

Eficácia da Antibioticoprofilaxia nas Cirurgias de Terceiros Molares: Avaliação Morfométrica

*Efficacy of Antibiotic Prophylaxis in third molars surgery:
A morphometric evaluation*

Walter Leal de Moura^I | Weber Leal de Moura^{II} | Simei André da Silva Rodrigues Freire^{III} |
Rodolpho Valentini Neto^{IV} | Suyá Moura Mendes^V

RESUMO

Objetivo: Este trabalho objetivou avaliar clinicamente a eficácia de antibiótico nas exodontias de terceiros molares retidos, determinando-se a necessidade do uso profilático de antibióticos nesses procedimentos cirúrgicos. Foram selecionados 14 pacientes, com idade entre 15 e 30 anos, sem distinção de gênero, cor ou raça, para remoção dos terceiros molares inferiores retidos em posições simétricas. As cirurgias foram divididas em dois grupos, sendo o grupo controle na primeira cirurgia, e o segundo grupo, submetido à administração profilática de 500mg de amoxicilina de 8/8 horas, por sete dias após a cirurgia. A avaliação do edema foi estabelecida por meio da distância de pontos de referência faciais, e a avaliação do trismo foi obtida por meio da distância interincisal superior e inferior. As medições foram realizadas no pré e no pós-operatório de 24, 48 horas e 7 dias. A dor foi avaliada subjetivamente, por meio de uma escala analógica visual. Concluiu-se que não houve diferença estatisticamente significativa com relação a edema e trismo após as exodontias com ou sem o uso de antibiótico e que houve diferença estatisticamente significativa com relação à dor nos períodos pós-operatórios de 24 e 48 horas, sendo maior a presença da dor quando não foi utilizado o antibiótico.

Descritores: Antibioticoprofilaxia, edema, trismo, dente molar.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to clinically evaluate the efficacy of antibiotics in retained third molar extractions, determining the need of antibiotics prophylaxis use of in these procedures. Methodology: 14 patients were selected, aged between 15 and 30 years, irrespective of gender, color or race, for removal of retained third molars in symmetrical positions. The surgeries were divided into two groups: the control group in the first surgery and the second group undergoing prophylactic administration of 500 mg of amoxicillin 8 / 8 hours, among seven days after surgery. The evaluation of edema was established by the distance of reference points and assessment of facial trismus was obtained by the distance interincisal top and bottom. Measurements were performed before and after surgery, 24, 48 hours and 7 days. Pain was evaluated subjectively by a visual analog scale. Conclusions: The research conclude that there was no statistically significant difference

- I. Prof. Associado e Coordenador da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial da UFPI, Doutor em Odontologia - CTBMF pela FO Araçatuba-UNESP, Membro Titular do Colégio Brasileiro de CTBMF.
- II. Prof. Associado da Disciplina de Histologia e Embriologia do Departamento de Morfologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí – UFPI.
- III. Prof. Substituto da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial I da UFPI.
- IV. Prof. Substituto da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial II da UFPI.
- V. Cirurgiã-dentista. Bolsista UFPI.

with respect to swelling and trismus after dental extractions with or without the use of antibiotics, and there was statistically significant difference in relation to pain in the postoperative periods of 24 and 48 hours, and higher presence of pain when it was used antibiotic.

Descriptors: Antibiotic Prophylaxis, edema, trismus, molar.

INTRODUÇÃO

Dente retido é todo aquele que durante o seu processo eruptivo acaba encontrando uma barreira física, que impede a erupção normal, enquanto o dente incluso é o órgão dentário que, mesmo com a rizogênese completa, não irrompe na cavidade bucal¹³.

Os terceiros molares são os dentes que apresentam maior frequência de inclusão^{22,24}. O fato de estes serem os últimos dentes a completarem sua formação e os últimos a realizarem o processo eruptivo, é decisivo para se apresentarem nesta situação¹¹, ficando susceptíveis à falta de espaço no arco dentário e, conseqüentemente, à retenção. Por outro lado, terceiros molares são potencialmente capazes de causar transtornos à saúde bucal do indivíduo quando se encontram retidos¹⁷.

