



## Principais acidentes e complicações na exodontia de terceiros molares inclusos - Revisão de literatura

*Lara Eduarda Ferreira Tenório César<sup>1</sup>; Carlson Batista Leal<sup>2</sup>; Julia Monteiro Fabrício Skrivan<sup>3</sup>; Lídia Soares de Lima<sup>4</sup>; Pedro Nardson Avelino de Oliveira<sup>5</sup>; Pedro Escobar Rodeguer Baggio<sup>6</sup>; Deividy Estefani Nespolo<sup>7</sup>; Camille Zafalon Gutierrez<sup>8</sup>; Kleber Meireles de Lima<sup>9</sup>; Arielly Mazon Polizel<sup>10</sup>; Fernanda Vieira da Silva<sup>11</sup>; Gabriela Lemos Miguel<sup>12</sup>; Pedro Gomes Fonseca Rocha<sup>13</sup>; Yasmin Santos Lucas Francisco<sup>14</sup>; Ernest Victor da Silva Moura<sup>15</sup>*

### Como Citar:

CÉSAR, Lara Eduarda; LEAL, Carlson Batista; SKRIVAN, Julia Monteiro et al. Principais acidentes e complicações na exodontia de terceiros molares inclusos. Revista Sociedade Científica, vol.7, n. 1, p.2752-2764, 2024.  
<https://doi.org/10.61411/rsc202450417>

DOI: 10.61411/rsc202450417

Área do conhecimento: Odontologia.

Palavras-chaves: Exodontia; Terceiro Dente Molar; Acidentes; Complicações.

Publicado: 20 de junho de 2024.

### Resumo

A impactação de terceiros molares é um problema prevalente na odontologia, que gera como consequência pericoronarite, cistos odontogênicos e reabsorção radicular. A exodontia preventiva desses dentes, quando realizada corretamente, apresenta mais benefícios do que riscos aos pacientes. No entanto, por se tratar de um procedimento cirúrgico o mesmo está inerente a acidentes e complicações. Este estudo é de caráter qualitativo, explicativo e dedutivo a partir de revisão bibliográfica, no qual aborda os principais acidentes e complicações no período trans e pós-operatório da exodontia de terceiros molares. Obtendo como base 21 artigos provenientes dos bancos de dados SCIELO e PUBMED, foram destacadas 8 intercorrências mais comuns no período trans e pós-operatório da exodontia de terceiros molares inclusos, sendo elas: trismo, edema, dor, hemorragia, alveolite, fraturas mandibulares, lesões nervosas e comunicação buco sinusal.

<sup>1</sup>Faculdade Integrada Carajás, Redenção - PA, Brasil. ✉

<sup>2</sup>Universidade Federal de Paraíba – UFPB, Redenção - PA, Brasil. ✉

<sup>3</sup>Universidade Federal Fluminense – UFF, Redenção - PA, Brasil. ✉

<sup>4</sup>Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, Patos de Minas - MG, Brasil. ✉

<sup>5</sup>Centro Universitário Uninorte, Rio Branco - AC, Brasil. ✉

<sup>6</sup>Universidade Positivo Londrina, Londrina - PR, Brasil. ✉

<sup>7</sup>Centro Universitário Ingá - UNINGÁ, Maringá - PR, Brasil. ✉

<sup>8</sup>Unicesumar Londrina, Londrina - PR, Brasil. ✉

<sup>9</sup>Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP, Camaragibe – PE, Brasil. ✉

<sup>10</sup>Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, Maringá - PR, Brasil. ✉

<sup>11</sup>Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo - SP, Brasil. ✉

<sup>12</sup>Universidade de São Paulo UNICID, São Paulo - SP, Brasil. ✉

<sup>13</sup>Faculdade Independente do Nordeste - FAINOR, Vitória da Conquista - BA, Brasil. ✉

<sup>14</sup>Faculdade Multivix de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim - ES, Brasil. ✉

<sup>15</sup>Universidade da Amazônia – UNAMA, Belém - PA, Brasil. ✉



## 1. **Introdução**

O não erupcionamento ou impactação de terceiros molares é um dos problemas mais frequentes na área clínica de odontologia e atinge indivíduos de diversas camadas sociais e econômicas, o problema é que essa retenção dentária prolongada pode causar pericoronarite, lesões tumorais, cistos odontogênicos e reabsorção radicular. Isso demonstra a importância da exodontia preventiva desses elementos dentários. Desde que a mesma seja executada da maneira correta, ela fornece mais benefícios do que prejuízos para os pacientes [1].

