

UNIVERSIDADE TIRADENTES

FELIPE VARJÃO DE SÁ CARVALHO

KARLA SANTOS PINTO

**EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
DESLOCADOS IATROGENICAMENTE PARA
ESPAÇOS FASCIAIS PROFUNDOS: RELATO DE
CASOS**

Aracaju

2016

FELIPE VARJÃO DE SÁ CARVALHO

KARLA SANTOS PINTO

**EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
DESLOCADOS IATROGENICAMENTE PARA
ESPAÇOS FASCIAIS PROFUNDOS: RELATO DE
CASOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia a Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

PROF. Dr. PAULO ALMEIDA
JÚNIOR

Aracaju

2016

FELIPE VARJÃO DE SÁ CARVALHO

KARLA SANTOS PINTO

**EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
DESLOCADOS IATROGENICAMENTE PARA
ESPAÇOS FASCIAS PROFUNDOS: RELATOS DE
CASOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia a Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Orientador: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Paulo Almeida Júnior orientador dos discentes Felipe Varjão de Sá Carvalho e Karla Santos Pinto atesto que o trabalho intitulado “Exodontia de terceiros molares deslocados iatrogenicamente para espaços fasciais profundos: relato de casos” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador

EPÍGRAFE

“Não se deve ir atrás de objetivos fáceis. É preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços.”

Albert Einstein

EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES DESLOCADOS IATROGENICAMENTE PARA ESPAÇOS FASCIASIAIS PROFUNDOS: RELATO DE CASOS

Felipe Varjão de Sá Carvalho ^a, Karla Santos Pinto ^b, Paulo Almeida Júnior ^c,
Edvaldo Dória dos Anjos ^d

^(a)Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b)Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(c)Professor Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(d)Professor Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;

Resumo: A taxa de complicações na remoção de terceiros molares impactados varia de 4,6% a 30,9%. Embora as complicações estejam sujeitas a acontecer, para evitar a incidência das mesmas, um diagnóstico cuidadoso e planejamento pré-cirúrgico é muito importante. A Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB) tem sido defendida como método de escolha quando há necessidade de ter uma visão tridimensional. A proposição deste trabalho é relatar e discutir dois casos de deslocamento de terceiro molar inferior para espaços fasciais profundos, dando ênfase ao diagnóstico, plano de tratamento e prevenção. Em ambos os casos, as intervenções foram feitas sob anestesia geral, com acesso intra oral e no pós-operatório as pacientes foram medicadas com antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos, e as mesmas transcorreram com boa saúde geral e sem complicações. Em suma, um pré-operatório adequado, avaliação clínica radiográfica do dente impactado, boa seleção do método cirúrgico e uso correto de instrumentos são recomendados. Deste modo, não existe um tratamento convencional que se aplica aos terceiros molares inferiores deslocados e o cirurgião maxilo facial pode escolher qual o tratamento mais adequado para cada caso.

Palavras- Chaves: Terceiro molar; Complicações; Odontologia; Cirurgia Oral

Abstract: The complication rate in the removal of impacted third molars ranges from 4.6% to 30.9%. Although complications are subject to happen to prevent the incidence of the same, careful diagnosis and preoperative planning it is very important. Cone Beam Computed tomography (CBCT) has been advocated as a method of choice when there is need to have a three-dimensional view. The purpose of this work is to report and discuss two cases of displacement of lower third molar to deep fascial spaces, emphasizing the diagnosis, treatment and prevention. In both cases, the interventions were performed under general anesthesia, with intra oral access and postoperative patients were medicated with antibiotics, anti-inflammatories and analgesics, and the same passed with good general health and without complications. In short, an adequate preoperative clinical radiographic evaluation of the impacted tooth, good selection of surgical method and correct use of tools are recommended. Thus, there is no conventional treatment which applies to third molars displaced and maxillofacial surgeon can choose the most appropriate treatment for each case.

Keywords: Molar third; Complication; Dentistry; Oral Surgery

1. Introdução

O procedimento cirúrgico conhecido como exodontia de terceiros molares, é bastante comum entre os cirurgiões-dentistas, assim como aos especialistas cirurgiões buco maxilo faciais. De acordo com as recomendações do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América, terceiros molares inferiores impactados e irrompidos com evidência de alargamento folicular devem ser removidos eletivamente e que o tecido mole associado deverá ser apresentado para exame microscópico. Dentes impactados com pericoronarite também devem ser extraídos devido ao seu potencial para infecção e morbidade. Além disso, os terceiros molares com lesões de cárie e não restauráveis e que contribuem para a reabsorção de dentes adjacentes devem também ser extraídos (KAMBUROGLU, et al., 2010).

