

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

GABRIELA MARCHESAN SAVY

COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – NO PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO

Porto Alegre

2020

GABRIELA MARCHESAN SAVY

COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – NO PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação em
Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Adriana Corsetti

Porto Alegre

2020

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, gostaria de agradecer imensamente à minha orientadora Adriana Corsetti por confiar a mim a continuação deste trabalho lindo e especial. Estar ao teu lado é aprender além da técnica, é sobre responsabilidades, cuidado e dedicação. Te admiro pela excelente profissional que és, pela professora que ama ensinar, por ser uma mãe exemplar e uma amiga com que pude contar nesta trajetória. Assim como para muitos outros, és inspiração e motivação para a profissional e pessoa que busco me tornar!

Agradeço à Taíse Simonetti, que foi muito além de uma dupla com quem dividi este trabalho. Foste apoio incansável nesta trajetória. Obrigada por dividir comigo teus conhecimentos, experiências e conquistas. Contigo aprendi que não há pouco tempo, que sempre é possível alcançar o que desejamos com perseverança e determinação. Teu alto astral e energia são contagiantes e fizeram tudo ser mais leve. Te admiro muito e sou grata pela amizade que construímos!

Aos professores Angelo Luiz Freddo e Eduardo José Gaio, por terem aceitado o convite de fazerem parte da minha banca avaliadora. É uma honra ter profissionais excelentes, qualificados e que são exemplo de dedicação aos seus alunos e pacientes para somar e contribuir no final da minha trajetória acadêmica.

À professora Patricia Weidlich, pelo apoio na construção deste trabalho, foste essencial nesta etapa final. És uma profissional admirável e excepcional!

À todas as amigadas que cultivei na faculdade e as que já faziam parte da minha vida antes dela. Dizem que somos uma soma de quem temos ao nosso lado, e que sorte eu tenho em ter vocês. Não há nada mais precioso do que as lembranças que criamos com quem caminha com a gente.

Ao meu namorado, Alexandre, que esteve ao meu lado desde o começo e que me fez crescer acima das minhas inseguranças e frustrações. Foste meu maior incentivador e fonte de amor. Não imagino esta conquista sem te ter ao meu lado!

E, por fim, mas acima de tudo, agradeço à minha mãe Catarina, ao meu pai Valmir e às minhas irmãs Vitória e Simone. Vocês foram ponte, escada, amparo e o impossível para que eu pudesse alcançar isso hoje. Obrigada por me ensinarem sobre sensibilidade, gentileza e compreensão. Por serem quem são e me ajudarem a construir quem eu sou. Sem vocês, teria sido tudo mais difícil. Essa conquista é nossa! Eu amo vocês incondicionalmente!

RESUMO

A remoção cirúrgica dos terceiros molares retidos é uma das cirurgias orais mais frequentemente realizada. Dessa forma, a busca por fatores que minimizem as complicações pós-operatórias tem um grande impacto na definição do planejamento desses procedimentos cirúrgicos. O objetivo deste estudo é comparar a cicatrização e o reparo tecidual entre dois diferentes retalhos triangulares - retalho de três pontas e retalho de três pontas curto - na remoção cirúrgica de terceiros molares inferiores retidos. Este estudo randomizado, controlado, cego e de boca dividida envolveu 42 pacientes com terceiros molares inferiores bilaterais retidos que estavam simetricamente posicionados. As remoções cirúrgicas foram realizadas em tempos cirúrgicos diferentes. As condições periodontais do segundo molar adjacente, perímetro do alvéolo, percepção pós-operatória do paciente e avaliação clínica da operadora foram registradas no pré-operatório e sete, 14, 30, 60 e 90 dias pós-operatórios. As maiores médias profundidades de sondagem foram observadas no sétimo dia pós-operatório, em três das faces avaliados, para o retalho de três pontas ($P < 0,025$). Além disso, apenas o parâmetro de hematoma foi significativamente maior para retalho de três pontas curto ($P < 0,05$). Como conclusão, o desenho do retalho influencia na cicatrização e reparo inicial das primeiras avaliações pós-operatórias, mas isto parece não evoluir na saúde periodontal do segundo molar adjacente.

Palavras-chave: Dente siso. Dente impactado. Periodonto. Mandíbula.

ABSTRACT

Surgical removal of retained third molars is one of the most frequently performed oral surgeries. Thus, the search for factors that minimize postoperative complications has a major impact in defining the planning of these surgical procedures. The aim of this study is to compare healing and tissue repair between two different triangular flaps – three-point flap and short three-point flap – in the surgical removal of retained lower third molars. This randomized, controlled, blinded, split-mouth study involved 42 patients with impacted bilateral mandibular lower third molars that were symmetrically positioned. Surgical removals were performed at different surgical times. The periodontal conditions of the adjacent second molar, dehiscence of the wound, the patient's postoperative perception and clinical evaluation of the operator were recorded preoperatively and seven, 14, 30, 60 and 90 postoperative days. The highest average probing depths were observed on the seventh postoperative day, on three of the evaluated faces, for the three-point flap ($P < 0.025$). In addition, only the hematoma parameter was significantly higher for a short three-point flap ($P < 0,05$). In conclusion, the design of the flap influences the healing and initial repair of the first postoperative evaluations, but this does not seem to evolve in the periodontal health of the adjacent second molar.

Key words: Third molar. Impacted tooth. Periodontium. Mandible.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Retalho de Szmyd modificado (A) e retalho de três pontas (B)..... 11
- Figura 2 – Retalho de três pontas (A) e retalho de Szmyd modificado (B)..... 12

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética
COMPESQ	Comissão de Pesquisa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1	RETENÇÃO DENTÁRIA.....	9
2.2	TERCEIRO MOLAR INFERIOR.....	10
2.3	INCISÕES.....	10
3	OBJETIVOS	15
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4	ARTIGO CIENTÍFICO.....	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO PERIODONTAL	36
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO PÓS- OPERATÓRIA.....	40
	APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PÓS- OPERATÓRIA.....	41
	APÊNDICE D – TCLE E TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....	42
	ANEXO A – FICHA DE ANAMNESE.....	46
	ANEXO B – CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS	47
	ANEXO C – PARECER COMPESQ	48
	ANEXO D – PARECER CEP	49

1 INTRODUÇÃO

Dentes retidos são definidos pela incapacidade de erupcionar em posição normal na cavidade oral, sendo os terceiros molares inferiores os dentes com maior incidência de retenção. Segundo a AAOMS (2017), esses dentes retidos representam uma entidade potencialmente patológica e a remoção cirúrgica é indicada, após correto diagnóstico, como forma de prevenção a futuras alterações e impactos nas estruturas próximas. Sendo assim, a remoção cirúrgica de terceiros molares inferiores retidos é uma das cirurgias orais mais frequentemente realizadas e requer uma boa compreensão dos princípios cirúrgicos na sua realização (DESAI *et al.*, 2014).

O acesso à área do terceiro molar inferior impactado deve permitir uma adequada visualização e manipulação dos tecidos, obtido, principalmente, através do planejamento do desenho da incisão. Esta escolha influencia na severidade de complicações pós-operatórias, tais como dor, trismo e edema (KUMAR *et al.*, 2013). Estudos tem reportado que, além destes fatores, o tipo de retalho gera um impacto importante no periodonto do segundo molar adjacente (CHEN *et al.*, 2016). De acordo com Rosa *et al.* (2002), a avaliação periodontal após a remoção cirúrgica de terceiros molares inferiores retidos tem levantado questões sobre o resultado direto desta cirurgia na subsequente formação de bolsa periodontal, perda de células epiteliais ou de tecido conjuntivo, e até mesmo perda óssea no segundo molar.

Considerando esses aspectos, diversos desenhos de incisão são descritos na literatura a fim de minimizar complicações pós-operatórias. As incisões do tipo em envelope e triangulares são as mais comumente utilizadas e estudadas na remoção de terceiros molares retidos (YOLCU e ACAR, 2015). Porém, as constantes investigações de autores da relação desta influência do retalho com as condições periodontais do segundo molar adjacente mostram resultados conflitantes entre si.

No intuito de esclarecer o questionamento sobre a melhor forma de acesso ao elemento retido, este trabalho inédito tem por objetivo comparar duas incisões quanto ao reparo tecidual em cirurgia de terceiro molar inferior retido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 RETENÇÃO DENTÁRIA

Dentes retidos, também conhecidos como inclusos, são aqueles que, ao chegar a época de erupção, não irrompem, podendo manter ou não comunicação com a cavidade bucal (MARTINS *et al.*, 2010). Há variações quanto a sua incidência e prevalência; porém, é possível reconhecer uma concordância clínica ao abordar como mais frequentes os terceiros molares inferiores, seguidos dos terceiros molares superiores (PURICELLI, 2014).

Diferentemente de um dente em boca, o dente retido encontra-se contido nas estruturas ósseas, sem desempenhar sua função, pois apresenta algum impedimento em si próprio ou em seu ambiente para realizar sua erupção. Dentre as causas locais para a impaction, podemos citar alterações estruturais dentárias ou ósseas. A presença de maior condensação óssea, discrepância do comprimento do arco dentário, anquilose, dilaceração radicular e lesões tumorais são pontos importantes para definirmos a etiopatogenia da impaction dentária (PURICELLI, 2014).

Puricelli (2014) também apresenta que as complicações associadas à retenção dentária podem ser de natureza mecânica, neurológica, infecciosa ou tumoral. Como exemplo de complicação de natureza mecânica, podemos citar a reabsorção radicular do dente adjacente, que pode ter como consequência alterações no alinhamento e no nivelamento do arco dentário. Quanto às complicações de natureza infecciosa e tumoral, temos o exemplo da pericoronarite aguda e crônica e dos cistos e neoplasias, respectivamente. Por fim, as complicações neurológicas variam de acordo com o grau de envolvimento do nervo trigêmeo e sua sintomatologia.

Dentre as indicações para remoção de um dente retido, além dos fatores já mencionados, Ness (2016) cita prevenção da cárie dentária, considerações ortodônticas como apinhamento de incisivos inferiores, prevenção de fratura de mandíbula para pacientes que se envolvem em esportes de contato direto e tratamento da dor de origem desconhecida. Sempre que possível, o tratamento deve ser realizado antes que a patologia afete de maneira negativa o paciente (AAOMS, 2017).