Na realização de uma revisão de literatura sobre os riscos e benefícios das cirurgias de terceiros molares, os autores acreditaram que a exodontia é a melhor estratégia a ser seguida, quando não há chances de irrompimento dos terceiros molares, principalmente se o paciente é jovem, ou seja, até os 22 anos²².

A indicação mais comum para essas exodontias é, sem dúvida, a pericoronarite^{4,10,20-27}; o terceiro molar retido pode, eventualmente, não causar problemas significantes ao paciente, mas tem esse potencial, e sua remoção, geralmente, tem como objetivo evitar que outras patologias se instalem, como a doença periodontal, cárie, pericoronarite, cistos e tumores odontogênicos, reabsorção radicular, fratura de mandíbula, dor de etiologia desconhecida e má oclusão, além da indicação ortodôntica^{21,22,25}.

Nas cirurgias de terceiros molares retidos, deve-

se ter em mente que as técnicas propostas, apesar dos avanços e aprimoramento, ainda mantêm suas características e natureza invasivas, cabendo ao profissional envidar todos os esforços e disponibilizar meios para o controle da infecção, que objetiva reduzir riscos e limitar danos, devendo os cuidados estenderem-se a todos os possíveis vetores determinantes desses quadros mórbidos^{9,23,24}.

Das cirurgias realizadas na cavidade bucal, a remoção dos terceiros molares inferiores retidos caracteriza-se por causar um maior desconforto pós-operatório, estando sujeita a infecções que se manifestam usualmente como uma alveolite, embora infecções mais severas envolvendo espaços fasciais possam ocasionalmente ocorrer¹⁶.

A utilização de antibióticos para as cirurgias de terceiros molares retidos é bastante controversa. A incidência de infecções pós-operatórias nesses procedimentos cirúrgicos está entre 1 e 5%, o que não justifica o uso rotineiro de antibióticos³⁴⁻³⁷. No entanto, existem relatos de diferenças estatisticamente significantes entre índices de infecção pós-operatória em cirurgia oral nos pacientes tratados com e sem a administração de antibiótico⁸.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar clinicamente a eficácia do uso de antibiótico nas cirurgias de terceiros molares inferiores retidos, determinando-se a necessidade do uso profilático de antibióticos em tais procedimentos cirúrgicos.

METODOLOGIA

Foram selecionados 14 pacientes para a remoção dos terceiros molares inferiores retidos, sem distinção de gênero, cor ou raça, no período

de agosto de 2006 a julho de 2007, na clínica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí.

Como condições necessárias, todos os indivíduos deviam ter indicação de exodontia dos terceiros molares inferiores inclusos e/ou impactados em posições simétricas, sem nenhuma manifestação de ordem local ou sistêmica que pudesse contraindicar o ato cirúrgico ou a administração da droga, com idade entre 15 e 30 anos, não apresentando hábitos nocivos, como tabagismo e/ou etilismo. Todas as cirurgias foram realizadas por um só operador, visando, assim, à padronização dos resultados.

As cirurgias foram divididas em dois grupos, em que cada paciente se submetia à terapêutica do grupo 1 na primeira cirurgia e à do grupo 2 na segunda. Os regimes terapêuticos administrados foram os seguintes:

- Grupo 1 - Sem emprego de antibiótico;
- Grupo 2 - Com emprego de antibiótico profilático (500mg de amoxicilina de 8/8 horas, por sete dias após o procedimento).

Todos os pacientes receberam 4mg de beta-metasona no pré-operatório e, no pós-operatório, 750mg de paracetamol de 6/6 horas, por um período de 48 horas.

No pós-operatório imediato, anotou-se o tempo cirúrgico desde a anestesia até a sutura final, sendo ainda discriminada a necessidade ou não de ostectomia e odontosseção, que foram realizadas com caneta de alta rotação, broca cirúrgica 703 e irrigação com soro fisiológico a 0,9%.

Os pacientes foram avaliados diariamente após o procedimento durante uma semana, em que foi verificada a temperatura corporal três vezes ao dia. Em caso de temperatura acima de 37,8 graus, dor e/ou supuração, o paciente foi submetido à avaliação clínica.