As cirurgias de terceiros molares inclusos são um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no âmbito da cirurgia oral menor, no entanto, por se tratar de um procedimento cirúrgico, a mesma se encontra inerente a acidentes e complicações, deste modo, se torna imprescindível que os clínicos saibam reconhecer os principais acidentes e complicações que podem acontecer durante a realização desse procedimento [2].

Sendo os principais acidentes ou complicações listados na literatura: trismo, edema, dor, hemorragia, alveolite, fraturas mandibulares, comunicação bucosinusal e lesões nervosas [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

## 2. **Metodologia**

O presente estudo realizou uma revisão de literatura sistemática com métodos rigorosos para identificar, selecionar e avaliar os estudos pertinentes. A pesquisa foi conduzida meticulosamente ao longo do mês de abril de 2024, utilizando artigos científicos disponíveis em diversas bases de dados renomadas, tais como PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, abrangendo publicações no período de 2013 a 2023. A busca foi conduzida de maneira abrangente, empregando uma combinação e/ou separadamente das palavras-chaves: “Acidentes”, “Complicações”, e “Exodontia de terceiros molares”.



Após uma criteriosa análise dos títulos e resumos, os artigos e monografias considerados relevantes foram selecionados para leitura integral. Os critérios de inclusão adotados abarcaram estudos de casos clínicos e revisões de literatura publicados nos idiomas português e inglês, desde que estes estivessem alinhados com as diretrizes estabelecidas.

Foram aplicados critérios de exclusão rigorosos, que englobam artigos que não abordaram diretamente a temática da pesquisa, e que estivessem fora do intervalo temporal especificado. Como amostra final se teve 18 artigos.

### **3. Desenvolvimento e discussão**

#### **3.1 Definição de acidentes e complicações**

Pode ser definido como acidente toda intercorrência que ocorre durante a cirurgia, e como complicação os problemas que ocorrem após a cirurgia. No entanto, é importante salientar que alguns acidentes podem gerar complicações como por exemplo: o deslocamento do dente para dentro do seio maxilar que pode gerar uma sinusite a longo prazo [1].

#### **3.2 Fatores de risco para acidentes e complicações**

As exodontias de terceiros molares estão sujeitas a complicações e acidentes na maioria das vezes pela proximidade que se tem desses dentes com estruturas nobres, o que faz com que o planejamento e o conhecimento anatômico sejam primordiais para que a cirurgia possa acontecer sem intercorrências [4].

Alguns acidentes acontecem por falha no planejamento, técnicas inadequadas, instrumentos inadequados, uso de força excessiva e inexperiência profissional [3].

No entanto, existem outros fatores que podem influenciar para que o paciente seja mais susceptível a desenvolver essas complicações como: idade do paciente, uso de anticoncepcionais, condição sistêmica, sexo, volume do dente, grau de compactação do dente no alvéolo, infecções ou lesões existentes, entre outros [5].



Ao se abordar terceiros molares inclusos, é essencial avaliar sua posição e relação com estruturas anatômicas adjacentes. A classificação de Pell e Gregory é uma ferramenta utilizada para tal fim, levando em consideração a relação do terceiro molar incluído com o ramo ascendente da mandíbula e com o segundo molar. Podendo os terceiros molares serem classificados em 6 classes, 3 em relação ao ramo ascendente da mandíbula e 3 com relação ao segundo molar [6].

Com relação ao ramo ascendente da mandíbula, são classificados como classe I dentes com espaço suficiente entre a face anterior do ramo ascendente da mandíbula e o terceiro molar, como classe II dentes com espaço insuficiente entre o ramo e o terceiro molar, como classe III dentes completamente incrustados no ramo ascendente [6].

Com relação com o segundo molar, são classificados como classe A dentes em que a parte mais oclusal do dente incluído está ao nível ou acima do plano oclusal do segundo molar, como classe B dentes em que a parte mais oclusal do dente incluído está abaixo do plano oclusal, mas acima do colo do segundo molar, como classe C dentes em que a parte mais oclusal do dente incluído está abaixo do colo do segundo molar [6].

