



**Revista
Eletrônica
Acervo
Odontológico**

Revisão narrativa

Recebido em: 11/2022

Aceito em: 12/2022

Publicado em: 1/2023

Acidentes e complicações em cirurgia oral menor

Accidents and complications in minor oral surgery

Accidentes y complicaciones en cirugía bucal menor

Larissa Alves Guimarães¹, Fabrício Silva Santos², Antonio Carlos Lourenço Guedes¹, Vinícius do Amaral Santos¹, Karina Pereira Neris¹, Isabela Lopes Rocha¹, Vinícius Soares Oliveira¹, Kauane Pereira Neris³.

RESUMO

Objetivo: Ampliar o conhecimento a respeito da anatomia na área odontológica, focando em acidentes e complicações presentes na cirurgia oral menor. **Revisão bibliográfica:** O cirurgião-Dentista deve ter um amplo conhecimento de toda a anatomia facial, pois esta área apresenta muitas minúcias, portanto se faz necessário a educação continuada em todas as áreas da saúde e o constante treinamento para que se possa evitar acidentes e complicações na cirurgia oral menor. A literatura apresenta o seio maxilar, artéria palatina maior, artéria nasopalatina, nervo alveolar inferior, nervo bucal e nervo mentual como as principais estruturas acometidas. **Considerações finais:** Como prevenção, se destaca o correto planejamento como uma excelente arma para tais acidentes e complicações, além do conhecimento adequado de todas as estruturas anatômicas, exames de imagem como radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas, quando solicitadas de forma correta são indispensáveis no planejamento cirúrgico.

Palavras-chave: Anatomia regional, Complicações em cirurgia oral, Prevenção de acidentes cirúrgicos.

ABSTRACT

Objective: Expand knowledge about anatomy in dentistry, focusing on accidents and complications present in minor oral surgery. **Bibliographic review:** The dental surgeon must have a broad knowledge of the entire facial anatomy, as this area presents many minutiae, therefore continuing education in all areas of health and constant training is necessary so that accidents and complications can be avoided. In minor oral surgery. The literature presents the maxillary sinus, greater palatine artery, nasopalatine artery, inferior alveolar nerve, buccal nerve and mental nerve as the main structures affected. **Final considerations:** As prevention, correct planning stands out as an excellent weapon for such accidents and complications, in addition to adequate knowledge of all anatomical structures, imaging tests such as panoramic radiographs and computed tomography, when requested correctly, are indispensable in planning surgical.

Keywords: Regional anatomy, Complications in oral surgery, Prevention of surgical accidents.

¹ Universidade Uninassau, Vitória da Conquista - BA.

² Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA, Porto Seguro – BA.

³ Centro Universitário UniFTC, Vitória da Conquista – BA.

RESUMEN

Objetivo: Ampliar los conocimientos sobre anatomía en odontología, centrándose en los accidentes y complicaciones presentes en la cirugía oral menor. **Revisión bibliográfica:** El cirujano dentista debe tener un amplio conocimiento de toda la anatomía facial, ya que esta área presenta muchas minucias, por lo que es necesaria la educación continua en todas las áreas de la salud y la capacitación constante para evitar accidentes y complicaciones en la cirugía oral menor. La literatura presenta al seno maxilar, arteria palatina mayor, arteria nasopalatina, nervio alveolar inferior, nervio bucal y nervio mentoniano como las principales estructuras afectadas. **Consideraciones finales:** Como prevención, la correcta planificación se destaca como una excelente arma para este tipo de accidentes y complicaciones, además del conocimiento adecuado de todas las estructuras anatómicas, las pruebas de imagen como las radiografías panorámicas y la tomografía computarizada, cuando se solicitan correctamente, son indispensables en la planificación quirúrgica.

Palabras clave: Anatomía regionales, Complicaciones en cirugía bucal, Prevención de accidentes quirúrgicos.

INTRODUÇÃO

A educação continuada após a formação profissional é indispensável em todas as áreas da saúde, principalmente no campo da cirurgia oral que abrange conhecimentos complexos com grande ênfase na anatomia facial. Assim, é de suma importância o estudo anatômico da face na prática odontológica, pois o reconhecimento de estruturas anatômicas nobres que estão localizadas ou com íntima proximidade na região do ato cirúrgico, se faz necessário para evitar complicações e intercorrências cirúrgicas (BASTOS RF, et al., 2019).

