

Avaliação da prevalência de trismo em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares

Evaluation of the prevalence of trismus in patients submitted to third molar surgery

Jorge Abel FLORES ¹
Eduardo MACHADO ²
Patrícia MACHADO ³
Felipe Wehner FLORES ³
Maurício Barbieri MEZOMO ³

RESUMO

Objetivos: Avaliar o grau de abertura bucal pós-operatória e fatores que possam influenciá-la, em pacientes submetidos à remoção de terceiros molares inferiores e superiores no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Método: Foram examinados pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores e superiores no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Santa Maria. A abertura bucal dos pacientes foi medida em milímetros minutos antes, dois e sete dias após a exodontia, com o uso de uma régua.

Resultados: O trismo é uma ocorrência freqüente nas cirurgias de terceiros molares inclusos, ocorrendo em 56,5% dos pacientes no período de dois dias após a cirurgia, havendo uma redução na reavaliação após sete dias.

Conclusão: Conclui-se que o trismo é uma ocorrência freqüente nas cirurgias de terceiros molares inclusos e que não foram encontradas relação significativa entre o trauma da cirurgia e a presença de trismo.

Termos de indexação: trismo; prevalência; cirurgia bucal; terceiro molar.

¹ Coordenador do Curso de Odontologia. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

² Graduando em Odontologia. Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima, 1000, Cidade Universitária, Camobi, 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil. Correspondência para / *Correspondence to:* E. Machado.

³ Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the degree of postoperative mouth opening and factors that can influence it in patients submitted to the removal of enclosed lower and upper third molar in the Bucomaxilofacial Traumatology Clinic of the Federal University of Saint Maria, Rio Grande do Sul, Brazil.

Method: Patients submitted to the exodontics of enclosed lower and upper third molar in the clinic of Surgery and Bucomaxilofacial Traumatology of the Federal University of Saint Maria were examined. The oral opening of the patients was measured in millimeters some minutes before exodontics and two and seven days after it, with the use of a ruler.

Results: The trismus is a frequent occurrence in enclosed third molar surgeries, occurring in 56,5% of the patients in the period of two days. A reduction can be observed after seven days of the surgery.

Conclusion: It was concluded that the trismus is a frequent occurrence in enclosed third molar surgeries and there was no significant relation between the surgery trauma and the trismus presence.

Indexing terms: trismus; prevalence; surgery oral; molar third.

INTRODUÇÃO

A remoção cirúrgica dos terceiros molares impactados é um dos procedimentos mais comuns realizados dentro da especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e, algumas vezes, está associada à presença de sintomatologia dolorosa, edema e disfunção que podem ser transitórias ou permanentes. Os fatores que contribuem para estas seqüelas são complexos, porém muitos estão relacionados ao processo inflamatório iniciado pelo ato cirúrgico. Entre os acidentes e complicações mais comuns encontram-se as hemorragias, alveolites, dor, edema, trismo, injúrias ao nervo alveolar inferior, injúrias em dentes adjacentes, fratura óssea da tuberosidade maxilar e/ou da mandíbula, comunicações buco-sinusais, problemas periodontais em dentes adjacentes e deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres¹.

Segundo Graziani², o trismo é descrito como uma variação de dor muscular devido a um espasmo miofacial que pode resultar de injúrias às fibras musculares, extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios, hematoma e infecções pós-operatórias.

O trismo é uma condição que dificulta a alimentação, interfere na higiene oral, restringe o acesso para procedimentos orais e pode até mesmo afetar a fala e a aparência facial. Em casos mais graves, o trismo completo pode representar um risco considerável para a função pulmonar de respiradores bucais³⁻⁵. Esta condição se manifesta clinicamente como espasmos musculares que dificultam a abertura total ou parcial da boca e está geralmente associada ao pós-operatório de uma cirurgia bucal, especialmente quando se trata de exodontias de terceiros molares^{6,7}.

Além disso, o trismo pode ser frequentemente observado em pacientes com tumores benignos e malignos na cabeça e pescoço, em casos de trauma, desordens musculares e nervosas, em função de uma anestesia, presença de corpos estranhos no local, infecções recorrentes ou até mesmo em decorrência de alguma síndrome rara⁸⁻¹².

O tratamento recomendado deve ser de acordo com o fator que ocasionou a dificuldade de abertura bucal e compreende a fisioterapia, aplicação de calor úmido, e administração de relaxantes musculares como medidas empregadas em todos os casos. Nos casos onde o trismo foi causado por uma infecção, alia-se a esta terapia o uso de antibióticos, com preferência pela penicilina, e, quando o fator desencadeante do

trismo for uma inflamação, é recomendável que se utiliza um anti-inflamatório juntamente com a terapia acima proposta¹³⁻¹⁴.

Os cirurgiões-dentistas, em especial os que realizam exodontias com frequência, bem como os Cirurgiões Bucocomaxilofaciais, podem frequentemente se deparar com algum caso de trismo em seu consultório. Tendo em vista a incidência relativamente elevada desta condição pós-operatória, fez-se necessário um estudo para que se pudesse determinar a prevalência de desenvolvimento de trismos após cirurgias de terceiros molares, relacionando os dados obtidos com os dados predisponentes comparativos para que possamos verificar a maior ou menor influência de cada um destes no desenvolvimento de trismo, em procedimentos cirúrgicos realizados no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal de Santa Maria (RS).

