

Abscesso tardio após exodontia de terceiros molares inferiores: relato de dois casos

Late abscess after extraction of lower third molars: report of two cases

Camila Lopes Cardoso ^I
Eduardo Dias Ribeiro ^{II}
Gabriel Fiorelli Bernini ^I
Daniel Salvatore de Freitas ^{II}
Osny Ferreira Júnior ^{III}
Eduardo Sant'Ana ^{III}

Recebido em 18/01/2008
Aprovado em 06/03/2008

RESUMO

Complicações associadas à exodontia de terceiros molares, embora incomuns, podem ocorrer em alguns casos. As infecções são tratadas local e sistemicamente e nem sempre se disseminam para os espaços fasciais primários e secundários. O presente artigo relata dois casos com evoluções atípicas após exodontia de terceiro molar de dois pacientes jovens, leucodermas e saudáveis que apresentaram quadro de abscesso três semanas após a cirurgia. No caso 1, foi diagnosticada a presença de um fragmento ósseo expelido, correspondente à tábua óssea lingual e teve sua drenagem intra-oral. Porém, no caso 2, o abscesso se disseminou envolvendo os espaços fasciais e foi necessária drenagem por via extra-oral. Além disso, não foi definida a causa específica, e algumas hipóteses foram levantadas e discutidas neste artigo.

Descritores: Terceiro molar/cirurgia; Dente Serotino; Período pós-operatório. Abscesso.

ABSTRACT

Complications associated with the extraction of third molars, although infrequent, can occur in some cases. Infections are treated locally and systemically and do not always spread to the primary and secondary fascial spaces. The present paper reports two cases with an atypical evolution following extraction of a lower third molar in two young healthy white patients that presented an abscess 3 weeks after surgery. In case 1, the presence of an expelled bone fragment was diagnosed, corresponding to the lingual cortical bone, drained intra-orally. In case 2, however, the abscess had spread to the surrounding fascial space and extra-oral draining was required. Moreover, the specific cause was not established and a number of hypothesis are raised and discussed in this article.

Descriptors: Molar, Third/surgery; Postoperative period; Abscess.

INTRODUÇÃO

As complicações pós-operatórias relacionadas à exodontia de terceiros molares mais comumente descritas na literatura são: hemorragia, deiscências do retalho, alveolite e parestesia. Além disso, existem relatos de complicações sérias, principalmente infec-

ções, sendo prudente encaminhar para um especialista em cirurgia bucomaxilofacial.

Com relação às causas de complicações, alguns autores atribuem a um transoperatório complicado e prolongado^{1,2}, outros consideram a técnica cirúrgica e experiência do operador^{2,3}, e também se

^IMestrandos em Estomatologia, Departamento de Estomatologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru, São Paulo.

^{II}Aluno do Programa de Prática Profissionalizante em Cirurgia Bucal, Departamento de Cirurgia Bucal, FOB-USP, Bauru, São Paulo.

^{III}Professores da Pós-Graduação em Estomatologia, Departamento de Estomatologia e Radiologia, FOB-USP, Bauru, São Paulo.

acredita na influência da idade e do sexo^{2,4}.

As infecções conseqüentes de exodontia de terceiros molares são complicações raras⁵. Avaliando 958 exodontias, observaram que apenas 1,5% tiveram infecções, comprometendo o reparo alveolar e, geralmente, eram tardia⁵.

Indresano; Haug; Hoffman⁶ analisaram 31 casos de pacientes com infecção nos espaços fasciais, decorrentes da presença dos terceiros molares, que necessitaram de atendimento hospitalar, sendo que 24 apresentavam algum problema sistêmico, como: hepatite, asma, hipertensão, diabetes e outros fatores de risco, como o cigarro e o álcool.