2.2 TERCEIRO MOLAR INFERIOR

Os terceiros molares inferiores estão presentes em 90% da população, onde 33% apresenta ao menos um terceiro molar retido (YOLCU e ACAR, 2015). Devido a sua alta incidência e por apresentar maior desafio cirúrgico, algumas classificações foram desenvolvidas para melhor planejamento de sua remoção (NESS, 2016). As classificações mais utilizadas são de Winter¹ e de Pell e Gregory².

A presença de retenção mesioangular, maior comprimento do processo alveolar anterior em relação à borda anterior do ramo ascendente, maior espessura do folículo pericoronário, menor profundidade da retenção sob tecido duro ou mole, o tipo de tecido de recobrimento, pacientes mais novos e raízes com rizogênese incompleta são os casos que, geralmente, apresentam maior facilidade para a remoção cirúrgica, de acordo com as classificações propostas (NESS, 2016).

2.3 INCISÕES

Uma vez que terceiros molares retidos não erupcionam na cavidade oral, um retalho cirúrgico deve ser planejado para sua remoção (SUÁREZ *et al.*, 2020). Para tal procedimento, é fundamental a realização de um planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e radiográfico. Dessa forma, há a prevenção de possíveis acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório, muitas vezes relacionados à posição e à localização do dente retido (ANDRADE, 2012).

A escolha do tipo de retalho mucoperiosteal a ser utilizado é determinada em função do acesso desejado e das estruturas anatômicas relacionadas (NUNES *et al.*, 2005). O retalho deve permitir uma boa visualização do campo operatório e o traço de incisão deve repousar sobre tecido ósseo hígido, prevenindo, assim, o colapso do retalho e a deiscência de sutura.

O desenho da incisão é um dos fatores de uma intervenção cirúrgica que pode influenciar na severidade de complicações pós-operatórias tais como dor, trismo,

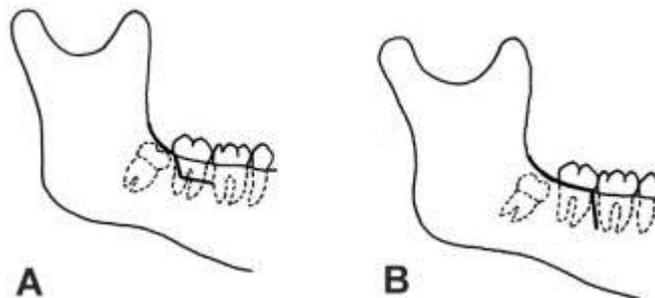
¹ Classificação de Winter (1926): considera a inclinação do dente incluso em relação ao longo eixo do segundo molar adjacente (vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, vestibuloangular, linguoangular e invertido).

² Classificação de Pell e Gregory (1933): considera profundidade de inclusão em relação ao ramo ascendente mandibular (Classe I, II ou III) e quanto ao plano oclusal do segundo molar adjacente (Posição A, B ou C).

edema e comprometimento da saúde periodontal do segundo molar adjacente (YOLCU e ACAR, 2015). Em relação as avaliações periodontais, inúmeras investigações têm sido realizadas nas últimas décadas na busca de proporcionar melhores resultados periodontais. Conseqüentemente, diversos desenhos de incisão são descritos na literatura buscando os melhores resultados de cicatrização alveolar e minimização dos impactos causados.

Rosa e colaboradores (2002) compararam dois tipos de incisões: retalho modificado por Szmyd e retalho de três pontas, com relaxante na mesial do segundo molar (FIGURA 1). Os autores observaram o efeito sobre a saúde periodontal dos segundos molares adjacentes, avaliando a saúde periodontal por profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e nível ósseo. E, como resultado, mostraram que independentemente do tipo de retalho usado, a saúde periodontal dos segundos molares piorou com o tempo, mas permaneceu dentro de “níveis aceitáveis”.

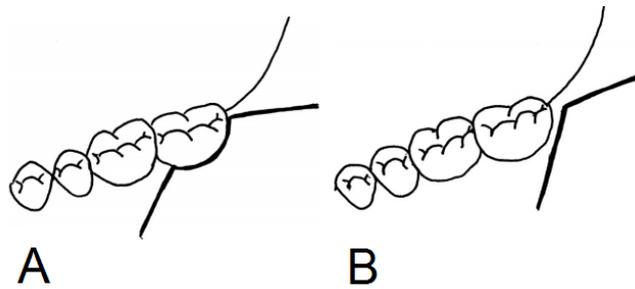
Figura 1 – Retalho de Szmyd modificado (A) e retalho de três pontas (B).



Fonte: Rosa *et al.*, 2002, p.405.

Kirtiloglu e colaboradores (2007) aferiram os efeitos dos mesmos retalhos, porém com diferentes desenhos destas incisões. Os desenhos das incisões estão representados na Figura 2. Observou-se que após 1, 2 e 4 semanas, o retalho modificado por Szmyd mostrou melhores resultados pelo fato de a incisão não percorrer a face vestibular do segundo molar. Entretanto, não houve diferença significativa entre a saúde periodontal pré e pós-operatória em até 12 meses, independentemente da técnica utilizada.

Figura 2 – Retalho de três pontas (A) e retalho de Szymd modificado (B)



Fonte: Kirtlog 1u *et al.*, 2007, p. 2206-7

Dentre os inúmeros retalhos empregados, os mais comumente utilizados nas extrações de terceiros molares inferiores são o envelope e o triangular (SUÁREZ *et al.*, 2020), tendo variações nas posições de suas relaxantes. No estudo de Baqain e colaboradores (2012), avaliou-se morbidade pós-operatória, dor, edema, trismo, osteíte alveolar, infecção da ferida e saúde periodontal do segundo molar adjacente nesses dois diferentes retalhos: envelope e triangular (com relaxante na distovestibular do segundo molar). Os resultados deste estudo sugerem que o retalho envelope teve um resultado melhor a curto prazo sobre o edema pós-operatório e trismo, enquanto o retalho triangular permitiu um retorno mais rápido à profundidade de sondagem pré-operatória na distal do segundo molar. Apesar do resultado, o estudo aponta o controle de placa do paciente como ponto-chave para cicatrização periodontal pós-operatória.

Karaca e colaboradores (2007) seguem a mesma linha de pensamento de Baqain e colaboradores (2012), ao definirem que o tipo de retalho utilizado não é o principal fator responsável pela cicatrização periodontal. Os autores relatam que o desenho da incisão influencia a cicatrização primária da cirurgia de terceiro molar retido; entretanto, isso não parece ter um efeito duradouro sobre a saúde periodontal. Ainda, ressaltam que caso ocorra algum desfecho negativo ao segundo molar, isto não corresponde estritamente ao tipo de técnica utilizada ou às consequências da cirurgia em si.

Na comparação dos desfechos obtidos dos mesmos desenhos, incisão triangular e envelope, Alqahtani e colaboradores (2017) concluíram que o retalho triangular foi mais eficaz quando considerado o estado periodontal pós-operatório do segundo molar adjacente e a deiscência após a cicatrização da ferida em comparação ao retalho do tipo envelope. O trabalho forneceu uma boa indicação de que o retalho

triangular modificado pode ser usado para minimizar os comprometimentos periodontais, porém, acreditam ser necessária uma maior amostra para validação.

Em contrapartida, Desai e colaboradores (2014) acompanharam um grupo de 30 pacientes por 15 dias pós-operatórios para avaliação da influência do desenho do retalho envelope e triangular (com relaxante na distovestibular do segundo molar) na visibilidade e acessibilidade durante a remoção cirúrgica do terceiro molar, na formação de hematoma pós-operatório, no fechamento da ferida e na cicatrização do retalho pós-operatório. Como resultados, não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os grupos em razão da visibilidade, acessibilidade e sangramento excessivo durante a cirurgia ou da cicatrização do retalho e sensibilidade dos dentes adjacentes. Os critérios avaliados que apresentaram diferença estatisticamente significativa foram hematoma pós-operatório, limitação de abertura de boca e aumento no perímetro do alvéolo (deiscência de sutura na distal do segundo molar adjacente), que foram piores no grupo de incisão triangular.

Diferentemente dos estudos citados até aqui, Rabi e colaboradores (2017) utilizaram a técnica do retalho triangular com relaxante na mesiovestibular do segundo molar adjacente. O estudo foi realizado em paralelo e, portanto, alocaram os 50 indivíduos em dois grupos diferentes: o primeiro, operado com retalho triangular (com relaxante na mesiovestibular do segundo molar), e o segundo, com retalho envelope. Ao avaliar satisfação do paciente (muito satisfeito a muito insatisfeito), não foi observada diferença significativa entre os grupos. Entretanto, ao compararmos dor pós-operatória durante a semana (quarto, quinto e sexto dia) após a remoção cirúrgica e limitação de abertura de boca, os melhores resultados foram descritos pelo grupo operado com retalho triangular.

Desenhos de incisão similares aos dos autores supracitados foram comparados em outro estudo, retalho em envelope e retalho do tipo bayonet, com relaxante no sulco bucal do segundo molar adjacente (SANDHU *et al.*, 2017). Maiores valores para dor e deiscência da ferida foram observados no retalho em envelope. Não foram observadas diferenças estatísticas significativas para edema e trismo entre as abordagens estudadas.

Quanto às condições periodontais, Krausz, Machtei e Peled (2005) avaliaram as mudanças a longo prazo na saúde periodontal e altura do osso alveolar distal ao segundo molar adjacente após a extração de um terceiro molar impactado. Ao invés de comparar uma incisão com outra, os autores compararam um terceiro molar

submetido à remoção cirúrgica com o outro terceiro molar controle, que não foi extraído. A remoção do terceiro molar impactado resultou em um ganho significativo de altura do osso alveolar na distal do segundo molar adjacente no lado do teste, enquanto a perda óssea leve foi observada no lado do controle.

A ampla comparação dos desfechos dos retalhos em envelope e triangulares em diversos estudos é abordada na revisão sistemática de Suárez *et al.* (2020). Foram avaliados resultados de 11 estudos, que incluíram outras incisões com uso menos comum do que as citadas anteriormente. A revisão mostra não haver achados precisos do efeito do desenho da incisão na morbidade do paciente. Além disso, não houve diferença relevante quanto à percepção de dor e trismo pelos pacientes entre os dois desenhos de incisão, envelope e triangular. Os autores ainda propõem a necessidade de uma nova pesquisa para determinar se o desenho da incisão aumenta a taxa de osteíte alveolar.

