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

Fratura mandibular durante exodontia de terceiro molar inferior: relato de caso

Mandibular fracture during lower third molar extraction: a case report

Fractura mandibular durante la exodoncia de un tercer molar inferior: reporte de caso

Sandrielly Vitória Rodrigues Romão[1], Letícia de Oliveira Rocha[1], Lucas Fortes Cavalcanti de Macêdo[1], Pedro Henrique da Hora Sales[2], Igor Lerner Hora Ribeiro[3].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de fratura do ângulo mandibular ocorrida durante a exodontia de terceiro molar inferior incluso e discutir, à luz da literatura, os fatores de risco, o manejo e as principais alternativas terapêuticas. **Detalhamento do caso:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, foi submetida à exodontia do dente 38 incluso, classificado como Pell e Gregory IIB e mesioangular segundo Winter. Durante a luxação, sem odontosecção, ocorreu fratura não deslocada e instável do ângulo mandibular, com perda da oclusão e parestesia. Realizou-se bloqueio maxilomandibular imediato e, após uma semana, a redução aberta e fixação interna com duas placas do sistema 2,0 mm. A evolução incluiu limitação de abertura bucal no primeiro mês, controlada com fisioterapia, ausência de infecção, melhora parcial da parestesia, cicatrização satisfatória e restabelecimento da função mastigatória. **Considerações finais:** O reconhecimento imediato e o manejo individualizado permitiram estabilização, reparo ósseo e recuperação funcional satisfatórios. O planejamento pré-operatório, a avaliação dos fatores de risco e a escolha do tratamento conforme a estabilidade da fratura são fundamentais para favorecer o prognóstico.

Palavras-chave: Fratura mandibular, Terceiros molares, Prevenção, Extração dentária.

ABSTRACT

Objective: To report a case of mandibular angle fracture occurring during the extraction of an impacted mandibular third molar and to discuss risk factors, management, and key therapeutic alternatives in light of the literature. **Case details:** A 20-year-old female patient underwent the extraction of an impacted tooth 38, classified as Pell and Gregory class IIB and Winter mesioangular. During luxation—performed without odontosection—an unstable, non-displaced fracture of the mandibular angle occurred, accompanied by loss of occlusion and paresthesia. Immediate maxillomandibular fixation was performed, followed one week later by open reduction and internal fixation using two 2.0 mm system plates. Postoperative progress included limited mouth opening during the first month (managed with physical therapy), absence of infection, partial improvement of paresthesia, satisfactory healing, and restoration of masticatory function. **Final considerations:** Immediate recognition and individualized management enabled satisfactory stabilization, bone repair, and functional recovery. Preoperative planning, assessment of risk factors, and treatment selection based on fracture stability are crucial for a favorable prognosis.

Keywords: Mandibular fracture, Third molars, Prevention, Tooth extraction.

[1] Centro Universitário Cesmac, Maceió – AL.
[2] Universidade Federal de Alagoas, Maceió – AL.
[3] Santa Casa de Penedo, Penedo – AL.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso de fractura del ángulo mandibular ocurrida durante la exodoncia de un tercer molar inferior incluido y discutir, a la luz de la literatura, los factores de riesgo, el manejo y las principales alternativas terapéuticas. **Descripción del caso**: Paciente de sexo femenino, de 20 años, sometida a la exodoncia del diente 38 incluido, clasificado como Pell y Gregory IIB y mesioangular según Winter. Durante la luxación, sin odontosección, se produjo una fractura no desplazada e inestable del ángulo mandibular, con pérdida de la oclusión y parestesia. Se realizó bloqueo maxilomandibular inmediato y, tras una semana, reducción abierta y fijación interna con dos placas del sistema de 2,0 mm. La evolución incluyó limitación de la apertura bucal durante el primer mes —controlada con fisioterapia—, ausencia de infección, mejoría parcial de la parestesia, cicatrización satisfactoria y restablecimiento de la función masticatoria. **Consideraciones finales:** El reconocimiento inmediato y el manejo individualizado permitieron una estabilización, una reparación ósea y una recuperación funcional satisfactorias. La planificación preoperatoria, la evaluación de los factores de riesgo y la elección del tratamiento según la estabilidad de la fractura son fundamentales para favorecer el pronóstico.