As infecções odontogênicas podem invadir os espaços fasciais primários e secundários e levar o paciente a óbito rapidamente quando não controladas, ou deixar seqüelas como parestesias de nervos sensitivos. A literatura descreve um caso raro de parestesia do nervo facial como conseqüência de infecção odontogênica, particularmente associada a um terceiro molar não irrompido⁷. Outro trabalho relata um caso de abscesso submassetérico e infratemporal causado por hematoma infectado pós-exodontia de terceiro molar, resultando em um déficit neurosensorial como seqüela da infecção⁸. Ainda se tratando de seqüelas, Moses; Lange; Arredondo⁹ descreveram um caso atípico de artrite séptica da articulação têmporo-mandibular, seguida da exodontia do terceiro molar do lado afetado. Outros autores, em 2003, relataram cinco casos de abscessos crônicos submassetéricos que foram diagnosticados através de Tomografias Computadorizadas, sendo dois deles seguidos, também, da exodontia do terceiro molar¹⁰.

O presente artigo tem como objetivo relatar dois casos clínicos com evoluções atípicas após exodontia de terceiro molar e que apresentara quadro de abscesso tardio.

RELATO DOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente com 22 anos de idade, sexo masculino, leucoderma e saudável, foi encaminhado à disci-

plina de Cirurgia, Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), com a indicação de extração dos terceiros molares não irrompidos. Inicialmente, foi feito o planejamento da exodontia do 18 e 48 (Figura 1). Na radiografia panorâmica, observa-se que os dentes 18 e 48 estavam méso-angulados e, durante o procedimento cirúrgico, houve dificuldades apenas na extração do 48, pois existiam dilacerações radiculares acentuadas, que não eram visíveis na radiografia, sendo necessárias a osteotomia e a odontosseção, resultando em um maior tempo cirúrgico. Foram prescritos Amoxicilina 500 mg de 8/8 horas, por 7 dias; Nimesulida 100 mg, de 12/12 horas, por 3 dias e Dipirona Sódica (gotas) de até 6/6 horas, em caso de dor. Todas as recomendações pós-operatórias foram prescritas e explicadas adequadamente como de rotina do serviço de Cirurgia da FOB-USP. No pós-operatório imediato, foi observado um edema moderado. Após 7 dias, foi realizada a remoção da sutura e constatou-se um pós-operatório sem complicações e bastante satisfatório. Porém, após 40 dias, o paciente retornou à clínica com tumefação moderada na região da cirurgia, além de relatar muita dor. Realizou-se o exame clínico e foi diagnosticado um quadro de abscesso tardio, provavelmente por uma queda de resistência imunológica do paciente e a persistência de uma infecção que inicialmente era subclínica. Durante a inspeção do alvéolo, houve uma drenagem espontânea, e o tratamento local com irrigações do alvéolo com água oxigenada a 10 volumes e iodeto de sódio a 2% (na proporção 1:1) foi realizado. Além disso, foi prescrito Clindamicina de 300 mg, de 8/8 horas, por 7 dias (Figura 2). Durante esse período, o paciente desenvolveu um quadro de colite pseudomembranosa devido ao uso da Clindamicina e foi orientado a procurar tratamento médico, cuja conduta foi a prescrição de Floratil para o restabelecimento da microbiota intestinal. Houve melhora do quadro de Colite, porém o paciente ainda permanecia com a região inflamada e dolorida. Por volta de 30 dias após

esse tratamento, o paciente retornou à clínica e verificou-se o seqüestro de um fragmento da tábua óssea lingual, trazida pelo paciente (Figura 3), a qual provavelmente foi enfraquecida ou fraturada durante o ato cirúrgico, porém não diagnosticada no momento. Esta foi causa das complicações pós-operatórias e dos problemas sistêmicos apresentados pelo paciente.



Figura 1- Radiografia panorâmica, planejamento de exodontia dos terceiros molares (18 e 48).



Figura 2 - Tratamento local, irrigações do alvéolo com solução de água oxigenada a 10 volumes e iodeto de sódio a 2% (na proporção 1:1).



Figura 3 - Vista clínica, seqüestro de um fragmento da tábua óssea lingual.

