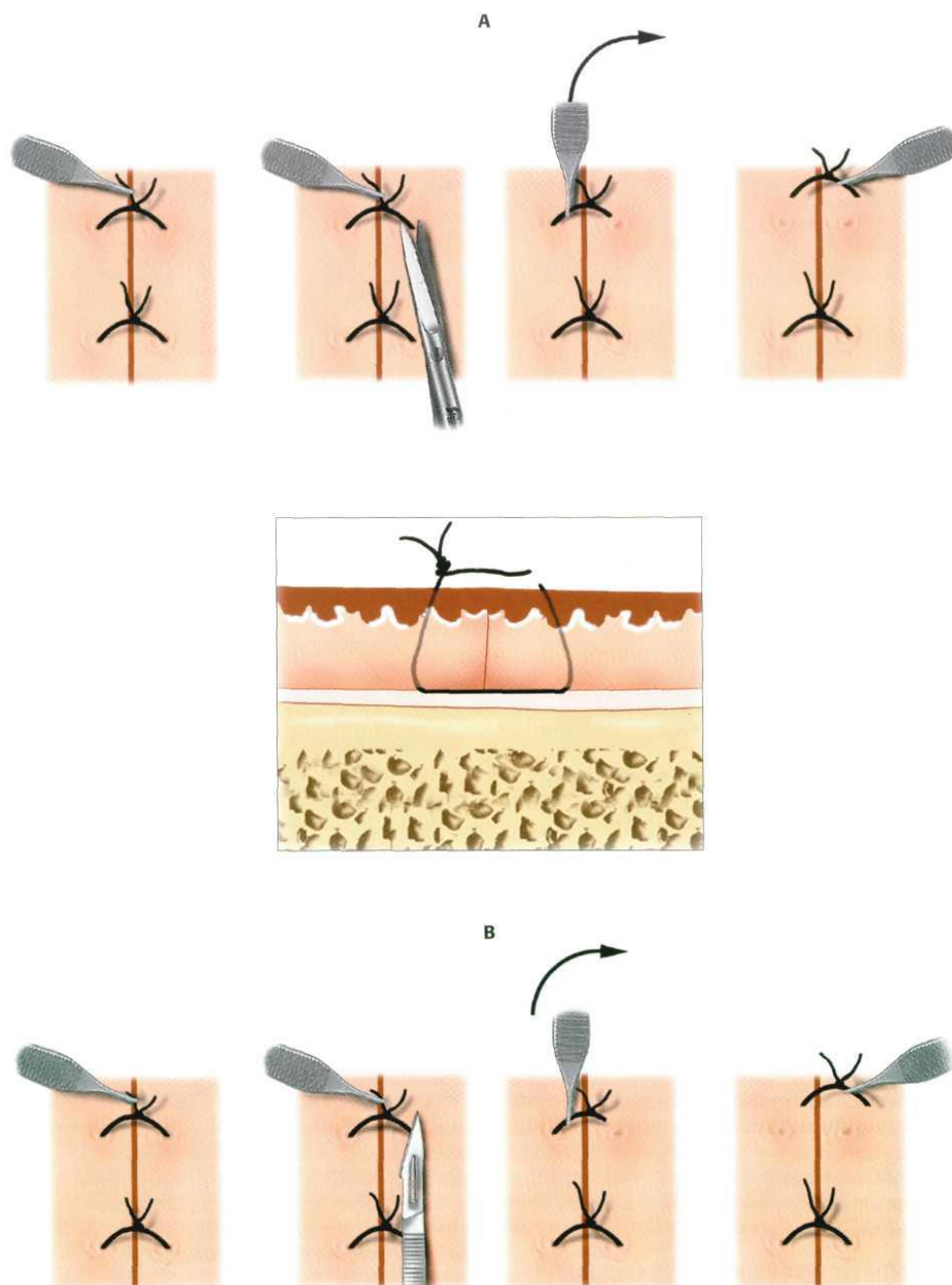


Figura 2 – Remoção dos pontos de sutura. (A) Com tesouras. (B) Com bisturi (Escoda & Aytés, 2004)

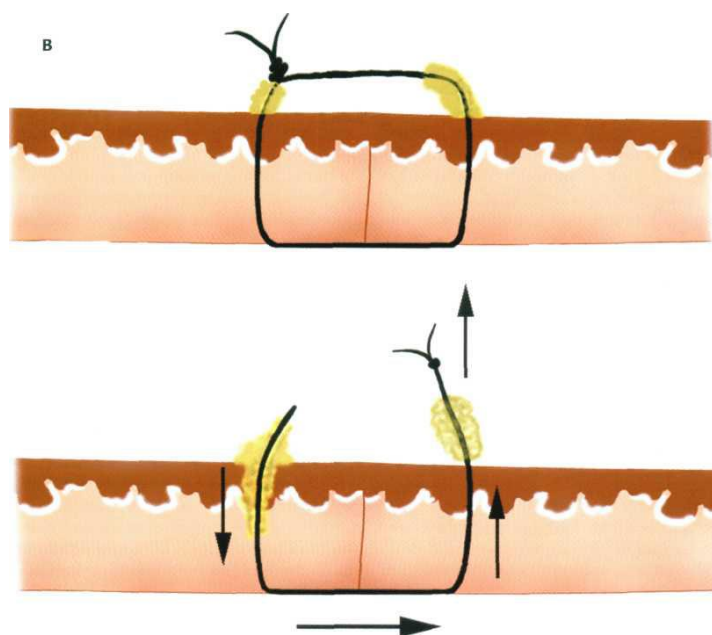


Figura 3 – Remoção incorrecta dos pontos de sutura contaminando a ferida cirúrgica (Escoda & Aytés, 2004)

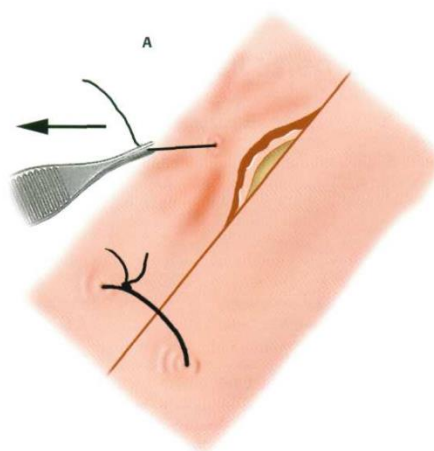


Figura 4 – Remoção incorrecta dos pontos de sutura provocando a deiscência da ferida cirúrgica (Escoda & Aytés, 2004)

Existem diversos tipos de pontos de sutura, dos quais o ponto simples e o ponto donati têm especial interesse no presente estudo.

5.1. Ponto simples

Após fixação de um dos bordos da ferida cirúrgica, a agulha é introduzida em toda a espessura da mucosa, desde a superfície até à profundidade, a uma distância entre 4 a 8mm da incisão. Posteriormente, voltamos a introduzir a agulha, desta vez no bordo oposto, da profundidade para a superfície, procurando obter a mesma espessura e equidistante da incisão (Figura 5). Por fim, efectuamos os nós necessários para aproximar os bordos da ferida cirúrgica (Escoda & Aytés, 2004).

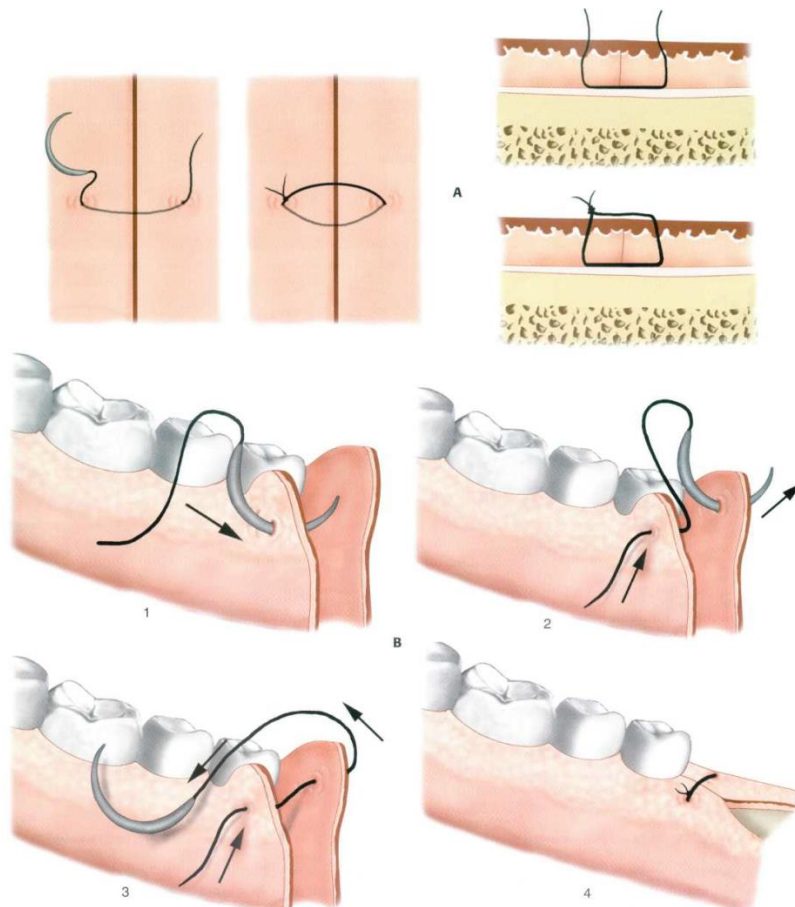


Figura 5 – Ponto Simples. (A) Em zona edentula ou mucosa jugal. (B) Sequência da realização de um ponto simples na papila interdental (Escoda & Aytés, 2004)

5.2. Ponto donati

Também denominado de colchoeiro vertical, este ponto é utilizado quando se necessita de tensão nos bordos da ferida cirúrgica e efectua-se de forma semelhante ao simples, mas em diferentes profundidades. O primeiro percurso do fio de sutura é semelhante a um ponto simples mas em maior profundidade. O segundo percurso será semelhante a este mas em sentido oposto e em menor profundidade. Numa primeira instância, o fio de sutura irá entrar longe da incisão e em profundidade, saindo no bordo oposto da ferida cirúrgica a semelhante distância da incisão. Numa segunda instância, o fio de sutura irá entrar neste bordo mais perto da incisão, saindo do lado oposto a semelhante distância (Figura 6). Por fim, são efectuados os nós que irão manter o ponto e, conseqüentemente, os bordos da ferida cirúrgica nos locais pretendidos (Escoda & Aytés, 2004).

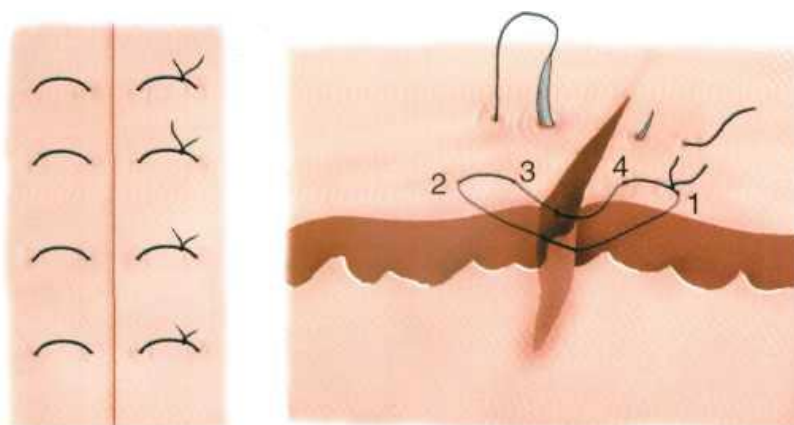


Figura 6 – Ponto donati (Escoda & Aytés, 2004)

6. Cicatrização

A cicatrização dos tecidos passa por diversas etapas, sendo elas: a fase inflamatória, a fase proliferativa e fase de maturação (Tazima et al., 2008), podendo ser influenciada por diversos factores locais (isquemia, infecção, técnica cirúrgica, corpo estranho e edema/pressão tecidual elevada) e/ou sistémicos (alterações da coagulação, idade, trauma grave, queimaduras, anti-sepsia do local e materiais utilizados, insuficiência hepática e renal, insuficiência respiratória, tabagismo, radioterapia, desnutrição) (Campos, Borges-branco, & Groth, 2007).

6.1. Fase inflamatória

Inicia-se no momento da incisão. As plaquetas, hemácias e fibrina presentes na corrente sanguínea selam os bordos da ferida, formando um coágulo sanguíneo. Simultaneamente ocorre a liberação local de histamina, serotonina e bradicinina que promovem a vasodilatação e aumento de fluxo sanguíneo no local e, conseqüentemente, sinais inflamatórios como rubor e calor. Aumenta a permeabilidade capilar, favorecendo o extravasamento de líquidos para o espaço extracelular e a conseqüente origem de edema. Os neutrófilos e os monócitos são os primeiros elementos celulares a alcançar a ferida cirúrgica, fagocitando partículas antigénicas e corpos estranhos (Tazima et al., 2008).

6.2. Fase proliferativa

Caracteriza-se pela formação de tecido de granulação, constituído por capilares sanguíneos, fibroblastos, macrófagos, fibras de colagénio, fibronectina e ácido hialurónico. Tem início ao 3º dia após a lesão e perdura por 2 a 3 semanas (Tazima et al., 2008).

6.3. Fase de maturação

Caracteriza-se por um aumento da resistência, sem aumento na quantidade de colagénio (Tazima et al., 2008), culminando na obtenção de tecido queratinizado, uma mucosa recoberta por queratina ou paraqueratina que fornece resistência ao periodonto face às agressões da cavidade oral (Novaes, Santos, Almeida, Pellizer, & Mendonça, 2012).

6.4. Tipos de cicatrização de feridas

Em cirurgia oral, o principal objectivo da sutura é promover uma coaptação dos bordos da ferida cirúrgica, ou seja, uma cicatrização por primeira intenção. Contudo, esta nem sempre é possível, ocorrendo a cicatrização através de processos de contracção e epitelização, ou seja, a ferida cicatriza por segunda intenção (Tazima et al., 2008), havendo comunicação com a cavidade oral (Maria et al., 2012).

Contudo, Maria e colaboradores (2012) sugerem que a cicatrização por segunda intenção minimiza os níveis de edema, dor e trismos pós-operatórios, contribuindo para um maior conforto do paciente.

7. Complicações pós-operatórias

Uma complicação cirúrgica é um episódio inesperado que requer procedimentos adicionais para além dos inicialmente previstos, tais como osteotomia ou odontosecção (Carvalho & Vasconcelos, 2011).

A extracção de terceiros molares inferiores origina frequentemente desconforto no período pós-operatório (Maria et al., 2012).

As complicações pós-operatórias podem ser muitas e variadas, estando em relação directa com inúmeros factores, tais como a manipulação de tecidos moles e duros durante o acto cirúrgico, podendo ser necessária a realização de osteotomia e/ou odontosecção (Escoda & Aytés, 2004; Phillips et al., 2010; Rosa et al., 2002).

Durante o pós-operatório, frequentemente surgem episódios de dor, inflamação e trismus, entre outros, podendo estes episódios ter maior ou menor expressão, variando consoante o paciente (Barbosa-Rebellato, Thomé, Costa-Maciel, Oliveira, & Scariot, 2011; Hill & Walker, 2006; Osunde et al., 2011; Rodrigues et al., 2013).

7.1. Dor

Os episódios dolorosos mais fortes ocorrem nas primeiras 24h a 72h após o acto cirúrgico, decrescendo progressivamente nos dias seguintes, podendo prolongar-se por um período de 5 a 10 dias. Ocasionalmente, poderá ser exacerbado com movimentos ou o tacto e dificultar a alimentação do paciente (Escoda & Aytés, 2004; Tazima et al., 2008).

7.2. Inflamação

Regra geral, após a exodontia de terceiros molares inferiores surgem graus inflamatórios variáveis na região massetéica e submandibular, tendo maior expressão nas primeiras 24h a 72h do pós-operatório. Esta tumefacção irá alterar a deglutição e dificultar a abertura de boca, sendo consequência da irritação, espasmo dos músculos mastigadores e trauma cirúrgico. A sensação de trismus irá regredir juntamente com a regressão da sintomatologia dolorosa e do grau de inflamação (Tazima et al., 2008).

8. Objectivos

O presente trabalho tem como objectivo comparar dois diferentes pontos de sutura, simples e donati, em extracções de terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos a fim de analisar qual o ponto que promove melhor cicatrização e reparação dos tecidos.

9. Hipóteses

Hipótese Nula: Não existem diferenças na cicatrização dos tecidos entre o ponto donati e o ponto simples

Hipótese Alternativa: Existem diferenças na cicatrização dos tecidos entre o ponto donati e o ponto simples

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Caracterização do estudo

Este estudo classifica-se como observacional e transversal, baseando-se em amostras representativas dos pacientes, os quais são examinados com o intuito de obter resultados para questões específicas.

2. Local do estudo

Este estudo foi efectuado nas instalações da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz, situada no Campus Universitário da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz.

