

# DIFERENTES INCISÕES PARA A REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES INCLUSOS

**Jaelma Pereira da Silva<sup>1</sup>, Luís Ronaldo Picosse<sup>1,2</sup>, Renata Amadei Nicolau<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Univap/FCS, Av. Shishima Hifumi, 291 – Urbanova, São José dos Campos, SP,  
jaelmapereira@hotmail.com

<sup>1,2</sup> Univap/FCS, Av. Shishima Hifumi, 291 – Urbanova, São José dos Campos, SP  
ICB, Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, SP, lpicosse@hotmail.com  
Univap/FCS, Av. Shishima Hifumi, 291, Urbanova, São José dos Campos, SP,  
rani@univap.br

**Resumo-** Os autores fizeram uma revisão da literatura sobre os traçados incisionais para acesso cirúrgico aos terceiros molares inferiores inclusos, com a finalidade de discutirem a incisão mais adequada aos diversos tipos de inclusão que estes dentes podem apresentar. Verificaram que diversos autores se preocuparam com este fato, desde há muito, provavelmente pela alta incidência de seqüelas cirúrgicas relacionadas à cicatrização no pós-operatório, que causam dores de alta intensidade e deixam os pacientes com bastante intranqüilidade. O fato mais relevante nestas seqüelas é a deiscência da sutura que, acontecendo e por ser localizada na cavidade bucal, permite a penetração de resíduos alimentares trazendo, como conseqüência, infecções com alto grau de severidade, e bastante dolorosas para o paciente. Ao final do levantamento, tiram suas próprias conclusões sobre o traçado ideal para cada tipo de inclusão dentária dos terceiros molares inferiores, visando sempre a mais perfeita reparação tecidual, e, por conseguinte, um melhor pós-operatório para o paciente.

**Palavras-chave:** cirurgia; extrações dentárias; dentes inclusos; incisões; terceiros molares inferiores

## Área do Conhecimento: Cirurgia

### Introdução

A cirurgia para a remoção de terceiros molares inferiores inclusos se reveste de um alto grau de complexidade, seja pelas relações anatômicas que este dente apresenta, seja pelo seu freqüente posicionamento desfavorável no interior da mandíbula. Muitas vezes, o sucesso cirúrgico destoa do pós-operatório, onde complicações deste procedimento podem advir com relativa freqüência. O fator que mais contribui para as complicações no pós-operatório é, sem dúvida, a deiscência da sutura que, devido sua localização próxima às bochechas, estruturas extremamente móveis, sofre tensões que favorecem esta condição.

As incisões executadas para o acesso cirúrgico a esses dentes devem, além de proporcionar um campo operatório amplo para perfeita visualização do objetivo cirúrgico, impedir que os tecidos permaneçam instáveis e se desloquem de seus posicionamentos, ocasionando as chamadas “deiscências” de suturas, com desagradáveis conseqüências pós-operatórias para os pacientes, além de evitar constantes bolsas periodontais ao longo das faces distais dos segundos molares inferiores, vizinhos aos dentes removidos. Nesse caso, alimentos invadirão o alvéolo dentário remanescente, promovendo uma osteomielite de suas paredes,

numa complicação fortemente álgica, debilitando o paciente em sua recuperação.

Visando evitar estas deiscências, diversos autores propuseram-se a estudar diferentes traçados incisionais com o intuito resolver esta seqüela, evitando, por conseguinte, infecções dos alvéolos dentários dos terceiros molares.

O objetivo deste trabalho é o de coletar estes diferentes traçados de incisão preconizados pelos diversos autores, discutir sobre as vantagens e desvantagens de cada um, tentando estabelecer um protocolo que traga as menores conseqüências possível aos pacientes que se submeteram a este complexo procedimento cirúrgico.

Revedo a literatura pertinente, verifica-se o grande volume de variantes incisionais preconizados por diversos autores, sempre com objetivos bem claros, descritos acima.

