

A complicação alveolite após a remoção do terceiro molar inferior; relato de caso

Alveolitis's complication after the removal of the jaw third molar; case report

FERNANDO VIEIRA DE SOUZA

Mestrado em Ciência da Saúde pela Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, MG.

ADRIANA DE ALMEIDA GUIMARÃES

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, MG.

RESUMO

A alveolite é uma inflamação infecciosa do alvéolo de sintomatologia dolorosa, causando incômodo e desconforto ao paciente. Sua etiologia ainda é desconhecida, podendo ocorrer por vários fatores que aumentam a incidência dessa sequela pós-operatória, como uso de tabaco, estado sistêmico do paciente, uso de contraceptivo oral, infecção, idade avançada, trauma cirúrgico e a não antisepsia da área cirúrgica. Essa sequela se desenvolve a partir do terceiro ou quarto dia após a avulsão do dente. Ocorre com maior prevalência na região posterior da mandíbula e não tem predileção por sexo. Caracteristicamente, o paciente relata dor forte e contínua e odor fétido. Clinicamente, observam-se ausência de coágulo e alvéolo com sua superfície óssea exposta e áreas necróticas. Não existe tratamento específico, porém, o mais constante na literatura envolve a limpeza do alvéolo com soro fisiológico a 0,9%, para irrigar e remover restos teciduais, seguida do preenchimento com pastas medicamentosas indicadas para o tratamento da alveolite. Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de exodontia resultante da complicação da alveolite, apresentando ainda a opção de tratamento instituída e a cicatrização da ferida.

Unitermos: alveolite, tratamento, infecção.

INTRODUÇÃO

A alveolite é a complicação mais pertinaz e desagradável da extração dentária. Ocorre pela infecção de alvéolo causada principalmente pelos estreptococos e estafilococos (CHACON, 1989), causando, ao paciente, dores intensas que se prolongam por muitos dias. Aparece logo no terceiro ou quarto dia após a extração e chega a alongar-se por até 15 dias. O coágulo desaparece, o alvéolo se torna vazio e seco, com cor pardo-escuro e mau odor, apesar de não haver supuração (GRAZIANI, 1995).

A etiologia da alveolite não é absolutamente clara, mas a condição parece resultar de altos níveis de atividade fibrinolítica no alvéolo, que provoca a lise do coágulo sanguíneo e subsequente exposição do osso. Essa atividade fibrinolítica pode ser resultado de infecções subclínicas, de inflamação da medula óssea ou de outros fatores (MACHADO *et al.*, 2003; NEVILLE *et al.*, 2008; PETERSON *et al.*, 1996).

A frequência ocorre em 1 a 3% de todas as extrações, mas aumenta para 25 a 30% nos terceiros molares inferiores (CARVALHO, OKOMOTO e BARBOSA, 1991; MEDEIROS, 2007; NEVILLE *et al.*, 2008; PETERSON *et al.*, 1996; RICIERI *et al.*, 2006).

Dentre os fatores de risco, destacam-se a ocorrência de pericoronarite prévia, o uso de contraceptivo oral, o fumo, a idade avançada, o trauma cirúrgico e o estado geral do paciente (BIRN, 1973; CARVALHO e OKOMOTO, 1981; CARVALHO, OKOMOTO e BARBOSA, 1991; GONÇALVES, 1970; MEDEIROS, 2007).

A observação de um alvéolo vazio pode ser atribuída pela retenção parcial do coágulo ou por um tecido inflamado de recobrimento que cobre o local. O

diagnóstico é confirmado pela sondagem do alvéolo, que se revela exposto e extremamente sensível. Caracteristicamente, três ou quatro dias após a extração do dente, desenvolvem-se dores acentuadas, odor fétido e (menos frequente) tumefação e linfadenopatia (NEVILLE *et al.*, 2008), além da ausência de coágulo, não reparação tecidual e infecções alveolares pré-exodônticas (NOGUEIRA, 1987).

