Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Tratamento cirúrgico de fratura de ângulo mandibular bilateral por exodontia dos terceiros molares inferiores

Surgical management of bilateral mandibular angle fracture following extraction of lower third molars

Tratamiento quirúrgico de fractura bilateral del ángulo mandibular tras la exodoncia de los terceros molares inferiores

Rildenson Moura Pereira[1], Josfran da Silva Ferreira Filho[1], José Maria Sampaio Menezes Junior[1], Ricardo Franklin Gondim[1], João Mykael Alves Xavier[1], Emanoel Ítalo de Almeida Silva[1], Nayara Kelly Silva de Oliveira Cavalcante[1], Antônio Mont'Alverne Lopes Filho[1].

RESUMO

Objetivo: Elucidar o tratamento de uma paciente que apresentou fratura de ângulo mandibular bilateral causada por exodontia durante o transoperatório. **Detalhamento de caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, foi admitido em hospital terciário na cidade de Fortaleza, Ceará, com histórico de complicação durante exodontia dos terceiros molares inferiores. Foi realizado exame clínico e por imagem para confirmação do diagnóstico. O tratamento cirúrgico ocorreu em caráter de urgência sob anestesia geral, por meio de acessos vestibulares bilaterais posteriores, seguido de redução aberta e fixação interna com placas e parafusos. Nenhuma intercorrência foi registrada durante o procedimento cirúrgico. Em acompanhamento de 6 meses de pós-operatório a paciente não apresentou sinais ou sintomas de infecção, queixas álgicas ou oclusão alterada. Portanto, o padrão de fixação se baseou no princípio de que pelo menos uma das fraturas necessitava de uma fixação rígida. **Considerações finais:** Apesar do caso se mostrar como exclusivo na literatura, pela paciente apresentar fraturas em ambos os ângulos mandibulares em um mesmo momento, a cirurgia resultou em um bom alinhamento dos cotos fraturados, oclusão estável, sensibilidade da região compatível com a normalidade e fixação adequada que a técnica foi empregada foi efetiva.

Palavras-chave: Terceiro molar, Complicações intraoperatórias, Fraturas maxilomandibulares, Osteossíntese.

ABSTRACT

Objective: Elucidate the treatment of a female patient who presented with bilateral mandibular angle fractures caused by third molar extraction during the transoperative period. **Case details:** A 24-year-old female patient was admitted to a tertiary hospital in Fortaleza, Brazil, with a history of complications during the extraction of lower third molars. Clinical and imaging examinations were performed to confirm the diagnosis. Surgical treatment was performed urgently under general anesthesia through bilateral posterior vestibular approaches, followed by open reduction and internal fixation using plates and screws. No complications were observed during the surgical procedure. At the 6-month postoperative follow-up, the patient showed no signs or symptoms of infection, no pain complaints, and no occlusal alteration. The fixation approach was based on the principle that at least one of the fractures required rigid fixation. **Final considerations:** Although this case appears to be unique in the literature, the patient presented with fractures in both mandibular angles at the same time. The surgical procedure resulted in good alignment of the fractured bone segments, stable occlusion, normal regional sensitivity, and adequate fixation, indicating that the technique employed was effective for the case reported.

Keywords: Third molar, Intraoperative complications, Maxillomandibular fractures, Osteosynthesis.

[1] Instituto Doutor José Frota (IJF), Fortaleza – CE.

SUBMETIDO EM: 7/2025 | **ACEITO EM: 8/2025** | **PUBLICADO EM: 9/2025**

RESUMEN

Objetivo: Esclarecer el tratamiento de una paciente que presentó fracturas bilaterales del ángulo mandibular causadas por la exodoncia de terceros molares durante el transoperatorio. **Detalles del caso:** Paciente femenina de 24 años fue admitida en un hospital terciario en la ciudad de Fortaleza, Brasil, con antecedentes de complicaciones durante la exodoncia de los terceros molares inferiores. Se realizaron exámenes clínicos e imagenológicos para confirmar el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo con carácter de urgencia bajo anestesia general, mediante accesos vestibulares posteriores bilaterales, seguido de reducción abierta y fijación interna con placas y tornillos. No se registraron complicaciones durante el procedimiento quirúrgico. En el seguimiento postoperatorio de 6 meses, la paciente no presentó signos ni síntomas de infección, quejas dolorosas ni alteración oclusal. El patrón de fijación se basó en el principio de que al menos una de las fracturas requería fijación rígida. **Consideraciones finales:** A pesar de que el caso se presenta como exclusivo en la literatura, la paciente mostró fracturas en ambos ángulos mandibulares de forma simultánea. La cirugía resultó en una buena alineación de los segmentos óseos fracturados, oclusión estable, sensibilidad regional dentro de la normalidad y fijación adecuada, lo que demuestra que la técnica utilizada fue efectiva para el caso reportado.

Palabras clave: Tercer molar, Complicaciones intraoperatorias, Fracturas maxilomandibulares, Osteosíntesis de fracturas.

INTRODUÇÃO

A extração de dentes inclusos como os terceiros molares é um procedimento rotineiro em cirurgia oral e exige planejamento, o qual visa categorização das etapas pré-cirúrgicas e minimização das complicações e dos acidentes inerentes ao procedimento, tais como alveolite, sangramento, infecção, trismo, danos às estruturas nervosas e fratura mandibular. A presença do terceiro molar inferior representa um fator de risco significativo para fraturas mandibulares, especialmente quando profundamente impactados e angulados, como na classificação tipo II ou III e tipo B ou C de Pell & Gregory, por aumentar a fragilidade e comprometer a integridade estrutural da mandíbula (UM J, et al., 2024; ETHUNANDAN M, et al., 2012).