Partindo da clássica descrição de Cogewell em 1933, onde a incisão era feita sobre a crista alveolar, desde a papila retromolar até a distal do segundo molar, estendendo-se, anteriormente, ao longo do sulco gengival deste dente, onde uma relaxante partiria de sua porção mesial em direção ao limite mucogengival. Posteriormente, esse traçado foi modificado por Ward em 1946 e reafirmado por Archer em 1975; a diferença entre estes dois autores e Cogewell é

que a modificação sugerida consistia em um traçado incisional onde, da distal do segundo molar a incisão dirige-se para o fundo de sulco vestibular, preservando o sulco deste dente, não invadindo-o. Segundo o autor, esta incisão estaria mais indicada naqueles casos em que o terceiro molar estiver em posição vertical, sem necessidade de uma osteotomia mais ampla.

Esta incisão de Ward não teve sua utilização globalizada, fazendo com que a incisão originária de Cogewell se mantivesse a preferida entre os cirurgiões; provavelmente, a maior facilidade de se conseguir o acesso ao terceiro molar incluso tenha falado mais alto, visto que sua maior indicação seria naqueles casos em que a posição mais profunda do terceiro molar e com importante impacção na distal do segundo, favoreceria um acesso mais amplo aquele dente.

No final da década de sessenta, Maurel sugere uma modificação na técnica de Cogewell, afirmando que ao invés de se penetrar o sulco gengival do segundo molar, a incisão fosse feita contornando-o, ao longo do sulco vestibular. Segundo este autor, citado por Rowe em seu livro clássico de 1971, esta incisão seria indicada nos casos de dentes já parcialmente irrompidos e como proteção à gengiva marginal relacionada ao segundo molar. O mesmo autor contra-indica esta técnica naqueles casos em que o terceiro molar encontra-se em méso-angulação, com impacção profunda no colo do segundo molar contíguo.

Em 1987, Kruger sugere, em seu tratado, uma nova alteração no traçado incisional de Cogewell, fazendo a mesma incisão sobre a crista alveolar até a distal do segundo molar, contornando o segundo molar pelo interior do sulco gengival deste, porém com a variante de não se fazer uma incisão relaxante junto à papila M do segundo molar, e sim estendendo a incisão em direção ao sulco gengival do primeiro molar. A vantagem desta técnica – que foi batizada por Peterson de “incisão em envelope” – é que evita uma segunda incisão (a relaxante), trazendo um benefício para o paciente. Esta técnica, segundo o autor, estaria bem indicada, principalmente, para portadores de próteses fixas nos segundos ou primeiros molares. Como contra-indicação, teríamos a inclusão profunda do terceiro molar, tendo em vista a menor distensão dos tecidos para o acesso cirúrgico.

Lotter, em 1984, apresenta novo traçado incisional para esta intervenção cirúrgica, preconizando uma incisão única na crista do rebordo até a distal do segundo molar, e uma segunda incisão, ao longo do sulco bucinador e próxima à gengiva marginal dos molares inferiores (tanto primeiro como o segundo), sem contudo, incisa-las. Sua indicação mais precisa, seriam os

portadores de próteses fixas nos molares e premolares inferiores, preservando as papilas interdentárias relacionadas a estes dentes.

Recentemente, Berzaghi e Curcio<sup>(1)</sup> em 1989 sugerem um novo desenho do traçado incisional, que, pela semelhança com letra do alfabeto designaram de incisão em “M”. Em seu artigo, os autores acreditam que este tipo de incisão, além de ser de fácil execução, favorece a visualização do campo cirúrgico, incluindo a região distal do segundo molar. Em prol desta afirmação, os autores enfatizam que a incisão sobre a crista do rebordo é feita o mais próximo possível da margem lingual da mandíbula, sem contudo invadir esta região, preservando importantes estruturas anatômicas aí presentes.

Em publicação de 1998, Stevão e Azoubel propõem um diferente traçado que denominaram de incisão em “S”, mais uma vez denominando estes traçados com as formas de letras do alfabeto. Esta incisão teria como vantagens a máxima preservação das estruturas anatômicas vizinhas e respeitar a premissa cirúrgica que diz que as incisões devem ser executadas sobre tecido íntegro e, de preferência, na boca, sobre estrutura óssea. Como principal indicação, os autores enfatizam que esta incisão só deva ser indicada naqueles casos em que os terceiros molares inferiores estejam, ou totalmente intra-ósseos ou submucosos, pois se já tiverem parcialmente irrompidos, inviabilizaria o retalho único, conseguido por este procedimento. O traçado incisional se inicia desde o sulco gengival da face méso-lingual do segundo molar, contornando sua face distal, até o ângulo disto-vestibular; em seguida, a incisão é seguida em direção posterior até ao espaço retromolar, sobre a linha oblíqua da mandíbula.