CASO 2

Paciente com 26 anos de idade, sexo feminino, leucoderma e saudável, foi encaminhada à disciplina de Cirurgia, Departamento de Estomatologia da FOB-USP, com a indicação de extrair seus terceiros molares não irrompidos (Figura 4). Foi realizada anamnese, exame clínico, e pelo fato de a paciente não apresentar problemas sistêmicos, o que não contra-indicava as exodontias, planejou-se o seu tratamento em duas etapas, sendo os dentes 18 e 48 eleitos à primeira cirurgia. Para a exodontia do 18, produziu-se um retalho em envelope e não houve necessidade de osteotomia, enquanto para o 48 foi produzido retalho em envelope, osteotomia com broca esférica carbide nº6, criando uma canaleta vestibular e distal e odontosseção. Ambas as exodontias tiveram um bom transoperatório, porém, como foi realizada osteotomia, prescreveu-se antibiótico, além de antiinflamatório e analgésico para controle de edema e dor, respectivamente. A paciente relatou ser alérgica à Penicilina, portanto foi prescrito Eritromicina 500 mg de 6/6 horas, por 7 dias; Nimesulida 100 mg de 12/12 horas, por 3 dias e Dipirona Sódica (gotas) de até 6/6 horas, em caso de dor. Todas as recomendações pós-operatórias foram prescritas e explicadas adequadamente como de rotina do serviço de Cirurgia da FOB-USP. O pós-operatório imediato dessa paciente teve o grau de edema e dor esperado, considerado normal. No sétimo dia, os pontos foram removidos, e, clinicamente, a cicatrização estava normal, sem sinais e sintomas de infecção, porém a paciente apresentava um leve trismo. No 10º dia, a paciente relatou ter episódios de dor durante a madrugada, após mastigar do lado em que foi feita a cirurgia, acrescentando que a dor não cessava com analgésicos. No 11º dia, além da dor, a região tornou-se novamente edemaciada, e a paciente fez uso de corticóides por conta própria. Posteriormente, a paciente procurou o nosso serviço, relatou esses episódios e foi constatado odor fétido, edema e alvéolo com resíduos, sugerindo uma alveolite. Foram feitas radiografias panorâmica e

periapical da área, e não se constatou nenhuma alteração. Clinicamente, não havia sinais de seqüestros ósseos nem de fratura de mandíbula (Figura 5). O tratamento local seguiu o protocolo da disciplina de Cirurgia da FOB-USP, com irrigação do alvéolo com iodeto de sódio a 2% e água oxigenada a 10 volumes, na proporção de 1:1. As irrigações foram diárias, tendo sido prescrito Clindamicina 300 mg, de 6/6 horas, por 7 dias e analgésicos. Com uma semana de irrigações diárias, no 21º dia de pós-operatório, o quadro não havia regredido, e a tumefação comprometia toda a região submandibular do lado afetado, perdendo-se o contorno da base da mandíbula. A tumefação era dura à palpação, a pele se encontrava quente, eritematosa, e havia um trismo moderado (Figura 6). O alvéolo já não tinha sinais de infecção, porém a paciente apresentava um quadro de abscesso que poderia atingir espaços fasciais secundários, motivo pelo qual, substituímos, mais uma vez, o antibiótico, prescrevendo Ciprofloxacina 500 mg, de 12/12 horas. Frente à disseminação do abscesso, planejou-se a drenagem extrabucal após três dias, e a paciente foi orientada a aplicar compressas mornas na região. Para a drenagem, foi feita anestesia terminal superficial da pele por refrigeração e terminais infiltrativas circulares na área da incisão com Cloridrato de Articaina 4% com Adrenalina 1:100.000. Realizou-se uma incisão com lâmina 15 na área de maior tumefação e divulsão nas lojas profundas que armazenavam a coleção purulenta. Também foram feitas compressões manuais no sentido da saída do pus que era abundante. Em seguida, foi colocado um dreno de dique de borracha em toda a extensão e suturado a uma das bordas. A área recebeu curativo com Furacim e gaze, e a paciente foi instruída para a troca do curativo. Quatro dias depois, o dreno foi removido e não havia mais pus. Com oito meses de controle, foi feita uma radiografia panorâmica onde foi constatado o completo reparo alveolar, e, além disso, a cicatriz na pele apresentava-se discreta (Figuras 7 e 8).