3. Caracterização da amostra

Para o presente estudo foi utilizada uma amostra de 72 actos clínicos de doentes submetidos a extracção terceiros molares inferiores inclusos ou semi-inclusos, os quais satisfizeram os critérios de inclusão. Estes foram obtidos após actos cirúrgicos que tiveram lugar no Bloco Operatório da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz, com aprovação da Comissão de Ética da Egas Moniz (Anexo 1). Durante este período, realizaram-se um total de 125 exodontias de terceiros molares inclusos ou semi-inclusos no referido Bloco Operatório.

Previamente à recolha de dados, todos os indivíduos foram informados dos objectivos do estudo. Foi-lhes comunicado que toda a informação recolhida seria confidencial e utilizada apenas para fins estatísticos. Após leitura, os participantes assinaram voluntariamente o Consentimento Informado (Anexo 2), autorizando a recolha e tratamento dos seus dados.

3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo apenas doentes que apresentassem clinicamente terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos e que compareceram as consultas de controlo pós-operatório.

3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo todos os doentes que não apresentassem terceiros molares inferiores inclusos ou semi-inclusos ou que não comparecessem às consultas de controlo pós-operatório.

3.3. Materiais

Espelho intraoral, sonda exploratória curva, sonda graduada periodontal, pinça, carpul, anestubos contendo artinibsa (72mg/1,8ml), agulha 27G, agulha 30G, cabo de bisturi nº3, lâmina de bisturi nº15, descolador de Molt, sindesmótomo curvo, alavanca crayer, turbina, peça de mão, brocas de odontosseção troncocónicas para turbina nº28 ACE Dental, brocas de osteotomia esféricas para peça-de-mão nº 30 e nº 32 Ace Dental, soro fisiológico, iodopovidona a 10% (betadine), álcool a 96%, afastadores Farabeuf, Langenbeck, Minesota, cureta cirúrgica, porta-agulhas Mayo, pinça de adson, fio de sutura de seda 3'0 multifilamento não reabsorvível com agulha circular 3/8, secção triangular de corte invertido, compressas esterilizadas.

3.4. Métodos

A recolha de dados foi feita de forma presencial na Consulta de Cirurgia Assistencial do ISCSEM.

Numa primeira instância, foi observada a ortopantomografia (exame complementar de diagnóstico), de modo a confirmar a presença de, pelo menos, um terceiro molar inferior incluído ou semi-incluído.

Numa segunda instância, e antes da técnica anestésica, foram recolhidos dados clínicos, nomeadamente qual o dente a ser extraído e o seu grau de inclusão. De seguida, foi efectuada sondagem a distal do segundo molar inferior, com uma sonda graduada periodontal, bem como a classificação do terceiro molar tendo como referência a classificação de Pell and Gregory.

Após a técnica anestésica foi efectuada uma incisão de espessura total a distal do segundo molar com descarga por vestibular deste.

Posteriormente, procedeu-se à extracção da peça dentária, recorrendo a procedimentos de osteotomia e odontosecção se necessário.

Por fim, após a extracção da peça dentária, a ferida cirúrgica foi encerrada recorrendo a pontos de sutura simples ou donati, os quais foram removidos 6 a 8 dias após o acto cirúrgico.

No final do acto cirúrgico, foram contabilizados o número de pontos de sutura efectuados, mediu-se a coaptação dos bordos ou medição da sua aproximação em milímetros, avaliou-se a presença ou ausência de queratinização, o grau inflamatório dos tecidos, a coloração dos tecidos e a escala de dor pós-operatória, de 0 a 10, utilizando para tal a Escala Visual Analógica (VAS).

Em 49 pacientes foram efectuados controlos pós-operatórios periódicos ao fim de 7 dias, 30 dias e 90 dias, onde foram medidas as profundidades de sondagem a distal do segundo molar inferior e avaliados os parâmetros de coaptação dos bordos ou medição da sua aproximação em milímetros, a presença ou ausência de queratinização, o grau inflamatório dos tecidos, a coloração dos tecidos e a escala de dor pós-operatória, de 0 a 10 (VAS).

Nos restantes 23 pacientes foram efectuados controlos pós-operatórios ao fim de 7 dias e 30 dias, onde foram avaliados os mesmos parâmetros acima referidos, não tendo sido efectuados os controlos pós-operatórios aos 90 dias por estes serem posteriores à data em que foi efectuada a análise estatística.

A recolha dos dados foi efectuada através da folha de registo de dados (Anexo3).

3.5. Caso clínico

O paciente G.S., estudante de 19 anos do sexo masculino, compareceu à Consulta de Cirurgia Assistencial do ISCSEM para proceder à exodontia do dente 48, o qual se encontrava incluso.

Segundo o próprio, nega alergias, não se encontra em tratamento médico nem toma medicação regularmente. Não é fumador, consumidor de estupefacientes nem ingere bebidas alcoólicas. Efectua higiene oral duas vezes por dia, utiliza escovilhão, não é portador de prótese dentária e encontra-se a realizar tratamento ortodôntico.

Extraoralmente, apresenta configuração do tipo dolicofacial, sem assimetrias ou alterações faciais, dimensão vertical mantida e ausência de limitação dos movimentos mandibulares, sons articulares ou patologia da ATM. Intraoralmente, não apresenta alterações dos tecidos moles, hemorragia gengival, mobilidade dentária, alterações das estruturas dentárias nem lesões de cárie, conforme ilustrado na Figura 7.

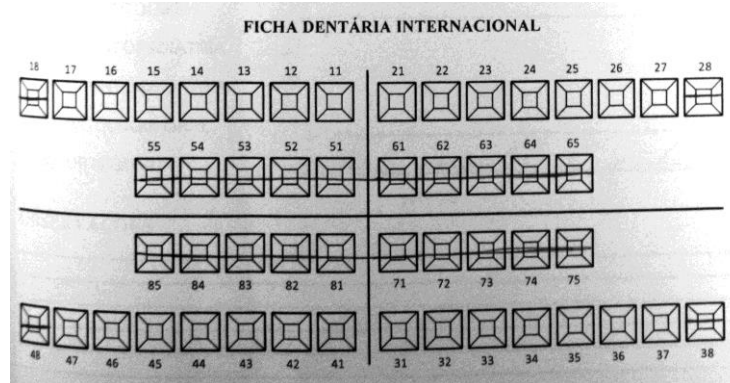


Figura 7 – Ficha dentária internacional

Através da análise da ortopantomografia, podemos concluir que esta peça dentária se encontra na posição II B na classificação de Pell & Gregory (Figura 8).



Figura 8 – Ortopantomografia

Previamente à técnica anestésica, for efectuada a sondagem a distal do segundo molar, tendo-se verificado uma profundidade de sondagem de 4mm (Figura 9).

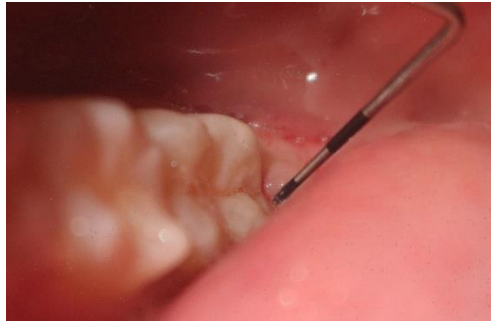


Figura 9 – Profundidade de sondagem

De seguida, efectuaram-se técnicas anestésicas, nomeadamente o bloqueio do nervo alveolar inferior (Figura 10) e técnicas infiltrativa (Figura 11).



Figura 10 – Técnicas anestésicas (nervo alveolar inferior)



Figura 11 – Técnicas anestésicas (infiltrativa)

Posteriormente efectuou-se a incisão (Figura 12) e descolamento dos tecidos (Figura 13).



Figura 12 – Incisão

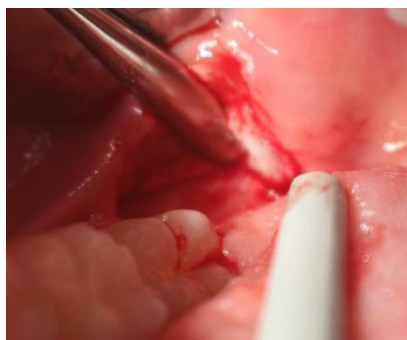


Figura 13 – Descolamento dos tecidos

Uma vez que a peça dentária se encontrava intra-óssea, foi efectuada osteotomia com o intuito de promover o acesso a esta (Figura 14 e Figura 15).



Figura 14 – Osteotomia

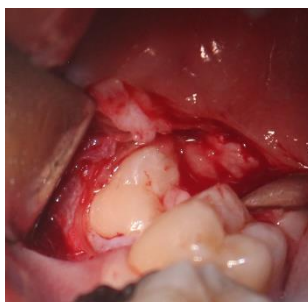


Figura 15 – Peça dentária após osteotomia

Após a osteotomia foi necessário realizar a odontosecção da peça dentária, a fim de promover a remoção da mesma por porções (Figura 16).

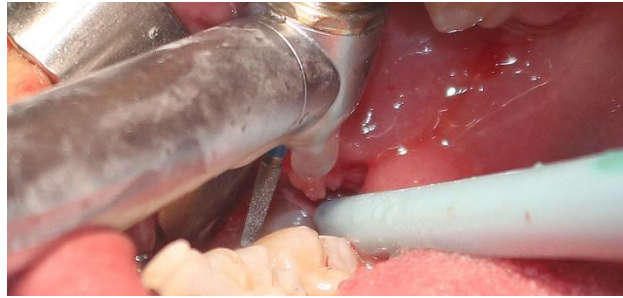


Figura 16 – Odontosecção

Durante a luxação e remoção da peça dentária, a mão esquerda do operador efectua a estabilização da mandíbula do paciente (Figura 17 e Figura 18).



Figura 17 – Luxação e remoção dos fragmentos dentários



Figura 18 – Peça dentária extraída

Após a exodontia, foi efectuada curetagem alveolar (Figura 19) e removido o saco pericoronário (Figura 20).



Figura 19 – Curetagem

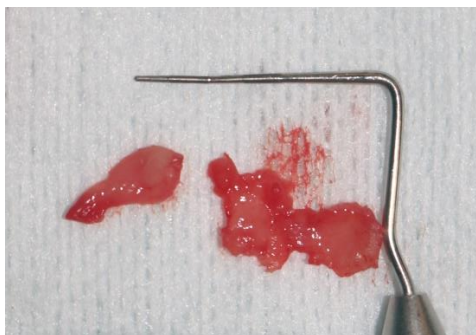


Figura 20 – Saco pericoronário

Por fim, foi efectuada o encerramento da ferida cirúrgica utilizando dois pontos de sutura donati (Figura 21 a Figura 26).



Figura 21 – Ponto donati (1)

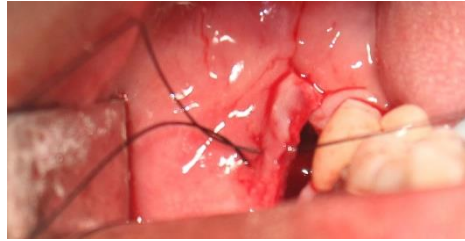


Figura 22 – Ponto donati (2)

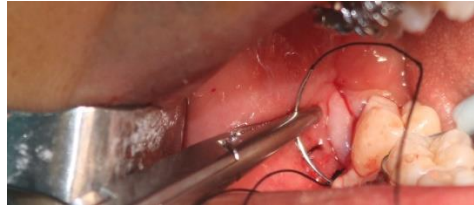


Figura 23 – Ponto donati (3)

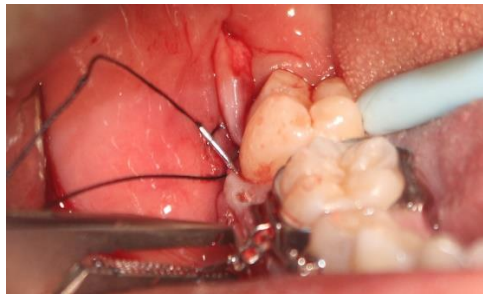


Figura 24 – Ponto donati (4)



Figura 25 – Ponto donati (5)



Figura 26 – Ponto donati (6)

Imediatamente após o acto cirúrgico, os bordos encontravam-se coaptados, os tecidos apresentavam-se rosados, queratinizados, não inflamados e a escala de dor foi “zero”.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da pesquisa bibliográfica efectuada, podemos concluir que não existem estudos que relacionem directamente os pontos simples e donati com os períodos pós-operatórios observados neste estudo.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o facto de a amostra populacional ser relativamente reduzida e não terem sido utilizadas tomografias computadorizada, as quais nos permitiriam obter informações mais precisas sobre os diversos actos clínicos realizados.

O exame imagiológico utilizado para determinar a posição dos terceiros molares inferiores foi a ortopantomografia, a qual apresenta um grau de distorção de 5,37° (Xavier et al., 2010).

Os dados deste estudo foram introduzidos numa base de dados, no programa Microsoft Excel, para posterior análise estatística, a qual foi realizada recorrendo ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0 para Windows, considerando um nível de significância de 5% na análise inferencial.

Os dados obtidos serão apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, bem como as diferentes variáveis estudadas e respectivas frequências e percentagens em que ocorrem no estudo.

Numa primeira instância, serão apresentados os dados referentes ao sexo, dente, estado de inclusão, classificação de Pell & Gregory, tipo de ponto e número de pontos efectuados.

Numa segunda instância, serão apresentados os dados referentes à interpretação de relações entre algumas variáveis.

1. Análise descritiva

1.1. Sexo

A distribuição da amostra quanto ao género é maioritariamente feminina (68,1%), tendo sido observados 49 indivíduos do sexo feminino e 23 indivíduos do sexo masculino (31,9%) (Tabela 1 e Figura 27). Estudos de Rosa e colaboradores (2002) foram realizados com 64,3% pacientes do sexo feminino e 35,7% pacientes do sexo masculino. Estudos de Kirk e colaboradores (2007) foram realizados com 32 pacientes, dos quais 24 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Estudos de Xavier e colaboradores (2010) foram realizados com 61,1% pacientes do sexo feminino e 38,9% pacientes do sexo masculino. Estudos de Carvalho e Vasconcelos (2011) demonstraram uma proporção de 3 indivíduos do sexo feminino por cada indivíduo do sexo masculino. Estudos de Maria e colaboradores (2012) foram realizados em 60 pacientes, sendo 37 do sexo feminino e 23 do sexo masculino. Estudos de Lisboa e colaboradores (2012) foram efectuados com 575 pacientes, 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino. Estudos de Obimakinde e colaboradores (2013) apresentaram um rácio de 1,5 indivíduos do sexo feminino por cada indivíduo do sexo masculino. Estudos de Eshghpour e colaboradores (2013) foram realizados com 38 pacientes do sexo feminino e 12 pacientes do sexo masculino, o que sugere que as cirurgias de extracção de terceiros molares inferiores têm mais procura por parte de indivíduos do sexo feminino.

Por outro lado, estudos de Al-Khateeb e Bataineh (2006) foram realizados com 1398 pacientes, dos quais 57,4% eram do sexo masculino e 42,6% eram do sexo feminino. Estudos de Osunde e colaboradores (2011) apresentaram uma maior procura destas cirurgias por parte de indivíduos do sexo masculino.

Sexo				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	23	31.9	31.9
	Feminino	49	68.1	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo

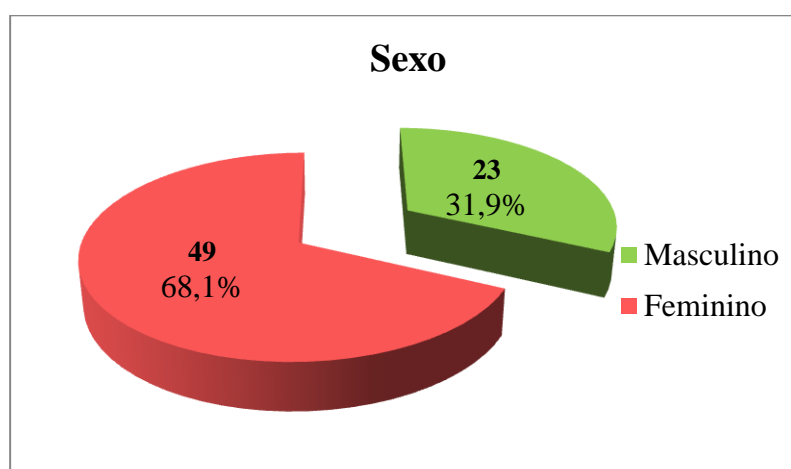


Figura 27 – Distribuição da amostra por sexo

1.2. Dente

A Tabela 2 e a Figura 28 demonstram que o dente 48 foi mais frequentemente submetido a cirurgia (56,9%) em relação ao dente 38 (43,1%). Estudos de Eshghpour e colaboradores (2013) foram realizados com amostras similares, tendo sido efectuadas 28 cirurgias de extracção de terceiros molares inferiores direitos impactados e 22 cirurgias para dentes do lado esquerdo em semelhantes condições.