Recentemente autores propuseram um novo tipo de retalho derivado da modificação do retalho triangular de Cogswell com o intuito de verificar se permite a cicatrização por primeira intenção em comparação aos resultados obtidos do retalho triangular de Cogswell. Ao final, observou-se que onde o novo método foi empregado os casos apresentaram, aos 14 dias pós-operatórios, maior percentual de cicatrização por primeira intenção do que o antigo método (FIGLIUZZI *et al.*, 2020).

Pelo fato de não existir literatura que compare retalho de três pontas (com relaxante na mesiovestibular do segundo molar) e retalho de três pontas curto (com relaxante na distovestibular do segundo molar), este estudo propõe a comparação destas duas técnicas.

3 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo comparar a cicatrização e o reparo tecidual de duas incisões em cirurgia de terceiro molar inferior retido.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os desfechos clínicos das incisões quanto às condições periodontais do segundo molar adjacente através de sondagem, e quanto à avaliação do perímetro do alvéolo;
- Comparar as incisões quanto à percepção do paciente com relação ao pós-operatório através de questionário e das operadoras através de ficha de avaliação clínica;
- Acompanhar a cicatrização dos tecidos moles através de fotografia intrabucal.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Manuscrito a ser submetido na *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*.

COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO

Táise Simonetti^{1*}, Gabriela Marchesan Savy², Patrícia Weidlich³, Angelo Luiz Freddo⁴, Adriana Corsetti⁴.

¹Aluna da Residência Integrada em Saúde Bucal, ênfase em CTBMF, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; ²Aluna de Graduação, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; ³ Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; ⁴Departamento de Odontologia Conservadora da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Abstract. The aim of this study is to compare healing and tissue repair between two different triangular flaps – three-point flap and short three-point flap – in the surgical removal of retained lower third molars. This randomized, controlled, blinded, split-mouth study involved 42 patients with impacted bilateral mandibular lower third molars that were symmetrically positioned. Surgical removals were performed at different surgical times. The periodontal conditions of the adjacent second molar, dehiscence of the wound, the patient's postoperative perception and clinical evaluation of the operator were recorded preoperatively and seven, 14, 30, 60 and 90 postoperative days. The highest average probing depths were observed on the seventh postoperative day, on three of the evaluated faces, for the three-point flap ($P < 0.025$). In addition, only the hematoma parameter was significantly higher for a short three-point flap ($P < 0,05$). In conclusion, the design of the flap influences the healing and initial repair of the first postoperative evaluations, but this does not seem to evolve in the periodontal health of the adjacent second molar.

Key words: Third molar, Impacted tooth, Periodontium, Mandible.

A retenção dentária é um estado de patogenicidade que acomete com frequência terceiros molares inferiores¹. Esses dentes representam uma entidade potencialmente patológica e a remoção cirúrgica é indicada, após correto diagnóstico, como forma de prevenção a futuras alterações e impactos nas estruturas próximas². Sendo a remoção dos terceiros molares inferiores uma das cirurgias orais mais frequentemente realizadas³, a literatura tem reportado constantemente a influência do planejamento do acesso cirúrgico nas complicações pós-operatórias^{4,5,6}.

Dessa forma, diferentes desenhos e técnicas de incisão vêm sendo estudados e desenvolvidos, a fim de buscar melhores resultados de cicatrização alveolar e de esclarecer questões sobre a avaliação periodontal. As incisões observadas comumente nas comparações dos estudos são o retalho em envelope e o triangular⁷. Esse último aparece com diferentes posições de sua relaxante em direção ao limite mucogengival, sendo na distovestibular^{3,8,9}, como também na mesiovestibular¹⁰ do segundo molar adjacente.

Alguns resultados de estudos trazem que o retalho triangular poderia permitir uma melhor visualização e acesso ao campo cirúrgico⁷. Para casos de dentes retidos descritos como de maior desafio cirúrgico¹², este é um achado de extrema importância a fim de reduzir os impactos da cirurgia.

As constantes investigações de autores na literatura sobre a influência do retalho em relação às condições periodontais do segundo molar adjacente mostram resultados conflitantes entre si. No intuito de esclarecer este questionamento, este estudo tem por objetivo comparar duas incisões triangulares quanto ao reparo tecidual em cirurgia de terceiro molar retido.

Materiais e métodos

Este ensaio clínico randomizado, controlado, cego foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O estudo foi conduzido como boca dividida e incluiu um total de 42 pacientes, de ambos os sexos.

Os critérios de inclusão consistiram no paciente ter idade entre 18 a 40 anos, possuir os dois terceiros molares inferiores retidos com posições e angulação similares, apresentar uma boa saúde periodontal e ter a disponibilidade de uma

radiografia panorâmica pré-operatória. Critérios de exclusão compreendiam pacientes com alterações sistêmicas, fumantes ou em uso de medicações que pudessem ter influência no procedimento cirúrgico ou cicatrização pós-operatória.

Os pacientes foram informados sobre o procedimento, recomendações pós-operatórias e possíveis complicações, e assinaram um consentimento informado. A aprovação pelo comitê de ética da UFRGS foi obtida pelo protocolo número 63953317.5.0000.5347.

Para a obtenção do tamanho da amostra, utilizou-se o programa Stata® e, como base, o estudo de Kirtilog̃lu *et al.*¹³ que comparou duas diferentes técnicas de incisão com objetivo de realizar a remoção cirúrgica de terceiros molares inferiores e que são semelhantes às do presente projeto de pesquisa. Considerando uma diferença de 0,9mm para o parâmetro de perda de inserção (PI), um desvio padrão variando de 1,15 até 1,72, bem como um alfa de 5% e um beta de 80%, estimou-se 42 pacientes por grupo experimental.

A radiografia panorâmica pré-operatória permitiu a classificação dos dentes retidos e seu planejamento cirúrgico, tendo uma abordagem cirúrgica variável de acordo com o posicionamento e morfologia. O posicionamento e angulação dos terceiros molares incluídos no grupo incisão A ou B foi semelhante. Dessa forma, uma média de 21% foi classificado como Classe I de Pell e Gregory, 76% Classe II e 3% Classe III. Quanto às posições, 93% na posição B e 7% posição C. Para as classificações de Winter, 77% encontravam-se meioangulados, 14% em posição horizontal, 7% vertical e 2% distoangulados.

Um protocolo com princípios básicos cirúrgicos³ foi seguido. A anestesia local foi realizada com Cloridrato de Lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000. Uma das pesquisadoras realizou o desenho dos retalhos. Ambas incisões, retalho de três pontas (incisão A) e retalho de três pontas curto (incisão B), realizadas com lâmina de bisturi número 15, iniciam o acesso sobre a crista alveolar, desde a papila retromolar até a distal do segundo molar adjacente e diferem na posição de suas relaxantes. A incisão A (Fig. 1) continua com uma incisão sulcular no segundo molar e, na porção mesial, desce uma relaxante em direção ao limite mucogengival. A incisão B (Fig. 2) tem sua relaxante na distal do segundo molar, preservando tecido gengival vestibular e mesial deste dente.

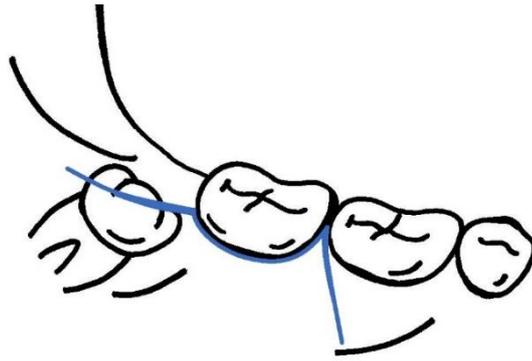


Fig. 1. Incisão A (retalho de três pontas).

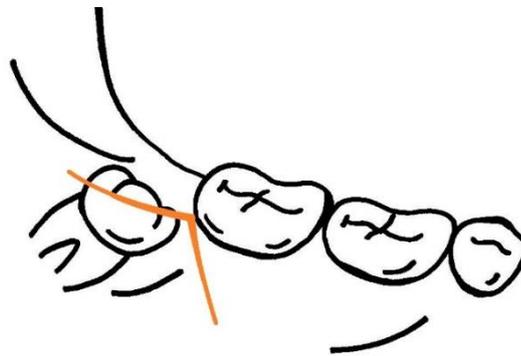


Fig. 2. Incisão B (retalho de três pontas curto).

Após a completa remoção do elemento dentário, o alvéolo foi criteriosamente curetado e os bordos ósseos regularizados. Para o fechamento da ferida cirúrgica, foi utilizado fio de sutura de seda 4-0 (Ethicon). O paciente recebeu instruções dos cuidados pós-operatórios e foram prescritos analgésicos para controle da dor (Paracetamol 500mg + Codeína 30mg a ser utilizado nos 2 primeiros dias e Paracetamol 750mg a ser utilizado a partir do terceiro dia, enquanto dor) e colutório antimicrobiano (Solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia por sete dias). Os pacientes que apresentaram sinais iniciais de infecção foram prontamente manejados com a prescrição de bochechos com água oxigenada 10 volumes, não necessitando de prescrição de antibioticoterapia.

Randomização

O desenho do retalho e o lado da operação foram randomizados através de sorteio, com o auxílio de papéis opacos, no momento anterior ao início do estudo por

um terceiro auxiliar. O intervalo mínimo de tempo entre as cirurgias, para o mesmo paciente, era de 21 dias.

A examinadora foi previamente calibrada para a aferição dos exames periodontais obtendo um coeficiente de correlação intraclasse (ICC), ponderado para $\pm 1\text{mm}$, de 0,78 para profundidade de sondagem e 0,80 para perda de inserção. As medidas periodontais foram obtidas com sonda periodontal milimetrada Williams (Millennium - Golgran).

Coleta de dados

Os dados e variáveis coletadas no estudo nos diferentes tempos experimentais estão apresentadas na Tabela 1. Seis tempos experimentais foram analisados, sendo eles: T0 (pré-operatório), T1 (sete dias pós-operatórios), T2 (14 dias pós-operatórios), T3 (30 dias pós-operatórios), T4 (60 dias pós-operatórios) e T5 (90 dias pós-operatórios).

Tabela 1. Coleta de dados.

Tempo experimental	Avaliação clínica pós-operatória	Avaliação do perímetro do alvéolo	Exame Periodontal	Fotografia intrabucal	Questionário de percepção do paciente
T0			X	X	
T1	X	X	X	X	X
T2		X	X	X	
T3		X	X	X	
T4		X	X	X	
T5		X	X	X	

Uma fotografia intrabucal foi realizada no pós-operatório imediato e em todos os tempos experimentais a fim de acompanhar a cicatrização dos tecidos moles.