Além disso, a classificação de Winter, também se torna importante na realização da exodontia de terceiros molares inclusos de forma segura, a mesma é baseada na angulação do terceiro molar incluído, com relação ao longo eixo do dente do segundo molar. Esta classificação categoriza os dentes em: vertical (classe I), horizontal (classe II) mesioangular (classe III), distoangular (classe IV), invertido (classe V) [6].

### **3.3 Prevenção de acidentes e complicações**

Existem passos primordiais que não devem ser ignorados quando o assunto se trata de qualquer cirurgia, como: preparo do paciente, antisepsia, manejo cuidadoso do tecido, boa visualização do campo cirúrgico, técnicas cirúrgicas corretas, uso de materiais adequados e instruções pós-operatórias. Seguindo todos esses passos, o risco de complicações e acidentes caem drasticamente [7].



Outrossim que é de extrema importância é a realização do planejamento cirúrgico através de uma anamnese minuciosa, associada ao exame intraoral e extraoral. Os exames complementares como de imagem e laboratoriais também devem ser solicitados, obtendo assim maior clareza sobre o caso do paciente e tendo mais segurança ao realizar o procedimento, reduzindo as chances de acidentes no período transoperatório [8].

Existem algumas complicações como dor e edema que são esperadas em qualquer tipo de procedimento cirúrgico, uma alternativa para combater esse tipo de complicação são o uso de analgésicos e anti-inflamatórios, que se encaixam como medicação preemptiva, isto é, antes da realização da cirurgia, é recomendado a administração desses medicamentos para reduzir a dor e o edema no pós-operatório [9].

Por se tratar de cirurgias longas e traumáticas o uso de mordedores também auxiliam na redução do desconforto do paciente, evitando assim o trismo e trazendo mais conforto no período pós-operatório para os pacientes [4].

### 3.4 Principais acidentes e complicações

Observa-se uma prevalência significativa de intercorrências durante os períodos pós-operatório e transoperatório da exodontia de terceiros molares. Entre as principais complicações relatadas estão o trismo, edema, dor, hemorragia, alveolite, fraturas mandibulares, lesões nervosas e comunicação buco sinusal [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

#### 3.4.1 Trismo

O trismo pode manifestar-se devido a duas causas principais: a administração de anestesia nos músculos de mastigação, resultando em lesões nessas fibras musculares, e a ocorrência de períodos cirúrgicos prolongados, edema e infecções no pós-operatório. Esta condição, como destacada pela referência mencionada, resulta em dificuldades significativas para o paciente ao abrir a cavidade oral [2].



Para abordar efetivamente o trismo, sugerem diversas abordagens terapêuticas. Estas incluem intervenções como fisioterapia, utilização de relaxantes musculares e aplicação de compressas de água quente e morna. Além disso, caso o trismo esteja associado a processos inflamatórios, o tratamento deve envolver o uso de antibióticos e anti-inflamatórios [2].

É crucial diferenciar o trismo da fibrose da articulação temporomandibular, este último, embora possa apresentar sintomas semelhantes, constitui uma condição distinta que requer uma abordagem específica de diagnóstico e tratamento [10].

#### 3.4.2 **Edema**

O edema pós-exodontia é uma preocupação significativa devido à sua capacidade de aumentar a tensão nas áreas suturadas, predispondo à deiscência das mesmas. Esta condição é caracterizada pelo aumento do líquido intersticial nos tecidos moles, resultando em inchaço [7].

Estratégias para controlar o edema são essenciais no manejo pós-cirúrgico. O uso de gelo durante as primeiras 24 horas após o procedimento é recomendado para reduzir o inchaço, com aplicação a cada 20 minutos. No segundo dia, nenhum método térmico deve ser empregado na região afetada. A partir do terceiro dia, se o edema persistir, a aplicação de compressas quentes é indicada [11].

Quanto à prevenção do edema, a terapia padrão envolve o uso de anti-inflamatórios esteroidais, isoladamente ou em combinação com anti-inflamatórios não esteroidais, demonstrando eficácia independentemente da via de administração [11].