Segundo um padrão de incisões que se assemelham às letras do alfabeto, Heitz, Martins Ferreira e Diefenbach, em artigo publicado em 2003, propõem um outro traçado, que nomearam de “incisão em “V”. Esta incisão parte da papila disto-lingual do segundo molar inferior, segue reto pelo sulco distal deste dente, descendo até o fundo de sulco vestibular; uma segunda incisão, com cerca de dois centímetros de comprimento, começa no vértice da primeira e segue sobre a linha oblíqua da mandíbula, formando uma figura semelhante a letra “V”. Esta incisão, segundo os autores, estaria indicada em diversas situações de posicionamento dentário, desde que não exista uma impacção no segundo molar e que o dente esteja em total inclusão.

## Discussão

Em vista das exposições aqui colocadas sobre a grande variedade de traçados incisoriais, julgamos pertinente tecer alguns comentários a

respeito do melhor tipo de retalho cirúrgico para este tipo de intervenção. É preciso lembrar, que a escolha do tipo de incisão está na relação direta de como se apresenta a inclusão dentária, em vista do melhor e mais amplo acesso ao dente, bem como a tentativa de se evitar seqüelas desagradáveis como as deiscências de suturas, provocando infecções ósseas bastante dolorosas.

Desta forma, as incisões devem, preferencialmente, ser suficientemente extensas, sem que se chegue ao exagero, para um acesso bom e sem tensões, evitando-se que descolamentos de retalhos excessivamente pequenos causem dilacerações e maior trauma sobre os tecidos moles de revestimento, prejudicando a cicatrização.

Tradicionalmente, a incisão mais utilizada pelos cirurgiões é a conhecida incisão em "envelope", preconizada por Kruger em 1987. Realmente, é uma incisão bastante tranqüila e se executar e com a grande vantagem de ser facilmente suturada, sem tensões sobre os tecidos e, portanto, um reparo tecidual muito melhor. Esta incisão oferece um bom acesso cirúrgico e visualização suficiente naqueles casos em que os dentes apresentem-se mais superficiais, e em posição menos vestibularizada.

Em contrapartida, naquelas situações onde os terceiros molares inferiores apresentem uma inclusão mais profunda e uma posição mais vestibularizada em relação à crista alveolar, onde uma osteotomia deva ser executada de forma mais avantajada, a tendência é pela clássica incisão de Cogewell de 1933, onde existe a presença de uma incisão relaxante, partindo do sulco gengival do segundo molar. Esta incisão favorece o acesso aos dentes com inclusão mais profunda, facilitando o acesso de brocas para a odontoseção corono-radicular. Além disso, permite uma osteotomia mais ampla.

No que diz respeito à incisão de Ward, modificada de Cogewell, onde este autor executa uma incisão na crista alveolar, desde a papila retromolar até a distal do segundo molar, partindo daí uma incisão relaxante sem penetrar o sulco gengival deste dente, deixa a desejar no quesito "acesso amplo". Realmente, o fator importante da preservação do sulco gengival do segundo molar não encontra guarida no acesso ao dente incluso, principalmente naqueles casos em que a oclusal do terceiro molar apresenta grande impactação na distal do segundo molar.

Nesta mesma linha de pensamento, a incisão descrita por Maurel, que na realidade é uma modificação da de Cogewell, onde o traçado é semelhante sem apenas penetrar o sulco gengival, é bastante interessante e conservadora, só que é limitada àqueles casos onde o terceiro

molar incluso encontra-se vertical e com cúspides já em irrompimento, onde o acesso não é tão fundamental e a osteotomia é muito mais conservadora. De qualquer forma, tem sua indicação e os resultados fornecem uma boa reparação cicatricial.

Quanto a incisão proposta por Stêvão, não concordamos com as justificativas fornecidas pelo autor, pois julgamos que o traçado partindo do sulco gengival, pelo lado lingual e posteriormente direcionando-se pela linha oblíqua da mandíbula, em nada contribui para melhor o acesso ao dente incluso, além da maior possibilidade de se provocar acidentes pela dificuldade de incisionar-se pelo lado lingual da mandíbula. O fato ainda de se incisar todo o sulco gengival junto à face distal do segundo molar, pode favorecer o aparecimento de bolsas periodontais na distal deste dente, comprometendo a reparação e a integridade dos tecidos periodontais que permanecerão na boca, após a intervenção.