No tempo T1, o paciente recebia um questionário de percepção pós-operatória, onde avaliava em uma escala de 0 a 10, os seguintes critérios: desconforto, dor, edema, hematoma, limitação de abertura de boca e parestesia. No mesmo momento, a operadora fazia uma avaliação clínica elencando como presente ou ausente os parâmetros de hematoma, infecção, limitação de abertura de boca, úlceras e edema.

A avaliação do perímetro do alvéolo foi realizada através da aferição da maior distância entre os bordos de tecidos gengivais da ferida cirúrgica, utilizando um compasso de ponta seca.

Os exames periodontais realizados foram profundidade de sondagem, calculada através da distância entre a margem gengival e a porção mais apical do epitélio juncional, e recessão gengival, verificada através da distância entre a margem gengival e a junção amelocementária. As faces avaliadas foram a distolingual (DL), distovestibular (DV), vestibular (V) e mesiovestibular (MV) do segundo molar adjacente (2M) e a distovestibular e vestibular do primeiro molar (1M).

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada com o software estatístico SPSS (SPSS versão 18, IBM, EUA).

Idade, tempo cirúrgico e profundidade de sondagem periodontais são variáveis contínuas e foram expressas como média por face de dente e desvio padrão. A partir dos dados de recessão gengival foi calculada a perda de inserção para cada sítio. Os valores também foram expressos como média e desvio padrão.

Para as comparações entre as alterações de profundidade de sondagem e perda de inserção nos tempos de 7 e 90 dias foram realizadas com teste T, com correção de Bonferroni. A interdependência das observações foi considerada nas análises, e o nível de significância estabelecido foi de 95%.

Resultados

Os resultados apresentados a seguir são de 42 pacientes; 32 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com uma média de idade de 22.24 ± 3.498 anos (intervalo de 18 a 33 anos). Ao total, foram realizadas 84 intervenções cirúrgicas (42 cirurgias para cada grupo A e B) e 420 avaliações pós-operatórias. Realizou-se osteotomia em todas as remoções cirúrgicas e odontosecção em 42 dos casos (50% da amostra).

A média de tempo de cirurgia transcorrida, em minutos, para a incisão A foi de $00:40:52 \pm 00:13:18.985$ e para a incisão B a média foi de $00:37:34 \pm 00:13:57.398$. Não houve diferença estatística significativa nas médias dos tempos cirúrgicos entre os grupos amostrais ($P = 0,052$).

As médias de profundidade de sondagem de cada face avaliadas nos diferentes tempos experimentais e para cada abordagem estão apresentados na Fig.3.

Os pacientes incluídos na pesquisa apresentaram valores de média de profundidade de sondagem semelhantes no pré-operatório.

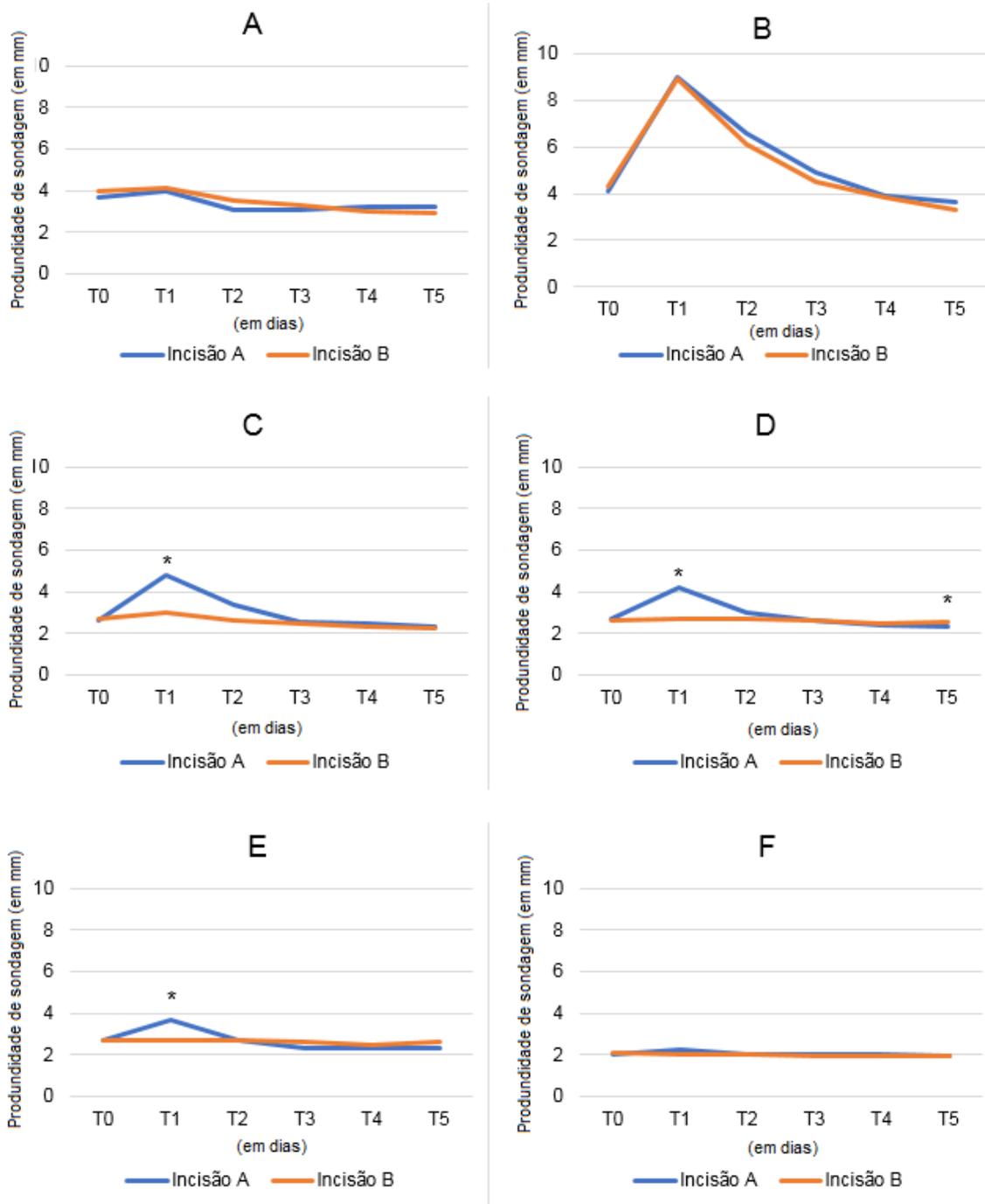


Fig.3. Média de profundidade de sondagem (em mm) x tempo experimental. Face DL do 2M (A). Face DV do 2M (B). Face V do 2M (C). Face MV do 2M (D). Face DV do 1M (E). Face V do 1M (F). *P < 0,025.

As médias mais altas foram observadas no T1 para o sítio DV do 2M em ambas incisões. E os valores de profundidade de sondagem foram ligeiramente maiores no T1 para a incisão A nos sítios V, MV do 2M e DV do 1M, ou seja, houve diferença estatisticamente significativa ($P = 0,001$).

Ao final do acompanhamento (T5), para ambas incisões, as médias de profundidade de sondagem se mantiveram baixas. Entretanto, na face MV do 2M houve diferença estatística significativa para a incisão B ($P = 0,011$). As médias de profundidade de sondagem neste sítio no T5 para a incisão A e B foram $2,33 \pm 0,477$ e $2,55 \pm 2,55$, respectivamente, com uma pequena magnitude de diferença de 0,22mm. Nos demais sítios, não houve diferença estatística significativa ($P > 0,025$).

A Fig. 4. traz as médias dos resultados de perda de inserção nos sítios avaliados para as duas incisões nos seis diferentes tempos experimentais.

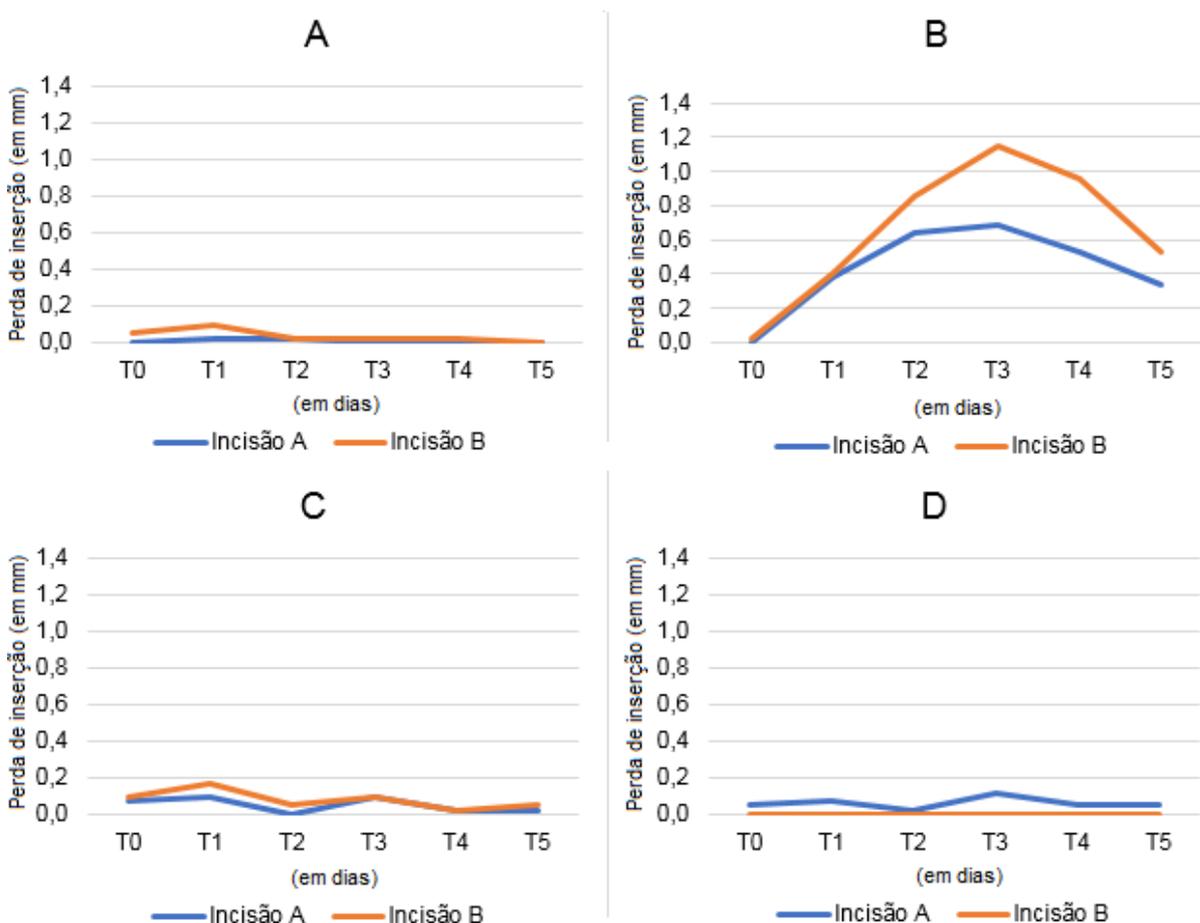


Fig. 4 (continua). Média de perda de inserção (em mm) x tempo experimental. Face DL do 2M (A). Face DV do 2M (B). Face V do 2M (C). Face MV do 2M (D). Face DV do 1M (E). Face V do 1M (F). * $P < 0,025$.