Figura 4 - Radiografia panorâmica, planejamento de exodontia dos terceiros molares (18 e 48).



Figura 5 - Radiografia panorâmica, 11º dia após as exodontias.



Figura 6 - Aspecto clínico, tumefação, eritema, também estava presente calor e trismo moderado.



Figura 7 - Radiografia panorâmica (Controle) 8 meses após as exodontias.



Figura 8 - Aspecto clínico (Controle) 8 meses após as exodontias.

DISCUSSÃO

Com relação às complicações pós-operatórias, alguns autores atribuem a estas um transoperatório complicado e prolongado^{1,2}. Outros consideram a técnica cirúrgica e a experiência do operador como fatores determinantes^{2,3}. Também se acredita na influência da idade e do sexo^{2,4}. No estudo de Boer et al.¹, entretanto, não houve diferenças significantes em relação ao sexo num total de 1.797 pacientes. Já a idade foi um fator relevante na incidência de complicações, sendo maior, conforme aumentava a idade¹. Portanto, um dos objetivos deste trabalho é ressaltar a importância de documentar complicações raras em pacien-

tes jovens.

Em ambos os casos relatados, o diagnóstico foi de abscesso tardio após exodontia de terceiro molar, considerada uma complicação muito rara no serviço de cirurgia da FOB-USP, como também na literatura, embora tenha havido diferentes evoluções que contribuíram na determinação dos diferentes locais de drenagem. Outro aspecto distinto são os fatores envolvidos; no caso 1, a causa do abscesso foi o seqüestro do fragmento ósseo correspondente à tábua óssea lingual; já no caso 2, não foi possível determinar a causa.

Inicialmente, acreditou-se ser uma infecção do alvéolo, apesar do período no qual este foi acometido, pois se sabe que a alveolite apresenta sinais e sintomas clássicos nas etapas iniciais do reparo alveolar e se dá geralmente, no terceiro ou quarto dia após a cirurgia, representando uma falha de organização do coágulo causada por bactérias hemolíticas, podendo ser associada a vários fatores locais e sistêmicos. O paciente com alveolite apresenta dor insuportável, odor fétido intra-oral, e, ao examinar o alvéolo, pode se encontrar vazio ou supurando. Nos casos relatados acima, os pacientes não apresentaram esse quadro no pós-operatório imediato nem, aos três nem aos sete dias, apresentaram infecção séria três semanas depois, corroborando o estudo de Figueiredo et al.⁵.

Sabe-se que a condição sistêmica do paciente influi muito no processo de reparação tecidual⁶, portanto nos dois casos relatados, foram solicitados exames complementares (hemograma e glicemia) a partir dos quadros de infecção instalados, porém não se observaram alterações sanguíneas significantes. No caso 1, o paciente tinha história de quimioterapia cinco anos antes da intervenção cirúrgica, o que pode ser um fator sistêmico importante na ocorrência das infecções. Outro fator sistêmico questionável é o uso de contraceptivos orais durante o reparo alveolar¹¹. No caso 2, a paciente fazia uso deste tipo de medicamento que pode estar envolvido na etiopatogenia da alveolite¹¹, além de ser considerado desorganizador do coágulo. Porém a literatura é escassa em estudos

sobre sua real influência no reparo alveolar.