Esses pacientes pertenciam aos grupos distintos por concordar-se que a remoção dos terceiros molares inferiores inclusos e/ou impactados, em

condições semelhantes, representavam uma boa amostra, pois a cirurgia é essencialmente a mesma e pôde ser realizada em dois tempos cirúrgicos no mesmo paciente. Tal escolha também apresenta a vantagem de minorar variações devido às diferenças individuais.

A avaliação do edema foi estabelecida através de pontos de referências faciais - ângulo mandibular, trágus auricular, comissura labial, asa do nariz, canto externo do olho e mento - tomando o ponto do ângulo mandibular como base e utilizando um fio de sutura para medir a distância linear dos outros pontos. A avaliação do trismo foi obtida por meio da distância dos incisivos centrais superior e inferior. As medições foram realizadas no pré-operatório e no pós-operatório de 24 e 48 horas e após 7 dias da cirurgia. A dor foi avaliada subjetivamente, por meio de uma escala analógica visual.

Para a análise dos dados, foram utilizados os testes estatísticos *t* de Student para amostras emparelhadas, teste de Wilcoxon e o teste dos Sinais, com um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Foi realizado o Teste *t* de Student para amostras emparelhadas referentes à distância do ângulo da mandíbula ao trágus auricular; distância do ângulo da mandíbula à comissura do olho; distância do ângulo da mandíbula a asa do nariz; distância do ângulo da mandíbula à comissura do lábio e distância interincisal nos períodos: pré-operatório e pós-operatórios de 24 e 48 horas e 7 dias, obtiveram-se valores mínimos de $p= 0,088$; $p= 0,497$; $p= 0,863$; $p= 0,344$; $p= 0,536$ respectivamente, sendo, portanto, valores maiores que o nível de significância de 0,05. Desse modo, garantimos que não houve diferença estatisticamente significativa com o uso de antibiótico.

Realizado o teste dos sinais para amostras emparelhadas referentes a distância do ângulo da

mandíbula ao mento no período pré-operatório e o teste t de Student nos períodos pós-operatórios de 24 e 48 horas e 7 dias, obteve-se um valor mínimo de $p=0,474$, sendo, portanto, maior que o nível de significância de 0,05. Desse modo, garantimos que não houve diferença estatisticamente significativa com o uso de antibiótico.

Realizado o Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas referentes à dor nos períodos de 24 e 48 horas, obteve-se um valor mínimo de $p=0,024$, sendo, portanto, menor do que o nível de significância de 0,05. Assim, podemos garantir que houve diferença estatisticamente significativa com o uso de antibiótico. Entretanto, quanto ao período de 7 dias, obteve-se um valor de $p=0,180$, sendo, portanto, maior que 0,05, o que nos garante não haver diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

As cirurgias Buco-maxilo-faciais variam significativamente quanto à extensão e natureza da contaminação bacteriana, tempo de duração da cirurgia, grau de traumatismo transoperatório, suporte vascular dos tecidos envolvidos e outros fatores. Por conseguinte, faz-se necessário determinar melhor os riscos de infecção pós-operatória nos diferentes tipos de procedimentos, estabelecendo a indicação da profilaxia antibiótica para cada caso em particular e não a utilizando como uma medida de rotina, já que, se em alguns procedimentos, ela se mostra útil na prevenção das infecções, em outros, é absolutamente desnecessária⁵.

Embora numerosos esforços tenham sido feitos para medir o edema da face após cirurgia oral, a técnica totalmente satisfatória ainda não foi descrita³⁵. Porém, não existe, na literatura, nenhum método objetivo para a medida do edema pós-operatório que seja, ao mesmo tempo, simples e fidedigna³⁶. O método que tem sido amplamente utilizado em pesquisas é aquele em

que é feita a mensuração do edema através da distância de pontos anatomicamente definidos na face¹.

