

## Exodontias Múltiplas

**Autor:** Eduardo Madruga Lombardo

A sequência de exodontias em uma exodontia múltipla é relativamente maleável, mas existem algumas orientações que podem otimizar o procedimento cirúrgico.

Em exodontias múltiplas, é recomendado que o procedimento comece por maxila antes de mandíbula. Caso fosse o contrário, imagine que o alvéolo recém submetido à intervenção cirúrgica em mandíbula estaria sujeito a receber possivelmente detritos originados das exodontias de dentes superiores.

Além disso, é preferível que a orientação das exodontias comece em regiões mais posteriores e siga orientação anterior com o intuito de evitar o comprometimento da visualização do campo operatório em função do sangramento pelo operado.

Existem inúmeras possibilidades de combinações de exodontias que devem ser calculadas pela situação clínica do paciente. Deve-se orientar o procedimento pela queixa principal do paciente associada à dificuldade cirúrgica, condições sistêmicas e aspecto psicológico. Dessa forma, podemos pensar em metodologias de exodontias por consulta, realizando dentes únicos por sessão, arcadas inteiras, trabalhar por hemiarcadas ou quadrantes ou começarmos por um lado inteiro (por exemplo dentes superiores e inferiores do lado de escolha).

### Plastia Óssea

As exodontias múltiplas comumente deixam, residualmente, irregularidades ósseas que futuramente irão prejudicar o planejamento protético, quando não geram por si só desconforto para o paciente. Tais irregularidades determinam a necessidade de tratamento cirúrgico para recontorno do rebordo.

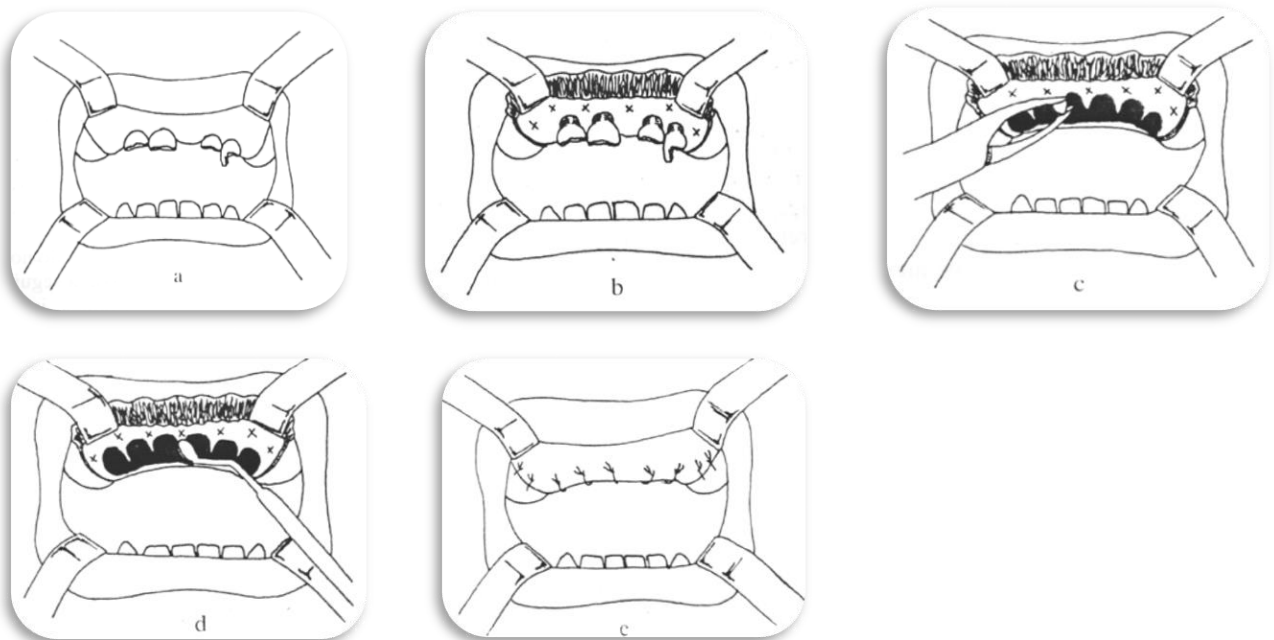
A plastia óssea, nesse contexto, é importante pois direciona reabsorção óssea, possibilita reabilitação imediata, favorece cicatrização e evita a necessidade de um segundo ato operatório.

Na realidade da atenção básica, existem dois tipos de plastias ósseas bastante comuns que o cirurgião-dentista deve efetuar, caso irregularidades ósseas sejam diagnosticadas: alveoloplastia simples e alveoloplastia intrasseptal.