Palabras clave: Fractura mandibular, Terceros molares, Prevención, Extracción dental.

INTRODUÇÃO

A extração dos terceiros molares inferiores é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na prática odontológica, sendo indicada por diferentes motivos, como pericoronarite, cárie, doença periodontal e necessidades ortodônticas. Embora seja considerada uma intervenção rotineira, está associada a complicações que variam de eventos leves a condições mais graves, entre elas a fratura mandibular (GUILLAUMET-CLAURE MA, et al., 2022; PETROV P, et al., 2025).

A fratura mandibular relacionada à exodontia de terceiros molares apresenta incidência estimada entre 0,0034% e 0,0075% e pode manifestar-se durante o procedimento ou no período pós-operatório (BERNARDI S, et al., 2025; SILVA BK, et al., 2026). Apesar da baixa frequência, pode comprometer a mastigação e a fala, alterar a oclusão e causar repercussões estéticas e psicossociais.

A ocorrência desse acidente está associada a fatores do paciente, do dente e da técnica cirúrgica. Idade avançada, alterações ósseas, presença de lesões, inclusão profunda, angulação desfavorável, necessidade de osteotomia extensa e uso excessivo de força podem reduzir a resistência da região do ângulo mandibular. A anamnese, o planejamento e a análise dos exames de imagem são, portanto, essenciais. Em casos complexos, a tomografia computadorizada de feixe cônico pode complementar a radiografia panorâmica ao demonstrar tridimensionalmente a espessura óssea residual, a posição radicular e a relação com o canal mandibular (LIMA VN, et al., 2017; LEAL MC, et al., 2022).

Este trabalho teve como objetivo relatar um caso de fratura do ângulo mandibular ocorrida durante a exodontia de terceiro molar inferior incluso e discutir, à luz da literatura, os fatores de risco, o manejo imediato e as principais alternativas terapêuticas.

DETALHAMENTO DE CASO

Trata-se de relato retrospectivo elaborado a partir de dados clínicos e imagens de atendimento realizado em 2025. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário CESMAC, sob o CAAE nº 99826326.0.0000.0039 e o Parecer nº 8.694.213. A participante consentiu com a utilização das informações clínicas e imagens para fins científicos e publicação, conforme documentação aprovada pelo CEP.

Paciente do sexo feminino, 20 anos, compareceu a uma clínica odontológica em janeiro de 2025 para exodontia do dente 38 incluso em posição profunda e próximo ao nervo alveolar inferior, devido à presença de dor e desconforto na região posterior da mandíbula esquerda, associados ao terceiro molar inferior. O elemento 38 foi classificado como classe II, posição B, segundo Pell e Gregory, e mesioangular segundo Winter. O planejamento pré-operatório foi realizado com radiografia panorâmica, sem tomografia computadorizada de feixe cônico antes da extração (**Figura 1**).

Ao exame radiográfico, observou-se o elemento 38 incluso, classificado como Pell e Gregory IIB e com angulação mesioangular segundo a classificação de Winter. Diante das características clínicas e radiográficas, foi realizado o planejamento cirúrgico para a exodontia do terceiro molar inferior.

Figura 1 - Radiografia panorâmica pré-operatória com presença do terceiro molar inferior incluso 38.



Fonte: Romão SVR, et al., 2026.

Realizou-se bloqueio anestésico dos nervos alveolar inferior e bucal. Após incisão e rebatimento de retalho em envelope, foi feita osteotomia vestibular e distal com brocas nº 4 e 6. Não foi realizada odontosecção. Durante os movimentos de alavanca com elevador reto, percebeu-se um estalido na região do ângulo mandibular. A avaliação clínica identificou perda da oclusão, instabilidade e parestesia, embora a fratura não apresentasse deslocamento.

Ainda durante o ato cirúrgico, realizou-se bloqueio maxilomandibular com fios de aço nos caninos superiores e inferiores para tentar restabelecer e estabilizar temporariamente a oclusão (**Figura 2**). Em seguida, a radiografia panorâmica confirmou a fratura na região do ângulo mandibular esquerdo (**Figura 3**).

Figura 2 - Aspecto clínico intraoral do bloqueio maxilomandibular com fios de aço para estabilização oclusal.



Fonte: Romão SVR, et al., 2026.