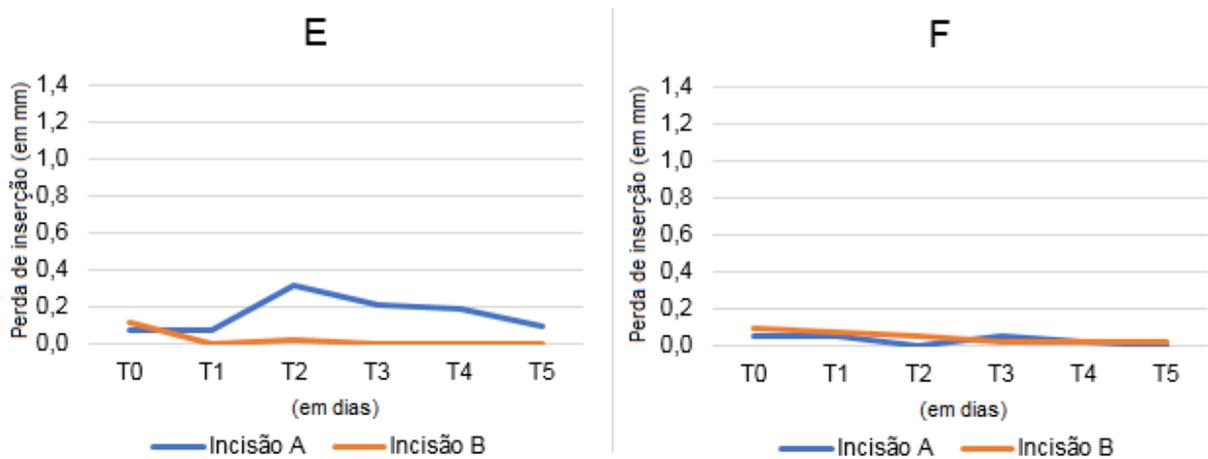


Fig. 4 (conclusão). Média de perda de inserção (em mm) x tempo experimental. Face DL do 2M (A). Face DV do 2M (B). Face V do 2M (C). Face MV do 2M (D). Face DV do 1M (E). Face V do 1M (F). * $P < 0,025$.

Nos mesmos encontros que foram realizados os exames periodontais, aferiu-se o perímetro do alvéolo. A Tabela 2 mostra a média de valores dos dois grupos amostrais.

Tabela 2. Perímetro do alvéolo (média em mm).

Tempo experimental	Incisão A	Incisão B	P
T1	0,83 ± 1,188	0,45 ± 0,861	0,110
T2	1,93 ± 1,673	2,12 ± 1,783	0,539
T3	1,55 ± 1,670	1,55 ± 1,793	0,309
T4	0,52 ± 0,969	0,83 ± 1,342	0,124
T5	0,21 ± 0,645	0,26 ± 0,798	0,700

Em ambas abordagens se observa uma maior média de perímetro do alvéolo nos tempos T2 e T3 e posterior sucessivo decréscimo das medidas obtidas até o pós-operatório final (T5), resultado esperado e inerente ao procedimento. As medidas obtidas ao final dos 90 dias de acompanhamento, T5, mostram um satisfatório comportamento de cicatrização dos tecidos moles nas incisões. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos amostrais ($P > 0,05$).

As médias dos resultados coletados do questionário de percepção pós-operatória do paciente estão representados na Fig. 5.

Em relação aos resultados obtidos dos critérios elencados quanto à percepção do paciente no tempo T1 (Fig. 5), não foi possível observar diferença estatística significativa entre as incisões A e B ($P > 0,05$). Os critérios que apresentaram valores mais altos foram desconforto, dor, edema e limitação de abertura de boca. Entre as comparações, o parâmetro que mais se aproximou de uma significância estatística para a incisão B foi o de hematoma, com $P = 0,078$.

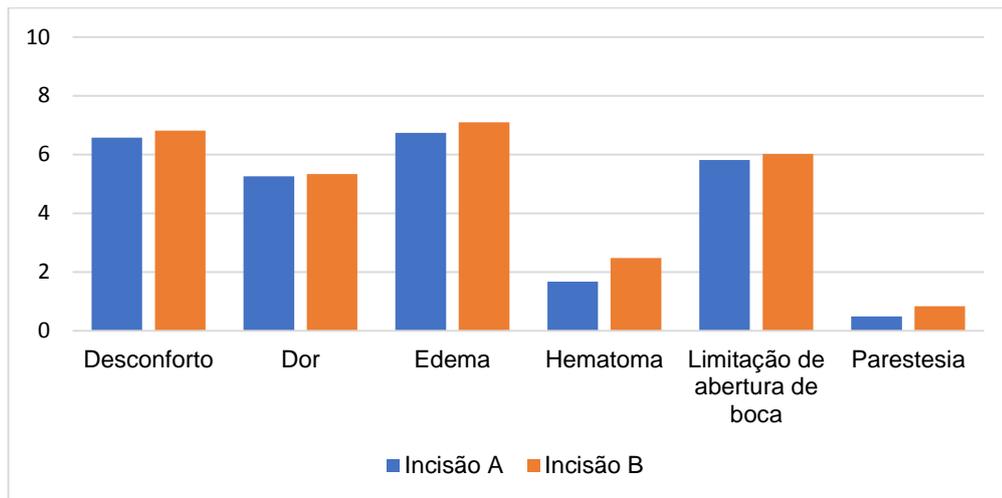


Fig. 5. Percepção pós-operatória do paciente.

No mesmo encontro, T1, era realizada uma avaliação clínica pós-operatória pela operadora (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação clínica pós-operatória da operadora.

Parâmetro	Incisão A (% presente)	Incisão B (% presente)	<i>P</i>
Hematoma	14,3	23,8	0,021
Infecção	4,8	7,1	0,900
Limitação de abertura de boca	57,1	38,1	0,109
Edema	66,7	57,1	0,530
Úlcera	81	90	0,900

Os parâmetros de maiores percentuais de presença foram de limitação de abertura de boca e edema na abordagem A e de hematoma e úlcera na abordagem

B. Diferença estatística significativa foi observada somente no critério de hematoma, onde a incisão B apresentou pior resultado ($P = 0,021$). Nos demais critérios não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$).

Um total de 588 fotografias intrabucais foram realizadas apenas para fins de acompanhamento e controle da cicatrização dos tecidos moles.

Discussão

A remoção cirúrgica de terceiros molares retidos é umas cirurgias mais frequentemente realizadas pelos cirurgiões-dentistas³. Dessa forma, a busca por fatores que minimizem as complicações e morbidade pós-operatória tem um grande impacto na definição do planejamento desses procedimentos cirúrgicos¹⁴. Neste estudo, os autores investigaram o efeito do desenho da incisão sobre as complicações pós-operatórias utilizando duas abordagens comumente utilizadas.

A idade média dos pacientes neste estudo foi compatível a de estudos anteriores que compararam o pós-operatório de diferentes desenhos de incisões^{8,9,11,15}, visto que, 22 anos é uma idade esperada de erupção dos terceiros molares.

A média de tempo cirúrgico da incisão B foi mais próxima em relação a outros estudos^{11,16}, entretanto, não houve diferença estatística significativa entre as abordagens ($P > 0,05$). Os autores deste estudo calcularam os tempos cirúrgicos desde o início da anestesia até final da sutura, o que pode ser a explicação para o maior tempo cirúrgico encontrado. A diferença de 3 minutos e 18 segundos entre as incisões provavelmente é explicada em função da abordagem A ter mais pontos de sutura em comparação à abordagem B e envolver uma sutura transpapilar na mesial do 2M.

Quanto à classificação do posicionamento e angulação dentária, a maioria dos estudos não revela as classificações incluídas, porém, conforme realizado neste estudo, a seleção dos elementos se dá por simetria bilateral¹⁵, corroborando com os critérios de inclusão desta pesquisa. Da mesma forma, os percentuais de realização de osteotomia e odontosecção são comparáveis aos de outros estudos⁹.

As análises da profundidade de sondagem indicaram piores resultados para a incisão A em três sítios do 2M no tempo experimental T1. Ao compararem uma das incisões deste estudo, abordagem B, com retalho do tipo envelope, Baqain *et al.*⁹

também avaliaram a profundidade de sondagem em seu estudo de boca dividida. Após análise de sete e 14 dias pós-operatórios, observaram que o retalho triangular, na face distal do segundo molar, permitiu um retorno mais rápido à profundidade de sondagem pré-operatória. Porém, os pesquisadores apontam como ponto principal para cicatrização periodontal o controle de biofilme do paciente. Monaco *et al.*¹⁷ também compararam o retalho envelope a uma incisão utilizada no nosso estudo, a abordagem A. Nos sete dias pós-operatórios, a profundidade de sondagem foi estatisticamente maior no primeiro e segundo molar do lado em que um retalho envelope foi usada.

Ainda sobre os desfechos periodontais, Kırtılog˘lu *et al.*¹³ avaliaram duas incisões bastante parecidas com as que foram utilizadas neste ensaio clínico: retalho de três pontas e retalho Szmyd modificado, com divertículo iniciando a 2mm da distal do segundo molar. Os autores descreveram que o desenho de retalho Szmyd modificado mostrou melhores resultados para profundidade de sondagem nas superfícies distal e vestibular do segundo molar em 1 semana, 2 semanas e 4 semanas após a cirurgia. Os resultados são semelhantes a este estudo, onde a abordagem B apresentou melhores resultados nas faces V e MV do 2M com a abordagem B, todavia a face DV do 2M não apresentou diferença estatística significativa entre as abordagens.