Fatores relacionados à técnica cirúrgica e às características anatômicas individuais do paciente influenciam diretamente a complexidade do procedimento e o risco de complicações. Dentes com raízes curvas, proximidade do canal mandibular, densidade óssea reduzida ou presença de patologias locais podem aumentar o desafio cirúrgico, exigindo maior experiência, capacidade técnica, conhecimento e precisão do cirurgião responsável (BERET M, et al., 2021; MOTTL R, et al., 2021).

A compreensão detalhada da anatomia mandibular e das variações individuais é fundamental, uma vez que considerações como a espessura cortical, o volume do osso medular e a localização exata do nervo alveolar inferior são essenciais para minimizar riscos de fratura. Além disso, a avaliação do grau de impacto e inclinação dos terceiros molares, bem como sua relação com estruturas adjacentes, permite a escolha da técnica cirúrgica mais adequada, seja ela conservadora ou com necessidade de osteotomia. A utilização de recursos tecnológicos, como imagens tridimensionais e navegação cirúrgica intraoperatória, tem sido progressivamente incorporada para auxiliar na avaliação e no planejamento, promovendo procedimentos mais seguros e eficazes, ao passo que a integração entre conhecimento anatômico, planejamento prévio e uso de tecnologia eleva o padrão de segurança e eficácia das extrações de terceiros molares inferiores para evitar possíveis fraturas (GUILLAUMET-CLAURE M, et al., 2022; BERET M, et al., 2021; ETHUNANDAN M, et al., 2012).

Em exodontias, a radiografia panorâmica (RP) é amplamente utilizada para verificar posicionamento dentário, proximidade do canal mandibular e identificar possíveis lesões associadas. As tomografias computadorizadas (TC) são utilizadas para auxiliar na medição das corticais ósseas e guiar as osteotomias. No contexto das fraturas mandibulares, as TCs são consideradas padrão-ouro para o diagnóstico, planejamento cirúrgico, identificação precisa das linhas da fratura e avaliação da integridade óssea. Em fraturas mandibulares associadas a terceiros molares, as imagens por TC são imprescindíveis para identificar

perda da continuidade óssea, verificar posicionamento dentário e guiar as técnicas cirúrgicas (AL-DAWOODY AD, et al., 2024; MOTTL R, et al., 2021).

As fraturas mandibulares estão relacionadas, principalmente, a traumas por agressões, acidentes de trânsito, quedas e acidentes esportivos (BERET M, et al., 2021). No entanto, é rara como complicações em exodontias de terceiros molares, e quando presente, pode ser resultante da aplicação de força excessiva, manejo inadequado dos instrumentais, osteotomias extensas, técnica cirúrgica incorreta, inexperiência do cirurgião-dentista e ausência de odontossecção. O sítio mandibular com maior acometimento de fraturas trans e pós-operatórias é o ângulo mandibular, limitado pela face distal do segundo molar até a junção do corpo e do ramo mandibular (GUILLAUMET-CLAURE M, et al., 2022; HUPP JR, 2021; BERET M, et al., 2021; CHUKWULEBE S, et al., 2019).

A região do ângulo mandibular é frequentemente associada a fraturas causadas por exodontias, devido ser uma zona de fragilidade por ser uma área de menor densidade óssea, caracterizada como uma transição entre o ramo ascendente e o corpo mandibular, já que pode haver necessidade de osteotomia extensa e as forças exercidas para luxação do dente aumentam o risco de fratura da região (ETHUNANDAN M, et al., 2012; JOSHI A, et al., 2016; BUCH K, et al., 2016).

A presença do dente na linha da fratura está relacionada a um risco aumentado de infecção devido a comunicação intraoral da fratura através do ligamento periodontal que promove a entrada de saliva repleta de microrganismos (LEE JH, et al., 2017; ULBRICH N, et al., 2016).

A incidência dessas fraturas varia entre 0.0034% a 0.075%, sendo mais comum em pacientes do sexo masculino, entre a quarta e sexta décadas de vida, com fator etiológico mais comum sendo forças mastigatórias prematuras no pós-operatório (GUILLAUMET-CLAURE M, et al., 2022) Condições como sexo, idade, presença de patologia referente ao dente, morfologia da mandíbula e a posição do terceiro molar também estão relacionadas com o risco de fratura de ângulo mandibular (GUILLAUMET-CLAURE M, et al., 2022; BERET M, et al., 2021; MAHAT AK, et al., 2020).

O tratamento cirúrgico de fraturas da face, em especial da mandíbula, envolve etapas pré-operatórias fundamentais para otimização dos resultados, redução de riscos e do tempo cirúrgico. Fatores como avaliação clínica minuciosa, anamnese detalhada e a realização de exames imaginológicos são essenciais para identificar fatores predisponentes às fraturas, como anatomia óssea desfavorável ou a presença de terceiros molares impactados e lesões patológicas (BERET M, et al., 2021; ETHUNANDAN M, et al., 2012)

O objetivo deste artigo foi relatar o tratamento cirúrgico de uma fratura bilateral de mandíbula ocasionada por exodontia de dois terceiros molares inferiores na mesma sessão. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o Número do Parecer: 7.130.588 e CAAE 81255324.8.0000.5047.