A localização e posicionamento do terceiro molar impactado, do osso circundante, do canal mandibular e do dente adjacente são importantes no diagnóstico por imagem, visando um adequado planejamento cirúrgico. Radiografias periapicais têm sido utilizadas durante muitos anos, para avaliar as estruturas durante a cirurgia dos dentes impactados. Quando uma região não é visualizada em uma vista periapical, a radiografia panorâmica pode ser o método de escolha. As principais vantagens de imagens panorâmicas são a ampla cobertura das estruturas orais, radiação de baixa exposição (cerca de 10% de uma radiografia de boca completa), e custo relativamente baixo. Os principais inconvenientes da imagem panorâmica são: menor resolução da imagem, alta distorção e a presença de phantom. Além disso, não nos mostra com precisão a relação véstibulo-lingual entre o dente e o canal alveolar inferior (DENIO et al., 1992; VAN DER STELT, 2005; MISCH, 2008).

A Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB) tem sido defendida

como método de escolha no qual há necessidade de ter uma visão tridimensional do terceiro molar mandibular e estruturas anatômicas adjacentes. Ghaemini, et al., (2011), em estudo prospectivo avaliaram o papel da TCCB comparada à radiografia Panorâmica (RP) no tratamento de pacientes com terceiros molares inferiores impactados (n = 53) com risco aumentado de lesão ao nervo alveolar inferior. Depois de comparar as imagens, menos indivíduos foram classificados com risco de danos ao nervo alveolar na TCCB em comparação com a avaliação da RP. Esta mudança na avaliação de risco também resultou em uma abordagem cirúrgica mais precisa (JUODZBALY, et al., 2010; KHAN, et al., 2011; MATZEN, et al., 2012).

A frequência de complicações pode aumentar à medida que o número de extrações de terceiros molares mandibulares impactados aumenta. O deslocamento de um dente ou um fragmento do mesmo para localizações anatômicas adjacentes estão entre as complicações passíveis de ocorrer durante a remoção destes dentes. Outras possibilidades são: infecção, osteíte alveolar, parestesia, disestesia, hemorragia e complicação anestésica (KAMBUROGLU, et al., 2010).

A taxa de complicações na remoção do terceiro molar impactado varia de 4,6% a 30,9%. A incidência varia de acordo com a experiência dos cirurgiões, idade dos pacientes, tipo de impacção e vários outros fatores. Embora as complicações estejam sujeitas a acontecer, para evitar a incidência das mesmas, um diagnóstico cuidadoso e planejamento pré-cirúrgico é muito importante (VORA, et al., 2015). Segundo Brauer (2009) esta complicação (deslocamento) tem incidência inferior a 1% e aumenta quando impactado (ROSS, et al., 1998; KUNKEL, et al., 2007; CHUANG, et al., 2008).

Dentes inclinados para lingual ou impactados profundamente podem ter um maior risco de serem deslocados para

os tecidos moles. Dentes molares, especialmente terceiros molares, podem ser empurrados para dentro do espaço sublingual, do espaço submandibular, do espaço pterigomandibular e dos espaços cervicais. Força inadvertida usada durante a extração ou alavancar o dente também pode desempenhar um papel importante no momento da cirurgia. Espessura da cortical lingual, idade do paciente e presença de patologia óssea deve também ser considerado. Técnicas cirúrgicas abertas, aplicação correta de força e colocação correta de afastadores na região lingual podem ajudar a minimizar esta complicação em particular (KARTHIK, et al., 2012).

Além das considerações anatômicas, como a angulação disto-lingual, um inadequado exame clínico e radiográfico são fatores importantes que

2. Relato de Caso Clínico

Caso 1

Paciente do sexo feminino, de 21 anos, compareceu ao consultório odontológico com queixas álgicas durante a mastigação e deglutição na região posterior de mandíbula lado direito. Relatava, ainda, deslocamento de unidade dentária durante extração realizada a mais ou menos três meses. Foi observado no exame radiográfico panorâmico realizado antes da unidade ser deslocada, a presença dos quatro terceiros molares inclusos (figura 1).