Por outro lado, estudos de Xavier e colaboradores (2010) apresentaram cirurgias de extracção de terceiros molares inferiores esquerdos como sendo mais frequentes que as dos terceiros molares inferiores direitos.

Dente				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	#38	31	43,1	43,1
	#48	41	56,9	100,0
	Total	72	100.0	

Tabela 2 – Distribuição da amostra por dente

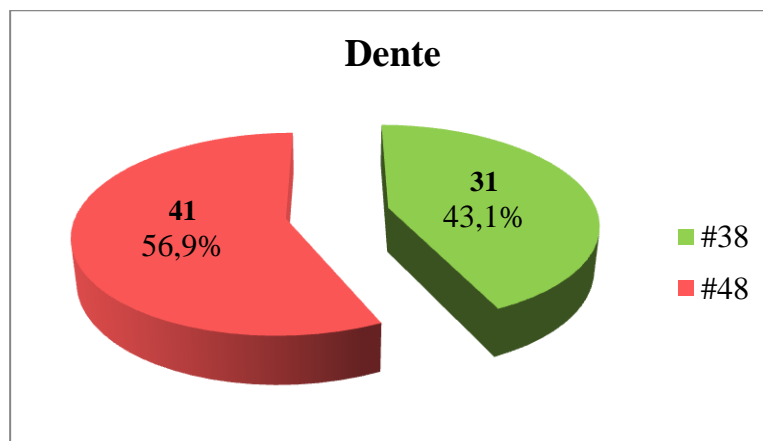


Figura 28 – Distribuição da amostra por dente

1.3. Estado de inclusão

No presente estudo, o estado incluído foi mais frequente quando comparado ao estado semi-incluído, tendo-se verificado 43 dentes terceiros molares inferiores incluídos (59.7%) e 29 dentes terceiros molares inferiores semi-incluídos (40.3%), conforme ilustrado na Tabela 3 e na Figura 29. Estudos de Hill & Walker (2006) foram efectuados com um total de 110 dentes incluídos e 98 dentes semi-incluídos. Estudos de Barbosa-Rebellato e colaboradores (2011) foram efectuados com 420 dentes incluídos e 98 dentes semi-incluídos. Estudos de Guo e colaboradores (2014) foram efectuados com 1.233 dentes incluídos e 1.534 dentes semi-incluídos.

Estado de inclusão				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Incluído	43	59.7	59.7
	Semi-Incluído	29	40.3	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o estado de inclusão

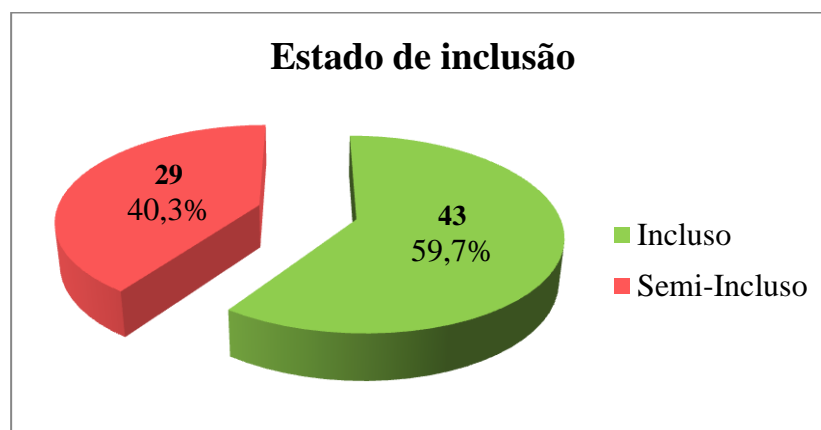


Figura 29 – Distribuição da amostra segundo o estado de inclusão

1.4. Classificação de Pell & Gregory

1.4.1. Classificação quanto à relação com o ramo ascendente da mandíbula

A Tabela 4 e a Figura 30 demonstram que, em relação ao ramo ascendente da mandíbula, 15 dentes encontravam-se em Classe I (20,8%), 48 dentes encontravam-se em Classe II (66,7%) e 9 dentes encontravam-se em Classe III (12,5%), tendo sido a Classe II a mais frequentemente observada.

Classificação da posição (Pell & Gregory) <i>Relação com o ramo ascendente da mandíbula</i>				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Classe I	15	20,8	20,8
	Classe II	48	66,7	87,5
	Classe III	9	12,5	100,0
	Total	72	100,0	

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao ramo ascendente da mandíbula

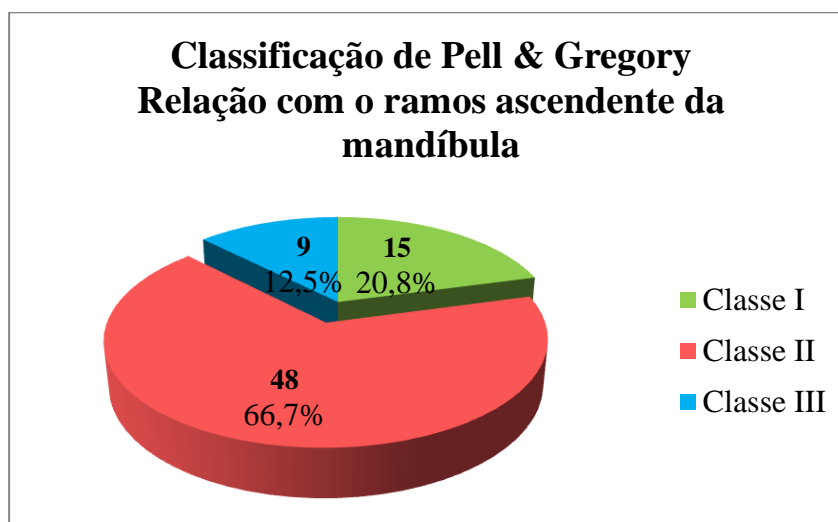


Figura 30 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao ramo ascendente da mandíbula

1.4.2. Classificação quanto à relação com o plano oclusal

Em relação ao plano oclusal, verificou-se a existência de 25 dentes na Posição A (34,7%), 41 dentes na Posição B (56,9%) e 6 dentes na Posição C (8,3%), tendo sido a Posição B a mais prevalente (Tabela 5 e Figura 31).

Classificação da posição (Pell & Gregory)				
<i>Relação com o plano oclusal</i>				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Posição A	25	34,7	34,7
	Posição B	41	56,9	91,7
	Posição C	6	8,3	100,0
	Total	72	100,0	

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao plano oclusal

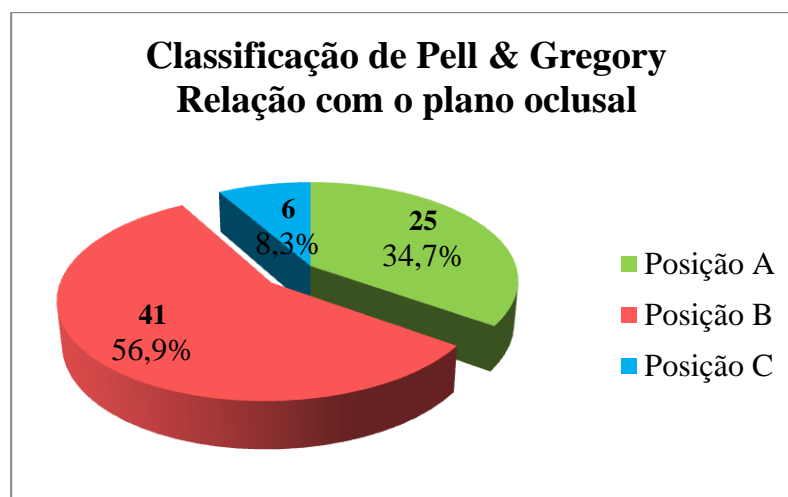


Figura 31 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory), em relação ao plano oclusal

1.4.3. Classificação de Pell & Gregory mais prevalente

Através da análise da Tabela 6 e da Figura 32 podemos observar que a classificação mais frequentemente encontrada é a II B, seguindo-se a II A como a segunda mais frequente. Estudos de Carvalho e Vasconcelos (2011) e Xavier e colaboradores (2010) apresentam a posição II A como sendo a mais prevalente, seguindo-se a II B como a segunda mais frequente.

Contrariamente, estudos de Júnior e colaboradores (2006) apontam a posição I A como sendo a mais frequente. Estudos de García e colaboradores (2000) apresentam a posição I A como sendo a mais prevalente, sendo a III A a segunda mais frequentemente observada. Estudos de Erdogan e colaboradores (2011) apresentam a posição II A como sendo a mais prevalente, sendo a I A a segunda mais encontrada. Estudos de Lisboa e colaboradores (2012) a apresentam a posição II (27,3%) A (29,8%) como sendo a mais frequente.

Classificação da posição (Pell & Gregory)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	I A	8	11.1	11.1
	I B	6	8.3	19.4
	I C	1	1.4	20.8
	II A	15	20.8	41.7
	II B	30	41.7	83.3
	II C	3	4.2	87.5
	III A	2	2.8	90.3
	III B	5	6.9	97.2
	III C	2	2.8	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory)

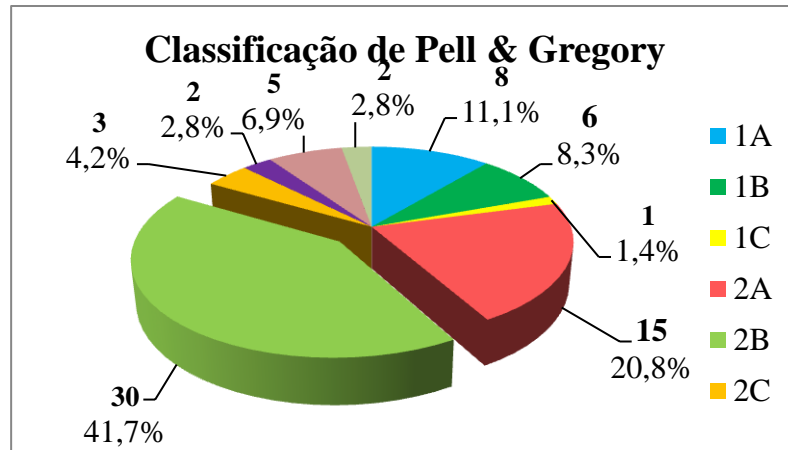


Figura 32 – Distribuição da amostra segundo a classificação da posição (Pell & Gregory)

1.5. Tipo de ponto

Após a exodontia, foi necessário reposicionar os bordos da ferida cirúrgica. Para tal, em 39 actos cirúrgicos recorreu-se a pontos de sutura simples (54.2%) e em 33 actos cirúrgicos recorreu-se a pontos de sutura donati (45.8%), o que se encontra ilustrado na Tabela 7 e na Figura 33.

Tipo de ponto				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Simple	39	54.2	54.2
	Donati	33	45.8	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o tipo de ponto

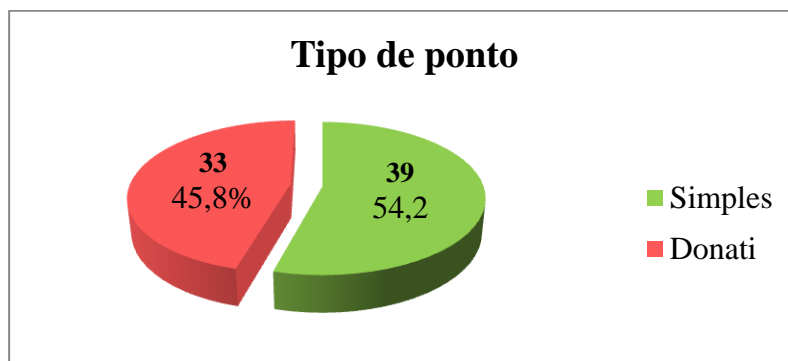


Figura 33 – Distribuição da amostra segundo o tipo de ponto

1.6. Número de pontos efectuados

Aquando do encerramento da ferida cirúrgica, verificou-se que na maioria dos actos cirúrgicos eram necessários dois pontos de sutura para o efectuar de forma eficaz (Tabela 8 e Figura 34).

Número de pontos (total)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	2 Pontos	39	54.2	54.2
	3 Pontos	26	36.1	90.3
	4 Pontos	7	9.7	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (total)

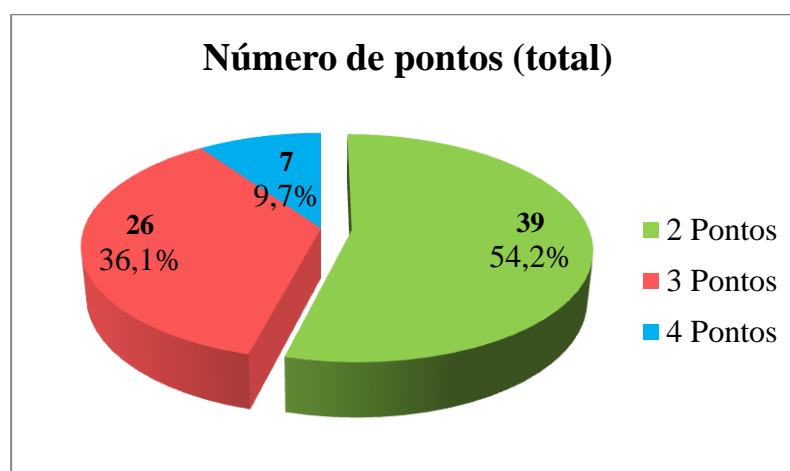


Figura 34 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (total)

Quando comparados os pontos de sutura simples e donati, ambos demonstram que dois pontos de sutura foram suficientes para uma eficaz aproximação dos bordos da ferida cirúrgica, sendo a percentagem de pontos donati (Tabela 9 e Figura 35) superior à de pontos simples (Tabela 10 e Figura 36).

Número de pontos (donati)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	2 Pontos	21	63,6	63,6
	3 Pontos	10	30,3	93,9
	4 Pontos	2	6,1	100,0
	Total	33	100.0	

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (donati)

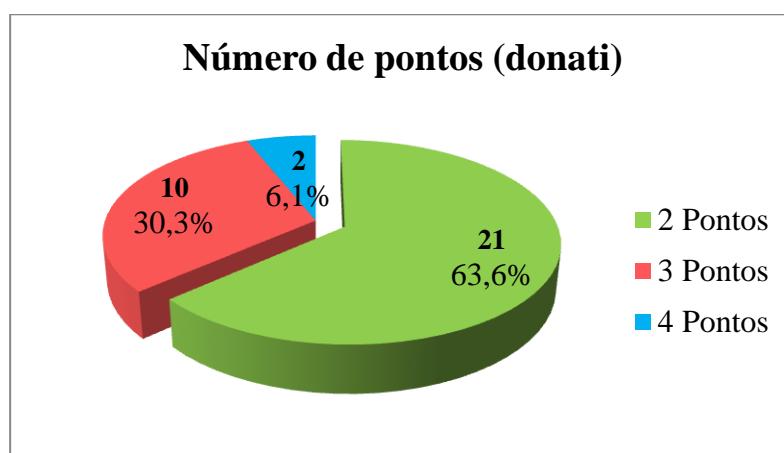


Figura 35 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (donati)

Número de pontos (simples)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	2 Pontos	18	46,2	46,2
	3 Pontos	16	41,0	87,2
	4 Pontos	5	12,8	100,0
	Total	39	100,0	

Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (simples)

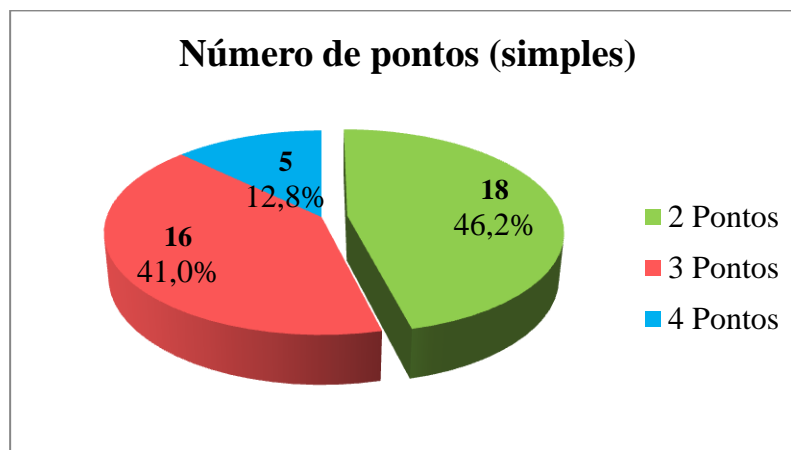


Figura 36 – Distribuição da amostra segundo o número de pontos necessários (simples)

1.7. Presença de tecidos queratinizados

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a presença de tecidos queratinizados em 70 actos clínicos (97,2%) tendo-se verificado ausência de queratinização em 2 casos (2,8%), conforme ilustrado na Tabela 11 e Figura 37.