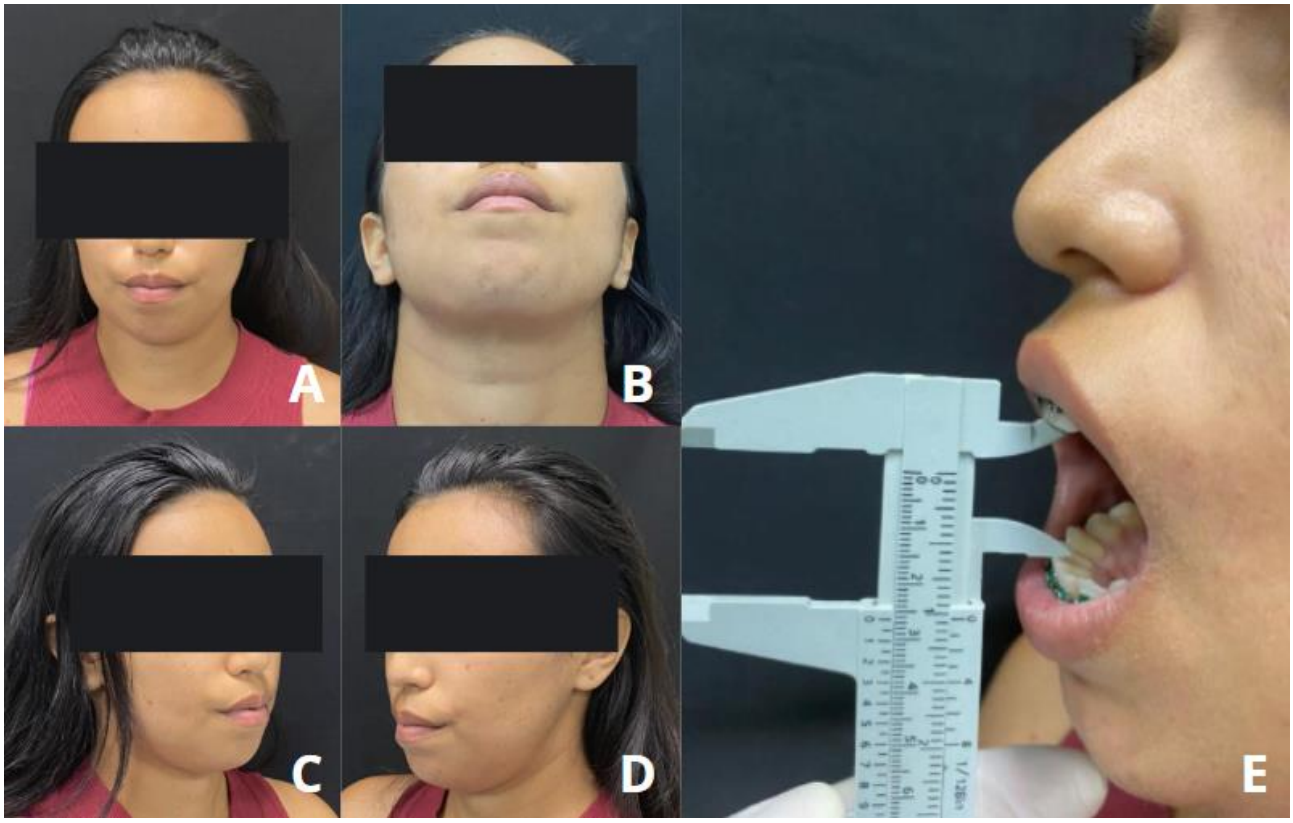
DETALHAMENTO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, sem histórico prévio de comorbidades ou alergias conhecidas, compareceu a um hospital de nível terciário de urgência e emergência, foi encaminhada a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da instituição, com histórico de fratura de mandíbula durante a remoção dos dentes 38 e 48 (terceiro molar inferior esquerdo e direito, respectivamente).

Ao exame clínico, observou-se edema significativo na região do ângulo mandibular bilateral, além de presença de degrau ósseo palpável em ambos os lados, abertura bucal de 26mm, selamento ativo da rima labial (**Figura 1**) e impossibilidade de oclusão dentária por contato oclusal prematuro posterior (**Figura 2**).

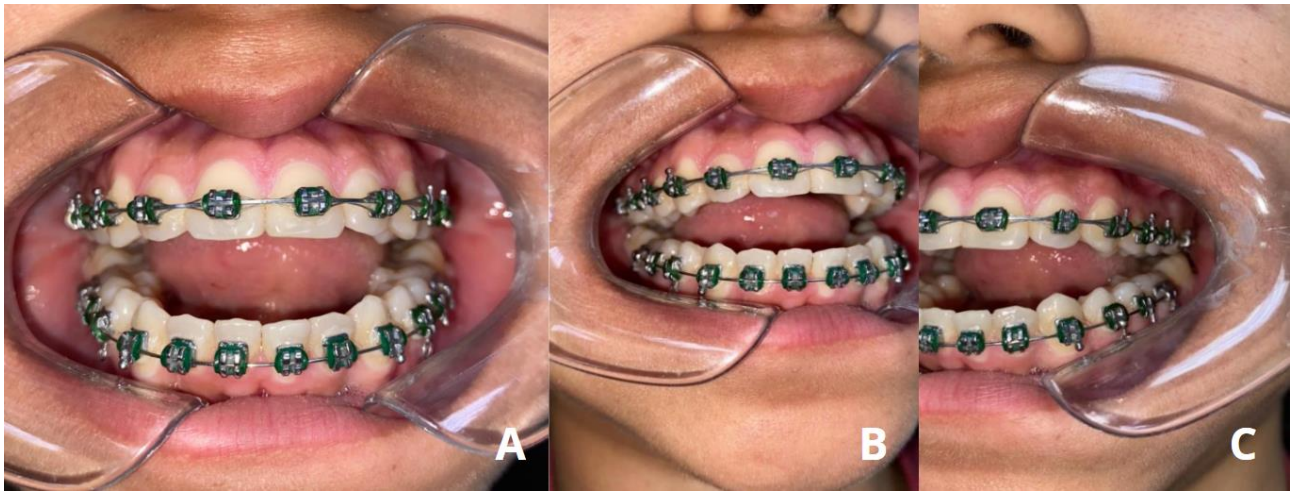
A paciente relatou ainda parestesia em região mentolabial direita e esquerda. Para diagnóstico preciso, foram requisitados exames imaginológicos, os quais evidenciaram: Região hipodensa em mandíbula compatível com ausência de continuidade óssea em ângulo mandibular bilateral, sem a presença dos elementos 38 e 48, com confirmação após reconstrução tridimensional (**Figura 3**). No que diz respeito à terapêutica, em razão da perda dos parâmetros anatômicos e funcionais, observadas no exame clínico e radiográfico, foi optado pelo tratamento cirúrgico sob anestesia geral e ambiente hospitalar.