Alguns autores relatam que independentemente do tipo de retalho utilizado ou do local de medição de sondagem, a condição periodontal dos segundos molares piorou com o tempo, com um aumento na profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e nível ósseo⁶. No presente estudo, os valores para profundidade de sondagem e perda de inserção mantiveram-se baixos ao final do acompanhamento e com resultados homogêneos entre os grupos. Os autores acreditam que a diferença estatística significativa ($P = 0,011$) encontrada no tempo T5 na face DV do 2M não tem relação com a técnica cirúrgica e incisão aplicada, já que a incisão B não passa por este sítio; sendo assim, a causa pode estar relacionada a outros fatores associados. Por este sítio se tratar de uma superfície proximal, é possível haver um maior acúmulo de placa e maior dificuldade na higienização do local em um pós-operatório cirúrgico.

Em procedimentos cirúrgicos da cavidade oral, é desejável que a incisão mucoperiostal repouse sobre osso hígido^{18,19}. Porém, algumas técnicas (como a abordagem B deste trabalho) não seguem esta regra e podem resultar em um maior

perímetro do alvéolo ou deiscência da mucosa após cicatrização por segunda intenção. Dessa forma, o sítio cirúrgico pode permanecer mais vulnerável a patógenos orais e impaction de alimentos, o que pode causar um atraso na cicatrização^{11,15}. No presente estudo, é possível observar que houve um maior perímetro do alvéolo na margem DV do 2M nos tempos T2 e T3 para ambas abordagens e um fechamento dos bordos da ferida e cicatrização por segunda intenção ao final do acompanhamento. Dessa forma, não sendo observada diferença entre a incisão que repousa sua relaxante sobre tecido ósseo íntegro (incisão A) e tecido ósseo ostectomizado (incisão B).

A deiscência da ferida foi avaliada em alguns estudos durante os períodos mais iniciais de cicatrização dos tecidos moles em cirurgia de terceiros molares retidos. Jakse *et al.*¹⁶ compararam o retalho envelope com o triangular modificado. E como resultado, a deiscência ocorreu em 57% dos casos em que o retalho em envelope foi usado, e, somente, em 10% dos casos do retalho triangular modificado. Eles descrevem que isto pode ter ocorrido pela fixação com suturas intersuculares anteriores, que resultam em maior tensão do tecido mole. Em uma comparação com um retalho que não percorre a crista alveolar, Menziletoghu *et al.*¹⁹ encontraram maior incidência de deiscência para incisão triangular de base bucal em relação a triangular de base lingual. Como entendido por estes estudos, o desenho da incisão influencia consideravelmente a cicatrização por primeira intenção. No presente estudo, não houve diferença significativa entre o perímetro do alvéolo para as abordagens A e B ($P > 0,05$).

Dor, edema e limitação de abertura de boca são os efeitos colaterais mais constantemente reportados na remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores. Tem sido sugerido na literatura que o retalho triangular pode induzir a uma reação inflamatória dos músculos mastigatórios. Essa reação é provocada pela formação do hematoma quando o periosteio é incisado na relaxante anterior⁹. Este estudo utilizou duas incisões triangulares, levando a uma condição esperada destes sintomas, porém sem grandes morbidades para o paciente.

A maioria dos fatores que desencadeiam a dor pós-operatória estão ligados ao processo inflamatório que ocorre nos tecidos bucais, causada pelo procedimento cirúrgico²⁰. Não há um consenso na literatura sobre o papel do desenho do retalho na dor pós-operatória. Apesar de não compararem as mesmas incisões que este estudo, alguns autores não encontraram associação significativa entre dor e o desenho do

retalho^{8,9}, achados que corroboram com o presente estudo ($P > 0,05$). Enquanto, outros autores como Rabi *et al.*¹⁰ e Sandhu *et al.*¹¹ obtiveram maiores escores de dor para a incisão do tipo envelope em comparação a triangular com relaxante mesial e do tipo bayonet com retalho vestibular, respectivamente.

É considerado também por alguns autores que quanto maior o tempo cirúrgico, maior a liberação de mediadores inflamatórios e, conseqüentemente, maior edema²¹. Estudos anteriores, que não observaram diferenças entre desenhos de incisões e edema^{15,22}, argumentam que esse fator possa influenciar nos resultados. Este estudo concorda com os autores citados, já que os tempos cirúrgicos entre as incisões foram similares, não havendo diferença significativa estatística para o critério de edema ($P > 0,05$). Alqatahni *et al.*⁸ encontraram resultados maiores para edema no terceiro dia pós-operatório na incisão do tipo envelope do que na incisão triangular.

Na busca por impactar menos danos possíveis aos tecidos moles, um dos princípios para a definição do desenho do retalho cirúrgico é proporcionar acesso para adequada visualização e instrumentação²². Um dos desfechos da avaliação clínica pós-operatória do operador deste estudo mostrou uma maior ocorrência de hematoma para a incisão B ($P = 0,021$), sendo uma das explicações que o desenho da incisão A promove um melhor acesso cirúrgico ao local e menores danos aos tecidos no transoperatório. Desai *et al.*³ obteve resultados semelhantes, onde o hematoma pós-operatório e a limitação de abertura de boca apresentaram resultados piores para o retalho triangular com relaxante na distal do segundo molar adjacente em relação ao envelope.

Como considerações finais, é importante ressaltar que o grau de retenção dentária²³ e a forma como o dente retido está posicionado influenciam na indicação do tipo de retalho. Como comenta Rosa *et al.*⁶, durante a remoção cirúrgica de dentes mesioangulados ou horizontais, foi observado que tanto a ostectomia como a luxação com alavancas traumatiza o terço de mucosa conservada pela incisão distal e é possível que isso tenha contribuído para um atraso na cicatrização periodontal, podendo ocasionar um maior perímetro do alvéolo nas avaliações pós-operatórias. De acordo com isto, o retalho de Szmyd (com relaxante na distal do segundo molar), bem semelhante à nossa incisão B, seria recomendado para a extração de dentes em posição vertical. Já para elementos meioangulados e horizontais, seria recomendada a incisão A. As recomendações devem respeitar as variações existentes e uma avaliação deve ser feita em cada caso.

Tendo em vista os aspectos mencionados, é de entendimento dos autores, assim como para Karaca *et al.*²⁴, que o desenho do retalho influencie na cicatrização por primeira intenção das avaliações pós-operatórias iniciais, mas que isso parece não evoluir sobre a saúde periodontal do segundo molar adjacente. E, portanto, essa diferença de cicatrização primária pode ser diminuída através da redução do trauma transoperatório e correto planejamento pré-operatório, conforme classificação e grau de retenção dos dentes retidos.

Referências

1. Puricelli E. Tratamento radical e/ou conservador de dentes retidos. In: Puricelli E. Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar. São Paulo: Artes Médicas; 2014;81-94.
2. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. The management of impacted third molar teeth [Internet]. Rosemont; c2017 [acesso em 20 de abr. de 2020.]. Disponível em: https://www.aaoms.org/docs/practice_resources/clinical_resources/impacted_third_molars.pdf
3. Desai A, Patel R, Desai K, Vachhani NB, Shah KA, Sureja R. Comparison of two incision designs for surgical removal of impacted mandibular third molar: a randomized comparative clinical study. *Contemp Clin Dent* 2014;**5**:170–4.
4. Kumar BS, Raman U. To compare standard incision and comma shaped incision and its influence on post-operative complications in surgical removal of impacted third molars. *J Clin Diagn Res* 2013;**7**:1514–8.
5. Chen YW, Lee CT, Hum L, Chuang SK. Effect of flap design on periodontal healing after impacted third molar extraction: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017;**46**:363–72.
6. Rosa AL, Carneiro MG, Lavrador MA, Novaes AB. Influence of flap design on periodontal healing of second molars after extraction of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;**93**:404–7.
7. Suarez P, Peñaloza D, Oltra D, Diago M. Patient morbidity after impacted third molar extraction with different flap designs. A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2020;**25**:233-239.
8. Alqahtani NA, Khaleelahmed S, Desai F. Evaluation of two flap designs on the mandibular second molar after third molar extractions. *J Oral Maxillofac Pathol* 2017;**21**:317–8.
9. Baqain ZH, Al-Shafii A, Hamdan AA, Sawair FA. Flap design and mandibular third molar surgery: a split mouth randomized clinical study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;**41**:1020–4.
10. Rabi A, Haris PMM, Panickal DM, Ahamed S, Pulikkottil VJ, Haris KTM. Comparative evaluation of two different flap designs and postoperative outcome in the surgical removal of impacted mandibular third molar. *J Contemp Dent Pract* 2017;**18**:807–11.
11. Sandhu A, Sandhu S, Kaur T. Comparison of two different flap designs in the surgical removal of bilateral impacted mandibular third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;**39**:1091–6.

12. NESS G M. Dentes Impactados. In: MILORO M. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 3 ed. São Paulo: Santos; 2016; 77-93.
13. Kirtiloglu T, Bulut E, Suimer M, Cengiz I. Comparison of 2 flap designs in the periodontal healing of second molars after fully impacted mandibular third molar extractions. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;**65**: 2206–10.
14. Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995;**33**:33–5.
15. Kaya G, Yavuz G, Saruhan N. The influence of flap design on sequelae and quality of life following surgical removal of impacted mandibular third molars: A split-mouth randomised clinical trial. *J Oral Rehabil* 2019;**00**:1–8.
16. Jakse N, Bankaoglu V, Wimmer G, Eskici A, Pertl C. Primary wound healing after lower third molar surgery: evaluation of two different flap designs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;**93**:7–12.
17. Monaco G, Daprile G, Tavernese L, Corinaldesi G, Marchetti C. Mandibular third molar removal in young patients: an evaluation of 2 different flap designs. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;**67**:15–21.
18. Yolcu U, Acar AH. Comparison of a new flap design with the routinely used triangular flap design in third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015;**44**:1390–7.
19. Menziletoglu D, Guler A, Basturk F, Isik B, Erdur E. Comparison of two different flap designs for bilateral impacted mandibular third molar surgery. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2020;**121**:368-72
20. Lopes BC, Machado EF, Galvão SGM. Envelope or triangular flap for surgical removal of third molars? A systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2020;**49**:1073–86.
21. Goldsmith SM, Silva RKD, Tong DC, Love RM. Influence of a pedicle flap design on acute postoperative sequelae after lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;**41**:371–5.
22. Bodh R, Jain A. The flap design of third molar surgery: an overview. *Int. J. of Med. and Health Res* 2015;**1**:32-5.
23. Nunes LSd S, Heitz C, Loro RCD, Silva RFCe. Avaliação da relação entre o grau de retenção dentária e o tipo de retalho mais indicado para a cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores retidos. *Rev Fac Odontol P Alegre* 2005;**46**:27–31.
24. Karaca I, Simsek S, Uğar D, Bozkaya S. Review of flap design influence on the health of the periodontium after mandibular third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;**104**:18-23.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo inédito teve por objetivo comparar o reparo tecidual de duas incisões em cirurgia de remoção de terceiro molar inferior impactado.