Dessa maneira, a literatura diferencia os seguintes termos: acidentes x complicações. Sendo o termo acidente descrito como intercorrência ocorrida no período trans-operatório, ou seja, no decorrer do ato cirúrgico. Já o termo complicação, remete aos adventos oriundos ao período pós-operatório no qual o paciente necessita de uma série de cuidados especiais (CASTANHA DDEM, et al., 2018). As principais estruturas acometidas na cirurgia oral menor são: seio maxilar, artéria palatina maior, artéria nasopalatina, nervo alveolar inferior, nervobucal e nervo mental (CRAL WG, et al., 2017). Através de sua gravidade, os acidentes e complicações podem ser classificados como: complicações transitórias menores, como o trismo, alveolite, infecções; e complicações transitórias maiores como fratura osso suporte, infecções de órgãos vitais, e alterações neuro-sensoriais, principalmente a parestesia (MATTOS A e CORREA K, 2016).

Para evitar as complicações, um bom conhecimento anatômico da face com um exame clínico adequado, e auxílio de exames complementares como, por exemplo, radiografias e Tomografia Computadorizadas além de uma biossegurança criteriosa com um planejamento adequado, as complicações e intercorrências cirúrgicas possíveis podem não acontecer (SILVA MB, et al., 2018).

O presente texto, tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre os acidentes e complicações em áreas nobres anatômicas na cirurgia oral menor.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Seio maxilar

O seio maxilar é o maior dos seios paranasais, tendo um espaço pneumático localizado no processo zigomático da maxila, mais especificamente, internamente no corpo e processo do mesmo (DAVID GM, et al., 2018). Exercem importante funções, desde a ressonância da voz até o aquecimento do ar inspirado levando a sua umidificação e redução do peso do crânio (CRAL WG, et al., 2017). Anatomicamente, é conhecido como uma parede quadrangular, onde sua base é parede lateral da cavidade nasal, o osso

zigomático como sendo o seu ápice. Além disso, outras quatro paredes, são elas: anterior, posterior, superior e inferior (assoalho) constituem o seio maxilar (DAVID GM, et al., 2018). Radiograficamente, apresenta-se com amplas áreas bilateralmente radiolúcidas sobre a imagem dos ápices dos pré-molares e molares superiores, que através do septo pode ser dividida em duas ou mais cavidades (CRAL WG, et al., 2017).

Uma forma de prevenir dano ao seio maxilar, é com uma compreensão a respeito do assoalho do seio que se estende em direções às raízes de molares, pré-molares ou mais anteriormente aos caninos superiores (CRAL WG, et al., 2017). Em exodontias de dentes superiores posteriores, faz-se necessário um correto planejamento com radiografias periapicais para constatar esse contorno anatômico com os ápices radiculares dos dentes que serão submetidos a extração, avaliando uma íntima proximidade do dente com o seio maxilar (ARAUJO PM, et al., 2020).

A manobra de Valsava é extremamente importante para diagnóstico de comunicação buco-sinusal, sendo indicada para realizada em todas as exodontias em região posterior de maxila (PARISE G e TASSARA LF, 2020). Ressalta que se caso acontecer abertura, essa deve ser fechada o mais rápido possível, pois pode acabar-se tornando um processo crônico e pode ocorrer a produção de uma fístula bucosinusal (CUNHA GC, 2018). Essa manobra deve ser realizada pelo cirurgião dentista que comprimi as asas nasais do paciente, levando obstrução das narinas do paciente solicitando que o mesmo expire o ar pelo nariz, mantendo a boca aberta. Caso tenha a comunicação, o ar será expirado através do alvéolo com borbulhamento do sangue, sendo percebido pelo o profissional (ARAUJO PM, et al., 2020). O tratamento dessa complicação é na maioria das vezes cirúrgico, com retalhos deslizantes vestibulares ou de retalhos palatinos rodados, além de corpo adiposo bucal (MOREIRA RGM, et al., 2020).