Presença de tecidos queratinizados (imediato)				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido	Queratinizado	70	97.2	97.2
	Não queratinizado	2	2.8	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados imediatamente após a exodontia

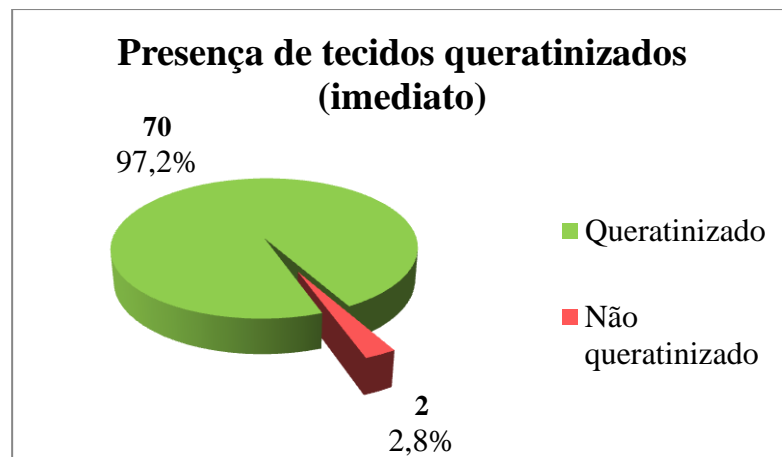


Figura 37 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados imediatamente após a exodontia

Uma semana após a cirurgia, 71 dos casos apresentavam tecidos queratinizados (98,6%) e 1 apresentava ausência de queratinização (Tabela 12 e Figura 38).

Presença de tecidos queratinizados (após uma semana)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Queratinizado	71	98.6	98.6
	Não queratinizado	1	1.4	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados uma semana após a exodontia

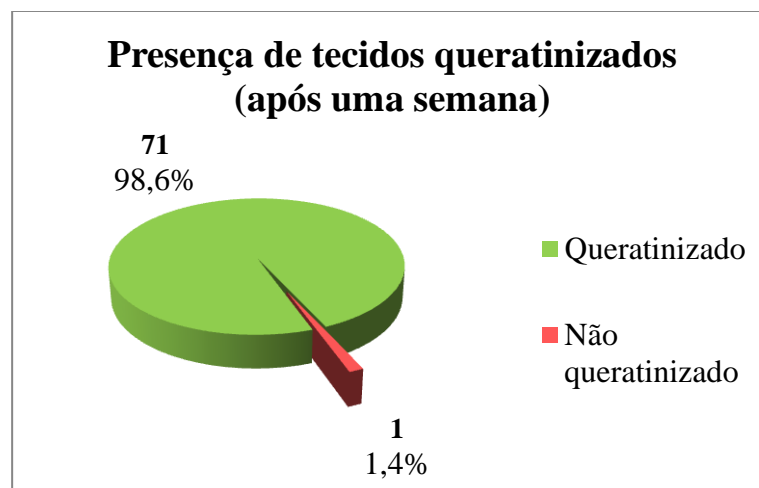


Figura 38 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados uma semana após a exodontia

Um mês após a exodontia, todos os casos apresentavam tecidos queratinizados (Tabela 13 e Figura 39).

Presença de tecidos queratinizados (após um mês)				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido	Queratinizado	72	100.0	100.0
	Não queratinizado	0	0.0	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados um mês após a exodontia

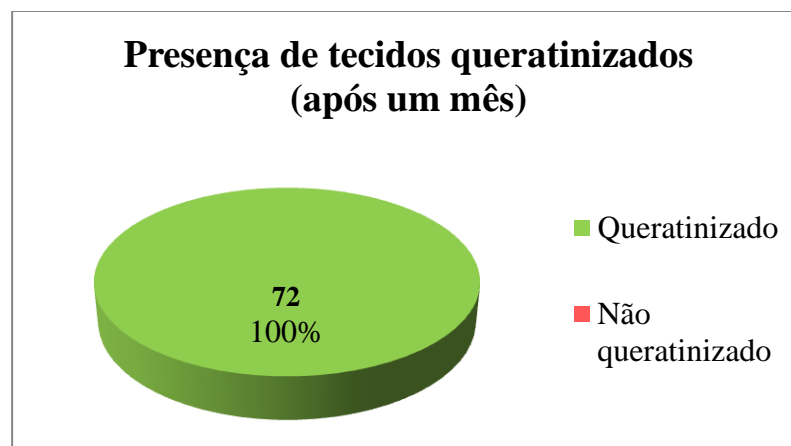


Figura 39 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados um mês após a exodontia

O controlo pós-operatório a 3 meses foi efectuado em 49 pacientes, tendo-se registado presença de tecidos queratinizados em todos. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Tabela 14 e Figura 27).

Presença de tecidos queratinizados (após três meses)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Queratinizado	49	68.1	100.0
	Não queratinizado	0	0.0	100.0
Omisso	<i>Não observados</i>	23	31.9	
Total		72	100.0	

Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados três meses após a exodontia

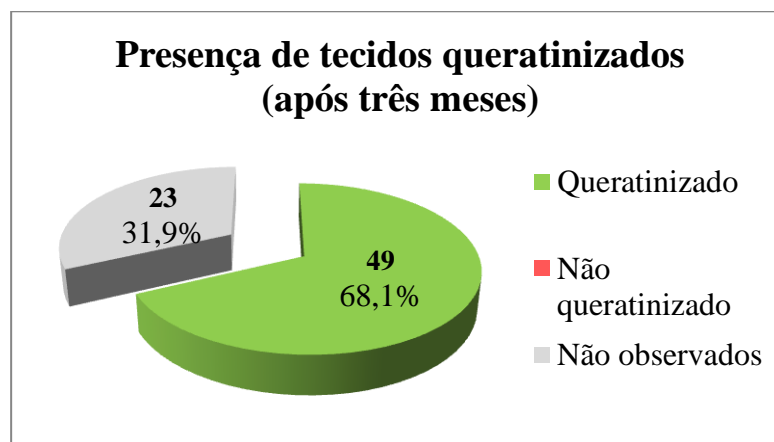


Figura 40 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos queratinizados três meses após a exodontia

1.8. Presença de tecidos inflamados

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a presença de tecidos inflamados em 19 actos clínicos (26,4%) tendo-se verificado ausência de inflamação em 53 casos (73,6%), conforme ilustrado na Tabela 15 e Figura 41.

Presença de tecidos inflamados (imediato)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Inflamados	19	26.4	26.4
	Não inflamados	53	73.6	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados imediatamente após a exodontia

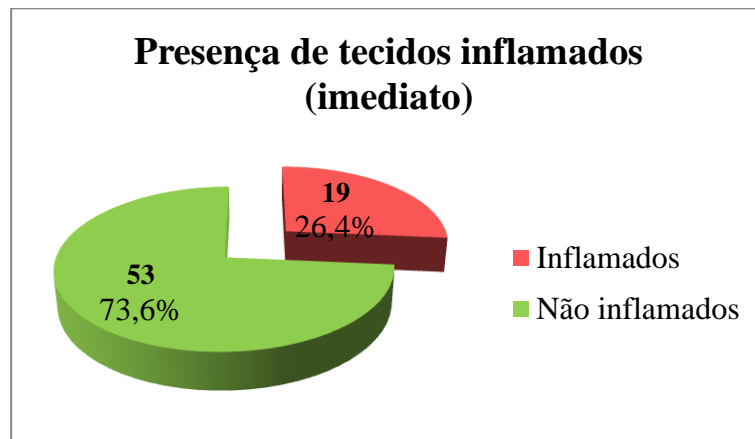


Figura 41 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados imediatamente após a exodontia

Uma semana após a exodontia, 32 casos apresentavam tecidos inflamados (44,4%) e 40 casos apresentavam ausência de tecidos inflamados (55,6%), conforme ilustrado na Tabela 16 e Figura 42.

Presença de tecidos inflamados (após uma semana)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Inflamados	32	44.4	44.4
	Não inflamados	40	55.6	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados uma semana após a exodontia

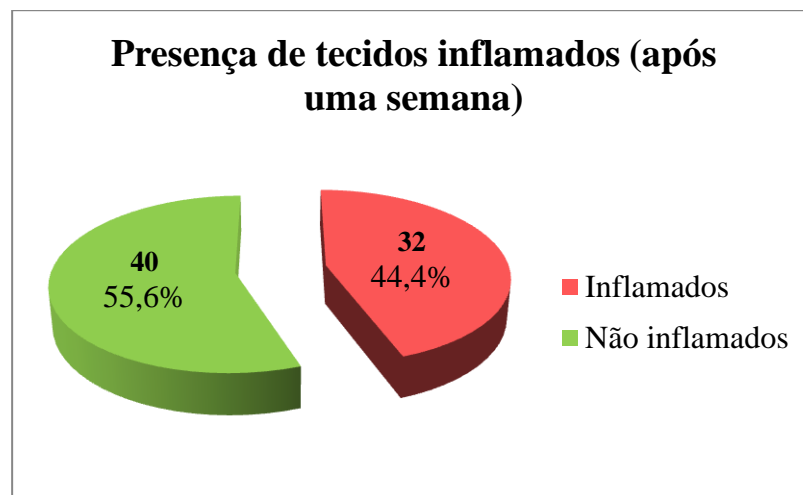


Figura 42 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados uma semana após a exodontia

Um mês após a exodontia, todos os casos apresentavam ausência de tecidos inflamados (Tabela 17 e Figura 43).

Presença de tecidos inflamados (após um mês)				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido	Inflamados	0	0.0	0.0
	Não inflamados	72	100.0	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados um mês após a exodontia

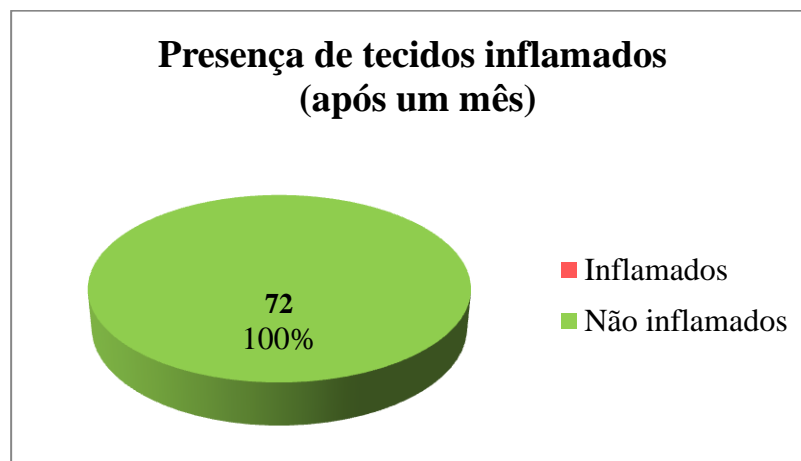


Figura 43 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados um mês após a exodontia

O controlo pós-operatório a 3 meses foi efectuado em 49 pacientes, tendo-se registado ausência de inflamação tecidular em todos. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Tabela 18 e Figura 44).

Presença de tecidos inflamados (após três meses)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Inflamados	0	0.0	0.0
	Não inflamados	49	68.2	100.0
Omisso	<i>Não observados</i>	23	31.9	
Total		72	100.0	

Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados três meses após a exodontia

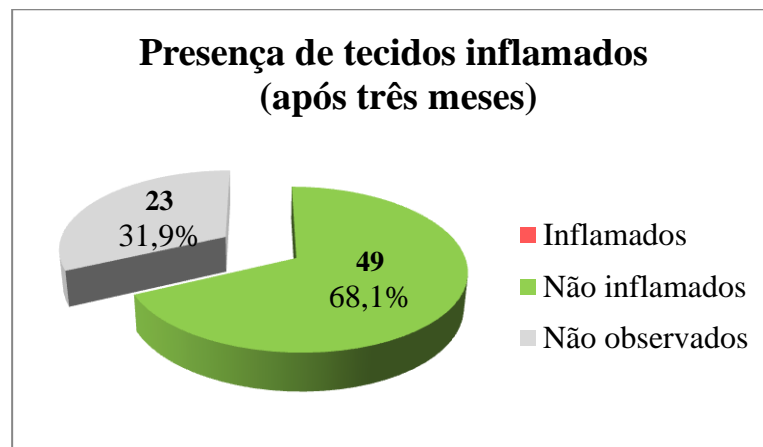


Figura 44 – Distribuição da amostra segundo a presença de tecidos inflamados três meses após a exodontia

1.9. Coloração dos tecidos

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a presença de tecidos rosados em 40 actos clínicos (55,6%) tendo-se verificado a presença de tecidos avermelhados em 32 casos (44,4%), conforme ilustrado na Tabela 19 e Figura 45.

Coloração dos tecidos (imediato)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Rosada	40	55.6	55.6
	Avermelhada	32	44.4	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos imediatamente após a exodontia

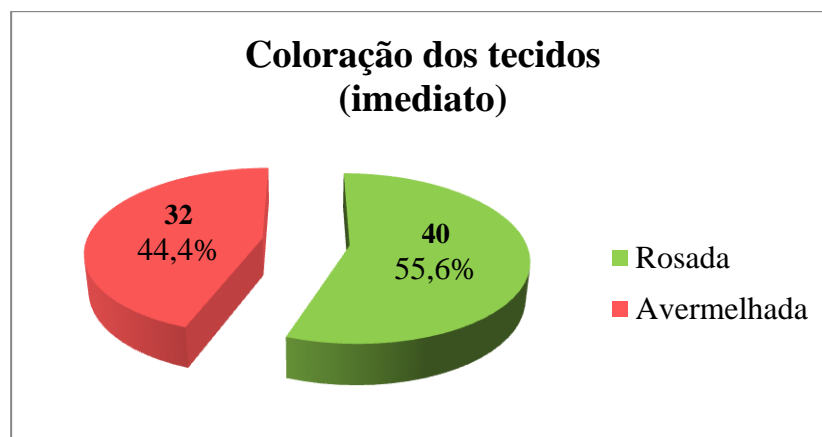


Figura 45 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos imediatamente após a exodontia

Uma semana após a exodontia, 49 casos apresentavam tecidos com coloração rosada (68,1%) e 23 casos apresentavam tecidos com coloração avermelhada (31,9%), conforme ilustrado na Tabela 20 e Figura 46.

Coloração dos tecidos (após uma semana)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Rosada	49	68.1	68.1
	Avermelhada	23	31.9	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos uma semana após a exodontia

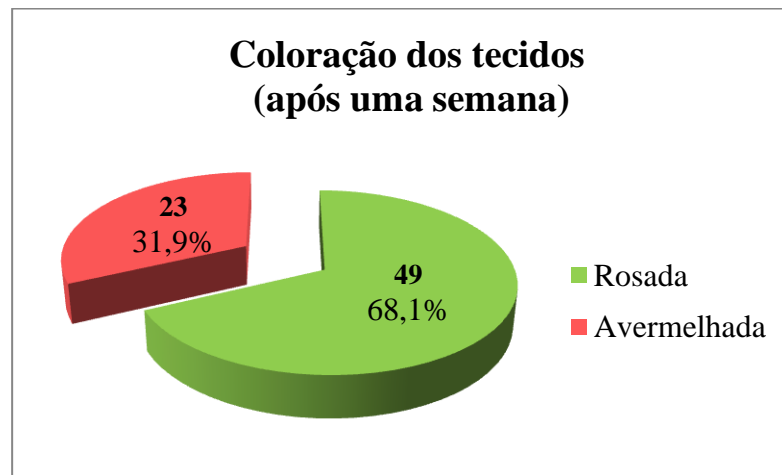


Figura 46 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos uma semana após a exodontia

Um mês após a exodontia, todos os casos apresentavam tecidos com coloração rosada (Tabela 21 e Figura 47).

Coloração dos tecidos (após um mês)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Rosada	72	100.0	100.0
	Avermelhada	0	0.0	100.0
	Total	72	100.0	

Tabela 21 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos um mês após a exodontia

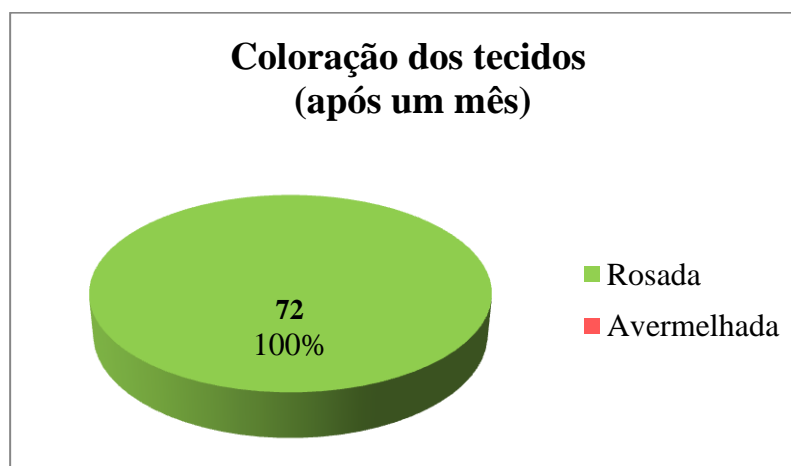


Figura 47 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos um mês após a exodontia

O controlo pós-operatório a 3 meses foi efectuado em 49 pacientes, tendo-se registado uma coloração tecidual rosada em todos. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Tabela 22 e Figura 48).