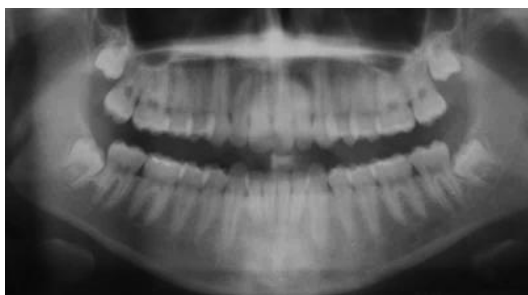


Figura 1. Radiografia panorâmica prévia ao deslocamento com a presença das quatro unidades inclusas.

Durante o exame físico intra e extra oral, não havia alterações de

podem levar ao deslocamento do dente (ESEN, et al., 2000).

É necessário que todos os casos de extração dos terceiros molares sejam cuidadosamente avaliados com antecedência, especialmente os dentes com inclinação disto-lingual e os riscos relativos descritos no consentimento informado (KOSE, et al., 2014).

A proposição deste trabalho é relatar e discutir dois casos de deslocamento de terceiro molar inferior para espaços fasciais profundos, dando ênfase ao diagnóstico, plano de tratamento e prevenção.

aumento de volume na mucosa oral, nem tampouco assimetria facial.

Diante disso, foi solicitada uma nova radiografia panorâmica, a qual permitiu observar a unidade dentária 48 deslocada do seu alvéolo, posicionada com o coroa invertida próxima a região de ângulo mandibular (figura 2).



Figura 2. Radiografia panorâmica. Pode-se detectar a presença da unidade 48 localizada próxima a região de ângulo mandibular, com sua coroa invertida.

Para uma melhor precisão na localização da unidade, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico (cone beam). Esta revelou

uma fratura da tábua óssea lingual, e a localização exata da unidade no espaço pterigomandibular, abaixo da linha milo hióidea (figuras 3, 4 e 5).



Figura 3. Tomografia computadorizada cone beam (vista coronal), ilustrando a fratura da tábua óssea lingual no alvéolo da unidade 48.

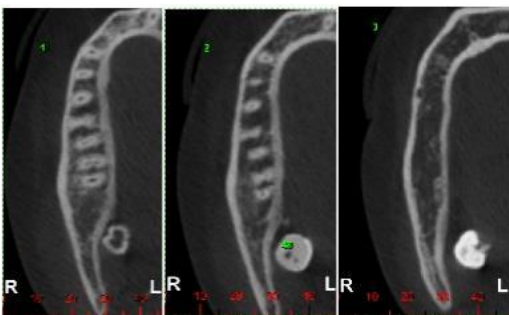


Figura 4. Tomografia computadorizada cone beam (cortes axiais). Pode-se notar que a unidade 48 foi deslocada para o lado lingual do seu local de origem.

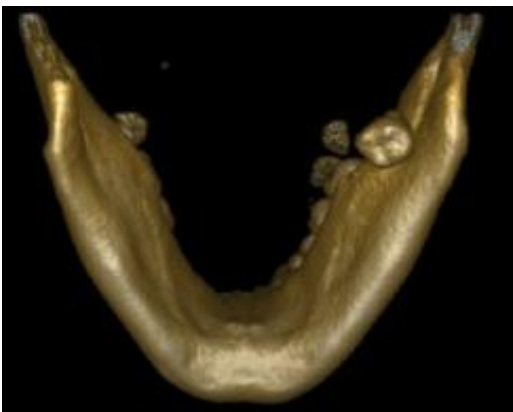


Figura 5. Reconstrução tridimensional (vista inferior), visualizando o dente 48 localizado no espaço pterigomandibular, com sua coroa voltada para a base da mandíbula (invertida).

Posteriormente a realização dos exames laboratoriais pré-operatórios, foi programado o procedimento cirúrgico para remoção da unidade dentária (48) deslocada e dos demais dentes inclusos (18, 28 e 38) sob anestesia geral. Antes do procedimento cirúrgico, foi realizada profilaxia antibiótica e analgesia preemptiva.

Após a incisão sulcular, iniciada na lingual e estendida pela região retromolar, o retalho mucoperiosteal lingual foi rebatido e divulsionado até a região pterigomandibular. A unidade foi localizada e removida com uma pinça hemostática curva, como se pode notar na figura 6.



Figura 6. Visão intra oral transoperatória.

Após irrigação abundante com soro fisiológico e realização dos cuidados com o alvéolo, o retalho foi rebatido e suturas simples foram realizadas.