Figura 3 - Radiografia panorâmica evidenciando fratura do ângulo mandibular esquerdo após estabilização maxilomandibular.

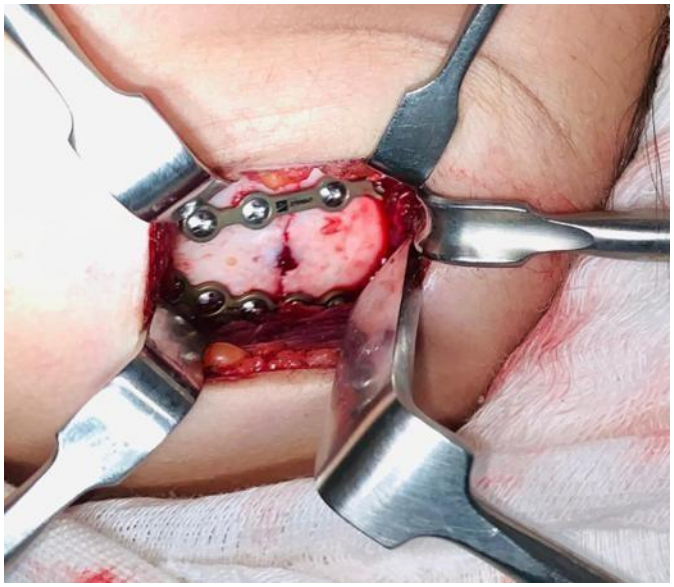


Fonte: Romão SVR, et al., 2026.

A redução aberta com fixação interna rígida (RAFI) foi realizada após uma semana, intervalo necessário para a conclusão dos exames e a obtenção de vaga cirúrgica. A indicação da RAFI foi baseada na instabilidade da fratura e na perda da oclusão, buscando obter estabilização definitiva do foco fraturário e recuperação funcional.. O bloqueio maxilomandibular permitiu estabilização inicial, mas a instabilidade da fratura e a perda da oclusão justificaram a osteossíntese para assegurar estabilidade e recuperação funcional.

Por acesso extraoral submandibular, efetuaram-se a redução e fixação da fratura com duas placas retas do sistema 2,0 mm, uma fixada com quatro parafusos e outra com seis. A configuração com as duas placas foi selecionada para aumentar a segurança e a estabilidade do foco fraturário diante da instabilidade clínica observada (**Figura 4**).

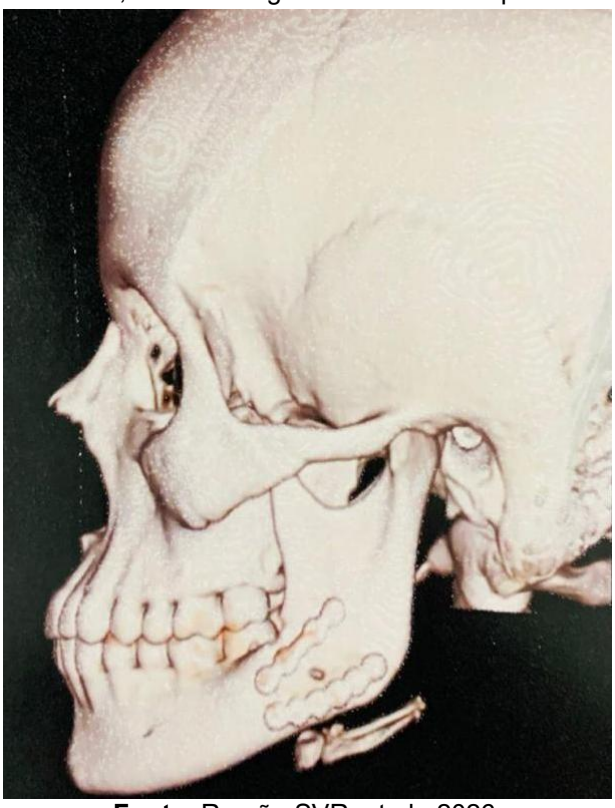
Figura 4 - Transoperatório da redução e fixação da fratura mandibular com placas e parafusos de titânio por acesso extraoral.



Fonte: Romão SVR, et al., 2026.