Coloração dos tecidos (após três meses)				
		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Rosada	49	68.1	100.0
	Avermelhada		0.0	100.0
Omisso	<i>Não observados</i>	23	31.9	
Total		72	100.0	

Tabela 22 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos três meses após a exodontia

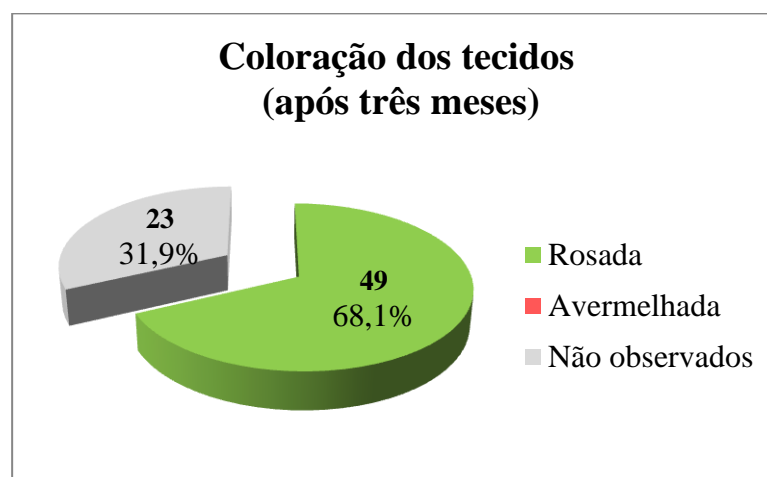


Figura 48 – Distribuição da amostra segundo a coloração dos tecidos três meses após a exodontia

2. Análise inferencial

2.1. Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem

Imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, verificou-se que a profundidade de sondagem era igual ou inferior a 3mm em 12 actos clínicos (16,7%), dos quais foram efectuados 4 pontos simples e 8 pontos donati. Nos restantes 60 actos clínicos (83,3%) a profundidade de sondagem era igual ou superior a 4mm, tendo sido efectuados pontos simples em 35 casos e pontos donati em 25 casos.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 49.

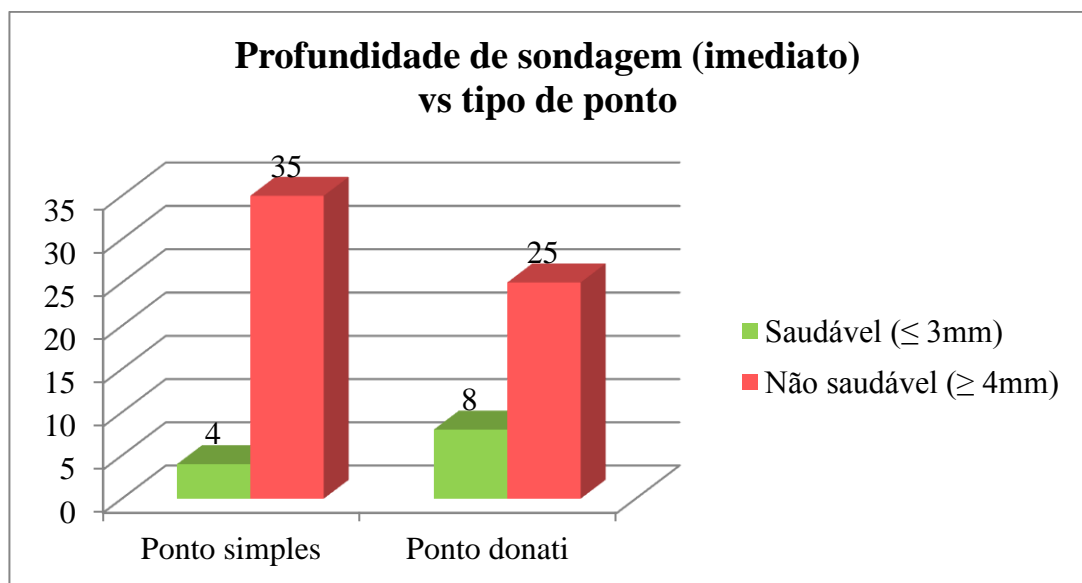


Figura 49 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (imediate)

Neste estudo, a média de profundidade de sondagem pré-operatória foi de 5,47mm com um desvio padrão de 1,67.

Estudos de Cetinkaya e colaboradores (2009) apresentam uma média de profundidade de sondagem pré-operativa de 2,93mm com um desvio padrão de 0,70. Estudos de Eshghpour e colaboradores (2013) apresentam uma média de profundidade de sondagem pré-operatória de 2.53mm com um desvio padrão de 0.23.

Uma semana após a cirurgia, 16 dos casos (22,2%) apresentavam profundidades de sondagem iguais ou inferiores a 3mm, dos quais tinham sido efectuados pontos simples em 7 casos e pontos donati em 9 casos. Verificou-se que os restantes 56 casos (77,8%) apresentavam profundidades de sondagem iguais ou superiores a 4mm, dos quais tinham sido efectuados pontos simples em 32 casos e pontos donati nos restantes 24 casos (Figura 50).

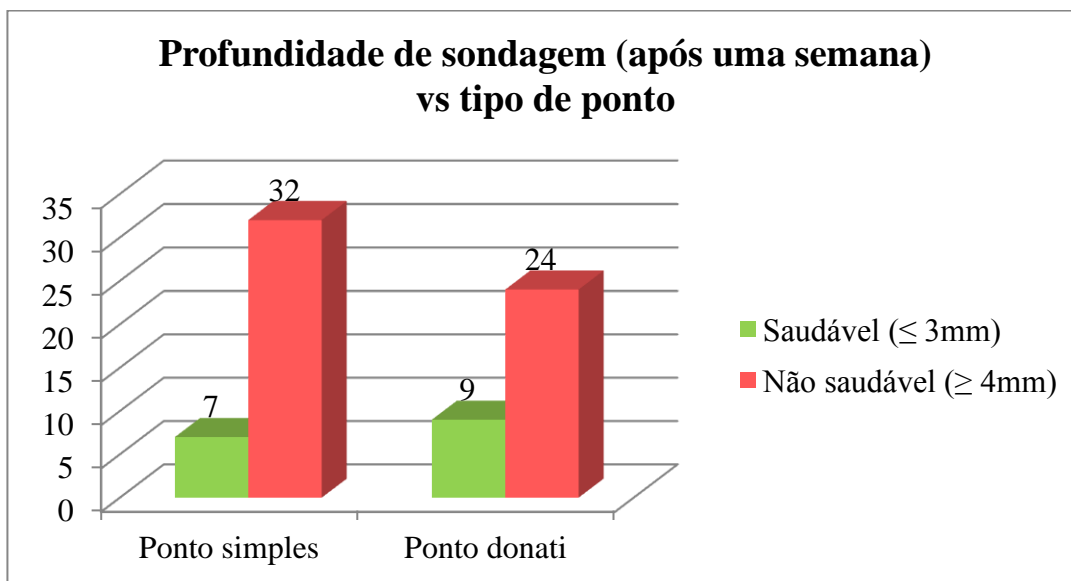


Figura 50 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (após uma semana)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Profundidade de sondagem (após uma semana)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.343 > 0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a profundidade de sondagem uma semana após o acto cirúrgico.

Um mês após a cirurgia, 54 dos casos (75,0%) apresentavam profundidades de sondagem iguais ou inferiores a 3mm, dos quais tinham sido efectuados pontos simples em 30 casos e pontos donati em 24 casos. Verificou-se que os restantes 18 casos (25,0%) apresentavam profundidades de sondagem iguais ou superiores a 4mm, dos quais tinham sido efectuados pontos simples em 9 casos e pontos donati nos restantes 9 casos (Figura 51).

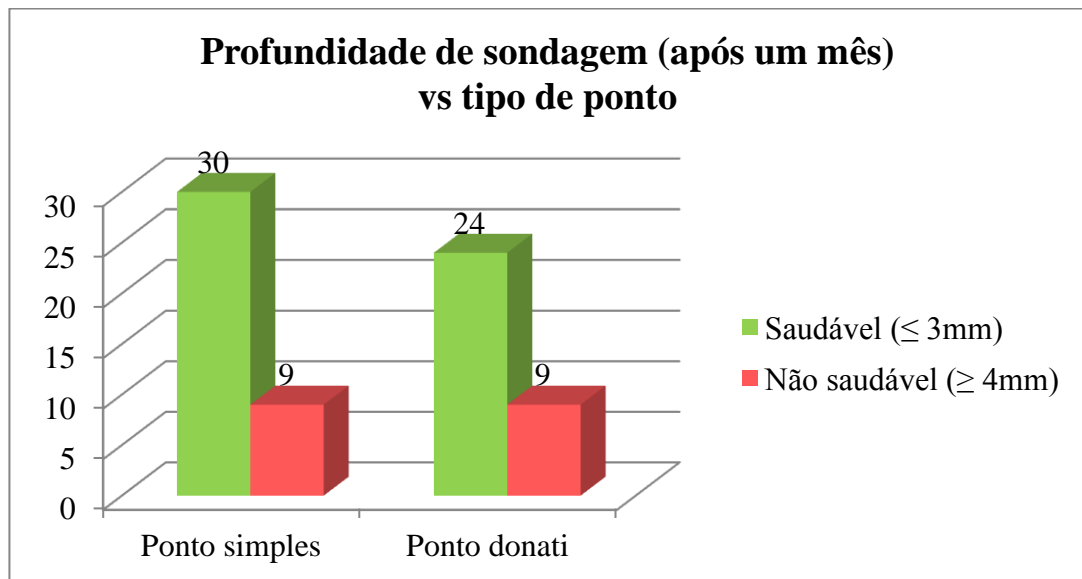


Figura 51 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (após um mês)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Profundidade de sondagem (após um mês)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.682 > 0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a profundidade de sondagem um mês após o acto cirúrgico.

Três meses após a cirurgia, 47 dos casos (95,9%) apresentavam profundidades de sondagem iguais ou inferiores a 3mm, dos quais tinham sido efectuados pontos simples em 24 casos e pontos donati em 23 casos. Verificou-se que os restantes 2 casos (4,1%) apresentavam profundidades de sondagem iguais ou superiores a 4mm, dos quais tinham efectuados pontos simples num caso e pontos donati noutro caso. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Figura 52).

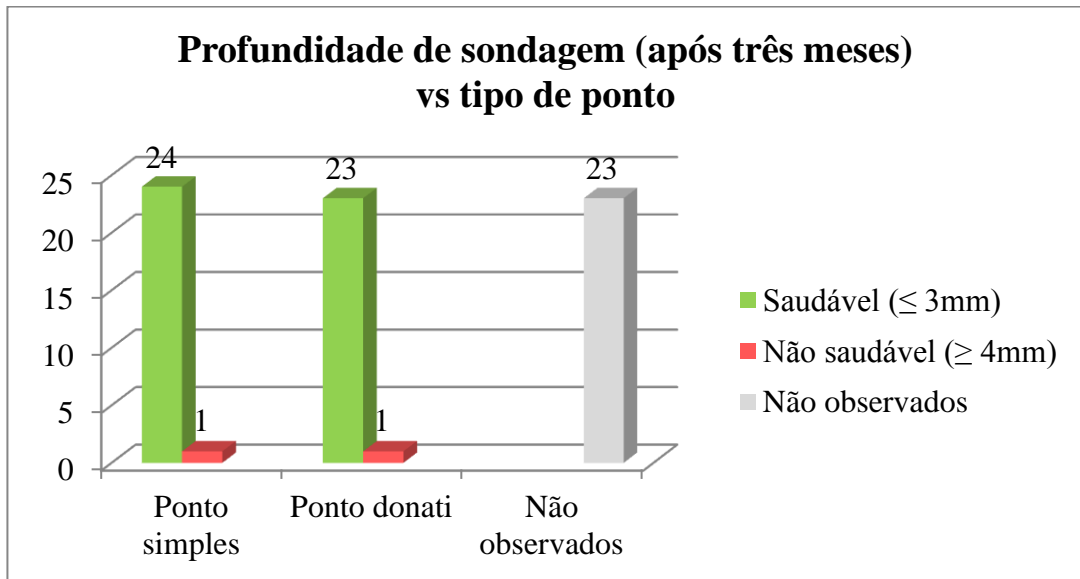


Figura 52 – Relação entre o tipo de ponto e a profundidade de sondagem (após três meses)

A avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Profundidade de sondagem (após três meses)” não foi possível de ser efectuada dado que a variável “Não saudável” apresenta uma amostra muito reduzida.

2.2. Relação entre o tipo de ponto e o número de pontos

A Figura 53 oferece-nos uma visão geral do cruzamento de dados entre o tipo de ponto e o número de pontos que foram necessários para uma eficaz aproximação dos bordos da ferida cirúrgica, sendo que na maioria dos actos cirúrgicos foram necessários dois pontos de sutura.

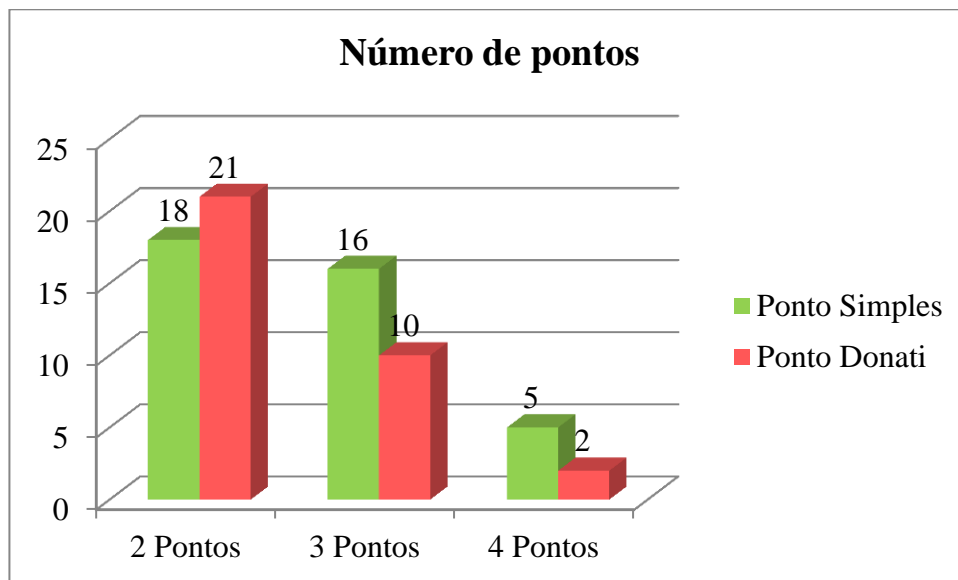


Figura 53 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e o número de pontos necessários

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Número de pontos” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.299>0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar o número de pontos que serão necessários efectuar para obter uma eficaz coaptação dos bordos da ferida cirúrgica.

2.3. Relação entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a presença de tecidos queratinizados em 70 actos clínicos (97,2%), dos quais realizaram-se 38 pontos simples e 32 pontos donati. Verificou-se ausência de queratinização em 2 casos (2,8%), num realizou-se um ponto simples e no outro um ponto donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 54.

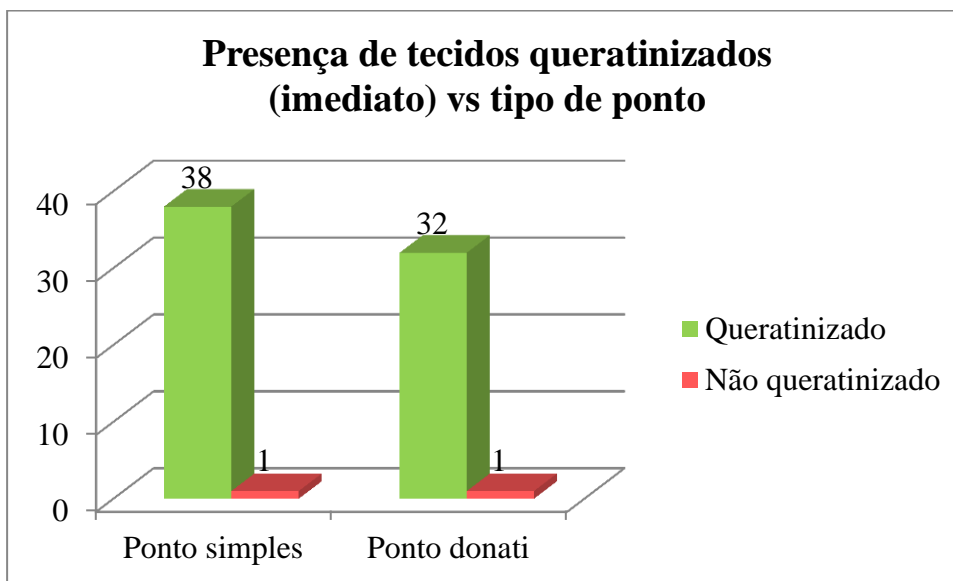


Figura 54 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (imediate)

A avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Presença de tecidos queratinizados (imediate)” não foi possível de ser efectuada dado que a variável “Não queratinizado” apresenta uma amostra muito reduzida.