O tratamento deve ser direcionado unicamente no sentido de manter a higiene da ferida, com o emprego de curativos antissépticos e analgésicos no interior do alvéolo, de potência suficiente para dar conforto ao paciente (KRUGER, 1984). A curetagem é contraindicada, pois retardaria a reparação, além de permitir que o processo que está localizado se dissemine, ultrapassando a barreira de defesa existente sob o alvéolo. A curetagem pode ser utilizada apenas para a remoção delicada de restos de coágulo e de material necrosado (KRUGER, 1984; MEDEIROS, 2007; NEVILLE *et al.*, 2008; PETERSON *et al.*, 1996).

A prevenção, naturalmente, é o melhor tratamento. Com esse objetivo, são importantes a execução de uma cirurgia atraumática, o cuidado em evitar infecção e a manutenção de um bom nível de saúde geral (KRUGER, 1984).

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente V. C. R., 28 anos, gênero feminino, melano-derma, compareceu à clínica de cirurgia da Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas/MG), apresentando, como queixa principal, a sensação de desconforto e incômodo durante a mastigação. Na anamnese relatou ser tabagista e fazer uso de anticoncepcional. No exame clínico intrabucal, o dente 48 apresentava-se com pericoronarite e a mucosa recobria parcialmente a coroa do referido dente, porém, não havia quadro de infecção e hígido. Ao exame radiográfico panorâmico (FIG. 1A), foi constatado espaço insuficiente para erupção do dente 48 (Classe II), que se encontrava na posição méso-angular, hígido e na posição B.

Diante dos achados clínico e radiográfico, a estratégia terapêutica de escolha envolveu exodontia com ostectomia e odontosecção do 48. Primeiramente, realizaram-se antisepsia intra e extraoral e anestesia da região (FIG. 2A), seguidas do acesso cirúrgico por vestibular, por



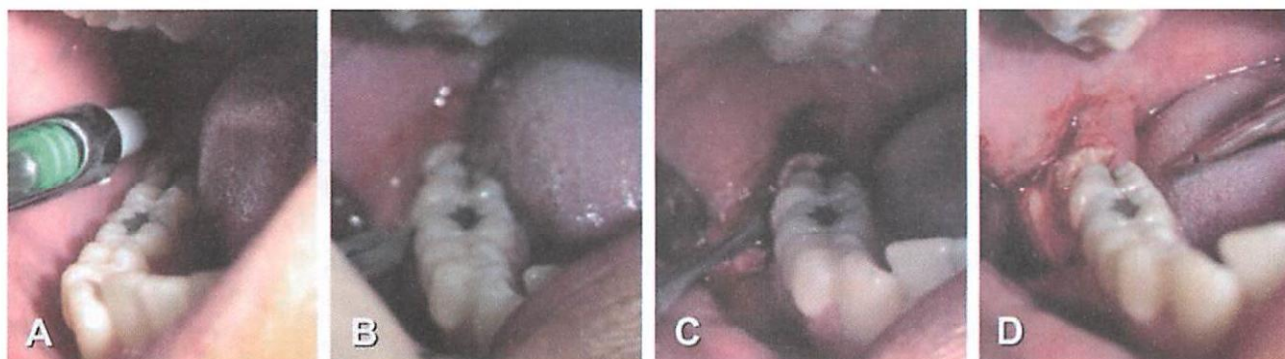
FIGURA 1A – Dente 48 na posição B, classe II, méso-angular e hígido.

meio de incisão intrasulcular na região dos dentes 48 e 47, complementado com incisão relaxante na mesial do dente 47 (FIG. 2B). Após deslocamento e rebatimento do retalho, visualizaram-se o dente e a tábua óssea (FIG. 2C e 2D), sendo então realizados o procedimento de ostectomia na região vestibular e distal e a odontosecção na porção mesial (FIG. 3A e 3B), o movimento de luxação nas faces distal e mesial (FIG. 3C e 3D), a avulsão do dente (FIG. 4A), seguidos da curetagem do alvéolo (FIG. 4B), irrigação da loja cirúrgica, reposicionamento do retalho e sutura (FIG. 4C e 4D).