No pós-operatório imediato, foi solicitada tomografia computadorizada da face para verificar a redução e o posicionamento do material de osteossíntese. O exame mostrou as duas placas do sistema 2,0 mm na região do ângulo mandibular esquerdo (**Figura 5**).

Figura 5 - Tomografia computadorizada da face no pós-operatório imediato, com duas placas do sistema 2,0 mm no ângulo mandibular esquerdo.



Fonte: Romão SVR, et al., 2026.

A paciente permaneceu em observação e recebeu alta hospitalar no dia seguinte, com orientação de dieta líquida e pastosa nas duas primeiras semanas. Foram prescritos Toragesic 10 mg por via sublingual, 1 comprimido a cada oito horas por três dias; Dolamin Flex 125 mg, 1 comprimido à noite por sete dias; cefalexina 500 mg; e digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia. Após sete dias, retornou ao cirurgião bucomaxilofacial para retirada dos pontos. Durante o primeiro mês, houve limitação da abertura bucal e dor intensa, controlada com a medicação prescrita. Foram solicitadas dez sessões de fisioterapia para favorecer a abertura bucal, a mastigação e a mobilidade articular. A parestesia apresentou melhora progressiva, não houve infecção e a cicatrização ocorreu satisfatoriamente. Após as duas primeiras semanas de dieta líquida e pastosa, a paciente passou a tolerar alimentos leves.

Aos oito meses, a radiografia panorâmica de controle evidenciou estabilidade do sistema de fixação interna, manutenção da redução óssea e reparação mandibular satisfatória (**Figura 6**). No acompanhamento atual, a paciente apresenta excelente oclusão, alimenta-se e mastiga normalmente, não tem sinais de infecção, possui cicatriz extraoral discreta e refere melhora parcial da parestesia.

Figura 6 - Radiografia panorâmica após oito meses, evidenciando estabilidade das placas e reparação óssea mandibular.



Fonte: Romão SVR, et al., 2026.

DISCUSSÃO

As fraturas mandibulares relacionadas à exodontia de terceiros molares inferiores são raras, mas clinicamente relevantes. Podem ocorrer durante a cirurgia ou no período pós-operatório, principalmente nas primeiras quatro semanas. Força excessiva, técnica inadequada, odontosecção insuficiente e osteotomia extensa estão entre os fatores associados, e mesmo eventos pouco frequentes podem resultar em prejuízo funcional e estético (MORAES I, et al., 2023; SOUSA MA, et al., 2022).

A classificação de Pell e Gregory e a angulação de Winter auxiliam na estimativa da dificuldade operatória. Terceiros molares classe II ou III e posições B ou C costumam exigir maior remoção óssea e força de luxação, o que pode fragilizar o ângulo mandibular (CÉSAR LE, et al., 2024; PEREIRA R, et al., 2024). Estudos biomecânicos indicam que a retirada de volume ósseo nessa região reduz a capacidade de dissipar cargas mastigatórias, sobretudo nas primeiras semanas de reparo (HECKMANN G, 2025).

No presente caso, a idade de 20 anos reduzia a relevância da idade avançada como fator predisponente. Em contrapartida, o dente 38 estava profundamente incluso, classificado como Pell e Gregory IIB e mesioangular, na região do ângulo mandibular. A necessidade de osteotomia e o uso de movimentos de alavanca durante a luxação, sem odontosecção, são elementos que devem ser considerados na interpretação do acidente. Esses achados não permitem atribuir a fratura a um fator isolado, mas demonstram a interação entre anatomia, inclusão dentária e execução técnica.

A largura coronária, raízes volumosas, hipercementose e anquilose podem aumentar a complexidade da exodontia. Em determinados dentes impactados, a odontosecção reduz a necessidade de remover osso e de aplicar força para a luxação (BOMEISEL M, et al., 2022; MENDONÇA MC, et al., 2024). Como não houve odontosecção neste caso, essa informação é relevante para a análise retrospectiva do procedimento, embora não seja possível concluir que sua realização teria evitado a complicação.

O ângulo mandibular constitui área de transição anatômica e apresenta maior vulnerabilidade a fraturas. A presença de terceiro molar incluso ou semi-irrompido reduz a quantidade de osso disponível localmente e pode aumentar a suscetibilidade durante a exodontia (MEDEIROS A, et al., 2025). Além das fraturas transoperatórias, podem ocorrer fraturas tardias, favorecidas por esforços mastigatórios em mandíbula temporariamente fragilizada. Por isso, dieta adequada, restrição de cargas e acompanhamento clínico são componentes importantes do cuidado pós-operatório (PIRES W, et al., 2017).