Uma semana após a cirurgia, 71 dos casos apresentavam tecidos queratinizados (98,6%), dos quais realizaram-se 38 pontos simples e 33 pontos donati. Um caso com ponto simples apresentava ausência de queratinização (Figura 55).

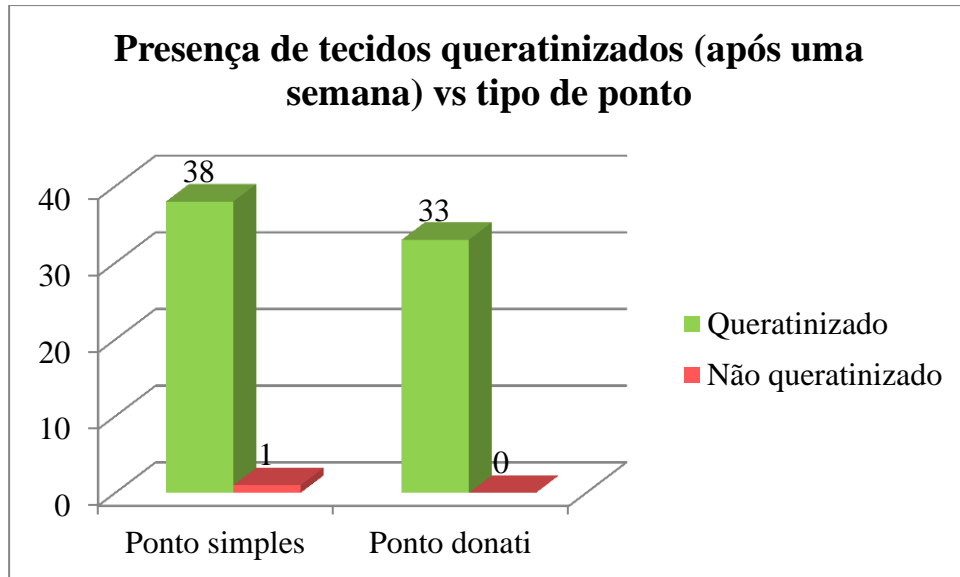


Figura 55 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (após uma semana)

A avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Presença de tecidos queratinizados (após uma semana)” não foi possível de ser efectuada dado que a variável “Não queratinizado” apresenta uma amostra muito reduzida.

Um mês após a exodontia, todos os casos apresentavam tecidos queratinizados, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati (Figura 56).

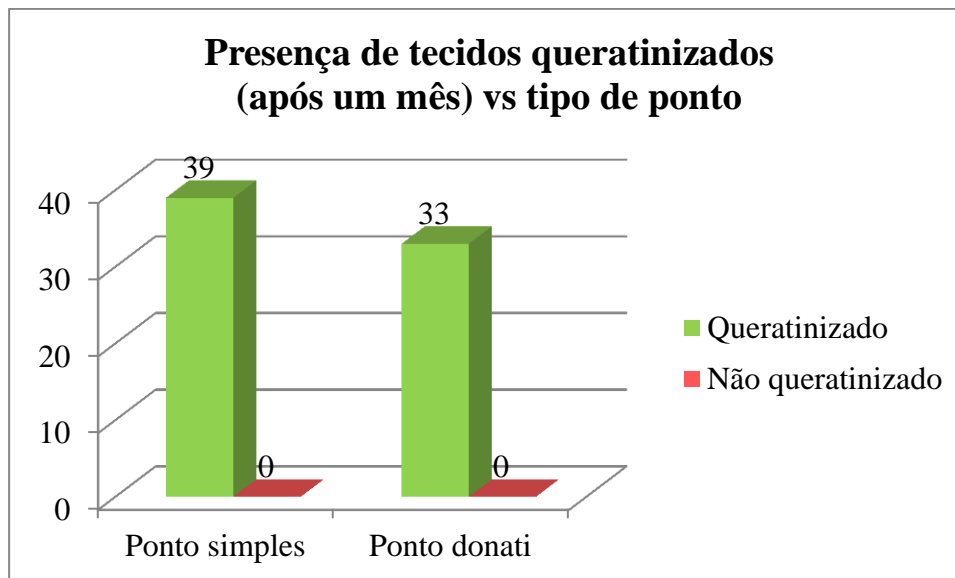


Figura 56 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (após um mês)

Como a presença de tecidos queratinizados um mês após o acto cirúrgico é uma constante, não foi possível calcular nenhuma estatística.

Três meses após a exodontia, todos os casos 49 casos observados apresentavam tecidos queratinizados, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Figura 57).

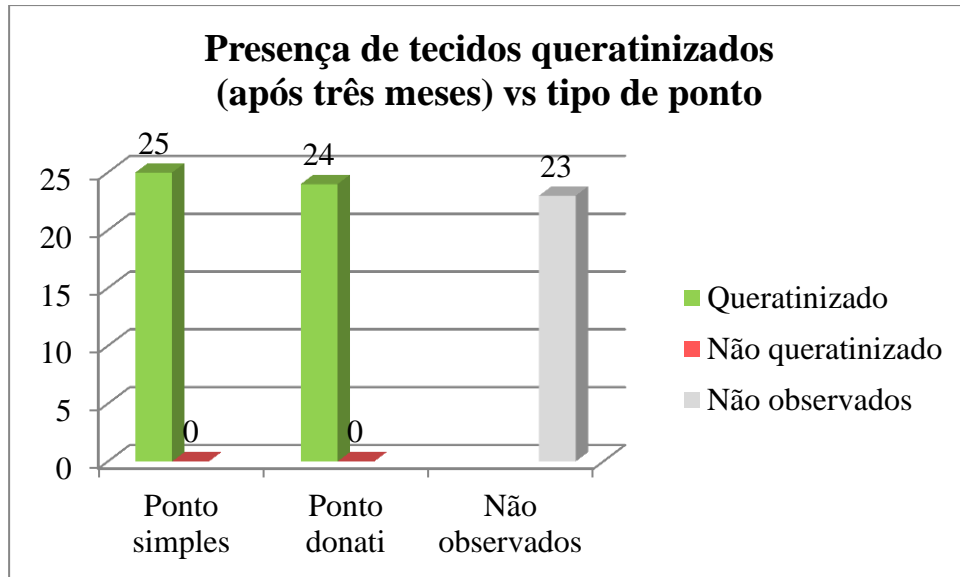


Figura 57 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos queratinizados (após três meses)

Como a presença de tecidos queratinizados três meses após o acto cirúrgico é uma constante, não foi possível calcular nenhuma estatística.

2.4. Relação entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a presença de tecidos inflamados em 19 actos clínicos (26,4%), dos quais realizaram-se 10 pontos simples e 9 pontos donati. Verificou-se ausência de inflamação em 53 casos (73,6%), dos quais realizaram-se 29 pontos simples e 24 pontos donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 58.

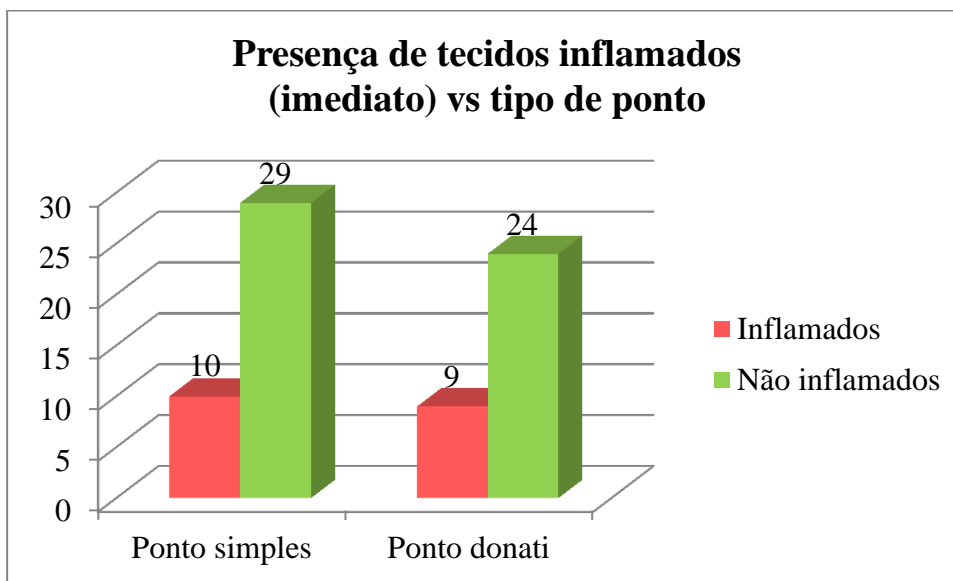


Figura 58 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (imediatos)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Presença de tecidos inflamados (imediatos)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.876>0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a presença de tecidos inflamados imediatamente após o acto cirúrgico.

Uma semana após a cirurgia, 32 casos apresentavam tecidos inflamados (44,4%), dos quais 19 realizaram-se pontos simples e 13 pontos donati. Verificou-se ausência de inflamação em 40 casos (55,6%), dos quais realizaram-se 20 pontos simples e 20 pontos donati (Figura 59).

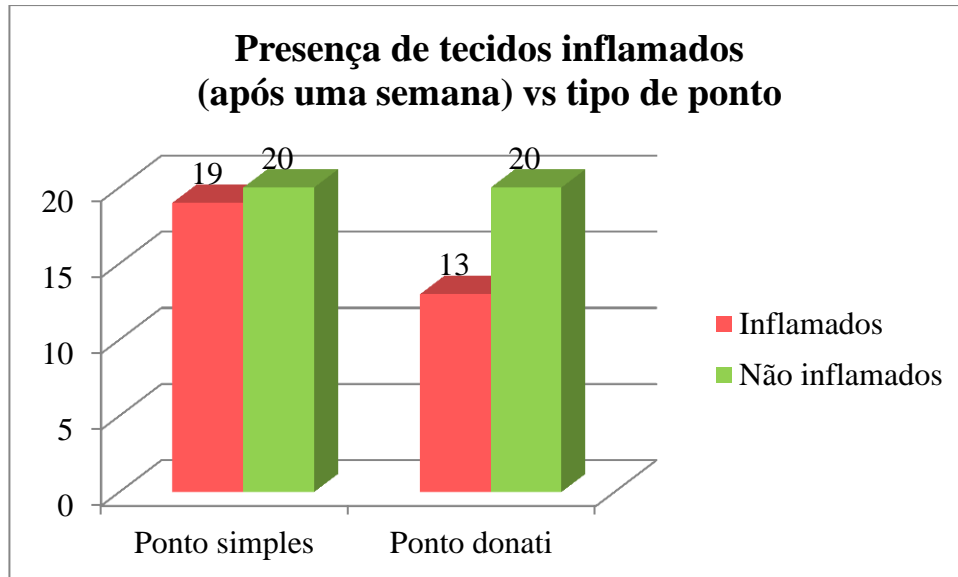


Figura 59 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (após uma semana)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Presença de tecidos inflamados (após uma semana)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.428>0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a presença de tecidos inflamados uma semana após o acto cirúrgico.

Estudos de Osunde e colaboradores (2011) referem que a média de presença de tecidos inflamados ao 7º dia após a cirurgia foi de 0,1 com um desvio padrão de 0,024. Em igual período, estudos de Maria e colaboradores (2012) referem que a média foi de 1,5 com um desvio padrão de 0,63.

Um mês após a exodontia, todos os casos apresentavam tecidos não inflamados, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati (Figura 60).

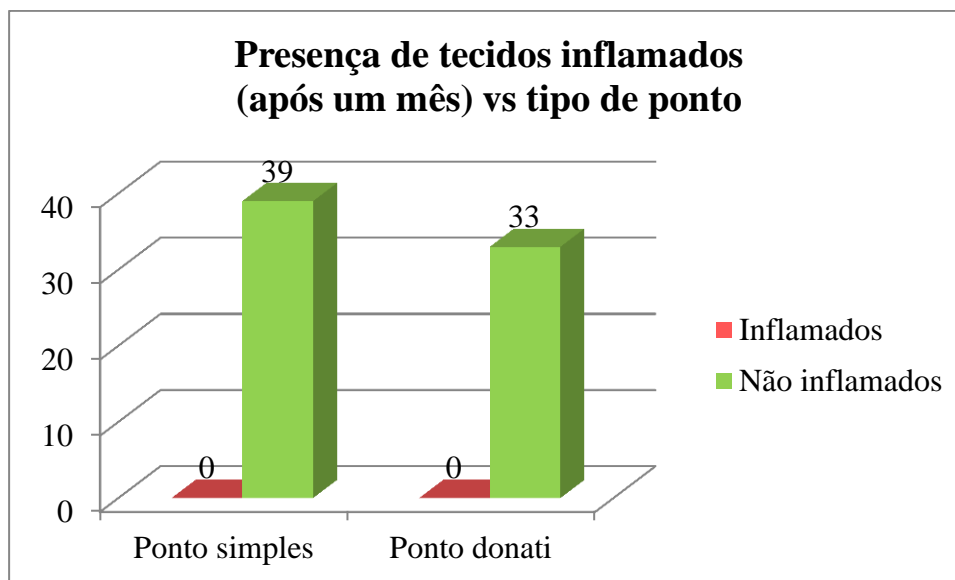


Figura 60 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (após um mês)

Como a presença de tecidos não inflamados um mês após o acto cirúrgico é uma constante, não foi possível calcular nenhuma estatística.

Três meses após a exodontia, todos os casos 49 casos observados apresentavam tecidos não inflamados, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Figura 61).

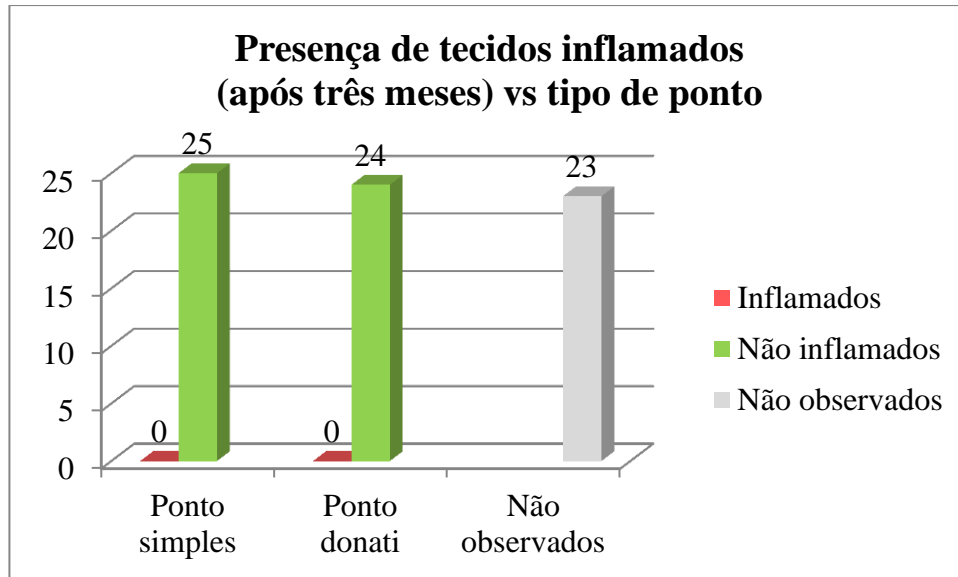


Figura 61 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a presença de tecidos inflamados (após três meses)

Como a presença de tecidos não inflamados três meses após o acto cirúrgico é uma constante, não foi possível calcular nenhuma estatística.

2.5. Relação entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a presença de tecidos rosados em 40 actos clínicos (55,6%), dos quais realizaram-se 24 pontos simples e 16 pontos donati. Verificou-se a presença de tecidos avermelhados em 32 casos (44,4%), dos quais realizaram-se 15 pontos simples e 17 pontos donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 62.

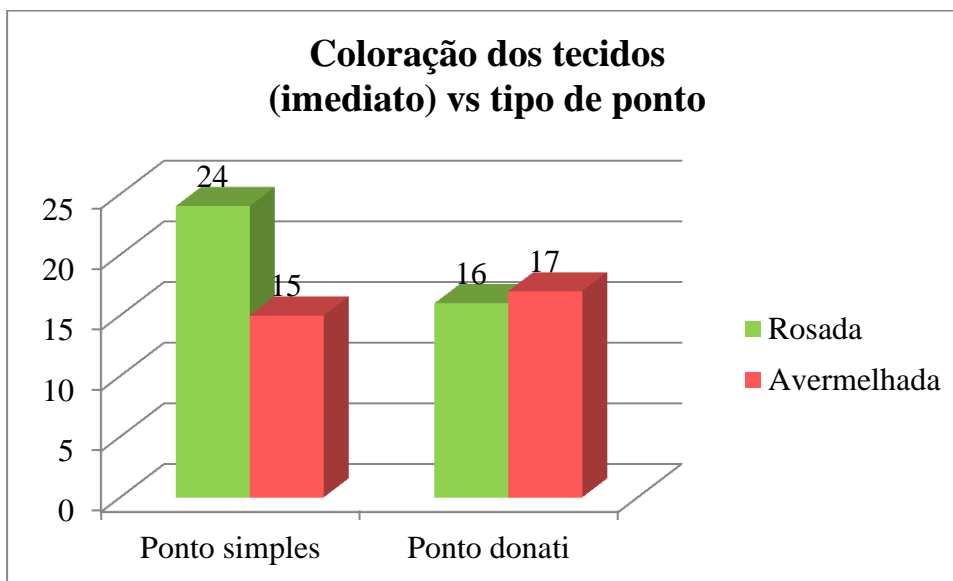


Figura 62 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (imediate)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Coloração dos tecidos (imediate)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.267>0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a coloração dos tecidos imediatamente após o acto cirúrgico.