Em relação ao edema, verificamos que não houve diferença estatisticamente significante, em nível de significância de 5%, com o uso dos Testes t de Student, Wilcoxon e dos sinais, entre os grupos experimental e de controle. Quanto à avaliação do trismo, em nível de significância de 5%, com o uso do Teste t de Student, também não houve diferença entre os grupos experimental e de controle. (Tabela 01 e 02)

Tabela 01: Comparação de significância de amostras emparelhadas com uso e sem uso de antibiótico. Teresina, 2008.

VARIÁVEL	Pré-Op	24h	48h	7 DIAS
DAMTA	Não	Não	Não	Não
DAMCO	Não	Não	Não	Não*
DAMAN	Não	Não	Não	Não
DAMCL	Não	Não*	Não	Não
DAMM	Não*	Não	Não	Não
DII	Não	Não	Não	Não
DOR	Não	Sim**	Sim**	Não**

Legenda: DAMTA: Distância do ângulo da mandíbula ao tragus auricular; DAMCO: Distância do ângulo da mandíbula ao canto externo do olho; DAMAN: Distância do ângulo da mandíbula à asa lateral do nariz; DAMCL: Distância do ângulo da mandíbula à comissura labial; DAMM: Distância do ângulo da mandíbula ao mento e DII: Distância interincisal. *Utilizado o Teste dos Sinais; ** Utilizado o Teste de Wilcoxon. Fonte: Pesquisa direta.

Tabela 02: Valores de p obtidos nos testes estatísticos t de Student para amostras emparelhadas, teste de Wilcoxon e teste dos sinais, com um nível de significância de 0,05. Teresina, 2008.

VARIÁVEL	Pré-Op	24h	48h	7 DIAS
DAMTA	0,096	0,340	0,686	0,088
DAMCO	0,982	0,549	0,497	0,549
DAMAN	0,915	0,864	0,863	0,909
DAMCL	0,516	0,344	0,641	0,817
DAMM	0,581	0,946	0,474	0,574
DII	0,838	0,539	0,536	0,537
DOR	-	0,044	0,024	0,180

Legenda: DAMTA: Distância do ângulo da mandíbula ao tragus auricular; DAMCO: Distância do ângulo da mandíbula ao canto externo do olho; DAMAN: Distância do ângulo da mandíbula à asa lateral do nariz; DAMCL: Distância do ângulo da mandíbula à comissura labial; DAMM: Distância do ângulo da mandíbula ao mento e DII: Distância interincisal. Fonte: Pesquisa direta.

○ edema facial e o trismo, consecutivos ao tratamento cirúrgico do terceiro molar inferior incluso, são manifestações do processo inflamatório reparador em sua fase inicial. A lesão cirúrgica dos vasos sanguíneos e linfáticos que drenam a área operada integram o traumatismo operatório implicado na remoção do dente incluso³¹.

A edemaciação da face é consequência da eliminação insuficiente do líquido linfático, destruição celular e acúmulo de líquido extracelular e, na grande maioria dos casos, da diapedese de elementos sanguíneos através das paredes intactas dos vasos¹². Numerosos trabalhos demonstram que ocorre aumento do compartimento extracelular do organismo no pós-operatório¹².

A infecção ocorre quando existe uma agressão bacteriana quantitativa e qualitativamente importante, desenvolvendo-se mais prontamente naqueles pacientes cujos mecanismos de defesa estão enfraquecidos. Sua prevenção se baseia na redução do número de bactérias na ferida cirúrgica e na melhoria das defesas orgânicas do paciente²⁸.

○ risco de infecção varia de acordo com o tipo de procedimento e as condições do paciente, principalmente idade (acima de 60 anos), obesidade mórbida, diabetes descompensada, imunodepressão, presença de infecção ativa (pericoronarite) e cirurgias longas³².

Não observamos infecção sistêmica e alveolite em nenhum dos grupos, complicações mais graves envolvendo risco de vida não estiveram presentes em nossos resultados, embora a literatura revisada cite casos de complicação^{18,33-38}.