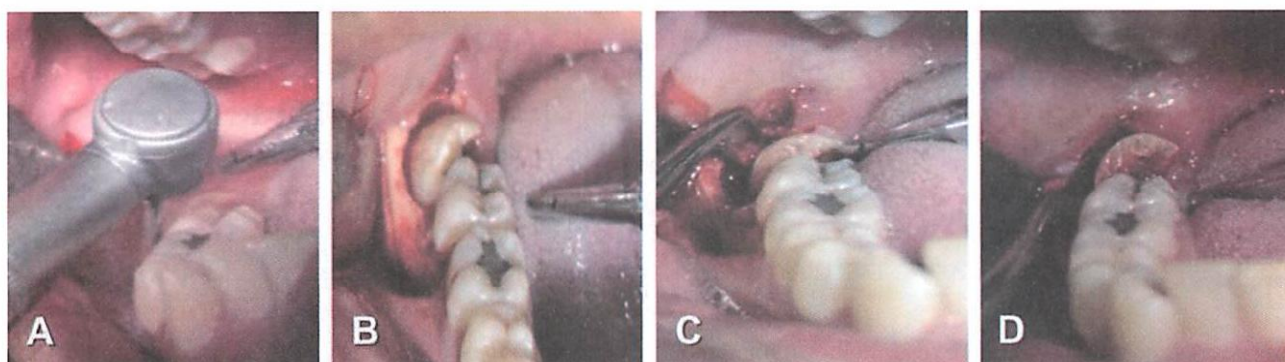
Depois de procedidas as suturas, foi indicada analgesia e orientada a dieta fria e pastosa. Porém, no terceiro dia pós-operatório, a paciente volta a procurar a clínica de cirurgia da Universidade José do Rosário Vellano, apresentando como Queixa Principal dor acentuada e odor fétido.

No exame clínico intrabucal, o local da ferida cirúrgica encontrava-se inflamado, com osso alveolar exposto preenchido por uma camada amarela acinzentada, formada por restos alimentares e tecido necrótico, conforme pode ser observado nas FIGURAS 5A e 5B.

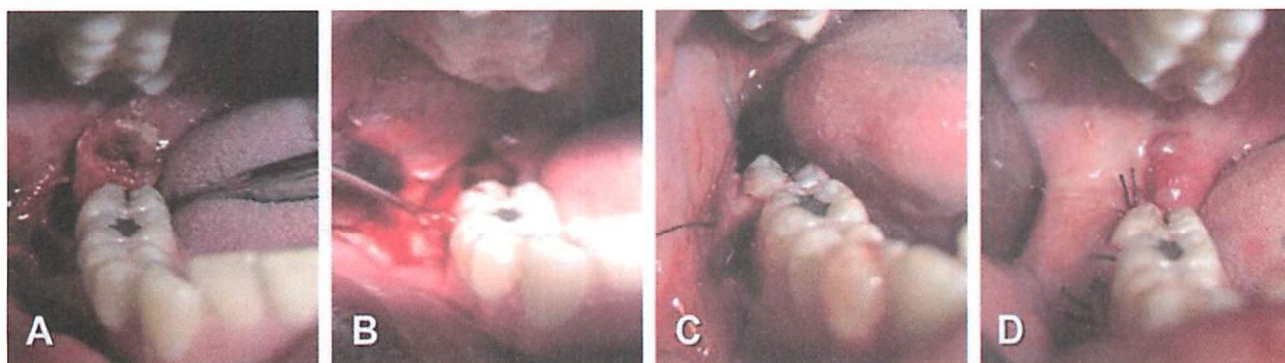
A conduta adotada após o diagnóstico de alveolite foi a remoção da sutura, avaliação e inspeção da ferida, seguidas pela limpeza local com soro fisiológico 0,9% e preenchimento de alvéolo com pomada Alvogyl, à base de antisséptico e analgésico (FIG. 5C e 5D). Foi feita antibioticoterapia e, no 10º dia após o tratamento, pôde ser observado que a terapia instituída foi eficaz, pois houve a remissão total do quadro, conforme verifica-se na FIGURA 5E.