Figura 1 - A: Vista frontal da paciente, pode-se observar o fechamento forçado da rima labial devido a desoclusão dentária. **B:** Vita caudo-cranial. **C:** Vista ¾ direita da paciente **D:** Posição ¾ esquerda da paciente. **E:** Imagem intraoral mostrando a incapacidade de oclusão e abertura máxima.



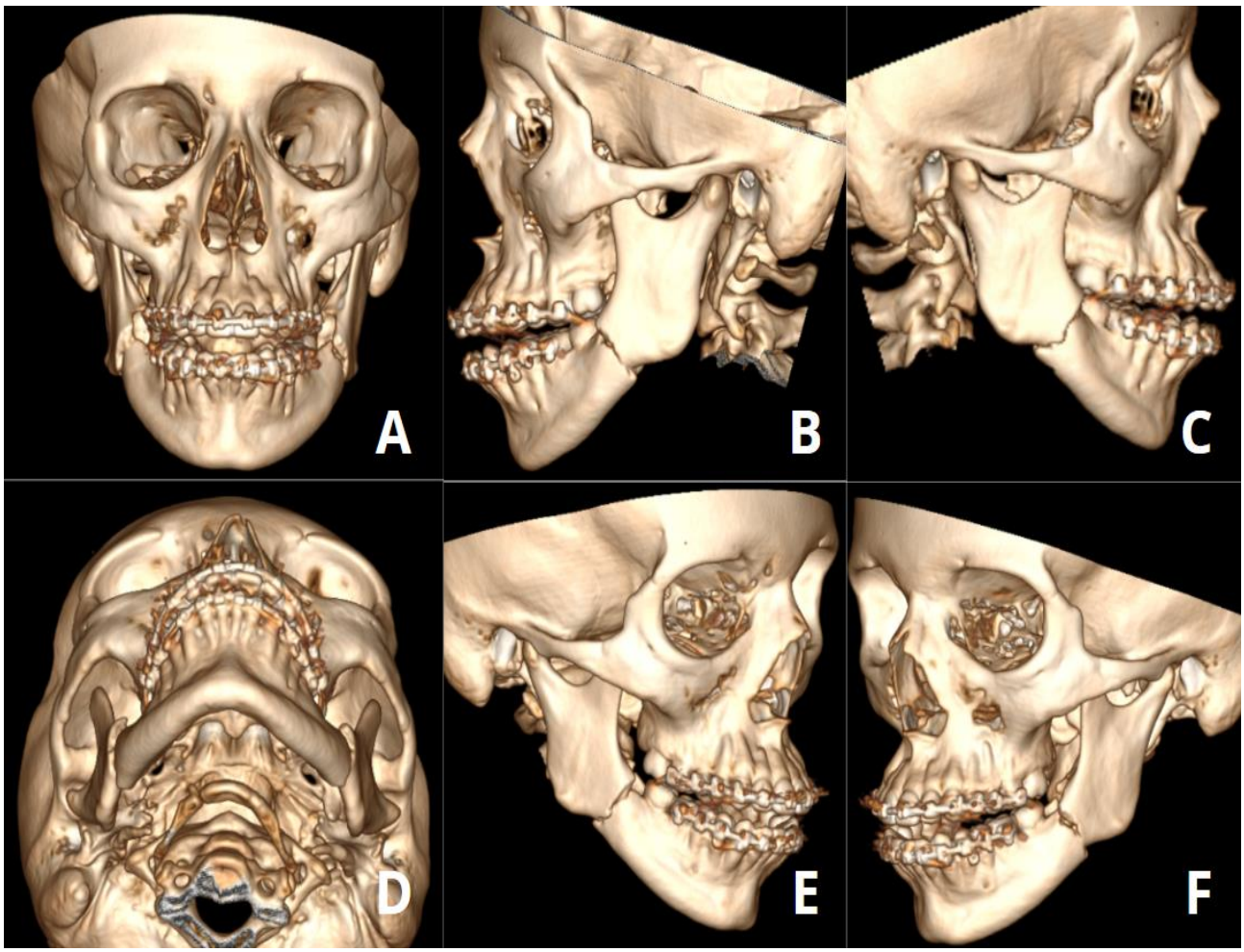
Fonte: Pereira RM, et al., 2025.

Figura 2 - A: Imagem intraoral mostrando o contato prematuro bilateral durante a oclusão dentária. **B:** Imagem intraoral mostrando o contato prematuro nos molares direito. **C:** Imagem intraoral mostrando o contato prematuro nos molares esquerdo.



Fonte: Pereira RM, et al., 2025.

Figura 3 - A: Reconstrução tridimensional em posição frontal. **B:** Reconstrução tridimensional do lado esquerdo mostrando o deslocamento da fratura do ângulo mandibular esquerdo. **C:** Imagem da reconstrução tridimensional perfil direito mostrando o deslocamento (cavalgamento) da fratura na região de ângulo mandibular direito. **D:** Reconstrução tridimensional em posição crânio-caudal. **E:** Imagem da reconstrução tridimensional na posição ¾ direta. **F:** Imagem da reconstrução tridimensional na posição ¾ esquerda.