Uma semana após a cirurgia, 49 casos apresentavam tecidos rosados (68,1%), dos quais 27 realizaram-se pontos simples e 22 pontos donati. Verificou-se a presença de tecidos avermelhados em 23 casos (31,9%), dos quais realizaram-se 12 pontos simples e 11 pontos donati (Figura 63).

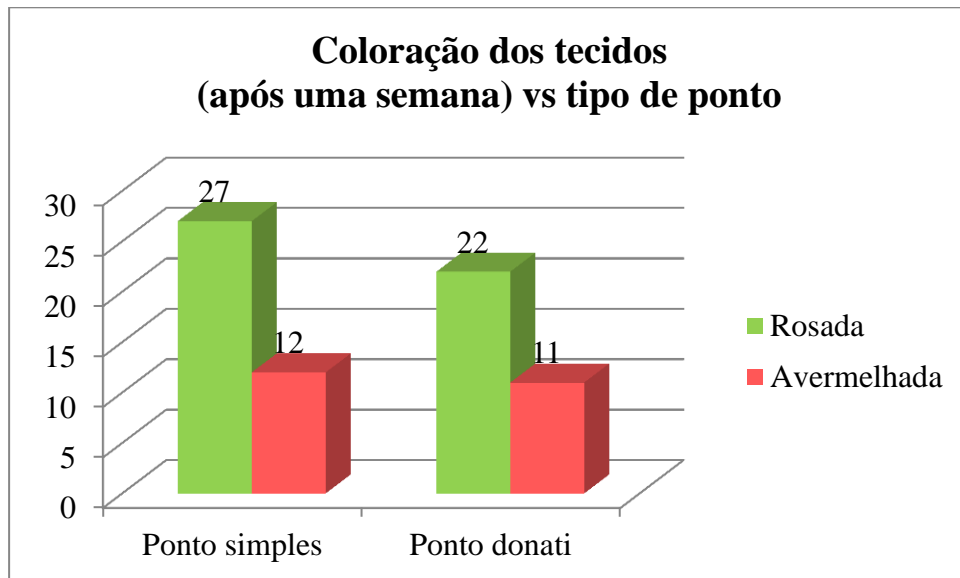


Figura 63 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (após uma semana)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Coloração dos tecidos (após uma semana)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.816 > 0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a coloração dos tecidos uma semana após o acto cirúrgico.

Um mês após a exodontia, todos os casos apresentavam tecidos rosados, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati (Figura 64).

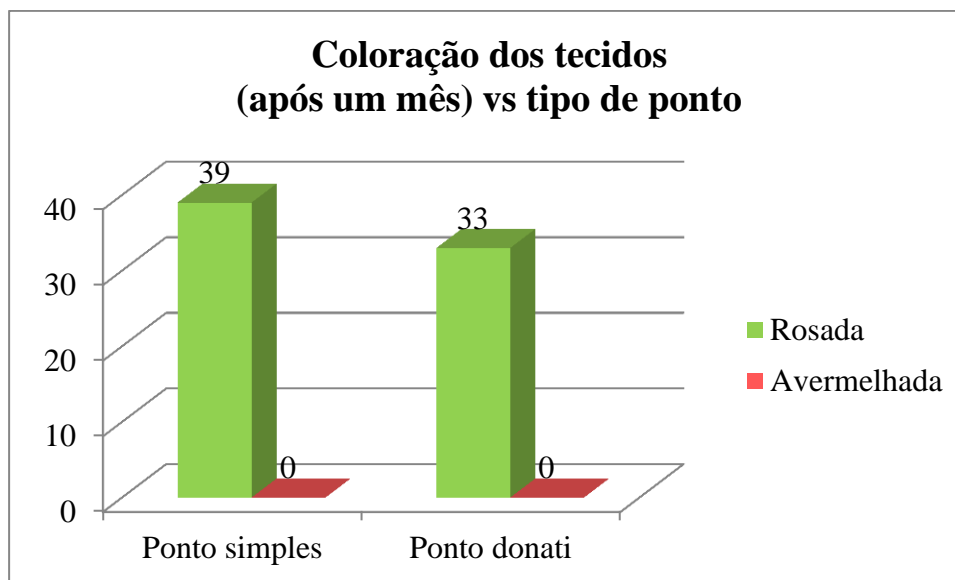


Figura 64 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (após um mês)

Como a presença de tecidos rosados um mês após o acto cirúrgico é uma constante, não foi possível calcular nenhuma estatística.

Três meses após a exodontia, todos os casos 49 casos observados apresentavam tecidos rosados, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati. Os restantes 23 pacientes não foram observados (Figura 65).

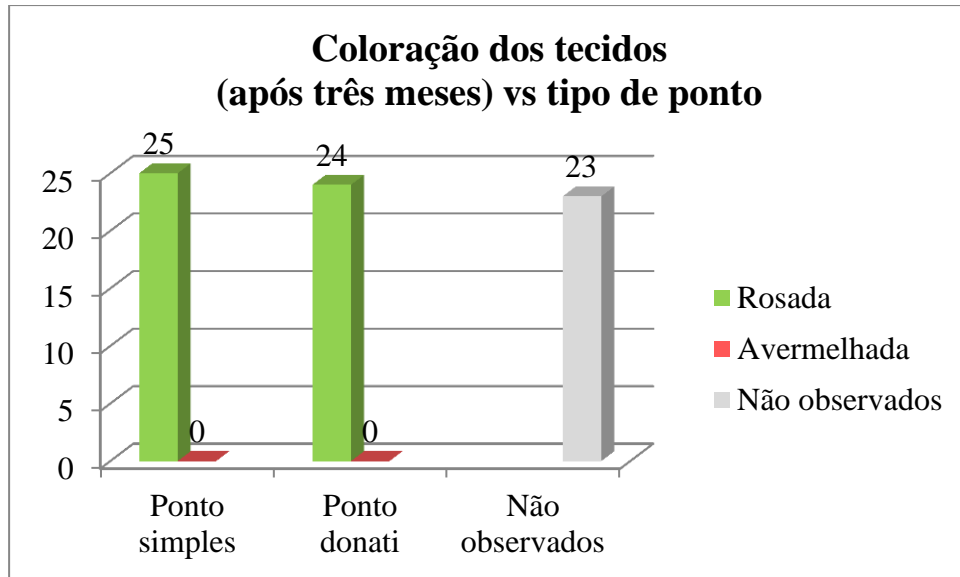


Figura 65 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coloração dos tecidos (após três meses)

Como a presença de tecidos rosados três meses após o acto cirúrgico é uma constante, não foi possível calcular nenhuma estatística.

2.6. Relação entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica

Imediatamente após o momento de sutura, verificou-se a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 68 actos clínicos (94,4%), dos quais realizaram-se 37 pontos simples e 31 pontos donati. Verificou-se ausência de coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 4 casos (5,6%), dos quais realizaram-se 2 pontos simples e 2 pontos donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 66.

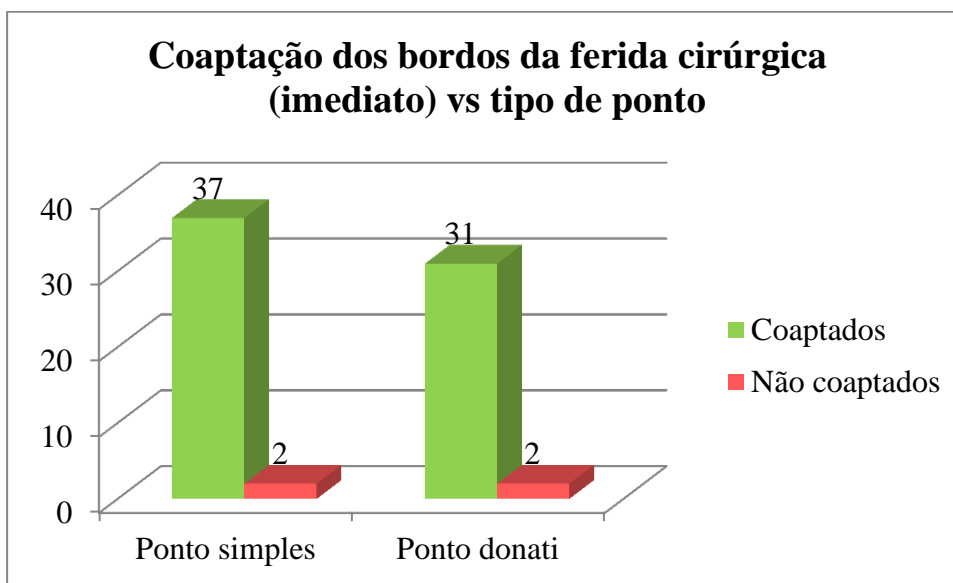


Figura 66 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (imediate)

A avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (imediate)” não foi possível de ser efectuada dado que a variável “Não coaptados” apresenta uma amostra muito reduzida.

Uma semana após a cirurgia, verificou-se a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 34 actos clínicos (47,2%), dos quais realizaram-se 17 pontos simples e 17 pontos donati. Verificou-se ausência de coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 38 casos (52,8%), dos quais realizaram-se 22 pontos simples e 16 pontos donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 67.

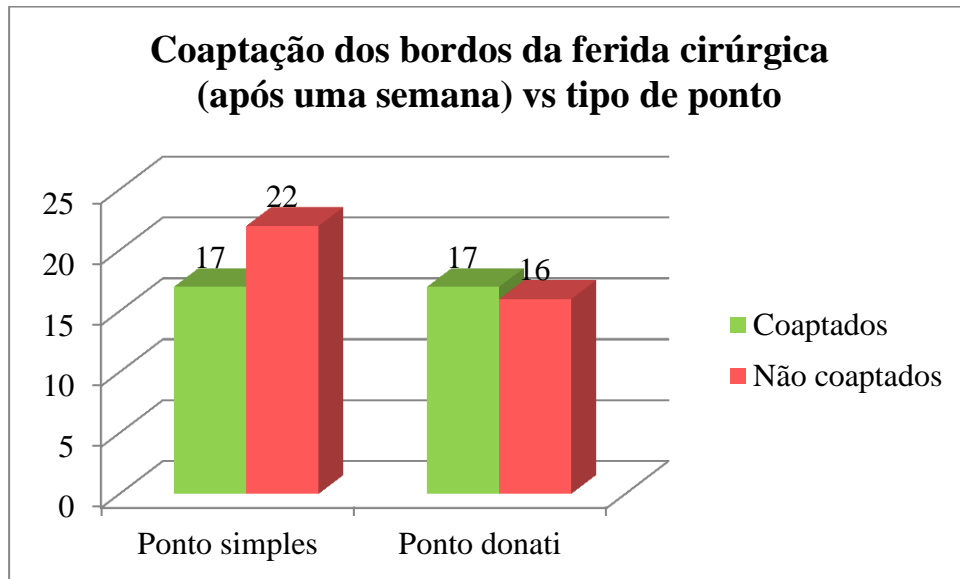


Figura 67 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (após uma semana)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (após uma semana)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.502 > 0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica uma semana após o acto cirúrgico.

Uma mês após a cirurgia, verificou-se a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 50 actos clínicos (69,4%), dos quais realizaram-se 28 pontos simples e 22 pontos donati. Verificou-se ausência de coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 22 casos (30,6%), dos quais realizaram-se 11 pontos simples e 11 pontos donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 68.

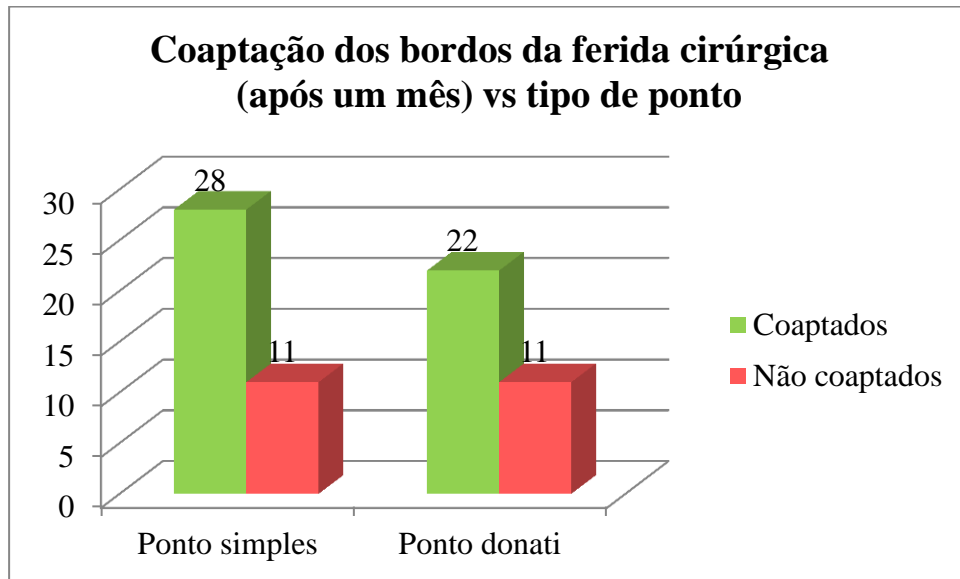


Figura 68 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (após um mês)

Na avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (após um mês)” através do teste do Qui-quadrado de Pearson, obteve-se um nível de significância $p=0.638>0.05$, o que nos indica que as variáveis em estudo são independentes uma da outra. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica um mês após o acto cirúrgico.

Três meses após a cirurgia, verificou-se a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 45 actos clínicos (91,8%), dos quais realizaram-se 22 pontos simples e 23 pontos donati. Verificou-se ausência de coaptação dos bordos da ferida cirúrgica em 4 casos (8,2%), dos quais realizaram-se 3 pontos simples e 1 ponto donati.

Estes dados encontram-se ilustrados na Figura 69.

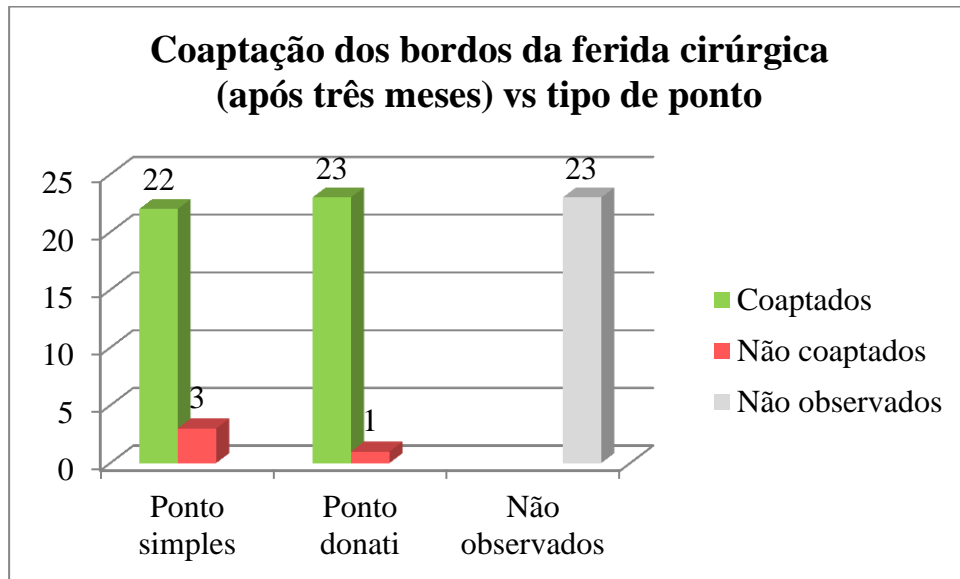


Figura 69 – Distribuição da amostra entre o tipo de ponto e a coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (após três meses)

A avaliação de dependência entre as variáveis “Tipo de ponto” e “Coaptação dos bordos da ferida cirúrgica (após três meses)” não foi possível de ser efectuada dado que a variável “Não coaptados” apresenta uma amostra muito reduzida.