#### 3.4.3 **Dor**

A dor é entendida como uma reação desagradável, nesse caso em resposta ao trauma que é gerado durante a cirurgia, é importante entender que cada paciente tem um limiar de dor diferente, podendo ela ser leve até forte. Deve ser tratada com uso de analgésicos não opióides [7].



#### 3.4.4 Hemorragia

A hemorragia é caracterizada pelo extravasamento anormal de sangue que não se coagula, resultando na ausência de hemostasia natural. Este fenômeno pode ocorrer tanto durante o período transoperatório quanto no pós-operatório [11].

Para conter essa hemorragia excessiva, uma variedade de abordagens está disponível. Entre elas estão o uso de gases, técnicas cirúrgicas como pinçagem, ligadura e suturas, assim como a aplicação de agentes coagulantes à base de fibrina, colágeno, celulose, cera para osso e medicamentos hemostáticos [4].

#### 3.4.5 Alveolite

A alveolite é uma condição necrótica resultante do atraso na cicatrização, causado pela desintegração do coágulo sanguíneo no alvéolo [12]. Streptococcus e Staphylococcus, presentes dentro do alvéolo, contribuem para a fibrinólise do coágulo, levando à exposição do alvéolo [13].

Este quadro geralmente se manifesta de 2 a 4 dias após a exodontia, com sinais clínicos que incluem dor persistente, halitose, periadenite cervical e mal-estar geral. A alveolite pode ser classificada em seca e purulenta. A alveolite seca é frequentemente causada pela ausência de coágulo após a extração, enquanto a alveolite purulenta é uma consequência da alveolite seca não tratada, resultando na formação de exsudato purulento [14].

O tratamento da alveolite seca envolve irrigação com soro fisiológico ou clorexidina 0,12% e curetagem, podendo-se também utilizar medicamentos tópicos como o alveolex. No caso da alveolite purulenta, o tratamento é semelhante, mas se tem a adição de antibióticos prescritos [14].

#### 3.4.6 Fraturas mandibulares

As fraturas mandibulares representam uma complicação potencialmente grave associada à exodontia, podendo ser desencadeadas por força excessiva durante o



procedimento, especialmente quando o uso da alavanca é inadequado e há desgaste ósseo pré-existente. Além disso, fatores predisponentes, como tumores císticos, diabetes, osteomielite e distúrbios do metabolismo do cálcio, também podem contribuir para o surgimento dessas fraturas [2].

Essas fraturas podem ocorrer tanto durante a cirurgia quanto até quatro semanas no período pós-operatório. Os métodos de tratamento primários incluem abordagens não cirúrgicas, como o bloqueio maxilomandibular, e cirúrgicas, que envolvem a redução da fratura e sua fixação com placas e parafusos [15].

A decisão entre tratamento conservador e cirúrgico depende de vários fatores, incluindo a presença de deslocamento, a complexidade da fratura, o número de dentes envolvidos e o tipo específico de fratura. No tratamento conservador, um arco pré-fabricado é adaptado e fixado aos dentes para restaurar a oclusão do paciente, com o bloqueio sendo mantido por um período mínimo de 45 dias [16].

Por outro lado, o tratamento cirúrgico é indicado para fraturas desfavoráveis, cominuídas e com deslocamento significativo, como também observado pelos mesmos autores. Esta abordagem envolve a redução da fratura e sua fixação com placas e parafusos, sendo o tipo de sistema de fixação utilizado dependente do tipo e complexidade da fratura. Para fraturas simples, placas de 2.0 mm são frequentemente empregadas, enquanto para fraturas complexas, placas de 2.4 mm são mais indicadas [15].

### 3.4.7 **Comunicação bucosinusal**

A comunicação buco sinusal é frequentemente desencadeada pela proximidade do dente a ser extraído com a parede do seio maxilar, como ressaltado por Bazarin e Oliveira (2018). O diagnóstico dessa condição requer uma abordagem multifacetada, envolvendo tomografias computadorizadas, radiografias panorâmicas e a técnica de Valsalva, a qual consiste na compressão bilateral das asas do nariz para detectar a





passagem de ar da cavidade nasal para a bucal, produzindo um ruído de borbulhamento [17].