Finalmente, no traçado incisivo proposto pelos autores Heitz, Martins Ferreira e Diefenbach, também temos nossa discordância, principalmente pelo fato de que dois traçados devem ser executados, favorecendo as complicações e em nada contribuindo pela simplificação dos atos cirúrgicos, como sói a acontecer em qualquer intervenção onde tecidos orgânicos devam ser separados em sua integridade. Note-se, que os autores recomendam que, após o descolamento do retalho mucoperiosteal da área de interesse, o tecido deva ser fixado a um ponto de reparo, o que torna o tempo cirúrgico com um fator a mais a ser executado. Em nossa concepção, este traçado não contribui para uma melhor visualização de nosso objetivo cirúrgico, com o agravante de que as duas incisões correm o risco de não repousar sobre tecido ósseo, quando da sutura.

## Conclusão

Após a leitura dos artigos objetos desta revisão, algumas conclusões podem ser inferidas e relacionadas como de grande importância: 1- que o acesso cirúrgico é fundamental para o sucesso da cirurgia, com incisões suficientemente amplas e que permitam uma adequada visualização do objetivo cirúrgico; 2- que quando da reposição do retalho mucoperiosteal rebatido, esse recaia sempre sobre tecido ósseo sadio, pois nesse caso a cicatrização será melhor efetuada e 3- a eliminação de qualquer tensão sobre os tecidos moles favorece a reparação sem a ocorrência de deiscência pois, nesse caso, o pós-operatório será de grande desconforto para o paciente. Apesar das várias descrições existentes sobre esses traçados incisivos, julgamos que as clássicas incisões descritas por Kruger (técnica do envelope) e as de Cogewell

(com a presença de uma incisão relaxante na vestibular do segundo molar), respondem, satisfatoriamente, como melhores acessos e reparação cicatricial em todos os variados tipos de inclusão que os terceiros molares podem assumir.

Como corolário destas inflexões, podemos afirmar que, quanto mais simplificada for a técnica cirúrgica, quanto mais eficiente for seu resultado, tanto melhor para o profissional e para o paciente. Assim sendo, a indicação de uma incisão deve estar atinente ao bom senso do cirurgião e de seu refinamento das técnicas cirúrgicas, pois toda reparação está na razão direta dos traumas sobre a ferida, do manuseamento dos tecidos e do tempo de exposição cirúrgica no trans-operatório.

#### **Referências:**

- 1- COGESWELL, W.W. Variations in normal anatomic structure. J. Oral Sint. Ass. , v. XX. n. 2 , p. 1423-27, 1933.
- 2- SCHRAM, W.R. Dentes não irrompidos. In: Técnicas de cirurgia oral. Cap.11, p.131-142. Rio de Janeiro. Editora Científica, 1964.
- 3- ANCHER, W.H. Cirurgia Bucal. p. 124-166. Buenos Aires: Editorial Mundi, 2 ed. , 1968.
- 4- KRUGER, G. A Cirurgia bucal e maxilo-facial. 5. ed. 152 p. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1984.
- 5- LOTTER, R. Periodontal considerations in the extracion of retained wision teeth varyng technics. Chir. Dent. Fr., v.5, n.252:35-44, 1984.
- 6- BEZAGHI, C.M.P., CURCIO, R., Incisão em M, Revista da Ass. Paulista de Odontologia, vol. 43, n 5, 1989.
- 7- HEITZ, C., FERREIRA, A.G.M. DIFENBACH, R.S. Avaliação da relação entre o grau de retenção dentária e do tipo de retalho mais indicado para cirurgia de remoção dos terceiros molares inferiores retidos. Revista Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, v.46, n.1, p. 27-31, jul. 2005.
- 8- STEVÃO, E.L.I. AZOUBEL, E., Técnica alternativa para remoção de terceiros molares submucosos e intra-ósseos da mandíbula, BCI , 5/2 , abr., jun.1998.
- 9- HOWE,G.L The management of impactedmandibular third molars. In: Minor oral surgery. 2. ed. cap III, p.41-71. Bristol, 1971.