MÉTODOS

A principal meta deste trabalho é de traçar um perfil epidemiológico de indivíduos com predisposição a desenvolver trismo como manifestação pós-operatória de exodontia de terceiros molares, obtendo-se como dados comparativos à dificuldade da cirurgia, a idade do paciente, o tempo operatório, os medicamentos administrados ao paciente, a ocorrência de dor e edema após a realização da exodontia, a presença de alguma infecção pré-operatória e os cuidados pós-cirúrgicos seguidos pelos pacientes.

A metodologia consistia em:

Amostragem

Foram examinados pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores e superiores no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal de Santa Maria.

Instrumentos

A abertura bucal dos pacientes foi medida em milímetros minutos antes, dois e sete dias após a exodontia, com o uso de uma régua. As medidas foram anotadas em uma ficha clínica juntamente com o nome do paciente, idade, sexo,

dados sobre sua saúde geral, informações quanto à duração da cirurgia, trauma cirúrgico (se realizada odontosecção e/ou osteotomia), medição pós-operatória e cuidados seguidos pelo paciente (através de relatos do mesmo).

A mensuração da abertura bucal foi feita através da distância incisal dos dentes incisivos centrais superiores e inferiores (máxima distância interincisal), e foi medida com o paciente sentado, em posição reta, sendo considerado trismo os pacientes que apresentaram abertura bucal inferior a 10mm no pós-operatório, ou seja, mantiveram uma redução de abertura bucal em pelo menos 10mm em relação à abertura bucal do pré-operatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos na coleta estão distribuídos nas tabelas abaixo para facilitar a análise e compreensão.

Tabela 1. Avaliação da abertura bucal minutos antes do procedimento, dois, e sete dias após a cirurgia.

Paciente	Abertura Inicial*	Dois dias após*	Sete dias após*
NB	49	25T	38
ECT	50	20T	25T
JLM	52	26T	29T
ETMV	54	30T	31T
MPS	45	42	55
EKE	54	42T	43T
MLSS	45	40	42
GMC	45	24T	19T
AFP	55	50	50
CPC	54	50	53
MCA	47	25T	23T
FS	42	27T	30T
ESC	57	42T	50
TG	50	49	53
MC	48	50	55
CNO	49	30T	35T
JF	52	51	50
DCAM	50	43	47
CRMM	45	17T	30T
GSM	48	30T	35T
CLC	46	30T	30T
MSGM	42	39	41
CFD	53	50	53

T: com trismo * Medidas em milímetros

Tabela 2. Número de pacientes com e sem trismo dois e sete dias após cirurgia e suas porcentagens.

	Com trismo	Sem trismo
Dois dias	13 (56,5%)	10 (43,5%)
Sete dias	11 (47,8%)	12 (52,2%)

Tabela 3. Relação entre a medicação pós-operatória e a presença de trismo.

Paciente	Analgésico	Antiinflamatório	Antibiótico	Trismo
NB	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Amoxicilina 500mg	ST
ECT	Paracetamol 750mg	N	N	T
JLM	Paracetamol 750mg	N	N	T
ETMV	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	T
MPS	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	ST
EKE	Paracetamol 750mg	N	N	T
MLSS	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	N	ST
GMC	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	N	T
AFP	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	ST
CPC	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	ST
MCA	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	T
FS	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	N	T
ESC	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	N	ST
TG	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Amoxicilina 500mg	ST
MC	Paracetamol 750mg	N	Pen-V-Oral 500.000 UI	ST
CNO	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	T
JF	Paracetamol 750mg	N	N	ST
DCAM	Paracetamol 750mg	N	N	T
CRMM	Paracetamol 750mg	N	Pen-V-Oral 500.000 UI	T
GSM	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Eritromicina 500mg	T
CLC	Paracetamol 750mg	N	N	T
MSGM	Paracetamol 750mg	N	N	ST
CFD	Paracetamol 750mg	Diclofenaco de Potássio 50mg	Pen-V-Oral 500.000 UI	ST

T: com trismo ST: sem trismo N: não tomou medicação

Tabela 4. Relação entre o trauma cirúrgico (duração da cirurgia, número de dentes extraídos, osteotomia, retalho mucoperiósteo e odontosecção) com a presença de trismo.