A paciente recebeu alta hospitalar após 24hrs. No pós-operatório foram prescritos antibiótico, anti-inflamatório e analgésico, e a mesma foi orientada a retornar ao consultório para controle clínico e cuidados após a intervenção. Nota-se na radiografia panorâmica solicitada após o procedimento (figura 7), que a unidade deslocada foi removida com sucesso.

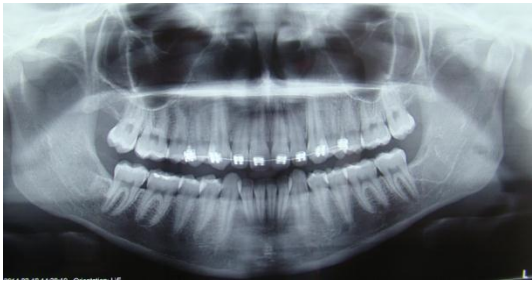


Figura 7. Radiografia panorâmica pós-operatória.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 21 anos, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE, apresentando dor, febre, trismo intenso, disfagia e edema na região submandibular direita. A queixa principal da paciente é que há dois dias fora submetida há uma tentativa frustrada de exodontia da unidade 48. A paciente possuía em mãos a radiografia panorâmica inicial (figura 8) retirada antes da intervenção cirúrgica, na qual foi observado a presença dos dois terceiros molares inferiores inclusos.



Figura 8. Radiografia panorâmica prévia ao deslocamento evidenciando a unidade 48 incluída.

Ao exame extra oral observou-se edema duro a palpação em região submandibular direita com ausência de ponto de flutuação, associada ao trismo intenso e febre (figura 9).



Figura 9. Imagem extra oral da região submandibular.

E ao exame intra oral, presença de sutura na região do 48, sem drenagem de exsudato purulento. Diante do quadro relatado e para uma melhor precisão na localização da unidade, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico (cone beam). A qual revelou a localização exata da unidade no espaço pterigomandibular, abaixo da linha milo hióidea (figuras 10, 11, 12 e 13).

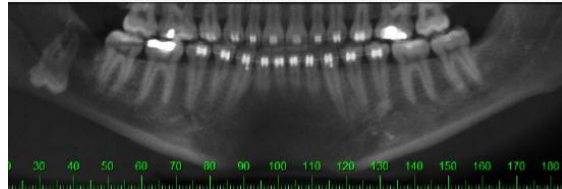


Figura 10. Tomografia computadorizada cone beam (vista panorâmica).

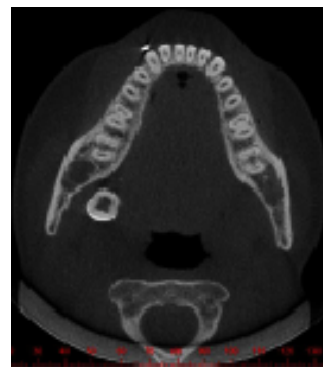


Figura 11. Tomografia computadorizada cone beam (corte axial). Nota-se que a unidade 48 foi deslocada para o lado lingual do seu local de origem.

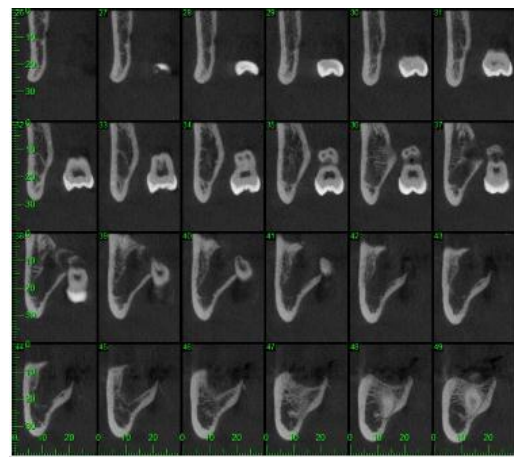


Figura 12. Cortes trans seccionais nos quais elucidada a localização da unidade numa vista de posterior para anterior.

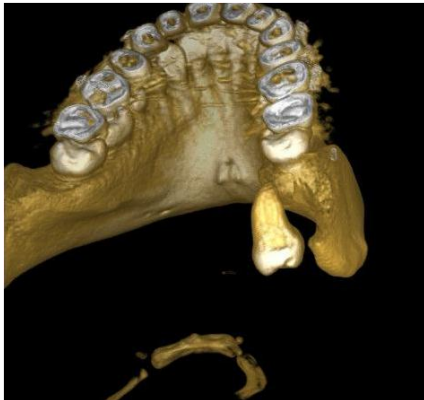


Figura 13. Reconstrução tridimensional, deixando clara a posição do dente 48 no espaço submandibular, com sua coroa voltada para a base da mandíbula (invertida).