Fonte: Pereira RM, et al., 2025.

Após indução anestésica e intubação nasotraqueal, antissepsia intraoral e extraoral seguidos pela aposição de campos cirúrgicos estéreis, assegurando condições adequadas para o procedimento. Em seguida, bloqueio anestésico regional com infiltração de lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 na região de vestíbulo mandibular posterior bilateral, na borda anterior dos ângulos mandibulares.

Acessos vestibulares mandibulares posteriores foram realizados para exposição da fratura (**Figura 4**) e, para manutenção da oclusão transoperatória, um bloqueio maxilomandibular realizado com fios de aço ancorados no aparelho ortodôntico instalado previamente.

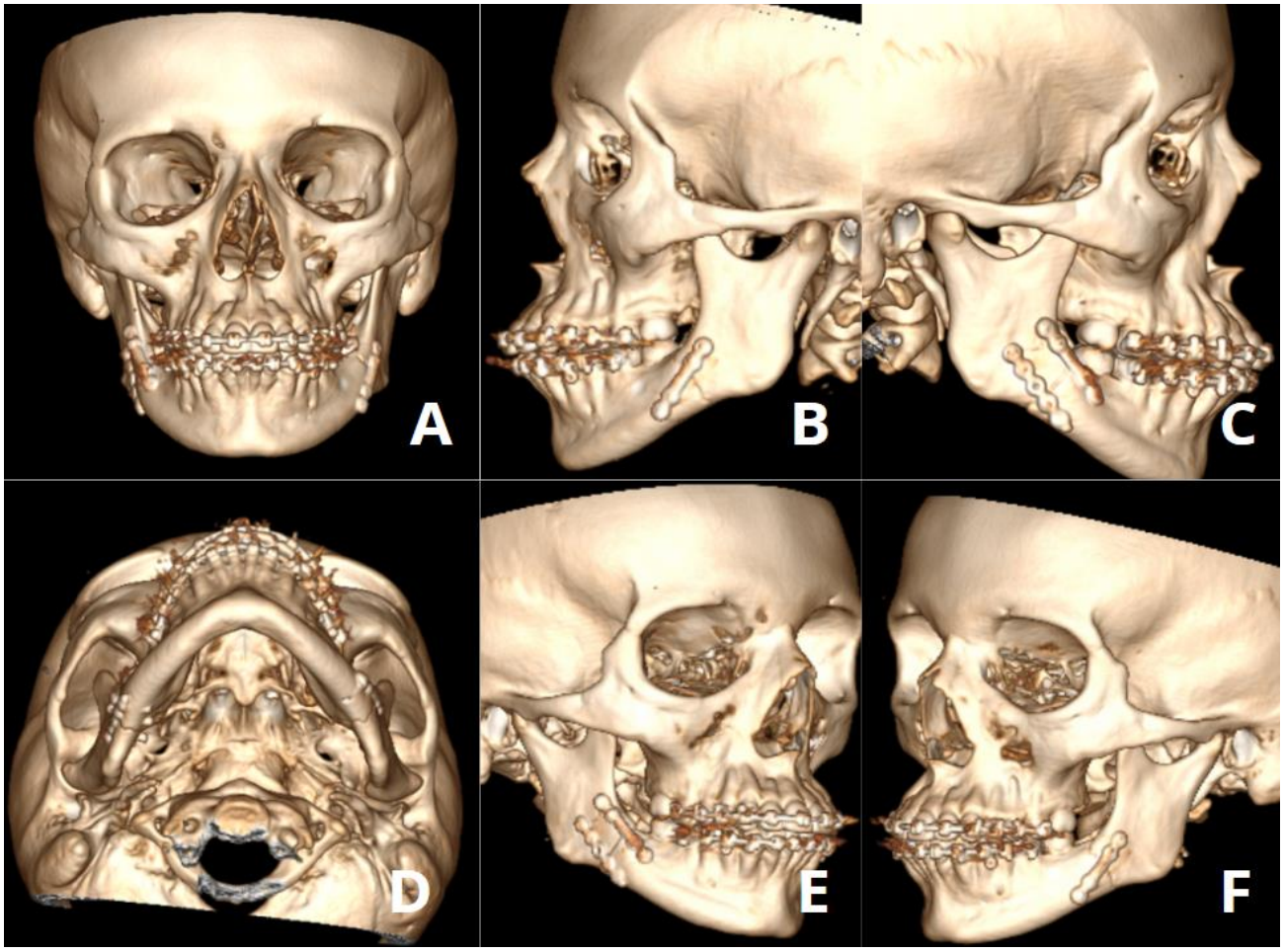
Como tratamento, a fixação interna rígida com 02 placas do sistema 2.0mm divididas nas zonas de tensão e compressão da fratura direita. Como tratamento do lado esquerdo, foi realizada a técnica de fixação funcionalmente estável (Champy) utilizando 01 placa do sistema 2.0mm. (**Figura 5**). Síntese dos acessos cirúrgicos com fio reabsorvível Vicryl 4-0. Nenhuma intercorrência foi registrada durante o procedimento cirúrgico.

Figura 4 - A: Região da fratura após acesso cirúrgico vestibular mandibular esquerdo. **B:** Região da fratura após acesso cirúrgico vestibular mandibular direito. **C:** Imagem intraoral após realização da redução e do bloqueio maxilo-mandibular com fios de aço e aparelho ortodôntico já instalado na paciente.



Fonte: Pereira RM, et al., 2025.