Quanto às condições periodontais do segundo molar adjacente, foram observados melhores resultados de profundidade de sondagem em sete dias pós-operatórios na abordagem B (incisão na distal do segundo molar).

Ao avaliar a perda de inserção, ambas abordagens A e B apresentaram comportamentos similares durante os tempos experimentais e finalizaram o acompanhamento com valores considerados aceitáveis para tal parâmetro.

O perímetro do alvéolo apresentou piores resultados para as duas incisões, A e B, no 14º dia pós-operatório, gerando um desconforto prolongado ao paciente pela facilidade de impacção de alimentos e dificuldade de higiene no local, porém é inerente e associado ao procedimento.

Levando em consideração a percepção do paciente no sétimo dia pós-operatório, não houve diferença entre as incisões. Na avaliação da operadora, o único parâmetro que apresentou piores desfechos clínicos foi o hematoma para a incisão B.

Pela observação dos aspectos analisados conclui-se que as abordagens apresentam diferença na avaliação inicial, mas têm os mesmos desfechos de cicatrização ao final do acompanhamento.

REFERÊNCIAS

ALQAHTANI, N. *et al.* Evaluation of two flap designs on the mandibular second molar after third molar extractions. **J.Oral Maxillofac. Pathol.**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 317-318, May-Aug. 2017.

AAOMS. **The management of impacted third molar teeth.** Rosemont, c2017. Disponível em: https://www.aaoms.org/docs/practice_resources/clinical_resources/impacted_third_molars.pdf Acesso em: 20 de abr. de 2020.

ANDRADE, V. C. *et al.* Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares: revisão de literatura. **Saber Cient. Odontol.**, Porto Velho, v. 2, n. 1, p. 27-44, Jan-Jun. 2012.

BAQAIN, Z. H. *et al.* Flap design and mandibular third molar surgery: a split mouth randomized clinical study. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 41, n. 8, p. 1020-1024, Aug. 2012.

BODH, R.; JAIN, A. The flap design of third molar surgery: an overview. **Int. J. of Med.and Health Res.**, Delhi, v. 1, n. 3, p. 32-35, Oct. 2015.

CHEN, Y. W. *et al.* Effect of flap design on periodontal healing after impacted third molar extraction: a systematic review and meta-analysis. **Int. J. of Oral Maxillofac. Surgery.**, Copenhagen, v. 46, n.3, p. 363-372, Ago. 2016.

DESAI, A. *et al.* Comparison of two incision designs for surgical removal of impacted mandibular third molar: a randomized comparative clinical study. **Contemp. Clin. Dent.**, Mumbai, v. 5, n. 2, p. 170-174, Apr-Jun. 2014.

FIGLIUZZI, M. Michele. New proposal of flap drawing for the extraction of the third mandibular molar semi-included. Cogswell triangular flap modified and transposed. **Ann. Ital. Chir.** v. 91, n. 1, p. 93-99, Jan. 2020.

KARACA, I. *et al.* Review of flap design influence on the health of the periodontium after mandibular third molar surgery. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 104, n. 1, p. 18-23, Jul. 2007.

KIRTILOGLU, T. *et al.* Comparison of 2 flap designs in the periodontal healing of second molars after fully impacted mandibular third molar extractions. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 65, n.11, p. 2206-2210, Nov. 2007.

KRAUSZ, A. A.; MACHTEI, E. E.; PELED, M. Effects of lower third molar extraction on attachment level and alveolar bone height of the adjacent second molar. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 34, n. 7, p.756-760, Oct. 2005.

KUMAR, S. B. *et al.* To Compare Standard Incision and Comma Shaped Incision and Its Influence on Post-Operative Complications in Surgical Removal of Impacted Third Molars. **J. Clin. Diagn. Res.**, India, v. 7, n. 7, p. 1514-1518, Jul. 2013.

MARTINS, M. *et al.* Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado. **Conscientia. e Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 278-284, abr. 2010.

MEDEIROS, P.J. *et al.* Acessos cirúrgicos. In.: MEDEIROS, P.J. *et al.* **Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento**. São Paulo: Santos, 2003, p. 51-62.

NESS, G. M. Dentes Impactados. In.: MILORO, M. **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. 3 ed. São Paulo: Santos; 2016. p. 77-93.

NUNES, L. S. S. *et al.* Avaliação da relação entre o grau de retenção dentária e o tipo de retalho mais indicado para a cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores retidos. **R. Fac. Odonto.**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 27-31, jul. 2005.

PELL, G.J.; GREGORY B.T. Impacted mandibular third molars classification and modified technique for removal. **Dental Dig.**, Tulsa, v. 39, n. 9, p. 330-338, Sept. 1933.

PURICELLI, E. Tratamento radical e/ou conservador de dentes retidos. In.: PURICELLI, E. **Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar**. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 81-94.

RABI, A. *et al.* Comparative Evaluation of Two Different Flap Designs and Postoperative Outcome in the Surgical Removal of Impacted Mandibular Third Molar. **J. Contemp. Dent. Pract.**, New Delhi, v. 18, n. 9, p. 907-811, Sept. 2017.

ROSA, A.L. *et al.* Influence of flap design on periodontal healing of second molars after extraction of impacted mandibular third molars. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 93, n. 4, p. 404-407, Apr. 2002

SANTOS JUNIOR, P.V. *et al.* Terceiros molares inclusos mandibulares: incidência de suas inclinações, segundo classificação de Winter: levantamento radiográfico de 700 casos. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 27-31, Abr.-Jun. 2007.

SUÁREZ, P.G. *et al.* Patient morbidity after impacted third molar extraction with different flap designs. A systematic review and meta-analysis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Valencia, v. 25, n. 2, p. 233-239, Mar. 2020.

WINTER, L. **Operative oral surgery**. St Louis: Mosby, 1941.

YOLCU, Ü.; ACAR, A. H. Comparison of a new flap design with the routinely used triangular flap design in third molar surgery. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** New York, v. 44, n.11, p. 1390-1397, Jul. 2015.

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO PERIODONTAL

PESQUISA “COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – EM CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO”

Código de Identificação: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO PERIODONTAL – Pré operatório (Data: _____)

		37	36
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		37	36
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO (pós-operatório imediato): _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 7 dias pós-operatórios (Data: _____)

		37	36
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		37	36
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 14 dias pós-operatórios (Data: _____)

		37	36
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		37	36
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 30 dias pós-operatórios (Data: _____)

		37	36
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		37	36
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 60 dias pós-operatórios (Data: _____)

		37	36
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		37	36
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 90 dias pós-operatórios (Data: _____)

		37	36
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		37	36
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

**PESQUISA "COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – EM
CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO"**

Código de Identificação: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO PERIODONTAL – Pré operatório (Data: _____)

		47	46
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		47	46
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO (pós-operatório imediato): _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 7 dias pós-operatórios (Data: _____)

		47	46
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		47	46
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 14 dias pós-operatórios (Data: _____)

		47	46
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		47	46
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 30 dias pós-operatórios (Data: _____)

		47	46
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		47	46
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 60 dias pós-operatórios (Data: _____)

		47	46
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		47	46
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

AVALIAÇÃO PERIODONTAL – 90 dias pós-operatórios (Data: _____)

		47	46
PS	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

		47	46
RG	DL		x
	DV		
	V		
	MV		x

AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO DO ALVÉOLO: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

PESQUISA “COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES
– EM CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO”

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

Código de Identificação: _____

Por favor, responda em uma escala de 0 a 10 os seguintes critérios:

- DESCONFORTO: _____
- DOR: _____
- EDEMA (INCHAÇO): _____
- HEMATOMA: _____
- LIMITAÇÃO DE ABERTURA DE BOCA: _____
- PARESTESIA: _____

APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PÓS-OPERATÓRIA**PESQUISA “COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES
– EM CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO ”****FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PÓS-OPERATÓRIA**

Código de Identificação: _____

- o EDEMA: () presente () ausente
Obs.:
- o HEMATOMA: () presente () ausente
Obs.:
- o INFECÇÃO: () presente () ausente
Obs.:
- o LIMITAÇÃO DE ABERTURA DE BOCA: () presente () ausente
Obs.:
- o ÚLCERAS NA REGIÃO: () presente () ausente
Obs.:
- o OUTRO SINAL CLÍNICO: _____

APÊNDICE D – TCLE E TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: "Comparação de diferentes abordagens – incisões – em cirurgia de terceiro molar retido"