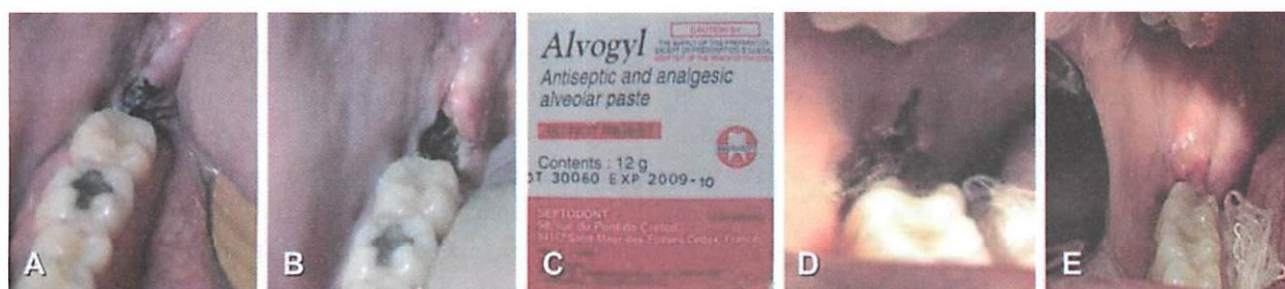
FIGURAS 2A – Anestesia pterigomandibular; (B) – Incisão intrasacular na região dos dentes 48-47 e incisão relaxante na mesial do dente 47; (C) – Deslocamento e rebatimento do retalho; e (D) – Tábua óssea exposta.



FIGURAS 3A – Osteotomia na região do dente 48; (B) – visualização da quantidade de osso removido na osteotomia; (C) – luxação na face distal do dente 48; e (D) – luxação na face mesial.



FIGURAS 4A – Avulsão do dente 48; (B) – curetagem do alvéolo; (C) – reposicionamento do retalho; e (D) – sutura.



FIGURAS 5A – Local inflamado da ferida cirúrgica; (B) – osso alveolar exposto recoberto por tecido necrótico; (C) – pomada Alvogyl; (D) – alvéolo preenchido com a pomada Alvogyl; e (E) – cicatrização da ferida.

DISCUSSÃO

No caso descrito, a alveolite ocorreu no terceiro dia pós-operatório, concordando com os achados de Graziani (1995) e Peterson *et al.* (1996), que relataram ser uma condição dolorosa, de odor fétido, que ocorre cerca de dois a três dias após extração dentária.

Em relação à localização, a ocorrência da alveolite se deu na região posterior da mandíbula, sendo assim o local de maior prevalência, conforme citado por Carvalho, Okamoto e Barbosa (1991); Medeiros (2007); Neville *et al.* (2008); Peterson *et al.* (1996); e Ricieri *et al.* (2006).

Nesse caso, a paciente faz uso de anticoncepcional e é tabagista, o dente 48 encontrava-se com pericoronarite e a exodontia foi traumática devido à manobra de ostectomia, fatores predisponentes à ocorrência de alveolite de acordo com Birn (1973); Carvalho e Okamoto (1981); Carvalho, Okamoto e Barbosa (1991); e Gonçalves (1970).