## Alveoloplastia simples

A alveoloplastia simples consiste na eliminação de espículas salientes. Nesse momento após exodontia realizada, o profissional deve visualizar e palpar atentamente o sítio cirúrgico para diagnóstico de regiões de osso que apresentam ângulos agudos.

A grande vantagem desse tipo de plastia óssea é a conservação de tecido ósseo.



Nesses desenhos esquemáticos podemos observar a sequência cirúrgica da alveoloplastia simples.

A – Aqui podemos observar a situação clínica do paciente apresentando dentes superiores com indicação de exodontia múltipla.

B - Prevendo que haveria a necessidade de plastia óssea, o cirurgião dentista realizou um acesso cirúrgico previamente e em seguida realizou as extrações.

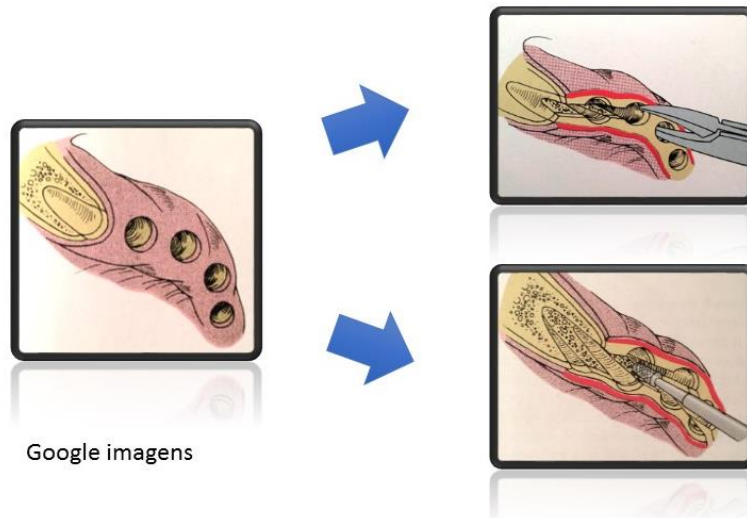
C – Terminadas as extrações, o dentista avaliou as condições do tecido ósseo remanescente e constatou regiões que apresentavam espículas ósseas. E, nestas, com um auxílio de um alvéolotomo iniciou a remoção grosseira de ângulos agudos de osso.

D – Após a remoção grosseira, o cirurgião-dentista iniciou o trabalho fino com uma lima para osso para regularização final.

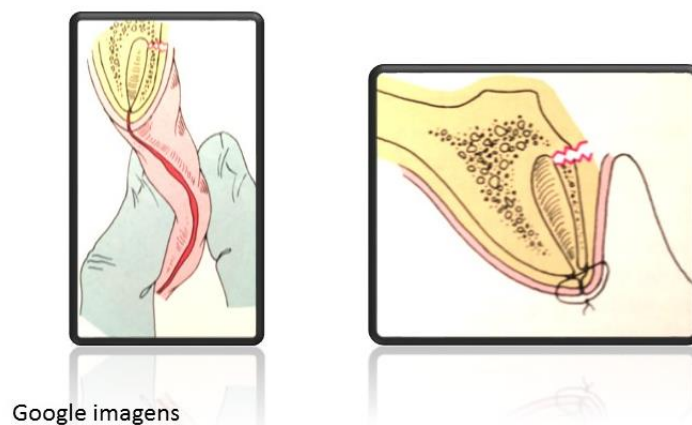
E – Com o tecido devidamente regularizado, deve-se proceder com irrigação profusa para remoção de detritos dos procedimentos que possam comprometer a cicatrização e, em seguida, sutura a pontos isolados.

## Alveoloplastia intrasseptal

Na alveoloplastia intrasseptal não são removidas as lâminas ósseas das corticais vestibulares, palatinas ou linguais. Remove-se apenas o septo interdental e, em seguida, produz-se uma fratura em galho verde na tábua óssea vestibular por compressão bidigital.



De início, a remoção dos septos interdentais pode se dar com o auxílio de um alveolótomo ou através de peça de mão em baixa rotação com fresa.



Uma vez finalizadas as alveoloplastias, pressionando as corticais, o profissional deve produzir uma fratura em cortical vestibular, que possibilitará o fechamento da ferida em primeira intenção.

É importante ressaltar que a fratura não prejudicará, visto que em nenhum momento lesamos o perióstio, que é o tecido conjuntivo que provê nutrição ao tecido.



## Referências

Hupp J, Ellis III E, Tucker M. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Miloro M, Ghali G, Larsen P, Waite PD. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 2a ed. Editora Santos; 2008. 1502 p.

Beltrão GC, Silveira JO. Exodontia. 1st ed. Missau; 1998.