Coordenação: Professora Doutora Adriana Corsetti

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é comparar o reparo tecidual de duas abordagens (incisões) em cirurgia de remoção de terceiro molar impactado. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Ambulatório e Bloco Cirúrgico de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: você será submetido à remoção cirúrgica dos terceiros molares (sisos) inferiores. Previamente à cirurgia será realizada avaliação do histórico médico/odontológico, anamnese e aferição de sinais vitais. A cirurgia será realizada com anestesia local sendo realizado em dois momentos, em um primeiro momento será realizado um terceiro molar inferior e após 21 dias será realizado o outro terceiro molar inferior. Após o procedimento serão feitas orientações pós-operatórias e será prescrita associação de paracetamol 500mg mais codeína 30mg, se houver necessidade de uma medicação resgate, ou seja, quando após utilizar a medicação indicada o paciente continuar sentindo dor, esta será paracetamol 500mg. Radiografias panorâmicas serão solicitados para avaliação do posicionamento e planejamento do procedimento cirúrgico. Após a cirurgia, ocorrerão 5 encontros pós-operatórios: 7, 14, 30, 60 e 90 dias após o procedimento cirúrgico. Em cada encontro, realizaremos exames intrabucais e fotografias. Sendo que no sétimo dia de pós-operatório, solicitaremos o preenchimento de questionário (cujo tempo previsto é de cinco minutos) e, no último encontro, será solicitada uma radiografia.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: decorrentes do procedimento cirúrgico, da medicação prescrita, das radiografias solicitadas, do preenchimento do questionário, dos exames intrabucais realizados e das fotografias que serão realizadas em cada consulta. Quanto à cirurgia, os possíveis riscos ou desconfortos são: parestesia temporária ou permanente (perda de sensibilidade/ sensação de dormência), lesões aos tecidos adjacentes, edema pós-operatório (inchaço local), diminuição de amplitude de abertura bucal (diminuição da abertura bucal), fratura mandibular, possibilidade de necessidade de endodontia dos dentes adjacentes, infecções ou necessidade de reintervenção cirúrgica. Quanto à associação de paracetamol com codeína, o paciente pode

apresentar: tontura, sedação, náusea e vômito. Em casos raros, pode ocorrer euforia, disforia, constipação e prurido. Alguns desses efeitos colaterais podem ser aliviados se o paciente permanecer deitado. Quanto às radiografias, serão solicitadas 3: uma panorâmica para diagnóstico e planejamento cirúrgico e duas periapicais (mais localizadas) após 90 dias da cirurgia. Os exames radiográficos podem gerar danos celulares; entretanto, os exames odontológicos emitem doses menores de radiação e, por isso, a preocupação é com a repetição acentuada de exames. Além disso, os riscos possíveis são reduzidos/eliminados com proteção adequada (avental de chumbo e protetor de tireóide). Do preenchimento do questionário: tempo para conclusão das questões, sendo cinco minutos o tempo estimado. Dos exames intrabucais e das fotografias: tempo para conclusão dos exames e das fotografias e possível desconforto para a realização dos mesmos.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são, de forma direta, a remoção cirúrgica dos terceiros molares impactados, diminuindo a chance de complicações associadas à retenção dentária. E, de forma indireta, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e, se aplicável, os resultados deste estudo poderão ser usados em benefício de outras pessoas.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Está previsto o pagamento apenas do exame imaginológico (uma radiografia panorâmica e duas radiografias periapicais) e do enxaguatório antimicrobiano prescrito para o pós-operatório, não havendo custos com respeito ao procedimento cirúrgico.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Adriana Corsetti, pelo telefone (51) 9972-5227, com a pesquisadora Taíse Simonetti, pelo telefone (51) 993160445, com a pesquisadora Gabriela Savy, pelo telefone (51) 998899794, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e compreendido integralmente as informações acima apresentadas antes de assinar este termo de consentimento. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Assim, eu, de forma livre e esclarecida, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__ .

Nome do participante da pesquisa

RG

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

ATENÇÃO

- Esse termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa e a outra de propriedade dos participantes da pesquisa.
- A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, o(a) Sr(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308.3738.

Agradecemos a sua autorização e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e informações pessoais, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Prof. Dra. Adriana Corsetti, Ac. Taíse Simonetti e Ac. Gabriela Savy** do projeto de pesquisa intitulado **“Comparação de diferentes abordagens – incisões – em cirurgia de terceiro molar retido”** a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Porto Alegre, ____ de _____ de 20____

Participante da pesquisa

Pesquisador
responsável pelo projeto

ANEXO A – FICHA DE ANAMNESE

PESQUISA: COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – EM CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO

PRONTUÁRIO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Código de Identificação:

Dt. Nasc:/...../..... Sexo: Cor: Est. Civ.: Profissão:

ANAMNESE

01. Já teve hemorragia? (S) (N)
02. É alérgico? (S) (N)
03. Teve febre reumática? (S) (N)
04. Sofreu distúrbio cardíaco-vascular? (S) (N)
05. Sofreu de gastrite ou úlcera?(S) (N)
06. É diabético ou tem diabéticos na família? (S) (N)
07. Já desmaiou? (S) (N)
08. Está em tratamento médico? (S) (N)
09. Está tomando algum medicamento? (S) (N)
10. Já teve alguma doença ou foi operado nos últimos 05 anos? (S) (N)

Data: ____/____/____ Assinatura do pac./resp. _____

EXAME FÍSICO

.....

.....

.....

EXAMES COMPLEMENTARES

.....

.....

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Procedimento proposto:

Data:/...../..... Cirurgião: Assistente:

Anestesia:

Anestésico : Vasoconstritor: Nº tubetes:.....

Pressão (PA) pré-operatória: Pulso (P) pré-operatório:

PA trans-operatória: P trans-operatório:.....

PA pós-operatória: P pós-operatório:

Indicação do procedimento:

.....

Descrição do procedimento realizado:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MEDICAÇÃO PÓS- OPERATÓRIA e REGISTRO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

.....

.....

.....

VISTO DO PROFESSOR:

.....

ANEXO B – CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

INSTRUÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Paciente:

PESQUISA: COMPARAÇÃO DE DIFERENTES
ABORDAGENS – INCISÕES – EM CIRURGIA DE
TERCEIRO MOLAR RETIDO

Retorno em:

Local:

1) DO MOMENTO DA CIRURGIA ATÉ 24H APÓS (1^o dia) :

- 1.1 Não faça bochechos/não lave a boca;
- 1.2 Mantenha-se em **repouso absoluto** com a cabeça apoiada em dois travesseiros;
- 1.3 Aplique bolsa de gelo na face, sobre o lado operado, por 30 min a cada 2h;
- 1.4 Tome somente alimentação líquida/pastosa, fria/gelada. Ex.: suco, gelatina, sorvete, fruta esmagada;
- 1.5 Não tome leite ou derivados do mesmo (exceção sorvete);
- 1.6 Siga corretamente a medicação prescrita (em anexo). **Não substitua nenhum medicamento nem sua dosagem sem consultar previamente a pesquisadora;**
- 1.7 Neste dia, não exerça atividades que exijam raciocínio e concentração (estudantil/profissional, assinar cheques/documentos) ou atividades motoras (dirigir veículo ou similar, por exemplo). Solicite acompanhamento familiar para o deslocamento após a intervenção cirúrgica.

2) 24h APÓS A CIRURGIA ATÉ 48h APÓS (2^o dia) :

- 2.1 Inicie a lavagem da boca;
- 2.2 Não completada a medicação receitada, prossiga com as doses;
- 2.3 Pode ser iniciada a alimentação de derivados do leite;
- 2.4 Siga a alimentação líquida ou pastosa, levemente aquecida.

3) A PARTIR DE 48h APÓS A CIRURGIA (3^o dia em diante) :

- 3.1 Escove normalmente os dentes. Higienize bem o local operado;
- 3.2 Passe a ingerir alimentos progressivamente aquecidos e espessado conforme tolerância.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Não tome nenhum medicamento sem estar rigorosamente indicado. Suspenda álcool e/ou fumo;
- b) Mantenha-se em **repouso absoluto** nas primeiras 24h;
- c) **Não se exponha** ao sol ou a calor excessivo por **45 dias** pós-operatórios;
- d) **Não pratique** esportes ou exercícios físicos por **21 dias** pós-operatórios;
- e) A inflamação pós-operatória é perfeitamente normal, pois é a defesa natural do organismo. A colocação de gelo nas primeiras 24h é decisiva para auxiliar no seu controle. É normal que ela aconteça por vários dias, dependendo da manipulação durante o ato cirúrgico e da gravidade da intervenção;
- f) Manchas arroxeadas na pele poderão surgir (resultado da sufusão de sangue na região operada);
- g) Pequeno sangramento é normal nas primeiras 24h não devendo constituir-se motivo de preocupação. Evite cuspir, pois impossibilita a formação de coágulo que inicia a cicatrização. Caso o sangramento seja grande faça um rolo de gaze (não use algodão) e coloque-o sobre a região operada, mordendo-o com força. Mantenha-o sob pressão por 15 min. Coloque bolsa com gelo sobre a face no lado do sangramento. Fique na cama com a cabeça sobre 2 travesseiros;
- h) Em caso de dor intensa, sangramento excessivo, febre (acima de 38°C), calafrios ou vômito, ligue para o telefone abaixo:

Gabriela Marchesan Savy - (51) 99889 9794

j) Observações: _____

ANEXO C – PARECER COMPESQ

De: <fabricao.collares@ufrgs.br>

Data: 2 de janeiro de 2017 15:05:19 BRST

Para: adri.corsetti@gmail.com

Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Odontologia

Responder A: <fabricao.collares@ufrgs.br>

Prezado Pesquisador ADRIANA CORSETTI,

Informamos que o projeto de pesquisa COMPARAÇÃO DE DIFERENTES ABORDAGENS – INCISÕES – NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR RETIDO encaminhado para análise em 10/10/2016 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

Segundo Edela Puricelli (2014), a retenção dentária é um estado de patogenicidade que acomete dentes decíduos, permanentes e supranumerários. As complicações associadas à retenção dentária podem ser de natureza mecânica, neurológica, infecciosa ou tumoral e, por isso, realiza-se a remoção cirúrgica de terceiros molares retidos. De acordo com Rosa et. al (2002), a avaliação periodontal após a remoção cirúrgica de terceiros molares inferiores impactados tem levantado questões sobre o resultado direto desta cirurgia na subsequente formação de bolsa periodontal, perda de células epiteliais ou de tecido conjuntivo e até mesmo perda óssea no segundo molar. O presente estudo tem como objetivo comparar o reparo tecidual de duas incisões em cirurgia de remoção de terceiro molar retido. As remoções cirúrgicas serão realizadas e, após, serão analisados dados como exame periodontal, questionário, avaliação clínica pós-operatória, avaliação do perímetro pós-operatório do alvéolo, fotografias e radiografias, avaliando condições periodontais, percepção do paciente, cicatrização de tecidos moles e reparo ósseo.

O projeto encontra-se bem delineado. Portanto, somos pela aprovação. Os pesquisadores devem cadastrar o projeto na plataforma Brasil para posterior submissão ao CEP.

Atenciosamente,

Comissão de Pesquisa de Odontologia

ANEXO D – PARECER CEP



Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_850813.pdf	12/03/2017 20:39:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCeUsodelimagem.pdf	12/03/2017 20:39:27	Adriana Corsetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	12/03/2017 20:39:15	Adriana Corsetti	Aceito
Outros	ParecerCOMPESQ.pdf	12/03/2017 20:39:06	Adriana Corsetti	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	12/03/2017 20:38:44	Adriana Corsetti	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/03/2017 20:38:35	Adriana Corsetti	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	12/03/2017 20:38:24	Adriana Corsetti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	21/01/2017 11:27:58	Adriana Corsetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

PORTO ALEGRE, 13 de Abril de 2017

**Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)**