O tratamento proposto foi internação hospitalar para antibiótico terapia e posterior remoção cirúrgica sob anestesia geral. A mesma ficou sob medicação durante alguns dias para diminuição dos sintomas que atrapalhavam a intervenção cirúrgica sob anestesia geral. Sendo assim, ela foi encaminhada a outro serviço para a realização da cirurgia, que se deu vários dias após a primeira visita dela ao HUSE. Após exames laboratoriais pré-operatórios, foi programado o procedimento cirúrgico para remoção da unidade dentária (48) deslocada. Antes do procedimento cirúrgico, foi realizada profilaxia antibiótica e analgesia preemptiva.

Em seguida, realizou-se a incisão intra sulcular do primeiro molar até a região retromolar, e a mesma foi estendida pela região lingual. O retalho mucoperiosteal lingual foi rebatido e em seguida foi feita a divulsão até a região pterigomandibular, onde foi encontrada a unidade e esta removida com uma pinça hemostática curva, como se pode notar nas figuras 14 e 15.

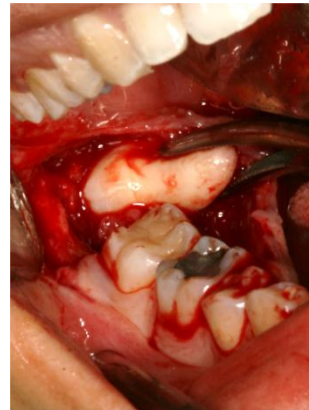


Figura 14. Visão intra oral transoperatória.



Figura 15. Unidade 48 após a remoção.

Finalizando o procedimento, foi feito irrigação abundante com soro fisiológico e os cuidados com o alvéolo. O retalho foi reposicionado para que suturas simples pudessem ser realizadas.

No pós-operatório a paciente foi medicada com antibióticos e analgésicos, e o mesmo transcorreu com boa saúde geral e sem complicações. Ela foi orientada a retornar ao consultório para controle clínico e cuidados após a intervenção. Como é ilustrada na radiografia panorâmica solicitada após o procedimento (Figura 16), a unidade deslocada foi removida com sucesso.



Figura 16. Radiografia Panorâmica evidenciando que a unidade deslocada foi removida com sucesso.

3. Discussão

O primeiro caso descrito na literatura sobre a remoção de uma unidade dentária deslocada para espaço pterigomandibular foi em 1958 (ARASA, et al., 2012). Desde então vem surgindo diversos casos não só para espaço pterigomandibular, mas para espaço submandibular, sublingual, fossa infratemporal e espaços cervicais. Toda via, não deixa de ser uma complicação rara na Odontologia (CENTENERO, et al., 2009; KAMBUROGLU, et al., 2010; NUSRATH, et al., 2010; KARTHIK, et al., 2012; JUODZBALYS, et al., 2013; JOLLY, et al., 2014; ZHAO, et al., 2015).

A maioria dos autores relaciona este tipo de complicação com diversos fatores de risco como: idade do paciente, a posição dos dentes, aplicação de força excessiva, espessura da tábua óssea lingual, falta de planejamento operatório e falta de experiência do cirurgião. Segundo Arasa, et al., (2012) a remoção destas unidades em pacientes jovens, antes das raízes estarem completamente desenvolvidas pode minimizar o risco de deslocamento. Em ambos os casos as pacientes são jovens, e as unidades já possuíam raiz formada, o que pode ter contribuído para a iatrogenia, como descrito na literatura. Quando existe um risco de que o dente ou fragmento possa ser deslocado, aplicar pressão com o dedo no lado lingual e a colocação de afastadores na região, pode prevenir o deslocamento dele para áreas anatômicas adjacentes (TUMURULI, et al., 2002). (CENTENERO, et al., 2009; KAMBUROGLU, et al., 2010; NUSRATH, et al., 2010; OUALHA, et

al., 2010; KARTHIK, et al., 2012; JUODZBALYS, et al., 2013; JOLLY, et al., 2014; ZHAO, et al., 2015;).