A escala analógica visual é uma linha cuja extensão representa a ocorrência de experiências dolorosas pessoais. Torna-se um instrumento simples e sensível capaz de reproduzir, por meio de um valor numérico, a severidade da dor experimentada pelo indivíduo. Essa escala pode ser utilizada para comparar a dor num mesmo paciente em momentos distintos assim como em diferentes situações,

tendo sido empregada por autores de escolas norte-americanas e europeias, para a avaliação da dor decorrente da exodontia de terceiros molares mandibulares inclusos⁷.

Na avaliação da dor, ao nível de significância 5%, com o uso dos testes de Wilcoxon e dos Sinais, encontramos diferença no pós-operatório de 24 e 48 horas (teste de Wilcoxon), embora não houvesse diferença estatisticamente significativa no pós-operatório de 7 dias (teste dos Sinais). (Tabela 01 e 02)

Apesar de representar um assunto ainda controverso, a grande maioria dos autores não recomenda o uso profilático de antibióticos em cirurgias de terceiros molares retidos. Parece ter sido suficientemente demonstrado que não há uma diferença significativa na incidência de infecção pós-operatória quando esses agentes são empregados, se comparados a um placebo^{14,37}.

Em pacientes sadios, o uso de antibióticos é dispensável, uma vez que sua pesquisa obteve resultados bastante semelhantes com o uso profilático, terapêutico e o não uso de antibiótico. Soma-se a isso o fato de que o uso indiscriminado do antibiótico pode resultar, entre outros problemas, no desenvolvimento de microorganismos resistentes e reações alérgicas³⁵⁻³⁷.

Existe indicação de uso de antibiótico profilático quando há possibilidade de comprometimento sistêmico, podendo resultar em infecção. Normalmente manifestam-se com febre, como também nos casos em que existe a necessidade de limitar a infecção local. Porém, deve-se levar em consideração o valor da flora comensal do sistema de defesa do hospedeiro não apenas na cavidade bucal mas também em outras zonas do corpo, pois se sabe que cursos prolongados de antibiótico destroem a flora comensal e suprimem a resistência à colonização²⁰.

Pesquisas mostraram que, em casos de infecções já estabelecidas (como pericoronarites), pode-se

umentar significativamente os índices de infecção pós-operatória. Por isso, nesses casos, recomenda-se o adiamento do procedimento cirúrgico até a resolução do quadro agudo de pericoronarite ou a realização dele, desde que com suporte antibiótico, por um período de cinco a sete dias, em média²⁹.

A utilização de antibiótico fica restrita, portanto, a pacientes que necessitam de profilaxia antibiótica para prevenção de infecções a distância por via hematogênica, como os portadores de válvulas cardíacas ou próteses. Nesses casos, é utilizado regime profilático preconizado pela AHA (American Heart Association) de 2g de amoxicilina uma hora antes do procedimento, sendo sempre prudente o acompanhamento do cardiologista, uma vez que a profilaxia antibiótica não garante a ausência de desenvolvimento de endocardite bacteriana¹⁰.

Alguns autores afirmam que, com relação à endocardite bacteriana proveniente de procedimentos odontológicos, sabe-se que, de um modo geral, o procedimento diário de mastigação e de higiene bucal representa um risco muito maior à endocardite, podendo ser originada de uma simples falha das defesas do organismo em resposta a alguma bactéria. Porém, procedimentos odontológicos mais invasivos com risco de sangramento, como extração dentária, estão diretamente proporcionais ao grau de inflamação ou infecção. Assim, devemos realizar uma profilaxia antibiótica com dose única antes do procedimento cirúrgico, sendo a amoxicilina 2g o antibiótico de primeira escolha para casos em que haja a indicação^{2,10}.

Por meio de estudos em anos consecutivos na prescrição de antibióticos em nível hospitalar, nas cirurgias de terceiros molares inclusos, levando em consideração vários pontos, como antibiótico administrado, via de administração e visitas ao paciente, chegou-se à conclusão de que a profilaxia parenteral pré-operatória não está comprovada como

rotina para cirurgia de terceiros molares e que a prescrição de agentes antibióticos de largo espectro para esses pacientes promove mínimo ou nenhum benefício. Afirmam ainda que evitar antibióticos de segunda geração e terapia antibiótica parenteral poderia diminuir consideravelmente a prescrição e os custos sem causar nenhum comprometimento clínico³⁴.