Figura 5 - A: Reconstrução tridimensional em posição frontal. **B:** Reconstrução tridimensional do lado esquerdo mostrando o deslocamento da fratura do ângulo mandibular esquerdo. **C:** Imagem da reconstrução tridimensional perfil direito mostrando o deslocamento (cavalgamento) da fratura na região de ângulo mandibular direito. **D:** Reconstrução tridimensional em posição crânio-caudal. **E:** Imagem da reconstrução tridimensional na posição ¾ direta F: Imagem da reconstrução tridimensional na posição ¾ esquerda

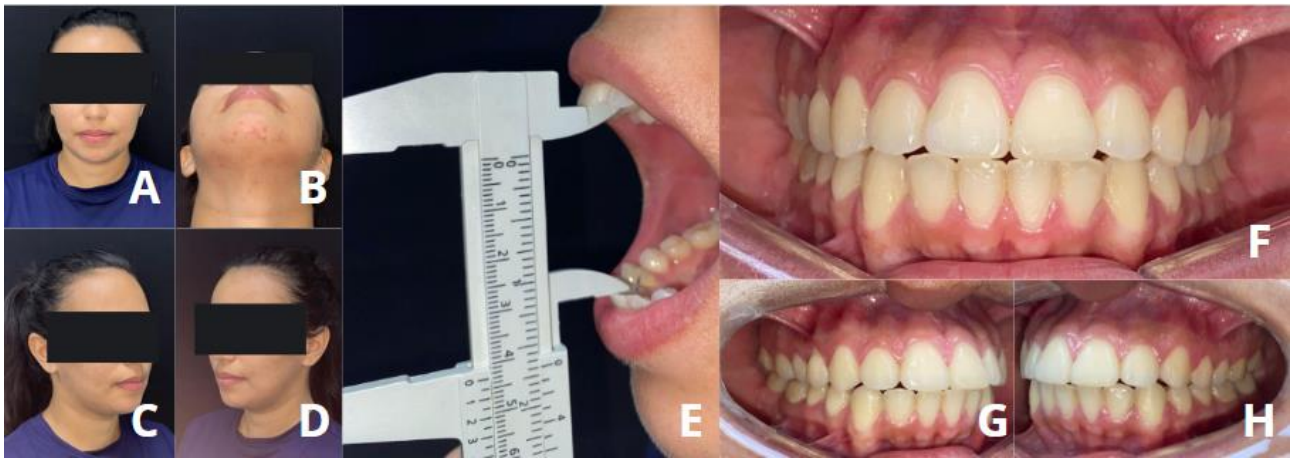


Fonte: Pereira RM, et al., 2025.

A terapia antibiótica consistiu na administração de Cefalotina 1g por via endovenosa a cada 6 horas durante o intraoperatório e mantida por 24 horas no pós-operatório imediato, em ambiente hospitalar. Em regime domiciliar, foi prescrita amoxicilina associada ao clavulanato de potássio (Clavulin® 875 mg + 125 mg), por via oral, a cada 12 horas, durante 7 dias.

No pós-operatório de 6 meses, a paciente não apresenta parestesia da região ou queixas estéticas ou funcionais associadas. Apresenta simetria facial satisfatória, com fechamento passivo da rima labial (**Figuras 6A** e **6B**.) e amplitude de abertura bucal de 43 mm (**Figura 6E**). Observa-se perfil facial preservado bilateralmente (**6.C** e **6.D**), com ausência de assimetrias visíveis ou retrações. A oclusão dentária mostra-se estável, com contatos satisfatórios nos setores posteriores e anteriores, evidenciando bom alinhamento e engrenamento dos arcos dentários (**Figuras 6F**, **6G** e **6H**). A reconstrução tridimensional por tomografia computadorizada demonstra redução anatômica e fixação adequada dos cotos fraturados com placas e parafusos, tanto na visão frontal e crânio-caudal, quanto nas projeções em ¾ direita e esquerda e lateral, compatíveis com resultado pós-operatório favorável (**Figura 5**).

Figura 6 - Pós-operatório de 6 meses. **A:** Vista frontal da paciente, observa-se fechamento passivo da rima labial. **B**: Vista caudo-cranial da paciente. **C:** Vista ¾ direita da paciente. **D:** Vista ¾ esquerda da paciente. **E:** Imagem mostrando abertura bucal de 43mm. **F:** Imagem intraoral mostrando contato dentário bilateral e oclusão satisfatória. **G:** Posição ¾ direita da oclusão dentária. **H:** Posição ¾ esquerda da oclusão dentária.



Fonte: Pereira RM, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A fratura iatrogênica de ângulo mandibular por exodontia de terceiro molar é uma complicação rara (BERET M, et al., 2021; MOTTL R, et al., 2021). Até o presente momento, o caso relatado se caracteriza como o primeiro a descrever uma fratura iatrogênica bilateral de ângulo mandibular ocorrida de forma imediata, durante a remoção simultânea dos terceiros molares inferiores (dentes 38 e 48), sob anestesia local, em ambiente ambulatorial. Na literatura, relatos semelhantes geralmente envolvem fraturas unilaterais que se manifestam tardiamente, como complicação pós-operatória, frequentemente associadas ao retorno precoce da mastigação ou à presença de alterações patológicas locais, como cistos ou folículos dentários volumosos (MOTTL R, et al., 2021; SARAVANAN T, et al., 2020; ETHUNANDAN M, et al., 2012).

A apresentação bilateral é extremamente rara e costuma estar relacionada a pacientes mais velhos, com dentes completamente impactados e com acentuada fragilidade óssea (JOSHI A, et al., 2016). Além disso, a maioria desses casos é manejada em ambiente hospitalar, com fixação interna sob anestesia geral, diferentemente do presente relato, em que o diagnóstico foi feito após encaminhamento de urgência hospitalar, posterior a tentativa de exodontia realizada em consultório odontológico sem recursos cirúrgicos adequados.