Os sintomas de um dente ou raiz deslocados dependem do seu tamanho, localização, e se há ou não uma infecção associada. Alguns pacientes são livres de sintomas, enquanto outros experimentam dor, inchaço e trismo no pós-operatório (ZHAO, et al., 2015). Este trabalho mostra bem esses dois exemplos, no caso 1 a paciente foi livre de sintomas imediatos, fazendo com que a mesma só procurasse o tratamento três meses após o acontecido, quando surgiu uma dor moderada na região. Em contrapartida, no caso 2 a paciente apresentou sintomas anteriormente relacionados, como trismo e dor após 48 horas da intervenção cirúrgica.

A infecção após o deslocamento do dente pode ocasionar disseminações para espaços fasciais profundos ou gerar risco de vida, trombose da veia jugular interna, erosão da artéria carótida e suas ramificações, interferência com os nervos cranianos (IX a XII), mediastinite e comprometimento das vias aéreas (CENTENERO, et al., 2009; NUSRATH, et al., 2010; KARTHIK, et al., 2012; JOLLY, et al., 2014; ZHAO, et al., 2015). No caso 2 a paciente apresentou infecção pós-operatória em espaço pterigomandibular direito, procurando o hospital com queixa de trismo e disfagia. Já no caso 1, apesar da paciente procurar tratamento após 3 meses do deslocamento do dente, não houve infecção.

Alguns autores preferem adiar a cirurgia por várias semanas para permitir que ocorra a fibrose e estabilizar o dente em uma posição firme. De acordo com

Jolly, et al., (2014) um atraso de remoção maior que 24 horas pode resultar em uma resposta inflamatória e conduzir a dor intensa, inchaço, trismo, infecção e ainda mais a migração da raiz e/ou unidade para espaços profundos e reação de corpo estranho. Sendo assim, no caso 2, a paciente possuía todos os sintomas descritos após 48 horas do acidente, fazendo com que os mesmos sejam tratados para posteriormente fazer a intervenção, corroborando com a literatura. Já no caso 1, a paciente não sofria sintoma algum durante três meses e somente procurou o serviço por um eventual incômodo na região, por isso a intervenção foi realizada logo em seguida aos resultados dos exames necessários. Deixando claro que o ideal é que intervenha de imediato a ocorrência do acidente, para que se evitem maiores complicações.

Os terceiros molares mandibulares localizados distalmente, tem uma maior probabilidade de serem deslocados, quando comparados a outras angulações. Assim como a presença de raízes curvadas também aumentam as chances de deslocamento, a perfuração da cortical lingual e dentes lingualizados também podem fazer parte deste tipo de complicação (HUANG, et al., 2007; KASAPOGLU, et al., 2013). Exemplos estes, elucidados neste trabalho, pois no Caso 1 ocorreu a perda da cortical lingual e no Caso 2 a unidade estava distalizada.

Diversas vistas radiográficas convencionais podem ser tomadas para visualizar um dente deslocado. Uma radiografia panorâmica de rotina fornece informação útil, como visto nos dois relatos descritos. No entanto, as técnicas radiográficas convencionais não são adequadas para localizar precisamente o dente deslocado nos tecidos moles adjacentes, o que justifica a utilização de técnicas de imagem avançadas, como a tomografia computadorizada Cone beam (VORA, et al., 2015). Como foi solicitado aos dois casos descritos neste trabalho, para que os cirurgiões tivessem uma melhor precisão do local do dente e com isso fosse feito um planejamento cirúrgico adequado aumentado assim o sucesso na cirurgia.

A remoção cirúrgica de um dente a partir do espaço pterigomandibular através da abordagem extra oral pode exigir um extenso acesso cirúrgico, podendo acarretar sérios riscos de lesão vascular ou nervosa, além da presença de cicatriz que pode afetar na estética do paciente. Em contrapartida, técnicas intra orais com o uso de pressão externa para empurrar o fragmento dentro da cavidade oral, remoção da placa lingual ou reflexão da mucosa oral e descolamento do músculo milo hióideo para obter acesso, são bastante empregadas durante o transoperatório para que se obtenha sucesso na remoção da unidade (YEH, et al., 2002; ALIF, et al., 2011; ARASA, et al., 2012). Todavia, a técnica empregada em ambos os casos deste trabalho, foi por via intra oral pelo fato da abordagem ser menos invasiva e acarretar menor trauma ao paciente.

Em relação à anestesia, muitos autores abordam a intervenção com local, em casos de fragmentos menores e mais superficiais e com ausência de sintomas que dificultam este tipo de procedimento. Os fragmentos maiores e/ou mais profundos, geralmente necessitam de intervenção sob anestesia geral, por ser mais segura, obter um melhor suporte ao paciente e ao profissional (PASCUAL et al., 2010). Os dois casos citados, foram realizados sob anestesia geral já que ambos estavam localizados em espaços fasciais profundos e se tratava da unidade dentária inteira.