Um aspecto comum aos dois casos foi o fato de serem fumantes e etilistas, principalmente o caso 2, em que a paciente continuou fumando até o dia da drenagem do abscesso. Existem muitos trabalhos comprovando a influência negativa do cigarro no processo de reparação tecidual^{6,12,13,14} e sabe-se que as inúmeras substâncias e gases tóxicos presentes contribuem para uma isquemia tecidual e atraso na cicatrização. Segundo Silverstein¹², os efeitos da nicotina, monóxido de carbono e cianeto de hidrogênio causam anóxia tecidual, hipóxia celular, diminuição de proliferação de células epiteliais, vasoconstrição e diminuição da capacidade de células sanguíneas carregarem oxigênio. Jones; Triplett¹⁴ compararam resultados pós-operatórios de pacientes fumantes e não fumantes submetidos à cirurgia de enxerto autógeno e implantes, e 80% das perdas dos implantes ocorreram em pacientes que fumaram no pós-operatório; já o grupo dos não fumantes representaram apenas 10% das falhas de reparo. Carriches et al.¹³ realizaram um estudo comparativo entre pacientes fumantes e não fumantes, avaliando clinicamente o trismo, intensidade, dor e estado da ferida após exodontia de terceiros molares inferiores e não encontraram diferenças significantes em relação à dor e ao estado da ferida (ulceração, inflamação, deiscência), porém o trismo foi maior em pacientes fumantes.

Além do anticoncepcional e do cigarro, no caso 2 acrescenta-se o uso de corticóides que foi administrado de forma inadequada, a partir do décimo dia. Num estudo que avaliou a associação de drogas no reparo de fraturas ósseas, os corticosteróides foram considerados prejudiciais, pois impedem a inflamação que corresponde às etapas iniciais do reparo, essenciais para este¹⁵. Waters et al.¹⁶ demonstraram, através de análise radiográfica, inibição da cicatrização óssea associada ao uso crônico de corticosteróides (Prednisona), utilizando um modelo de osteotomia ulnar em coelhos.

Outro aspecto polêmico que também deve ser

discutido foi a substituição da Penicilina por Eritromicina, no caso 2, justificada pelo histórico de alergia. A Eritromicina vem sendo investigada em relação a sua eficácia e resistência bacteriana em alguns trabalhos^{17,18}. A partir deste caso, excluímos a Eritromicina de nosso protocolo, sendo a Clindamicina e o Ciprofloxacino os antibióticos de escolha para a substituição da Penicilina. Além disso, vale ressaltar que este medicamento também foi excluído do protocolo para a prevenção da endocardite bacteriana da *American Heart Association*.

No caso 2, foi prescrito Clindamicina diante do quadro de infecção tardia, sendo substituída uma semana depois pelo Ciprofloxacino, antibiótico bactericida de amplo espectro, visto que a infecção envolvia as regiões submandibular e submentoniana do lado afetado. Nesse caso, a Clindamicina não causou efeitos colaterais, porém, no caso 1, foi responsável por uma colite pseudomembranosa durante um mês, sendo encaminhado ao gastroenterologista e suspenso imediatamente.

A administração da Clindamicina na Odontologia é geralmente aplicada, quando existe uma indicação de terapêutica com antibióticos em pacientes alérgicos à Penicilina ou em casos como este de abscesso dento-alveolar, no qual houve a necessidade de substituição do antibiótico. Porém apresenta uma limitação do seu uso, que é a possibilidade do desenvolvimento da colite pseudomembranosa em até 30% dos casos¹⁹. Essa incidência de colite como reação adversa é muito elevada, o que causa muitas contradições quanto a sua indicação.

Embora existam muitas hipóteses sobre a etiologia da infecção no caso 2, não descartamos a possibilidade da infecção de um hematoma que permaneceu todo o tempo subclínico nos espaços fasciais primários, tendo sofrido influência dos fatores sistêmicos e locais discutidos acima, que colaboraram para a evolução do quadro com conseqüente disseminação para espaços fasciais secundários.