Artéria Palatina Maior e Artéria Nasopalatina

O palato duro é irrigado pelas artérias que penetram no interior da mucosapalatina (DA SILVA GBR, 2010). Anatomicamente, localiza-se posteriormente bilateralmente, denominada Artéria Palatina Maior, e anteriormente a Artéria Nasopalatina, ambas responsáveis pela irrigação sanguínea com nutrição e inervação desta região, respectivamente. A Artéria Palatina Maior penetra na região pelo forame palatino maior, estrutura essa com formato ovoide, ou arredondado, por onde passa também o ramo palatino maior do nervo trigêmeo (SFREDO FHB, et al., 2018). Já a artéria nasopalatina entra pelo forame incisivo, irrigando anteriormente os dentes superiores de canino a canino. Entretanto, a artéria palatina maior irriga grande parte do palato duro, sendo o maior vaso e que está com pouco espaço da margem alveolar, por isso, daí a importância de um correto planejamento cirúrgico da região (DA SILVA GBR, 2010).

Caso, a artéria palatina maior venha a ser afetada pode causar sérios problemas clínicos, desde uma hemorragia, devido ao alto volume sanguíneo e aspectos elásticos da artéria, ou até levar a uma necrose tecidual devido a isquemia que durou (SFREDO FHB, et al., 2018).

Alguns procedimentos odontológicos, como por exemplo, abscessos palatinos que localizam no primeiro molar, não devem serem feitas incisão transversal e sim no sentido anteroposterior (DA SILVA GBR, 2010). Além do mais a incisão deve ser feita o mais próximo possível do bordo livre da gengiva, evitando de atingir o abscesso e conseqüentemente a artéria palatina maior (SFREDO FHB, et al., 2018). Outro procedimento comumente realizado na prática odontológica são as cirurgias plástica periodontal de recobrimento radicular, que se baseiam na remoção de tecido conjuntivo do palato próximo aos pré-molares e molares, com o objetivo de corrigir defeitos na gengiva ou mucosa alveolar, além de defeitos no tecido ósseo (SFREDO FHB, et al., 2018). Em fechamento tardio de fístulas buco-sinusal em alguns casos o retalho palatino rodado é indicado, sendo de grande valia o cuidado para não afetar a Artéria Palatina Maior (PARISE Ge TASSARA LF, 2020).

Nervo alveolar inferior

O Nervo Alveolar Inferior (NAI), é o ramo do nervo mandibular que faz parte do terceiro ramo do nervo trigêmeo (V), sendo localizado no canal mandibular, onde é responsável pela sensibilidade da polpa dos dentes inferiores e de suas estruturas envolvidas (PIMENTEL RM e RIBEIRO J, 2017). O conhecimento da

localização deste nervo é de extrema importância para que todos os cirurgiões dentistas se sintam confiantes para a realização de cirurgias nestas áreas. O NAI é classificado como nervo sensitivo inervando assim os dentes inferiores e a gengiva vestibular de incisivos pré-molares (BERZERRO JB, 2019). Anteriormente, próximo ao ápice dos pré-molares inferiores, o NAI se divide em dois ramos, o mentoniano, emergindo da mandíbula pelo forame mentual, responsável pela sensibilidade da pele do mento e lábio inferior, e incisivo, que continua percorrendo dentro da mandíbula para inervar caninos e incisivos inferiores (ALI AS, et al., 2018).

As lesões de ramos do nervo trigêmeo, principalmente do NAI, são complicações frequentes e problemáticas dentro da odontologia. Vários estudos relatam que como principais causas da lesão deste nervo é a cirurgia do terceiro molar inferior, seguida da injeção incorreta do anestésico na região e por último a colocação de implantes (ALI AS, et al., 2018). Há uma grande relação entre as raízes dos terceiros molares inferiores e o canal mandibular, favorecendo o risco de injúria do NAI, que pode desencadear uma disfunção neuronal denominada parestesia. Estima-se que esta situação ocorra entre 0,5% a 8,0% em cirurgias de remoção de terceiros molares inferiores (BENEVIDES R, et al., 2018). Atualmente, a população jovem vem apresentando um grande aumento referente a problemas nos terceiros molares inferiores, gerando assim, dor, edema, infecção, trismo e dificuldade de higiene oral, causados pela não erupção natural de tais dentes. A cirurgia de extração de um terceiro molar inferior impactado apresenta vários desafios não cirúrgicos, como principal exemplo o risco de lesionar o NAI. Estima-se que em 95% das práticas dos cirurgiões dentistas, um paciente ou mais sofrem lesão do NAI, sendo 78% dos casos consequências irreversíveis (PIMENTEL RM e RIBEIRO J, 2017).