É importante destacar que a melhor maneira de evitar um deslocamento de terceiro molar inferior é avaliar a condição do dente com cuidado no pré-operatório, selecionar instrumentos e técnicas adequadas, e ser cuidadoso durante a extração. Todos os pacientes com indicação de extração desta unidade devem ser cuidadosamente avaliados com antecedência e riscos significativos devem ser incluídos no consentimento informado (YEH, et al., 2002; ALIF, et al., 2011; ARASA, et al., 2012). O que não aconteceu em ambos os casos, sendo mais evidente no caso 2 onde a paciente não foi informada da iatrogenia.

É imperativo que os Cirurgiões - dentistas sejam sinceros com os pacientes

quando ocorrem tais complicações e busquem mais ajuda. Se isso acontecer, o paciente deve ser informado e o profissional deve agir de forma ética (HUPP, et al., 2009). No caso 2 em particular, a paciente não tinha conhecimento que a unidade tinha sido deslocada. Em contrapartida, no Caso 1 a paciente tinha conhecimento sobre a iatrogenia e só procurou o tratamento após a presença de dores na região.

4. Considerações Finais

Em suma, quando ocorre o deslocamento, é mais sensato realizar a remoção da unidade no mesmo tempo cirúrgico ou o mais breve possível para que se possa minimizar o aparecimento de novas complicações. Além do uso de

exames de imagens tridimensionais que se tornam fundamentais para a localização apropriada.

O acesso intra oral e/ou extra oral podem ser usados corretamente de acordo com o posicionamento da unidade, bem como, a conduta do cirurgião. Tanto a anestesia geral quanto a local podem ser usadas de forma satisfatória, sendo a primeira mais segura e confortável. Portanto, as condições que envolvem dente ou raiz deslocado dentro dos espaços fasciais devem ser geridas com o máximo de cuidado e diligência.

Um pré-operatório adequado, uma avaliação imaginológica precisa do dente impactado, boa seleção do método cirúrgico e uso correto de instrumentos são recomendados, para que se obtenham bons resultados.

5. Referências

1. Alif SM, Haque S, Nimmi N, Ashraf A, Khan SH, Khan MH. Panoramic radiological study to identify locally displaced maxillary canines in Bangladeshi population. **Imaging Sci Dent.**; v.41 n.4 p.155-159. Dec 2011
2. Arasa, L.A., Figueirido, R., Escoda, C.G., Iatrogenic displacement of third molar roots into the sublingual space: report of 6 cases. **J. Oral Maxillofac. Surg.** v.70, p. 107–115. 2012.
3. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Risk factors for inflammatory complications following third molar surgery in adults. **J Oral Maxillofac Surg.** ;v.66 n.11 p. 2213-8. Nov 2008
4. Denio D, Torabinejad M, Bakland LK. Anatomical relationship of the mandibular canal to its surrounding structures in mature mandibles. **J Endod. Apr.** v.18 n.4 p.161-5. 1992
5. Esen E., Aydogan L.B., Akçali M.C. Accidental displacement of an impacted mandibular third molar into the lateral pharyngeal space. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 58 p. 96-97. 2000
6. G. Juodzbaly, P. Daugela. Mandibular Third Molar Impaction: Review of Literature and Proposal of a Classification. **J Oral Maxillofac Res**, v. 4, n. 2, Apr-Jun, 2013.
7. Hupp, J.R. Prevenção e Tratamento das Complicações Cirúrgicas. Capítulo 11. In: HUPP, J.R., ELLIS III, E., TUCKER, M.R.. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, p.704 2009
8. İ. Kose, M. Kopalal, N. Güneş, Y. Atalay, F. Yaman, S. Atilgan, and G. Kaya. Displaced lower third molar tooth into the submandibular space: Two case reports. **J Nat Sci Biol Med.** v.5 n.2 p. 482–484 Jul-Dec 2014.
9. Juodzbaly G, Wang HL. Guidelines for the Identification of the Mandibular Vital Structures: Practical Clinical Applications of Anatomy and Radiological Examination Methods. **J Oral Maxillofac Res**;v.1 n.2: e1. 2010
10. Kasapoglu, ç., brkic, a., gurkan-koseoglu, b., koçak-berberoglu, h., Complications Following Surgery of Impacted Teeth and Their Management. Chapter 1. In: MOTAMEDI, M. H. K. **A textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery.** InTech, p.856 June 2013
11. K. Kamburoglu, S. Kursun, B. Oztas, Submandibular displacement of a mandibular third molar root during extraction: a case report, **Cases Journal**, p. 3-8, Jan, 2010.