2.7. Relação entre o tipo de ponto e a escala de dor pós operatória

	Imediato		Após uma semana		Após um mês		Após três meses	
	Ponto simples	Ponto donati	Ponto simples	Ponto donati	Ponto simples	Ponto donati	Ponto simples	Ponto donati
Média	1,80	1,50	2,36	2,79	0,40	0,50	0,04	
Desvio padrão	2,47	2,65	2,72	3,31	0,76	0,98	0,20	
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	
Máximo	7	9	9	9	3	3	1	

Tabela 23 – Relação entre a escala de dor pós operatória e o tipo de ponto

Com base na Tabela 23, podemos observar que os dados referentes à escala de dor imediatamente após o acto cirúrgico variam entre 0 e 7 nos casos em que foram efectuados pontos simples, tendo sido a média de 1,80 com um desvio padrão de 2,47, e entre 0 e 9 nos casos em que foram efectuados pontos donati, tendo sido a média de 1,50 com um desvio padrão de 2,65. Estudos de Kirk e colaboradores (2007) apresentaram uma média de 0,46 com um desvio padrão de 0,23.

A escala de dor uma semana após o acto cirúrgico variou entre 0 e 9, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati, tendo sido a média para o ponto simples de 2,36 com um desvio padrão de 2,72 e para o ponto donati de 2,79 com um desvio padrão de 3,31. Estudos de Osunde e colaboradores (2011) apresentaram uma média de 0,2 na escala de dor ao 7º dia após o acto cirúrgico, com um desvio padrão de 0,096. Em igual período, estudos de Maria e colaboradores (2012) apresentaram uma média de 1 na escala de dor com um desvio padrão de 0,61.

A escala de dor um mês após o acto cirúrgico variou entre 0 e 3, quer a sutura tenha sido executada com pontos simples ou pontos donati, tendo sido a média para o ponto simples de 0,40 com um desvio padrão de 0,76 e para o ponto donati de 0,50 com um desvio padrão de 0,98.

A escala de dor três meses após o acto cirúrgico variou entre 0 e 1 nos casos em que foram efectuados pontos simples, tendo sido a média de 0,04 com um desvio padrão de 0,20. Nos casos em que foram efectuados pontos donati, a escala de dor é igual a

zero aquando dos controlos pós operatórios de três meses. Por ser uma constante, foi omitida da Tabela 23.

Com o intuito de verificar o pressuposto de normalidade de distribuição, foi efectuado um teste de normalidade. Uma vez a amostra ser superior a 30 actos clínicos, o teste ideal para verificação deste pressuposto é o de Kolmogorov-Smirnov, para todos momentos em que foram efectuados controlos pós operatórios.

Com este teste obteve-se um nível de significância $p=0.000 < 0.05$, o qual foi igual para todos os momentos em que foram efectuados controlos pós operatórios, o que nos indica que a amostra não apresenta uma distribuição normal.

Como não se verificou o pressuposto de normalidade de distribuição, foi efectuado o teste não-paramétrico alternativo de Mann-Whitney, tendo sido obtidos valores de significância de $p=0.100 > 0.05$, $p=0.630 > 0.05$, $p=0.732 > 0.05$ e $p=0.327 > 0.05$ para os momentos em que foram efectuados controlos pós operatórios, sendo eles imediatamente, uma semana, um mês e três meses após o acto clínico, respectivamente.

Uma vez os valores de significância serem superiores a 0.05, não rejeitamos a hipótese nula com um nível de confiança de 95%. Ou seja, o tipo de ponto não vai influenciar a escala de dor pós operatória.

IV. CONCLUSÃO

Após a exodontia dum terceiro molar incluso ou semi-incluso é essencial a aproximação dos bordos da ferida cirúrgica e sua manutenção nessa posição, bem como a retenção do coágulo sanguíneo criado, o que é proporcionado pela sutura do alvéolo.

A população alvo foi maioritariamente do sexo feminino, tendo sido o dente 48 o mais frequentemente submetido a cirurgia.

O estado incluso foi mais frequente quando comparado ao estado semi-incluso.

A classificação mais frequentemente encontrada é a II B, seguindo-se a II A como a segunda mais frequente.

Aquando do encerramento da ferida cirúrgica, verificou-se que na maioria dos actos cirúrgicos foram necessários dois pontos de sutura para o efectuar de forma eficaz.

No presente estudo, a hipótese nula deve ser aceite, rejeitando-se assim a hipótese alternativa, uma vez que não houve diferenças significativas na coaptação, cicatrização e reparação de tecidos entre o ponto donati e o ponto simples.

Com base na presente análise estatística, podemos concluir que os pontos de sutura simples e donati têm equivalentes vantagens, sendo ambos eficazes na retenção do coágulo sanguíneo e aproximação dos bordos da ferida cirúrgica.

Teoricamente, o ponto donati promove melhor coaptação dos bordos da ferida cirúrgica. Contudo, através do presente estudo, podemos concluir que não existem diferenças significativas quando comparado com o ponto simples.

Intraoperatoriamente, o ponto simples apresenta vantagens face ao ponto donati, uma vez ser de mais fácil execução, menos traumático para os tecidos e acumular menor quantidade de placa bacteriana no pós operatório quando comparado ao ponto donati, podendo ser o ponto de sutura de eleição.

V. BIBLIOGRAFIA

- ADA. (2006). Tooth eruption, *137*(January), 2006.
- Akadiri, O. a., & Obiechina, A. E. (2009). Assessment of Difficulty in Third Molar Surgery-A Systematic Review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *67*(4), 771–774. doi:10.1016/j.joms.2008.08.010
- Al-Khateeb, T. H., & Bataineh, A. B. (2006). Pathology Associated With Impacted Mandibular Third Molars in a Group of Jordanians. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *64*(11), 1598–1602. doi:10.1016/j.joms.2005.11.102
- Barbosa-Rebellato, N. L., Thomé, A. C., Costa-Maciel, C., Oliveira, J., & Scariot, R. (2011). Factors associated with complications of removal of third molars: A transversal study. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal*, *16*(3), 376–380. doi:10.4317/medoral.16.e376
- Campos, A. C. L., Borges-branco, A., & Groth, A. K. (2007). Wound healing. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, *20*(1), 51–58. doi:10.1590/S0102-67202007000100010
- Carvalho, R. W. F., & Vasconcelos, B. C. (2011). Assessment of Factors Associated With Surgical Difficulty During Removal of Impacted Lower Third Molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *69*(11), 2714–2721. doi:10.1016/j.joms.2011.02.097
- Cetinkaya, B. O., Sumer, M., Tutkun, F., Sandikci, E. O., & Misir, F. (2009). Influence of different suturing techniques on periodontal health of the adjacent second molars after extraction of impacted mandibular third molars. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, *108*(2), 156–161. doi:10.1016/j.tripleo.2009.03.024
- Costa, M. G., Pazzini, C. A., Pantuzo, M. C., Jorge, M. L., & Marques, L. S. (2013). Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Brazilian Oral Research*, *27*(2), 183–8. doi:10.1590/S1806-83242013000100024
- Costa, R. C., Alfaya, T. A., Carvalho, P. A., Bussadori, S. K., Ritto, F. G., & Gouvêa, C. V. D. (2014). Conduta cirúrgica em terceiro molar incluso com geminação Surgical conduct for impacted third molar with gemination, *23*(66), 172–175.
- De-La-Rosa-Gay, C., Valmaseda-Castellón, E., & Gay-Escoda, C. (2006). Spontaneous third-molar eruption after second-molar extraction in orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *129*(3), 337–344. doi:10.1016/j.ajodo.2005.11.002
- DGS. (2010). Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives), 22.

- Erdogan, Ö., Tatli, U., Üstün, Y., & Damlar, I. (2011). Influence of two different flap designs on the sequelae of mandibular third molar surgery. *Oral and Maxillofacial Surgery, 15*(3), 147–152. doi:10.1007/s10006-011-0268-7
- Escoda, C. G., & Aytés, L. B. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal : Tomo I*.
- Eshghpour, M., Shahakbari, R., & Nejat, A. (2013). Periodontal Problems Following Surgical Extraction of Impacted Mandibular Third Molars, *2*(2), 59–62.
- Felzani, R. (2007). P á g i n a | 1 SUTURA DE LOS TEJIDOS EN EL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL : REVISIÓN DE LA P á g i n a | 2, (8), 1–14.
- Friedman, J. W. (2007). The prophylactic extraction of third molars: A public health hazard. *American Journal of Public Health, 97*(9), 1554–1559. doi:10.2105/AJPH.2006.100271
- Gaddipati, R., Ramisetty, S., Vura, N., Kanduri, R. R., & Gunda, V. K. (2014). Impacted mandibular third molars and their influence on mandibular angle and condyle fractures - A retrospective study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 42*(7), 1102–1105. doi:10.1016/j.jcms.2014.01.038
- García, A. G., Sampedro, F. G., Rey, J. G., Vila, P. G., & Martín, M. S. (2000). Pell-Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, 38*(6), 585–587. doi:10.1054/bjom.2000.0535
- Guo, Y. C., Yan, C. X., Lin, X. W., Zhang, W. T., Zhou, H., Pan, F., ... Chen, T. (2014). The influence of impaction to the third molar mineralization in northwestern Chinese population. *International Journal of Legal Medicine, 128*(4), 659–665. doi:10.1007/s00414-014-0979-z
- Hill, C. M., & Walker, R. V. (2006). Conservative, non-surgical management of patients presenting with impacted lower third molars: A 5-year study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 44*(5), 347–350. doi:10.1016/j.bjoms.2005.08.014
- Hupp, J., Ellis, E., & Tucker, M. (2014). Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, (6^a), 132–167.
- Irja, V. (2014). Impacted Third Molars Increase the Risk for Caries and Periodontal Pathology in Neighboring Second Molars. *Journal of Evidence Based Dental Practice, 14*(2), 89–90. doi:10.1016/j.jebdp.2014.04.026
- Júnior, A. C., Pereira, A. C., Fronza, B. R., Oliveira, H. T., Júnior, O. L., & Silva, T. S. (2006). TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES E A CLASSIFICAÇÃO DE PELL-GREGORY : UM ESTUDO RELACIONAL Relationship between the Surgical Technique for Extracting L ... Relationship between the Surgical Technique for Extracting Lower Thir, (August).

- Karaca, I., Şimşek, Ş., Uğar, D., & Bozkaya, S. (2007). Review of flap design influence on the health of the periodontium after mandibular third molar surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 104(1), 18–23. doi:10.1016/j.tripleo.2006.11.049
- Kirk, D. G., Liston, P. N., Tong, D. C., & Love, R. M. (2007). Influence of two different flap designs on incidence of pain, swelling, trismus, and alveolar osteitis in the week following third molar surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 104(1), 1–6. doi:10.1016/j.tripleo.2007.01.032
- Krieger, E., Hornikel, S., & Wehrbein, H. (2013). Age-related changes of fibroblast density in the human periodontal ligament. *Head & Face Medicine*, 9(1), 22. doi:10.1186/1746-160X-9-22
- Lisboa, A. H., Gomes, G., Hasselman Junior, E. A., & Pilatti, G. L. (2012). Prevalência de Inclinações e Profundidade de Terceiros Molares Inferiores, segundo as Classificações De Winter e De Pell & Gregory. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria E Clínica Integrada*, 12(4), 511–515. doi:10.4034/PBOCI.2012.124.10
- Llamas, J. M. (2001). Aspectos ortodóncicos del tercer molar.
- Maria, A., Malik, M., & Virang, P. (2012). Comparison of Primary and Secondary Closure of the Surgical Wound After Removal of Impacted Mandibular Third Molars. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 11(3), 276–283. doi:10.1007/s12663-011-0287-9
- Meara, D. J. (2012). Evaluation of Third Molars: Clinical Examination and Imaging Techniques. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 20(2), 163–168. doi:10.1016/j.cxom.2012.07.001
- Novaes, V. C., Santos, M. R., Almeida, J. M., Pellizer, E. P., & Mendonça, M. R. (2012). A importância da mucosa queratinizada na implantodontia. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 33(2), 41–46.
- Obimakinde, O., Okoje, V., Ijarogbe, O. a., & Obimakinde, A. (2013). Role of patients' demographic characteristics and spatial orientation in predicting operative difficulty of impacted mandibular third molar. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(1), 81–4. doi:10.4103/2141-9248.109512
- Osunde, O. D., Saheeb, B. D., & Adebola, R. a. (2011). Comparative study of effect of single and multiple suture techniques on inflammatory complications after third molar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(4), 971–976. doi:10.1016/j.joms.2010.05.009
- Phillips, C., Gelesko, S., Proffit, W. R., & White, R. P. (2010). Recovery after third-molar surgery: The effects of age and sex. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 138(6), 700.e1–700.e8. doi:10.1016/j.ajodo.2010.06.013

- Rajkumar, K., Ramen, S., Chowdhury, R., & Chattopadhyay, P. K. (2009). Mandibular third molars as a risk factor for angle fractures: a retrospective study. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 8(3), 237–240. doi:10.1007/s12663-009-0058-z
- Rodrigues, Á. R., Oliveira, M. T., Paiva, L. G., Rocha, F. S., Silva, M. C., & Zanetta-Barbosa, D. (2013). Fratura mandibular durante remoção do terceiro molar : fatores de risco , medidas preventivas e métodos de tratamento Mandibular fracture during third molar removal : risk factors , preventive measures and treatment methods, 22(63), 124–127.
- Rosa, A. L., Carneiro, M. G., Lavrador, M. A., & Novaes, A. B. (2002). Influence of flap design on periodontal healing of second molars after extraction of impacted mandibular third molars. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 93(4), 404–407. doi:10.1067/moe.2002.122823
- Scully, C. (2002). Oral ulceration: a new and unusual complication. *British Dental Journal*, 192(3), 139–140. doi:10.1038/sj.bdj.4801315a
- Steel, B. (2012). Lingual split versus surgical bur technique in the extraction of impacted mandibular third molars: A systematic review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 114(3), 294–302. doi:10.1016/j.tripleo.2011.07.028
- Tazima, M. D. F., Vicente, Y., & Moriya, T. (2008). Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina*, 41(3), 255–260.
- Trento, C. L., Zini, M. M., Moreschi, E., Zamponi, M., Gottardo, D. V., & Cariani, J. P. (2009). Localização e Classificação de Terceiros Molares: Análise Radiográfica. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/237822182_LOCALIZAO_E_CLASSIFICAO_DE_TERCEIROS_MOLARES
- Vilela, E. M., & Vitoi, P. A. (2011). Study of position and eruption of lower third molars in adolescents, 8(4), 390–397.
- Xavier, C. R. G., Dias-Ribeiro, E., Ferreira-Rocha, J., Duarte, B. G., Ferreira-Júnior, O., Sant’Ana, E., & Gonçalves, E. S. (2010). Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. *Revista de Cirurgia E Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 10(2), 83–90. Retrieved from http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102010000200014 \nhttp://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102010000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

ANEXO 1 – Parecer da Comissão de Ética do ISCSEM



10

Ex.mo Senhor
João Alexandre Teles Oliveira

Monte de Caparica, 04 de fevereiro de 2015

Ex.mo Senhor,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema *denominado “Estudo comparativo de diferentes técnicas de sutura após a extracção de terceiros molares inferiores inclusos e semi inclusos”*, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

c.c. – Prof. Doutor Paulo Maia

ANEXO 2 – Consentimento Informado



Código| IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, ____ de _____ de 2015

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projecto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Prof. Doutor Paulo Rogério Figueiredo Maia, solicita-se autorização para a participação no “Estudo comparativo de diferentes técnicas de sutura após a extracção de terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos” a realizar na Clínica Universitária Egas Moniz com o objetivo de comparar dois diferentes pontos de sutura em extracções semelhantes, a fim de analisar qual é o ponto que promove melhor cicatrização e reparação dos tecidos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como a melhoria do processo de cicatrização e do pós operatório na cirurgia de dentes inclusos e semi-inclusos mandibulares.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientador Prof. Doutor Paulo Maia e pelo seu mandatado João Oliveira. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

ANEXO 3 – Folha de registo de dados

Ficha de Recolha de dados nº _____

Dente: _____ Incluso / Semi-incluso

Escala Intra-operatória

- Medição de bolsas a distal do sétimo: _____ mm
- Contagem do número de pontos: _____
- Classificação da posição do terceiro molar: _____

Escala Pós operatória

- Coaptação dos bordos: _____ mm
- Queratinização: SIM NÃO
- Presença de tecidos inflamados: SIM NÃO
- Coloração dos tecidos: _____
- Escala de dor: _____

Avaliar após uma semana:

- Coaptação dos bordos: _____ mm
- Queratinização: SIM NÃO
- Presença de tecidos inflamados: SIM NÃO
- Presença de bolsas: SIM, de _____ mm NÃO
- Coloração dos tecidos: _____
- Escala de dor: _____

Avaliar após um mês:

- Coaptação dos bordos: _____ mm
- Queratinização: SIM NÃO
- Presença de tecidos inflamados: SIM NÃO
- Presença de bolsas: SIM, de _____ mm NÃO
- Coloração dos tecidos: _____
- Escala de dor: _____

Avaliar após 3 meses

- Coaptação dos bordos: ____mm
- Queratinização: SIM NÃO
- Presença de tecidos inflamados: SIM NÃO
- Presença de bolsas: SIM, de ____mm NÃO
- Coloração dos tecidos: _____
- Escala de dor: ____