Sabe-se da íntima relação do NAI com as raízes dos molares inferiores, e que principalmente em extrações de terceiros molares impactados o risco de parestesia aumenta, como prevenção de tal risco se faz extremamente necessário uma análise dos riscos através de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. As radiografias panorâmicas são amplamente propostas como o exame de escolha para avaliação e planejamento das cirurgias de terceiros molares inferiores, entretanto, por possuir natureza bidimensional e haver distorções, pode apresentar resultados falsos positivos da relação do canal e a raiz dos dentes, nestes casos são indicadas tomografias, que apresentam uma imagem tridimensional, beneficiando assim o planejamento do ato cirúrgico (BENEVIDES R, et al., 2018).

A coronectomia ou odontectomia parcial intencional, é a remoção parcial da coroa do dente, deixando a raiz *in situ*, esta técnica aplicada à remoção de um terceiro molar ou qualquer dente posterior incluso na mandíbula tem como intuito evitar danos à mandíbula (PIMENTEL RM e RIBEIRO J, 2017). No momento da anestesia algumas medidas também devem ser tomadas para prevenir a lesão do NAI, o primeiro passo é a aspiração antes da aplicação do anestésico, caso ocorra aspiração positiva de sangue ou o paciente reclame de choque, a agulha deve ser reposicionada e a aspiração repetida antes da injeção do anestésico, outra forma de evitar lesão ao nervo é a realização da técnica anestésica infiltrativa em vez de bloqueios regionais (DODO C, et al., 2015).

Nervo Lingual

O nervo lingual (NL) conduz sensibilidade do soalho da cavidade oral, gengiva lingual dos dentes inferiores e corpo da língua. Ele inicia seu trajeto a partir das fibras aferentes oriundas do corpo da língua, percorrendo a sua face lateral e contornando inferiormente o ducto da glândula submandibular. O nervo lingual apresenta um trajeto ascendente, pois atravessa entre o músculo pterigóideo medial e o ramo da mandíbula, e assim continua o seu trajeto até se unir ao tronco posterior do nervo mandibular (RAPAPORT BHJ e BROWN JS, 2020). Este nervo localiza-se anteriormente ao NAI, a qual podem se comunicar algumas vezes (ANDRADE VC, et al., 2016). O NL inerva a gengiva oral, a mucosa superficial dos dois terços anteriores da língua e a glândula sublingual (KUSHNEREV E, et al., 2015).

Sabe-se que o NL está localizado anteriormente ao NAI, com o qual pode-se comunicar algumas vezes. Pode-se observar uma íntima relação desse nervo com o terceiro molar inferior quando se realiza a palpação na região lingual contra a mandíbula 1cm abaixo e atrás do terceiro molar. Pesquisas relatam que a inclusão méso-angular do terceiro molar inferior é a mais comum e tem a maior incidência de lesionar o nervo lingual,

caso lesione este nervo pode gerar uma alteração na língua, de caráter sensorial e de extensão parcial ou total (ANDRADE VC, et al., 2016).

O NL está em risco durante os procedimentos cirúrgicos de terceiros molares inferiores, devido a íntima relação entre o nervo e o dente. O NL percorre pelo plano supraperiosteal da face lingual na porção posterior da mandíbula. A extração de terceiros molares inferiores é um procedimento cirúrgico muito comum, em alguns casos realiza-se osteotomia na região disto-vestibular, e neste estágio que o nervo lingual é colocado em maior risco (RAPAPORT BHS e BROWN JS, 2020).

Quando se realiza retalhos nessa região a retração lingual muitas vezes é feita de forma errada, com o instrumental inadequado ou por um profissional não capacitado, como exemplo auxiliares sem experiência, aplicando uma força demasiadamente grande e podendo lesionar ou seccionar o NL. (RAPAPORT BHS e BROWN JS, 2020). Quando ocorre trauma ou secção no NL, gerando parestesia os pacientes relatam sensações de formigamento, comichão, dormência, ardor, friagem, flacidez, inchaço e também de sensibilidade dolorosa na língua (ANDRADE VC, et al., 2016).