É imperativo fechar essas comunicações buco sinusal para evitar a contaminação bacteriana do seio maxilar, que pode resultar em sinusite, como observado pelos mesmos autores. O tratamento varia de acordo com o tamanho da comunicação. Comunicações menores que 2mm podem ser tratadas mantendo-se o coágulo no alvéolo e instruindo o paciente a evitar assoar, tossir e espirrar. Comunicações entre 2 e 6mm requerem a realização de um ponto na área afetada, além da prescrição de antibióticos por 5 a 7 dias e um descongestionante nasal como Sudafed. Já comunicações maiores que 6mm exigem uma nova intervenção cirúrgica [2].

Entre as intervenções cirúrgicas comumente empregadas, incluem-se a utilização de retalhos locais, retalhos deslizantes, suturas de bordas e a técnica de Bichat, Para prevenir infecções e promover a cicatrização após o fechamento da comunicação buco sinusal, a penicilina é frequentemente o antibiótico de escolha, sendo recomendada sua associação a um anti-histamínico e um descongestionante nasal por um período de 7 a 10 dias [17].

#### 3.4.8 Lesões nervosas

Antes de abordar as lesões nervosas, é crucial compreender as diferentes categorias em que elas se enquadram. Tradicionalmente, essas lesões são classificadas em três tipos distintos: neuropraxia, axonotmese e neurotmese. Na neuropraxia, ocorre apenas uma contusão leve no nervo, sem ruptura do axônio ou da bainha epitelial, e é geralmente reversível. Na axonotmese, há perda do axônio, mas a bainha epitelial permanece intacta, embora a recuperação possa exigir intervenção cirúrgica. Por fim, na neurotmese, o nervo é completamente rompido, resultando na perda tanto do axônio quanto da bainha epitelial, e essa lesão não é reversível [2].



Em contextos odontológicos, a maioria das lesões nervosas é do tipo neuropraxia e tende a se resolver em cerca de dois meses após a exodontia. No entanto, se a sensação de parestesia persistir por mais de três meses, é recomendável encaminhar o paciente para avaliação por um neurocirurgião [5].

Recentemente, o uso de lasers de baixa potência tem sido explorado como uma opção terapêutica eficaz para o tratamento de parestesias. Seguindo um protocolo de três vezes por semana, com duração de uma a oito semanas, essa abordagem tem se mostrado promissora ao estimular a formação de novas fibras de colágeno, fortalecendo assim a revascularização local [18].

#### 4. **Considerações finais**

A análise dos dados coletados aponta que os acidentes e complicações mais comuns incluem: trismo, edema, dor, hemorragia, alveolite, fraturas mandibulares, comunicação bucosinusal e lesões nervosas. Esses eventos, se não identificados e manejados adequadamente, podem levar a consequências graves para o paciente. Assim, é fundamental que os clínicos estejam bem informados e preparados para reconhecer e lidar com essas intercorrências.

Conclui-se, portanto, que, apesar dos riscos inerentes, a exodontia de terceiros molares, quando planejada e executada com base em um sólido conhecimento teórico e prático, oferece mais benefícios do que prejuízos para os pacientes.

#### 5. **Declaração de direitos**

O(s)/A(s) autor(s)/autora(s) declara(m) ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declara(m) que as imagens e textos publicados são de responsabilidade do(s) autor(s), e não possuem direitos autorais reservados a terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declara(m) respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declara(m) não cometer plágio ou auto plágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.