A tomografia computadorizada de feixe cônico permite avaliar tridimensionalmente a espessura óssea residual, a posição radicular e a proximidade com o canal mandibular, oferecendo informações

complementares à radiografia panorâmica em casos complexos (CÉSAR LE, et al., 2024; DE SÁ L, et al., 2023). Neste caso, o planejamento da exodontia foi feito somente com radiografia panorâmica, e a tomografia foi obtida após a fixação. A ausência de exame tridimensional pré-operatório não pode ser apontada como causa da fratura, mas deve ser considerada na avaliação do planejamento de um dente profundamente incluso e próximo ao nervo alveolar inferior.

O reconhecimento transoperatório modificou imediatamente a prioridade assistencial. O estalido percebido durante a luxação foi correlacionado à alteração oclusal, à instabilidade e à parestesia, e a radiografia panorâmica confirmou a localização no ângulo mandibular. Essa sequência é relevante porque diferencia o episódio de uma fratura tardia e demonstra que a estabilização não foi adiada até a avaliação hospitalar. A organização cronológica entre exame clínico, bloqueio maxilomandibular e imagem diagnóstica também torna mais clara a finalidade de cada medida adotada.

A descrição de fratura não deslocada, porém instável, mostra que o deslocamento radiográfico não deve ser analisado isoladamente. A perda da oclusão indicava alteração funcional imediata, enquanto a instabilidade sugeria risco de manutenção inadequada da relação entre os segmentos. A parestesia acrescentava um achado neurossensorial que precisava ser acompanhado. Em conjunto, esses dados justificaram vigilância mais estreita e influenciaram a transição de uma contenção temporária para um tratamento capaz de estabilizar diretamente o foco fraturário.

As principais alternativas terapêuticas para fraturas mandibulares associadas à exodontia são o tratamento conservador, a fixação maxilomandibular e a RAFI. O tratamento conservador é indicado sobretudo quando não há deslocamento relevante, a oclusão está preservada e existe mínima mobilidade. Inclui dieta líquida ou pastosa, restrição funcional, analgesia, antibioticoterapia quando indicada e acompanhamento clínico-radiográfico (MENDONÇA MC, et al., 2024). Sua menor invasividade reduz morbidade e risco anestésico, porém exige colaboração rigorosa e pode ser inadequada quando não se consegue manter estabilidade e oclusão (SOUSA MA, et al., 2022).

A fixação maxilomandibular, realizada com barras, fios ou elásticos intermaxilares, estabiliza temporariamente a mandíbula e pode ser empregada em fraturas lineares pouco deslocadas ou quando a cirurgia aberta é contraindicada (PEREIRA R, et al., 2024; ALMEIDA R, et al., 2023). Entre as limitações do bloqueio prolongado estão dificuldade de higiene, restrição alimentar, perda ponderal, comprometimento da fala, rigidez muscular e impacto psicossocial (BOMEISEL M, et al., 2022). No caso descrito, o bloqueio com fios foi essencial como medida imediata, mas não foi mantido como tratamento definitivo porque a fratura era instável e havia perda da oclusão.

A RAFI constitui alternativa importante para fraturas deslocadas ou instáveis. A técnica de Champy, com uma miniplaca na linha oblíqua externa, é amplamente utilizada para determinadas fraturas de ângulo, seguindo princípios biomecânicos de estabilização na zona de tensão (SANTOS B, et al., 2021). Sistemas de placas 2,0 mm também oferecem estabilidade e permitem reduzir o tempo de bloqueio, restabelecer a oclusão e iniciar a recuperação funcional mais cedo (CÉSAR LE, et al., 2024; HECKMANN G, 2025).

Embora a fratura da paciente não apresentasse deslocamento, a instabilidade clínica e a perda oclusal afastavam os critérios usuais para manejo exclusivamente conservador. A estabilização imediata com bloqueio maxilomandibular protegeu temporariamente os segmentos até que os exames e a vaga cirúrgica estivessem disponíveis. A escolha posterior da RAFI buscou obter estabilidade direta do foco e permitir retorno funcional compatível com as necessidades da paciente. As duas placas do sistema 2,0 mm foram utilizadas para aumentar a segurança da fixação diante do padrão instável observado, sem que isso permita generalizar a mesma configuração para todos os casos.