ABSTRACT

Alveolitis is an infectious inflammation of the alveoli which causes painful symptoms and discomfort to the patient. Its etiology is unknown, but there may be several factors that increase the incidence of this postoperative sequel, such as tobacco use, systemic condition of the patient, oral contraceptive use, infection, advanced age, surgical trauma, and lack of antiseptic care of the surgical area. This sequel develops from the third to the fourth day after tooth avulsion. It occurs more frequently in the posterior mandible and the gender has no influence on the incidence. The patient reports severe and continuous pain, and a stinky smell. Clinically, it is possible to observe the absence of clot, and the surface of the alveolar bone is exposed with necrotic areas. There is no specific treatment, but the main prescription in the literature is the cleaning of the alveoli with 0.9% saline solution to irrigate and remove of tissue debris, followed by filling with drugs indicated for the treatment of alveolitis. Therefore, the aim of this study is to report a clinical case of extraction followed by alveolitis complication, also presenting the selected option for treatment and wound healing.

Keywords: alveolitis treatment, infection.

Frente ao diagnóstico de alveolite, a estratégia terapêutica de escolha envolveu limpeza do alvéolo com soro fisiológico, colocação da pasta medicamentosa de ação antisséptica e analgésica (Avolgy), além de uso sistêmico de antimicrobiano como tratamento coadjuvante. Essa modalidade de tratamento apresentou bons resultados, pois combateu a dor e a infecção alveolar, assim concordando com Birn (1973); Gonçalves (1970); Kruger (1984); e Peterson *et al.* (1996).

CONCLUSÃO

De acordo com a literatura específica e com o caso clínico relatado, conclui-se que, frente ao diagnóstico de alveolite, optou-se por um tratamento conservador, evitando-se o sobretratamento, uma vez que para o tratamento da alveolite não existe esquema terapêutico padronizado.

REFERÊNCIAS

1. BIRN, H. Etiology and pathogenesis of fibrinolytic alveolitis ("dry socket"). *Int. J. Oral Surg.*, v.2, p.211-263, 1973.
2. CARVALHO, A.C.P.; OKAMOTO, T. Estudo preliminar sobre os efeitos de anticoncepcional no processo de reparo em feridas de extração dental em ratos. *Ars Curandi Odontol.*, v.8, n.2, p.60-68, 1981.
3. CARVALHO, P.S.P.; OKAMOTO, T.; BARBOSA, D.Z. Influência da limpeza cirúrgica e/ou aplicação de "Alveosan" no processo de reparo em feridas de extração dental infectadas; estudo histológico em ratos. *Rev. Odont. UNESP, Araçatuba/SP*, v.20, p.165-173, 1991.
4. CHACON, D. C. F. A importância da "nitrofurazona" no tratamento da alveolite. *Odontol. Mod.*, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.12-13, Junho 1989.
5. GONÇALVES, R. J. Alveolites; tratamento preventivo e curativo. *Boletim Fac. Odontol. Piracicaba*, n.40, p.1-13, 1970.
6. GRAZIANI, M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 618p.
7. KRUGER, G.O. *Cirurgia bucal e maxilo-facial*. Trad. Netto, J.B.; Birman, E.G.; Saraceni, G. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 546p.
8. MACHADO, C. *et al.* Alveolite; cuidados preventivos e métodos de tratamento em faculdades de Odontologia no Brasil. *Revista APCD*, São Paulo, SP, v.57, n.3, 227-231, Mai./Jun. 2003.
9. MEDEIROS, P.J. *Cirurgia dos dentes inclusos*; extração e aproveitamento Rio de Janeiro: Santos, 2003. 148p.
10. NEVILLE, B.W. *et al.* *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 798p.
11. NOGUEIRA, C. J. M. Exodontia e alveolites. *Odontol. Mod.*, Rio de Janeiro, v.14, n.7, p.7-13, Ago 1987.
12. PETERSON, L.J. *et al.* *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Tradução de Cortezzi, W. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 702p.
13. RICIERI, C.B. *et al.* Alveolite: ocorrência e tratamento em consultórios odontológicos de Araçatuba/SP. *Rev. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba*, v.18, n.1, p.33-40, jan-dez. 2006.