O NL está localizado em uma posição próxima a tábua óssea lingual na região dos terceiros molares inferiores, assim os procedimentos cirúrgicos de extração destes dentes devem ser feitos de forma cuidadosa quanto à divulsão da mucosa lingual e na expansão da tábua óssea lingual para se evitar danos ao nervo (RAPAPORT BHS e BROWN JS, 2020). As técnicas anestésicas também devem ser realizadas cuidadosamente para não provocar compressão direta sob o nervo. É essencial também que os profissionais estejam familiarizados com a anatomia relevante, e compreendam como as variações anatômicas podem levar a lesões dos nervos e falhas anestésicas (RABELO ZH, et al., 2016).

Nervo Mental

O Nervo Mental inerva os tecidos moles do lábio inferior e do mento, juntamente com a gengiva de pré-molares a incisivos. O feixe vasculo-nervoso do nervo mental emerge no forame mental, estrutura essa, localizada anatomicamente na mandíbula bilateralmente, normalmente situada abaixo dos pré-molares inferiores. Em alguns procedimentos cirúrgicos como exodontias complexas, cirurgias paraendodônticas, implantes dentários e enxertia óssea deve-se planejar-las cuidadosamente decorrente do grande risco de gerar danos ao nervo (VASCONCELLOS FP, et al., 2017).

Procedimentos cirúrgicos na região que o nervo emerge, ou seja, entre os pré-molares inferiores devem ser realizados com cautela. Injúrias a tal nervo podem ser causadas por diversos fatores, como pressão do nervo mental por próteses totais ou parciais, implante pressionando o nervo, injeções de anestésicos de forma incorreta e incisões com relaxante na região (GREENSTEIN G e TARNOW D, 2016). Desta forma procedimentos cirúrgicos que necessitem da realização de incisões na região de pré-molares devem ser muito bem planejados, pelo grande risco de lesionar o nervo mental causando parestesia transitória ou até definitiva (CLÁUDIO L, et al., 2019).

O planejamento é o melhor caminho a se seguir quando se fala em risco de lesionar áreas anatômicas nobres, ressaltando o nervo mental o conhecimento detalhado sobre a anatomia regional, a manipulação cuidadosa dos tecidos e a aplicação correta dos princípios mecânicos da exodontia permitirão o sucesso cirúrgico, uma das principais medidas de prevenir a parestesia do nervo mental é a não realização de incisões com relaxante voltada para área de pré-molares inferiores, região onde emerge o nervo mental pelo forame mental (CLÁUDIO L, et al., 2019).

A importância do planejamento pré-operatório

Na literatura consta que a deficiência de um correto planejamento cirúrgico somada com a falta de experiência do profissional, são fatores predisponentes para a ocorrência inesperada de complicações ao longo da cirurgia, podendo ainda dificultar o pós-operatório do paciente, provocando assim o insucesso da cirurgia oral (MEDEIROS MBDE, 2019). Porém, outros autores ressaltam que a idade do paciente, variações anatômicas, a quebra da biossegurança podem ser fatores etiológicos das complicações (CORDEIRO TO e SILVA GL, 2016).

Segundo, Mattos A e Correia K (2016), nenhum procedimento cirúrgico está livre de complicações, pois são considerados procedimentos invasivos. Entretanto, Medeiros MBDE (2019), considera que é necessário compreender a relação e as causas dessas complicações, para que prepare o profissional e evite a ocorrência de complicações tanto trans como no pós-operatório. Castanha DDEM, et al. (2018) diferencia os termos acidente e complicação, segundo ele os acidentes são intercorrências ocorridas no transoperatório, enquanto as complicações são aquelas que ocorrem no período pós-operatório, ressaltando que o acidente pode causar uma complicação em alguns casos, como exemplo, uma comunicação buco sinusal não tratada corretamente pode desencadear uma sinusite maxilar.

Os autores Cral WG e Chicrala GM (2017) consideram que a radiografia panorâmica, é a mais utilizada pelos cirurgiões dentistas em cirurgia oral menor, porém ressaltam que existem muitas limitações, principalmente relacionadas às distorções de imagens e sobreposições. O planejamento digital com a confecção de guias de prototipagem vem sendo utilizado, pois vem mostrando resultados amplamente previsíveis, redução da morbidade, otimização do tempo clínico do procedimento e devolvendo uma maior estética em casos de implantes, enxertos, cirurgias periodontais e entre outros (REYES ÁJS, et al., 2019).