12. Karthik R., Kalaivani R. Unrecognised displacement of mandibular third molar tooth fragment into the submandibular space – A case report. **SRM University Journal of Dental Sciences**, v. 3, n.1, p. 75-77, Mar, 2012.
13. Khan I, Halli R, Gadre P, Gadre KS. Correlation of panoramic radiographs and spiral CT scan in the preoperative assessment of intimacy of the inferior alveolar canal to impacted mandibular third molars. **J Craniofac Surg.** ;v.22 n.2 p.566-70. Mar 2011
14. Kunkel M, Kleis W, Morbach T, Wagner W. 2007. Severe Third Molar Complications Including Death—Lessons from 100 Cases Requiring Hospitalization; **J Oral Maxillofac Surg.** v.65 p.1700-1706. 2007
15. L. Oualha, M. Omezzine, E. Moussaoui, I. Chaabani⁴, T. B. Alaya⁴, J. Selmi, N. Douki. Complication of mandibular third molars extraction: a case report. **Med Buccale Chir Buccale**; p. 18:53-56. 2010
16. M. A. Nusrath and R. J. Banks, Unrecognised displacement of mandibular molar root into the submandibular space. **British dental journal**, v. 209, n. 6, p. 209-210, sep 25, 2010.
17. Matzen LH, Christensen J, Hintze H, Schou S, Wenzel A. Influence of cone beam CT on treatment plan before surgical intervention of mandibular third molars and impact of radiographic factors on deciding on coronectomy vs surgical removal. **Dentomaxillofac Radiol.** ;v.42 n.1 p.98870341. Aug 2013
18. M. M. Vora, P. N. Nagargoje. Displacement of a mandibular third molar in the Pterygomandibular space - a case report. **Journal of Applied Dental and Medical Sciences.** 2015.
19. Misch CE. Diagnostic imaging techniques. In: Misch CE, editors. **Contemporary Implant Dentistry**, 3rd ed. St Louis: CV Mosby Company; p. 38-67. 2008
20. Pascual, C.R., Esteves, L.S., Rocha, F.C., Prado, R.. Deslocamento Acidental de Terceiro Molar Inferior para o Espaço Faríngeo-lateral: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Cirurgia Buço-maxilo-facial**, v. 10, n. 1, p. 59-62, 2010.
21. Ross M B. 1998. An assessment of patients' attitudes to day-case general anaesthesia for removal of mandibular third molars; **Bri J of Oral and Maxillofac Surg.** v.36 p.27-29. 1998
22. S. A.-H. Centenero, R. S. Gil, A. M. Diéguez. A rare complication during the extraction of the included inferior third molar. Case report. **Rev Esp Cir Oral Maxilofac**, v. 31, n.5, p. 333-336, Sep-Oct, 2009.
23. S. S. Jolly, V. Rattan, S. K. Rai, Intraoral management of displaced root into submandibular space under local anaesthesia –A case report and review of literature. **The Saudi Dental Journal** , v. 26, p. 181–184, Jul, 2014.
24. S. Zhao, Z. Huang, T. Geng, L. Huang. Intraoral management of iatrogenically displaced lower third molar roots in the sublingual space: a report of 2 cases. **Int J Clin Exp Med**, v. 8, n. 10, p. 19591-19595, 2015.
25. S. S. Jolly , V. Rattan, S. K. Rai. Intraoral management of displaced root into submandibular space under local anaesthesia –A case report and review of literature. **Oral Health Sciences Centre**, PGIMER, Chandigarh, India 15 July 2014.
26. Tumuluri, V., punnia-moorthy, A.. Displacement of a mandibular third molar root fragment into the pterygomandibular space. **Australian Dental Journal**, v. 47, n. 1, p. 68-71, mar., 2002.
27. Van der Stelt PF. Filmless imaging: the uses of digital radiography in dental practice. **J Am Dent Assoc. Oct**; v.136 n.10 p.1379-87. 2005
28. Yeh C-J. A simple retrieval technique for accidentally displaced mandibular third molars. **J Oral Maxillofac Surg** v. 60, p. 836-837. 2002