Os dentistas prescrevem antibióticos de forma terapêutica ou profilática, para controlar infecções dentais e orais. Os benefícios da prescrição de antibióticos são, entretanto, limitados por um número de problemas associados ao seu uso, como efeitos colaterais, reações alérgicas, toxicidade e desenvolvimento de resistência bacteriana¹⁰.

O cirurgião deve ter em mente o problema da resistência microbiana ao antibiótico bem como o valor da flora comensal do sistema de defesa do hospedeiro, não apenas na cavidade bucal mas também em outras zonas do organismo, pois se sabe que cursos prolongados de antibióticos destroem a flora comensal e suprimem a resistência à colonização¹⁵.

A decisão sobre a prescrição de antibióticos deve ser baseada em uma história médica completa, exame físico e diagnóstico. É importante que os clínicos considerem o uso racional da terapêutica antibiótica e compare-a com alternativas de tratamento possíveis, baseadas em evidências e na praticidade²⁶.

CONCLUSÕES

Não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao edema, trismo e à presença de infecção após cirurgias de terceiros molares inclusos com ou sem o uso de antibiótico.

Houve, com relação à dor, diferença estatisticamente significativa nos períodos pós-operatórios de 24 e 48 horas, sendo maior a presença da dor quando não foi utilizado o antibiótico.

REFERÊNCIAS

1. Amin, M. M.; Laskin, D. M. Prophylatic use of indometacin for prevention of post surgical complications after removal of impacted tirad molar. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. and Endodontics*, v. 55, p. 448-451, 1983.
2. Andrade, E. D.; Passeri, L. A.; Mattos Filho, T. R. Prevenção da endocardite bacteriana: novas recomendações da American Heart Association. *APCS*, v.52, n.5, p.353-357, set./out., 1998.
3. Bishara, S. E.; Andreasen, G. Third molars: A review. *Am. J. Orthod*, v. , p. 131-137, Feb. 1983.
4. Bruce, R. A.; Frederickson, G. C.; Small, G. S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.101, n.2, p. 240-245, Aug. 1980.
5. Castro, W. H. Antibiótico profilático em cirurgia buco-maxilo-facial. *Revista do CROMG*, v.4. n.1, 46-53, jan./jun., 1998.
6. Chiapasco, M.; Cicco, L.; Marrone, G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.76, n.4, p.412-420, Oct. 1993.
7. Dionne, R. A.; Wirdzek, P. R.; Fox, P. C.; Dubner, R. Supression of postoperative pain by the combination of a nonsteroidal antiinflammatory drug, flurbiprofen, and a long-acting local anesthetic, etidocaine. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 108, n.4, p. 596-601, Apr. 1984.
8. Eliasson, J.; Heimdahl, A.; Nordenram, A. Pathological changes related to long term impaction of third molar. *Int J Maxillo Fac Surg*, v.18, n.4, p.210-2, Apr. 1989.
9. Ferraz, E. M. Infecção em Cirurgia. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
10. Freire, S. A. S. R.; Gempel R. G.; Passeri L. A., Diretrizes 2007 da American Heart Association para prevenção da endocardite infecciosa. *Rev. APCD, São Paulo*, v. 04, p.16-20,2008
11. Garcia, RR. Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo a classificação de Pell & Gregory e Winter. *R. F. O.*, v.5, n.2, p.31-36, julho/ dezembro, 2000.
12. Gonçalves, E. L. Metabolismo e cirurgia. São Paulo: Sarvier, 1973.p.4.2005
13. Graziani, M. Cirurgia bucomaxilofacial. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
14. Happonen, R. P. et al., Prophylatic use of phenoxymethylpenicilin and tinidazole in mandibular third molar surgery, a comparative placebo controlled clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.28, p.12-9, 1990.
15. Harrison, J. W.; SVEC, T. A. The benning of the end of the antibiotic era? Part I. Abuse of miracle drugs. *Quintessence International*, v. 29, n.4, p.151-162, 1998.
16. Indresano, A. T.; Hamg, R. H.; Hoffman, M. J.. The third molar as a cause of deep space infections. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, v. 50, p.33-5, Jan. 1992.
17. Knutson, K. Asymptomatic mandibular third molar: oral surgeons judgment of need for extracion. *J. Oral Maxillofac Surg.*, v.50, n.4, p.329-333, 1992.
18. Krekmanov, L. Alveolits after operative removal of third molars in the mandible. *Int. J. oral Surg.*, v. 10 p. 173-179, 1981.
19. Lopes, V.; Mumanya, R.; Feinmann, C.; Harris, M. Third molar surgery: an audit of the indicators for surgery, postoperative complains and patient satisfaction. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, v. 33, n. 1, p. 33-35, Feb. 1995.
20. Martin, M.V. et al. Acute dentoalveolar infections: an investigation of the duration of anti-