Foram apresentados quatro casos onde a coronectomia, procedimento no qual se retira a coroa dental deixando a raiz *in situ*, foi a técnica mais indicada e segura para evitar lesões ao nervo alveolar inferior, apenas o primeiro caso não necessitou-se de nenhuma intervenção após o procedimento de coronectomia, mas os seguintes apresentaram migração das raízes e um caso necessitou de antibioticoterapia para conter o processo infeccioso, mas apesar disso o objetivo almejado foi obtido, pois nenhum dos quatro casos gerou lesão ao nervo alveolar inferior apesar dos diferentes desfechos (MOURA LB, et al., 2020).

Segundo Cunha G, et al. (2018) as comunicações buco-sinusais ocorrem frequentemente em decorrência de exodontias de dentes superiores posteriores, decorrente da grande proximidade com o seio maxilar, essa comunicação muitas vezes é descrita como acidental durante as extrações dentárias. O seu diagnóstico envolve etapas clínicas e radiográficas, sendo a manobra de Valsava um importante passo do exame físico, sendo necessária em todas as exodontias na região posterior da maxila como forma de prevenção.

É descrito que as radiografias periapicais podem ser úteis na identificação de comunicações, mas podem tornar-se limitadas na identificação de pequenas comunicações, assim como as radiografias panorâmicas e Incidências de Water apresentam as mesmas limitações. Desta forma as tomografias computadorizadas se tornam o exame de escolha para avaliação de comunicações buco-sinusais, pois fornece maior riqueza de informações, não sofrem magnificações nem sobreposições. Outros autores descrevem a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada dos seios da face com reconstrução tridimensional como os exames essenciais de auxílio no diagnóstico das comunicações buco-sinusais, dando uma maior ênfase à TC pela sua riqueza de informações (SCARTEZINI GR e OLIVEIRA CFP, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em evidências científicas foi possível observar a importância do correto planejamento pré-operatório em cirurgias, sendo fundamental o profundo conhecimento anatômico por parte do operador, visto que a localização e a presença de tais estruturas propiciam acidentes e complicações adversas. Além de um correto planejamento e conhecimento anatômico, se faz necessário a realização de um criterioso exame clínico, juntamente com a obtenção de exames complementares de imagem, como radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas tipo *Cone Beam*. Respectivamente, com base nos dados obtidos o nervo alveolar inferior e o seio maxilar se apresentam como as principais estruturas envolvidas em acidentes e complicações.

REFERÊNCIAS

1. ALI AS et al. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars—A comparison of two techniques and review of the literature. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 45, n.