## 6. Referências

1. Simões FB, Santos GP, Olandosky M, Guariza O. Análise dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares inferiores retidos ocorrido em Curitiba (PR). *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2005;2(2):43-48.  
Disponível em:  
<http://www.odontologiasobral.ufc.br/wordpress/wp-content/uploads/2010/02/artigo003.pdf>.
2. Castanha DM, Andrade TI, Costa MR, Nunes JRRM, Vasconcelos RG. Considerations regarding accidents and complications in thir molar extractions: literature review. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2018;24(3):105-109. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/341459022\\_CONSIDERACOES\\_A\\_RESPEITO\\_DE\\_ACIDENTES\\_E\\_COMPLICACOES\\_EM\\_EXODONTIAS\\_D\\_E\\_TERCEIROS\\_MOLARES\\_REVISAO\\_DE\\_LITERATURA](https://www.researchgate.net/publication/341459022_CONSIDERACOES_A_RESPEITO_DE_ACIDENTES_E_COMPLICACOES_EM_EXODONTIAS_D_E_TERCEIROS_MOLARES_REVISAO_DE_LITERATURA).
3. Ferreira Filho MJS, da Silva HRS, Rosario MSR, Takano VYS, do Nascimento JR, Aguiar JL. Accidents and complications associated with the exodonty of molar third parties – Literature review. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(11):93650-93665. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-687>.
4. Flor LC de S, Trinta LB, Gomes AVSF, Figueiredo RB, Sousa ACA, Silva LCN da. Factors associated with accidents and complications on third molar extraction: a literature review. *Research, Society and Development*. 2021;10(10):e281101018932. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18932>.
5. Bazarin R, Oliveira RV. Acidentes e complicações nas exodontia. *Revista uningá*. 2018;55(1):32-39. Disponível em: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.55.eUJ2102>.



6. Peterson LJ. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. [S.l.]: Elsevier, última edição disponível.
7. Ferreira GM, Ribeiro J, Mandarino S. Complicações pós operatórias de cirurgias de terceiros molares. Cadernos de odontologia UNIFESO. 2022;4(2):215-223. Disponível em:  
<https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/viewFile/3343/1246>. Acessado em: 20, Fev. 2023.
8. Conceição AV, Menezes MM, Lima NLP, Camilotto LS. Complicações associadas à extração dos terceiros molares inclusos: revisão de literatura. Brazilian Journal of Development. 2021;7(11):102975-102988. Disponível em:  
<https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-087>.
9. Castro FAS, Gomes AVSF, Freire AVG, Lima AYO, Carvalho RA, Fontelene MEG, et al. Accidents and complications in lower third molar sugery. Research, Society and Development. 2022;11(4):e43711427733. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27733>.
10. Grimán OAR. Trismo. Gaceta Médica de Caracas. 2003;111(4):1111-1115. Disponível em: [https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0367-47622003000400008&script=sci\\_arttext](https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0367-47622003000400008&script=sci_arttext).
11. Andrade VC, Rodrigues RM, Bacchi A, Cosser RC, Bourguignon Filho AM. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares – revisão de literatura. Saber científico odontológico. 2012;2(1):27-44. Disponível em:  
<http://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1164/1016>.
12. Meyer ACA, Lima JRS, Nascimento RD, Moraes MB, Tera TM, Raldi FV. Prevalência de alveolite após a exodontia de terceiros molares impactados. Rev Odonto. 2011;18(1). Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-56952011000100005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-56952011000100005&script=sci_arttext&tlng=pt).
13. Portela PP, Bedendo RS, Vieira PGM, Magalhães SR. A complicação alveolite após a remoção do terceiro molar inferior: revisão de literatura. Revista de



- iniciação científica da universidade vale do rio verde. 2014;4(1):94-104.  
Disponível em:  
<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/1556/1222>.
14. Donini DS. ACIDENTES E COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES. Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2012. Disponível em:  
<https://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2012/DANIELE%20DOS%20SANTOS%20DONINI.pdf>.
15. Rodrigues AR, Oliveira MTF, Paiva LGJ, Rocha FS, Silva MCP, Zanetta-Barbosa D. Fratura mandibular durante remoção do terceiro molar: fatores de risco, medidas preventivas e métodos de tratamento. Revista Odontológica do Brasil Central. 2013;22(36):124-127. Disponível em:  
<https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/792/699>.
16. Custódio Neto AL, Júnior Menezes CD, Cavalcanti FBN, Serpa MR, Cosso MG, Faria JMP. Considerações sobre o tratamento de fratura mandibular após remoção de terceiro molar. Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2010;3(2):106-113. Disponível em:  
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/1234>.
17. Parise GK, Tassara LFR. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura. Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2016;40(149):153-162. Disponível em:  
[https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/149\\_555.pdf](https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/149_555.pdf).
18. Silva IGA, Sobral AS, Santos NP, Nascimento IKS, Vale MCS, Scroli WP. Parestesia do nervo alveolar inferior e sua relação com a cirurgia de terceiro molar. E-acadêmica. 2022;3(3):e0833254. Disponível em:  
<https://eacademica.org/eacademica/article/view/254>.