- biotic therapy. *Brit. Dent. Journal*, v. 183, n.4, p.135-137, aug.1997.
21. Medeiros, P. J. *Cirurgia dos dentes inclusos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
 22. Mercier, P.; Precious, D. Risks and benefits of removal of impacetes third molars. A critical review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.21, n.1, p.17-27, 1992.
 23. Mimms, C. A.; Playfair, J. H. L.; Roitt, I. M. *Microbiologia média*. São Paulo: Manole, 1995.
 24. Moura, W. L. & Cravinhos, J. C. P. Análise clínica e radiográfica de presença de dentes inclusos e suas possíveis complicações a partir de exames em acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí. *FOA*, v.4, n.2, julho/ dezembro, 2002.
 25. Osborn, T. P.; Frederickson, G. Jr.; Small, I.A.; Torgerson, T. S. A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, v. 43, p.767-769, 1985.
 26. Palmer, N. A. O. Revisiting the role of dentists in prescribing antibiotics. *Dent Update*, v.30, p.570-574, 2003.
 27. Peterson, L. J. Rationale for removing impacetes teeth: when to extract or not extract. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.123, p.198-204, Jul. 1992.
 28. Peterson, L. J. et al. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.382-389, 2005
 29. Piecuch, J. F. et al., Prophylatic antibiotics for third molar surgery: a supportive opinion. *J Oral Maxillofac Surg*, v.53, p.53-60, 1995.
 30. Sands, T.; Pynn, B. R.; Nenniger, S. Third molar surgery: current concepts and controversies. *Oral. Surg.*, p.11-14, May. 1993.
 31. Souza, J. A.; Chami, S. A.; Brussasco, V. Dexametasona no controle do edema pós-operatório. *RGO*, v.36, n.2. mar/abr.,1988.
 32. Stêvão, E. *Residência Hospitalar em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. Curitiba: Odontex, 1998.
 33. Thijs, L. G. et al. Life threatening complications from a lower wisdom tooth. *Int. J. oral Surg.*, v. 11, p. 310-315, 1982.
 34. Thomas, D. W. & Hill, C. M. An audit of antibiotic prescribing in third molar surgery. *Br J Oral and Maxillofac Surg*, v.35, p. 126-8, 1997.
 35. Van Der Zwan, J.; Boering, G. Wesseling, H. The lower third molar and antiphlogistics. *Int. J. of Oral and Maxillofac. Surg.*, v. 11, p. 340-350, 1982.
 36. Van Gool, A. V.; Tem Bosch, J. J.; & Boering, G. Clinical consequences of complaints and complications after removal of the mandibular third molars. *Int. J. oral Surg.*, v. 6, p. 29-37, 1977.
 37. Zeitler, D. L. Prophylatic antibiotics for third molar surgery: a dissenting opinion. *J Maxillofac Surg*, v.53, p.61-4, 1995.
 38. Zorzetto, D. L. G.; Marzola, C. *Cirurgia de Terceiros Molares Inferiores Retidos: Complicações Pós –Operatórias (observações clínicas)*. *RGO*, Porto Alegre, v. 02, p.102-108, abr/mai/jun, 2000.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Walter Leal de Moura
 Rua São Pedro, 3274/902 - Ilhotas - Teresina/PI
 Cep: 64004-260
 E-mail: centroface@uol.com.br