- 3, p. 250–257, 2018.
2. ANDRADE VC, et al. Complicações E Acidentes Em Cirurgias De Terceiros Molares-Revisão De Literatura Complications and Accidents in Third Molar Surgery-a Literature Review. *Saber Científico Odontológico*, v. 2, n. 1, p. 27–44, 2016.
 3. ARAUJO, P. M. et al. Remoção de terceiro molar superior localizado no interior do seio maxilar: relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 5185–5195, 2020.
 4. BASTOS, R. F. ET. NA PERCEPÇÃO DO ALUNO, A DISCIPLINA DE ANATOMIA É IMPORTANTE PARA O CURSO DE ODONTOLOGIA? *Revista UNINGÁ*, v. 56, n. 2318– 0579, p. 92–100, 2019.
 5. BENEVIDES R, et al. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares inferiores: da prevenção ao tratamento. *Full Dentistry in Science*, v. 9, n. 35, p. 66–71, 2018.
 6. BEZERRA JB. Tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior durante extração de terceiro molar inferior. Orientador: Giancarlo Crosara Lettieri. 2019. 9f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.
 7. CASTANHA, D. D. E. M.; ANDRADE, T. I. D. E.; ROCHA, M. D. E. Considerações a Respeito De Acidentes E Complicações Em Exodontias De Terceiros Molares: Revisão De Literatura Considerations Regarding Accidents and Complications in Third Molar Extractions: Literature Review. v. 24, p. 105– 109, 2018.
 8. CLÁUDIO L, et al. Exodontia de pré-molar incluso em íntimo contato com o nervo mentoniano: relato de caso. *Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)*, p. 49-52, 2019
 9. CORDEIRO TO.; SILVA JL. Incidência De Acidentes E Complicações Em Cirurgias De Terceiros Molares Realizadas Em Uma Clínica Escola De Cirurgia Oral. *Rev. Ciênc. Saúde* v. 18, n. 1, p. 37–40, 2016.
 10. CRAL, W. G.; CHICARLA, G. M.; LÚCIA. RECONHECIMENTO DA ANATOMIA DO SEIO MAXILAR EM EXAMES RADIOGRÁFICOS : relato de caso. p. 223–228, 2017.
 11. CUNHA G, et al. Comunicação buco sinusal: do manejo clínico a abordagem cirúrgica. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 46, n. Especial, p. 0–0, 2018.
 12. DA SILVA, GBR. ANÁLISE MORFOLÓGICA DA DISTRIBUIÇÃO ARTERIAL DO PALATO EM PACIENTES DENTADOS E EDENTADOS. 2010. Tese de Doutorado. Universidade do Vale do Itajaí.
 13. DAVID, G. M. et al. Levantamento de seio maxilar: uma comparação de técnicas. *Journal of Research in Dentistry*, v. 6, n. 2, p. 43, 2018.
 14. DODO C, et al. Lesão do nervo alveolar inferior por implantes dentários: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Dental Press Implantology*, v. 9, n. 4, p.57–66, 2015.
 15. GREENSTEIN G.; TARNOW D. The Mental Foramen and Nerve: Clinical and Anatomical Factors Related to Dental Implant Placement: A Literature Review. *Journal of Periodontology*, v. 77, n. 12, p. 1933–1943, 2017.
 16. KUSHNEREV E, et al. Análise Resultados baseados em evidências após lesão e reparo dos nervos alveolar inferior e lingual: uma revisão sistemática. p. 786– 802, 2015.
 17. MATTOS A; CORREA K. Análise dos Acidentes e Complicações em Exodontias Realizadas por Alunos de Odontologia. *Journal of Oral Investigations*, v. 3, n. 1, p. 38–42, 2016.
 18. MEDEIROS, MBDE. Incidência de acidentes cirúrgicos transoperatórios em exodontias realizadas em um curso de graduação. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe*, v. 25, n. 2010, p. 14–21, 2019.
 19. MOURA LB, et al. Outcomes after mandibular third molar coronectomy. *RGO- Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 68, p. 1–5, 2020.
 20. PARISE G ; TASSARA LF. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão da literatura. *Revista de Odontologia Contemporânea*, v. 4, n. 2sup2, p. 153–162, 2020.
 21. PIMENTEL RM.; RIBEIRO J. LESÕES AO NERVO ALVEOLAR INFERIOR EM PRÁTICAS DE CIRURGIA ORAL MENOR. *Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José*, v. 10, n. 2, 2017.
 22. RABELO ZH, et al. Relação entre a anatomia do nervo alveolar inferior e lingual com a parestesia pela técnica anestésica: Revisão de literatura. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica, [S.l.]*, v. 3, n. 1, nov. ISSN 2448-1726, 2016.
 23. RAPAPORT BHJ.; BROWN JS. Systematic review of lingual nerve retraction during surgical mandibular third molar extractions. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 58, n. 7, p. 748–752, 2020.
 24. REYES ÁJS et al. Previsibilidade na instalação imediata de implante ConeMorse pelo planejamento digital e provisionalização imediata: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 28, n. 85, p. 77–81, 2019.
 25. SCARTEZINI GR; OLIVEIRA CFP. Fechamento de comunicação buco- sinusal extensa com bola de bichat: relato de caso. *Rev Odonto Bras Central*, v. 25, n. 74, p. 143–147, 2016.
 26. SEGURO D; OLIVEIRA RV. Complicações Pós-Cirúrgicas Na Remoção De Terceiros Molares Inclusos. *Revista UNINGÁ*, v. 20, n. 1, p. 30–34, 2014.
 27. SFREDO, FHB, et al. ANÁLISE TOMOGRÁFICA DA DISTÂNCIA ENTRE O FORAME PALATINO MAIOR E O SEGUNDO MOLAR SUPERIOR. *Revista Científica UMC*, v. Edição Esp, n. ISSN 2525-5250, p. 3–5, 2018.
 28. SILVA MB, et al. ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES. *Scientific-clinical odontology*, v. 17, 2018.
 29. VASCONCELLOS FP, et al. FORAME MENTAL ACESSÓRIO: IMPORTÂNCIA E PREVALÊNCIA. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v. 53, n. 9, p. 1689–2017.