O intervalo de uma semana até a RAFI decorreu do tempo necessário para completar os exames e obter vaga cirúrgica, e não de uma proposta de observação sem contenção. Durante esse período, o bloqueio maxilomandibular funcionou como estabilização de transição. A decisão definitiva também considerou a preferência da paciente e a necessidade de retomar as atividades acadêmicas. Esse aspecto reforça que a escolha terapêutica envolve critérios anatômicos e funcionais, condições de acesso ao tratamento e participação informada da pessoa atendida.

A utilização de duas placas deve ser interpretada no contexto específico da instabilidade e da perda oclusal. Uma placa recebeu quatro parafusos e a outra, seis, buscando distribuir a fixação e manter a redução obtida pelo acesso submandibular. O controle tomográfico pós-operatório documentou o posicionamento do sistema, e a radiografia aos oito meses mostrou manutenção da redução e reparo ósseo. Esses resultados sustentam a adequação da estratégia neste caso, mas não estabelecem vantagem universal sobre técnicas com uma única placa ou sobre outras configurações de osteossíntese.

A RAFI também apresenta desvantagens: maior invasividade, custo hospitalar e risco de infecção, exposição das placas, cicatriz extraoral ou lesão neurossensorial. Em alguns pacientes, o material de osteossíntese precisa ser removido por dor ou exposição (PEREIRA R, et al., 2024). Por esse motivo, a decisão deve considerar o padrão da fratura, a oclusão, a mobilidade, as condições clínicas e as preferências do paciente, em vez de pressupor superioridade universal de uma técnica.

O manejo pós-operatório influencia diretamente o resultado. A comunicação com a cavidade oral pode justificar antibioticoterapia conforme avaliação clínica, e o controle da dor, a orientação alimentar e a reabilitação contribuem para prevenir complicações e recuperar a função (SOUSA MA, et al., 2022). Neste caso, a dieta líquida e pastosa durante duas semanas, seguida da introdução de alimentos leves, evitou sobrecarga precoce. A fisioterapia foi necessária para a limitação de abertura bucal no primeiro mês e favoreceu a recuperação da mobilidade e da mastigação.

A evolução sem infecção, a cicatrização discreta, a recuperação da oclusão e da mastigação e a melhora parcial da parestesia são compatíveis com desfecho clínico favorável. A persistência parcial da alteração sensitiva reforça a importância de documentar a função neurossensorial desde o diagnóstico e durante o seguimento. Fraturas mandibulares também podem provocar ansiedade, dificuldades alimentares e restrições sociais, o que torna relevante oferecer orientações claras e suporte multiprofissional durante a recuperação (MENDONÇA MC, et al., 2024; BOLJEVIC T, et al., 2019).

A evolução funcional ocorreu de modo progressivo, e não imediatamente após a osteossíntese. No primeiro mês, a limitação de abertura bucal exigiu dez sessões de fisioterapia, enquanto a dor intensa permaneceu controlada pela medicação. A passagem de dieta líquida e pastosa para alimentos leves acompanhou a tolerância clínica e evitou sobrecarga precoce. No seguimento, a oclusão excelente e a mastigação normal complementaram os achados radiográficos, permitindo avaliar o resultado por parâmetros funcionais, infecciosos, neurossensoriais e estéticos.

Como limitação, este estudo descreve uma única paciente e não permite comparar a efetividade das diferentes modalidades terapêuticas nem estabelecer relações causais entre a ausência de tomografia pré-operatória, a não realização de odontosecção e a ocorrência da fratura. Seu valor está na descrição cronológica do acidente, do manejo inicial, dos critérios clínicos que orientaram a fixação e do acompanhamento de oito meses. A conduta deve permanecer individualizada e apoiada em exame clínico, imagem e estabilidade oclusal.