A avaliação por métodos de imagem desempenha papel central no diagnóstico das fraturas faciais, especialmente nos casos que envolvem áreas de difícil visualização clínica, como o ângulo mandibular. No caso relatado, a imaginologia foi decisiva para a identificação precisa das fraturas bilaterais, evidenciando a descontinuidade óssea em ambos os ângulos mandibulares, além da ausência dos terceiros molares 38 e 48 nos respectivos alvéolos. Esses achados são compatíveis com os critérios diagnósticos descritos na literatura, que reforça a importância da tomografia computadorizada (TC) para a análise tridimensional em situações de fraturas complexas (MOTTL R, et al., 2021). A utilização precoce da TC permitiu não apenas confirmar o diagnóstico, mas também orientar o planejamento cirúrgico adequado, contribuindo para a preservação da anatomia facial, a estabilidade oclusal e a prevenção de complicações funcionais e estéticas.

O atendimento especializado de urgência é essencial para o manejo adequado das fraturas iatrogênicas da mandíbula, especialmente nos casos em que o diagnóstico é realizado de forma precoce. A identificação imediata de sinais clínicos, como dor, edema e má oclusão, pode evitar a progressão do quadro e o surgimento de complicações como mobilidade óssea, infecção e prejuízos funcionais e estéticos (ETHUNANDAN M, et al., 2012).

A maioria dessas fraturas ocorre no intraoperatório ou nas primeiras semanas após a exodontia, o que reforça a necessidade de vigilância clínica e radiográfica no pós-operatório imediato. Além disso, o adequado planejamento pré-operatório e a identificação de fatores de risco anatômicos ou sistêmicos são fundamentais para a prevenção dessas intercorrências (GUILLAUMET-CLAURE M, et al., 2022).

Nos casos em que a fratura se concretiza, o tratamento deve ser conduzido em ambiente devidamente equipado, com suporte hospitalar e recursos cirúrgicos, permitindo a realização de contenção ou osteossíntese imediata, o que está de acordo com o padrão observado em relatos clínicos de fraturas intraoperatórias manejadas com sucesso (MOTTL R, et al., 2021).

O acesso intraoral é amplamente indicado no tratamento de fraturas do ângulo mandibular por permitir adequada exposição do foco de fratura, preservar a estética facial ao evitar incisões cutâneas e reduzir o risco de lesões aos ramos do nervo facial. No presente caso, a abordagem vestibular posterior bilateral foi eficaz, viabilizando a instalação precisa das placas de osteossíntese e a realização do bloqueio maxilomandibular transoperatório, o que garantiu o restabelecimento da oclusão funcional. Essa técnica apresenta bons índices de sucesso quando respeitados os princípios biomecânicos da fixação, com adequado posicionamento das placas e mínima manipulação dos tecidos (GUILLAUMET-CLARE M, et al., 2022; KUTTY DK, et al., 2020; ETHUNANDAN M, et al., 2012).

Além disso, o acesso intraoral favorece a preservação dos tecidos moles extraorais, evitando complicações como paresias e cicatrizes visíveis, ao mesmo tempo em que permite o controle eficaz do campo operatório e a manutenção dos parâmetros anatômicos e funcionais da mandíbula (GUILLAUMET-CLARE M, et al., 2022; HSUEH WD et al., 2015; DEVIREDDY SK, et al., 2014).

Em uma meta-análise, Joshi, A, Geol, M e Thorat A (2016), avaliaram 200 casos de fraturas iatrogênicas de mandíbula, 138 estavam relacionadas a exodontia de terceiro molar inferior e observaram que as fraturas de ângulos mandibulares ocorreram do lado direito em 49% dos casos, enquanto o lado esquerdo em 51%. Em relação às complicações, os pacientes submetidos à fixação rígida apresentaram uma taxa menor de eventos adversos, cerca de 4,9%, incluindo deiscência e exposição da placa, enquanto aqueles tratados com fixação não rígida tiveram uma incidência maior, de aproximadamente 15,4%, envolvendo infecção, exposição da placa, mobilidade e má oclusão. No caso descrito, a aplicação de fixação rígida no lado direito com uso de duas placas, combinada com fixação funcionalmente estável no lado esquerdo, resultou em ausência de complicações durante o seguimento de seis meses, o que reforça a evidência de que a fixação rígida contribui para a redução das complicações pós-operatórias em fraturas mandibulares (JOSHI A, et al., 2016; PREIN J, et al., 2012).

A parestesia na região mentolabial é uma complicação comum em fraturas do ângulo mandibular, resultado da proximidade anatômica com o trajeto do nervo alveolar inferior. A incidência desta alteração sensorial pode variar amplamente, chegando a afetar até metade dos pacientes, dependendo da extensão da

fratura e do grau de manipulação cirúrgica durante o tratamento. Em um estudo com oito pacientes que sofreram fraturas mandibulares associadas à exodontia do terceiro molar inferior, a maioria das fraturas ocorreu no ângulo mandibular direito, e seis pacientes apresentaram parestesia na região inervada pelo nervo mentual (MOTTLE R, et al., 2021; VAJGEL A, et al., 2013). No caso relatado, a paciente apresentou parestesia bilateral inicialmente, porém, após seis meses, não houve déficits sensoriais residuais, evidenciando um prognóstico neurossensorial favorável, compatível com relatos de recuperação completa em situações de manejo cirúrgico adequado.