As infecções odontogênicas podem invadir os es-

paços fasciais primários e secundários e levar o paciente a óbito rapidamente quando não controladas ou deixar seqüelas como parestesias. A literatura descreve um caso raro de parestesia do nervo facial como consequência de infecção odontogênica, particularmente associada a um terceiro molar não irrompido⁷. Outro trabalho relata um caso de abscesso submassetérico e infratemporal, causado por hematoma infectado após exodontia de terceiro molar, resultando em um déficit neurossensorial como seqüela da infecção⁸. Ainda se tratando de seqüelas, Moses; Lange; Arredondo⁹ descreveram um caso atípico de artrite séptica da articulação têmporo-mandibular, seguida da exodontia do terceiro molar do lado afetado. Outros autores relataram cinco casos de abscessos crônicos submassetéricos, tendo dois deles acontecido em consequência da exodontia de terceiros molares¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que as infecções odontogênicas são incomuns após exodontias de terceiros molares, porém podem ocorrer e devem ser tratadas com antibióticos de amplo espectro e controle da evolução do quadro, pois, muitas vezes, quando ocorre invasão dos espaços fasciais primários e secundários, o paciente necessita de internação e tratamento em ambiente hospitalar. Ressaltamos ainda a importância de um acompanhamento pós-operatório por períodos maiores.

REFERÊNCIAS

1. De Boer MPJ, et al. Complications after mandibular third molar extraction. *Quintessence International*. 1995; 26(11): 779-84.
2. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 73: 393-7.
3. Holland CS, Hindle MO. The influence of closure or dressing of third molar sockets on postoperative

swelling and pain. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1984; 22: 65-71.

4. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993; 76: 412-20.

5. Figueiredo R, et al. Incidence and clinical features of delayed-onset infections after extraction of lower third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2005; 99: 265-9.

6. Indresano AT, Haug RH, Hoffman MJ. The third molar as a cause of deep space infections. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992; 50: 33-5.

7. Bobbitt TD, et al. Partial facial nerve paralysis resulting from an infected mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000; 58: 682-5.

8. Gallagher J, Marley J. Infratemporal and submasseteric infection following extraction of a non-infected maxillary third molar. *Br Dent J*. 2003; 194: 307-9.

9. Moses JJ, Lange CR, Arredondo A. Septic arthritis of the temporomandibular joint after the removal of third molars. *J Oral Maxillofac Surg*. 1998; 56: 510-2.

10. Jones KC, et al. Chronic submasseteric abscess: anatomic, radiologic, and pathologic features. *AJNR*. 2003; 24: 1159-3.

11. Masuck R, Klammt J. The role of fibrinolysis in the pathogenesis of alveolitis after tooth extraction. Preliminary report. *Dtsch Stomatol*. 1991; 41(8): 295-6.

12. Silverstein P. Smoking and wound healing. *The American Journal of Medicine*. 1992; 93 Suppl 1A: 22-4.

13. Carriches CL, et al. Influence of smoking upon the postoperative course of lower third molar surgery. *Med*

Oral Patol Oral Cir Oral. 2006; 11: 356-60.

14. Jones JK, Triplett RG. The relationship of cigarette smoking impaired intraoral wound healing: A review of evidence and implications for patient care. J Oral Maxillofac Surg. 1992; 50: 237-9.

15. Aspenberg P. Drugs and fracture repair. Acta Orthopaedia. 2005; 76(6): 741-8.

16. Waters RV, et al. Systemic corticosteroids inhibit bone healing in a rabbit ulnar osteotomy model. Acta Orthop Scand. 2000; 71(3): 316-21.

17. Mabanta CG, et al. Erythromycin for the prevention of chronic lung disease in intubated preterm infants at risk for, or colonized or infected with *Ureaplasma urealyticum*. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4): CD003744.

18. Lopardo HA, et al. Erythromycin-resistant *Streptococcus pyogenes* in Argentina. Medicina (B Aires). 2004; 64(2): 143-5.

19. Owens Jr RC, et al. Antimicrobial-associated risk factors for *Clostridium difficile* infection. Clin Infect Dis. 2008; 46 (51): S19-31.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS:

Eduardo Dias Ribeiro

Rua Capitão Gomes Duarte, 26-36 - Jd. Brasil

CEP: 17011-180

Bauru/São Paulo

E-mail: eduardodonto@yahoo.com.br