A fratura mandibular durante a exodontia de terceiro molar inferior, embora rara, exige reconhecimento imediato e manejo individualizado. Neste caso, o bloqueio maxilomandibular inicial seguido de redução aberta e fixação interna proporcionou restabelecimento oclusal, estabilidade do material de osteossíntese e reparação óssea satisfatória no acompanhamento de oito meses. A RAFI constitui alternativa importante para fraturas instáveis ou deslocadas quando corretamente indicada. Planejamento pré-operatório criterioso, avaliação dos fatores de risco, orientação pós-operatória e escolha terapêutica conforme o padrão e a estabilidade da fratura contribuem para melhores desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA R, et al. Estudo comparativo entre barra de Erich e parafuso de fixação intermaxilar no tratamento de fraturas mandibulares minimamente deslocadas. Revista do CRO MG, 2023.
2. BERNARDI S, et al. Late mandibular fracture after third molar extraction: a malpractice case or not? Journal of Forensic Odonto-Stomatology, 2025; 43(2): 2-11.

3. BOMEISEL M, et al. Fraturas mandibulares decorrentes da exodontia de terceiros molares inclusos: revisão de literatura. Revista Científica RECISATEC, 2022; 2(12): 1-16.
4. BOLJEVIC T, et al. The Quality of Life of Patients with Surgically Treated Mandibular Fractures and the Relationship of the Posttraumatic Pain and Trismus with the Postoperative Complications: A Prospective Study. Medicina, 2019; 55(4): 1-11.
5. CÉSAR LE, et al. Principais acidentes e complicações na exodontia de terceiros molares inclusos - revisão de literatura. Revista Sociedade Científica, 2024; 7(1): 2752-2764.
6. DE SÁ L, et al. Avaliação da prevalência de terceiro molar inferior em íntima relação com o canal mandibular por meio de tomografia computadorizada de feixe cônico: estudo retrospectivo transversal. ROBRAC - Revista Odontológica do Brasil Central, 2023; 32(91): 40-47.
7. GUILLAUMET-CLAURE MA, 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(1): e85-e94.
8. HECKMANN G. A eficácia das técnicas de tratamento para fraturas mandibulares após exodontia de terceiros molares: revisão de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(1): 558-572.
9. LEAL MC, et al. Manejo das fraturas mandibulares associadas à exodontia de 3º molar inferior. International Journal of Science Dentistry, 2022; 1(60): 161-171.
10. LIMA VN, et al. Fratura mandibular associada à remoção de terceiro molar inferior: revisão de literatura. Archives of Health Investigation, 2017; 6(9): 414-417.
11. MEDEIROS A, et al. Fratura de mandíbula no transoperatório de exodontias de dentes impactados: uma revisão de literatura. Journal of Media Critiques, 2025; 11(27): e242.
12. MENDONÇA MC, et al. Fraturas de ângulo mandibular associadas a terceiro molar: do diagnóstico ao tratamento - uma revisão de literatura. RECIMA21, 2024; 5(1): 1-10.
13. MORAES I, et al. Fratura de mandíbula após extração de terceiro molar incluso: relato de caso. RevistaFT, 2023; 27(128): 546-556.
14. PEREIRA R, et al. Tratamento cirúrgico de fratura mandibular por exodontia de terceiro molar inferior: relato de caso. Revista Científica do Instituto Dr. José Frota, 2024; 5: 43-48.
15. PETROV P, et al. Mandibular Fractures Associated with Third Molar Odontectomy. Acta Medica Bulgarica, 2025; 52(4): 57-62.
16. PIRES W, et al. Late mandibular fracture occurring in the postoperative period after third molar removal: systematic review and analysis of 124 cases. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2017; 46(1): 46-53.
17. SANTOS B, et al. Redução aberta com fixação interna em fraturas de ângulo mandibular: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, 2021; 4(3): 12166-12177.
18. SILVA BK, et al. Terceiros molares inclusos: complicações pós-operatórias e riscos de fratura mandibular. JNT - Facit Business and Technology Journal, 2026; 2(72): 103-114.
19. SOUSA MA, et al. Fratura mandibular e lesão de nervo alveolar inferior devido à extração de terceiros molares inferiores: revisão de literatura. JNT - Facit Business and Technology Journal, 2022; 2(36): 762-771.
20. VITRO M, et al. Fixation of mandibular fractures with lag screw: integrative review / Fixação de fraturas mandibulares com lag screw: revisão integrativa. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2023; 68: 1-9.