Ellis demonstrou diferença estatisticamente significativa, em uma amostra de 1125 pacientes, nos quais foram divididos entre dois grupos com fraturas bilaterais de mandíbula e observou que a fixação bilateral pode diferente que é necessário para fraturas isoladas, devido ao toque causado pela força muscular no fragmento central da fratura. Como a segunda fratura altera a biomecânica da força sobre os cotos fraturados, idealmente é necessário um esquema de fixação rígida na segunda fratura com o objetivo de tornar o padrão de fixação funcionalmente estável. O autor observou que a taxa de complicações foi significativamente maior no grupo de pacientes tratados com fixação não rígida em ambas as fraturas (ELLIS, E. 2013). O caso relatado se baseou no método de fixação abordado por Ellis, onde pelo menos um lado da fratura foi fixado com 2 miniplacas do sistema 2.0mm. No pós-operatório a paciente apresentou uma oclusão satisfatória, boa abertura bucal de 43mm, não apresentou sinais de deiscência, infecção ou exposição da placa no local dos acessos cirúrgicos intraorais.

Nenhum estudo demonstrou o padrão de fratura relatado no presente caso, causada por exodontia em uma mesma sessão. Até esta ocasião a paciente apresentou uma abertura bucal satisfatória (43mm), movimentos mandibulares excursivos preservados e sem sinais de infecção ou deiscência nos sítios abordados.

A fratura de mandíbula causada por exodontia de terceiro molar inferior é uma complicação rara, com predileção pela região do ângulo mandibular. O presente relato apresenta um caso exclusivo na literatura, devido à ocorrência simultânea de fraturas bilaterais durante a remoção dos terceiros molares inferiores em uma única sessão., reforçando a importância do diagnóstico precoce, planejamento cirúrgico detalhado e da utilização de técnicas adequadas de fixação, garantindo a estabilidade biomecânica e o restabelecimento das funções mandibulares.

A adoção de protocolos clínicos rigorosos, incluindo avaliação anatômica detalhada e o uso criterioso de exames de imagem, é fundamental para identificar pacientes com maior risco e planejar intervenções menos traumáticas, evidenciando a necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico cuidadoso no pós-operatório para prevenir complicações e assegurar o sucesso terapêutico. Destaca-se também a relevância da capacitação dos profissionais que realizam essas intervenções, visto que a inexperiência e ausência de planejamento podem aumentar o risco de complicações severas, como as fraturas bilaterais relatadas. A fixação rígida, conforme abordado no método de Ellis, mostrou-se fundamental para reduzir complicações e proporcionar resultados satisfatórios em termos funcionais e estéticos.

REFERÊNCIAS

1. AL-DAWOODY AD. Does high gonial angle increase the risk of mandibular angle fracture? A digital orthopantomographic study. Journal of Clinical and Experimental Dentistry, 2022; 14(12):e994-e999.
2. BERET M, et al. Impacted lower third molar relationship with mandibular angle fracture complications. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, 2022; 123(2):149-154.
3. BUCH K, et al. Unifocal versus multifocal mandibular fractures and injury location. Emergency Radiology, 2016; 23(2):161-167.
4. CHUKWULEBE S, HOGREFE C. The diagnosis and management of facial bone fractures. Emergency Medicine Clinics of North America, 2019; 37(1):137-151.
5. DEVIREDDY SK, et al. Transoral versus extraoral approach for mandibular angle fractures: a comparative study. Indian Journal of Plastic Surgery, 2014; 47(3):354-361.

6. ELLIS E. Open reduction and internal fixation of combined angle and body/symphysis fractures of the mandible: how much fixation is enough?. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2013; 71(4):726-733.
7. ETHUNANDAN M, et al. Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: an analysis of 130 cases. British Dental Journal, 2012; 212(4):179-184.
8. GUILLAUMET-CLAURE M, et al. Prevalence of intraoperative and postoperative iatrogenic mandibular fractures after lower third molar extraction: a systematic review. Journal of Clinical and Experimental Dentistry, 2022; 14:e85-e94.
9. HSUEH WD, et al. Comparison of intraoral and extraoral approaches to mandibular angle fracture repair with cost implications. The Laryngoscope, 2015; 126(3):591-595.
10. HUPP JR, et al. Contemporary oral and maxillofacial surgery. St. Louis: Mosby; 2021.
11. JOSHI A, et al. Identifying the risk factors causing iatrogenic mandibular fractures associated with exodontia: a systemic meta-analysis of 200 cases from 1953 to 2015. Oral and Maxillofacial Surgery, 2016; 20(4):391-396.
12. KUTTY DK, et al. Management of sub-condylar and angle of mandible fracture by a trans-buccal trocar along with an intra-oral approach. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 2020; 72(4):538-544.
13. LEE JH. Treatment of mandibular angle fractures. Archives of Craniofacial Surgery, 2017; 18(2):73-75.
14. MAHAT AK, et al. Evaluation of management of angle fracture of mandible by using different surgical approaches. Birat Journal of Health Sciences, 2020; 4(3):835-839.
15. MOTTL R, et al. Iatrogenic fracture of the lower jaw: a rare complication of lower molar extraction. Acta Medica (Hradec Kralove), 2021; 64(2):101-107.
16. MU J, et al. Evaluation of residual bone mass of the mandibular third molar and the risk of mandibular fracture. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 2024; 29(4):e537-e544.
17. PREIN J, et al. Principles of internal fixation of the craniomaxillofacial skeleton: trauma and orthognathic surgery. Switzerland: Copyright; 2012. 824 p.
18. SARAVANAN T, et al. Prevalence of mandibular fractures. Indian Journal of Dental Research, 2020; 31(6):971-974.
19. ULBRICH N, et al. The influence of third molars in the line of mandibular angle fractures on wound and bone healing. Clinical Oral Investigations, 2016; 20(6):1297-1302.
20. VAJGEL A, et al. Management of subcondylar fracture by intraoral approach. Journal of Craniofacial Surgery, 2013; 24(2):587-588.