Paciente	Duração	Nº de exos	Osteotomia	Retalho	Secção	Trismo
NB	30 min	1	Sim	Não	Sim	ST
ECT	40 min	2	Não	Sim	Não	T
JLM	35 min	2	Sim	Sim	Não	T
ETMV	55 min	1	Sim	Não	Sim	T
MPS	100 min	1	Sim	Não	Sim	ST
EKE	75 min	2	Não	Sim	Não	T
MLSS	45 min	2	Não	Sim	Não	ST
GMC	25 min	2	Sim	Sim	Não	T
AFP	30 min	2	Não	Sim	Não	ST
CPC	80 min	4	Sim	Sim	Não	ST
MCA	60 min	2	Sim	Sim	Sim	T
FS	30 min	1	Sim	Não	Não	T
ESC	80 min	1	Sim	Não	Sim	ST
TG	48 min	1	Não	Sim	Não	ST
MC	110 min	1	Sim	Não	Sim	ST
CNO	85 min	1	Sim	Não	Sim	T
JF	60 min	1	Não	Sim	Não	ST
DCAM	49 min	1	Não	Sim	Não	T
CRMM	120 min	1	Sim	Não	Sim	T
GSM	100 min	1	Sim	Não	Sim	T
CLC	54 min	1	Não	Sim	Não	T
MSGM	30 min	1	Sim	Não	Não	ST
CFD	40 min	3	Sim	Sim	Sim	ST

T: com trismo ST: sem trismo

Segundo Kim *et al.*¹⁵, o grau de redução de abertura bucal está significativamente associado ao grau de impacção do dente. Em um estudo prospectivo, os autores concluíram que a incidência de redução de abertura de boca superior a 10mm foi encontrada em 18,3% dos pacientes, com um dia de pós-operatório, enquanto que após sete dias poucos pacientes apresentavam limitações de abertura bucal. Já Suarez-Cunheiro *et al.*¹⁶, observou um decréscimo da abertura bucal máxima nos primeiros cinco dias pós-operatórios que regrediu consideravelmente, quando reavaliado nos períodos de 10 dias e três meses, enquanto que Aguiar *et al.*¹⁷, concluíram que algum grau de limitação de abertura bucal pós-operatória foi observado na grande maioria dos pacientes analisados em sua pesquisa, sendo, desta forma, uma seqüela comum à cirurgia de terceiro molar. Esses dados confirmam os resultados obtidos pelo presente estudo, no qual se evidenciou que o trismo é uma ocorrência freqüente nas cirurgias de terceiros molares inclusos, ocorrendo em 56,5% dos pacientes no período de dois dias após a cirurgia, havendo uma redução na reavaliação após sete dias.

Segundo Oliveira *et al.*¹⁸, o trismo é uma complicação que está diretamente associada ao tempo cirúrgico, sendo que quanto mais complexa a técnica cirúrgica em que haja necessidade de se realizar osteotomia e odontosecção, maior a chance de complicações pós-operatórias, como alveolites, trismo e parestesias. Para Cerqueira *et al.*¹⁹, o trismo, edema e dor são manifestações pós-operatórias que dependem de uma série de fatores, principalmente relacionados à dificuldade do procedimento cirúrgico envolvido.

A utilização de fármacos para o controle e redução da ocorrência de trismo tem sido bastante discutida na literatura. Bamgbose *et al.*²⁰, avaliaram a influência da utilização de diclofenaco de potássio e dexametasona no pós-operatório de pacientes que se submeteram a exodontia de terceiros molares e verificaram que a co-administração dos dois fármacos em conjunto originava resultados mais satisfatórios em relação à redução na presença de trismo do que quando era administrado somente diclofenaco de potássio. Já Moore *et al.*²¹, verificaram que a utilização de dexametasona seria a estratégia terapêutica mais efetiva para a redução da ocorrência de trismo após procedimentos de exodontia de terceiros molares. A utilização de medicação antiinflamatória e/ou antibiótica no presente estudo, aparentemente, reduziu a incidência de trismo, mas não foi capaz de evitá-lo completamente.

CONCLUSÃO

Com base dos dados obtidos neste trabalho, concluímos que: a) o trismo é uma ocorrência freqüente nas cirurgias de terceiros molares inclusos, ocorrendo em 56,5% dos pacientes no período de dois dias após a cirurgia, e em 47,8% dos pacientes após sete dias; b) Sete dos 16 pacientes que receberam medicação antiinflamatória e/ou antibiótica apresentaram trismo e nove destes pacientes não; c) cinco dos sete

pacientes que não receberam medicação antiinflamatória e/ou antibiótica apresentaram trismo e dois destes pacientes não; d) aparentemente, o uso de medicação antiinflamatória e/ou antibiótica reduz a incidência de trismo, porém não é capaz de evitá-la completamente, e) não encontramos relação significativa entre o trauma da cirurgia e a presença de trismo; f) mais pesquisas devem ser realizadas para que possamos verificar os fatores que aumentam ou diminuem a ocorrência de trismo em cirurgias de terceiros molares inclusos, visto que os dados disponíveis na literatura ainda não são conclusivos.

REFERÊNCIAS

- Goldberg MH, Nemarick AN, Marco WP. Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. *J Am Dent Assoc.* 1985; 111(2): 277-9.
- Graziani M. Cirurgia bucomaxilofacial. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- Horst RW. Trismus: its causes, effects and treatment. *ORL Head Neck Nurs.* 1994; 12(2): 11-2.
- Conrad SM, Blakey GH, Shugars DA, Marciani RD, Phillips C, White RP Jr. Patients' perception of recovery after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999; 57(11):1288-94.
- White RP Jr, Shugars DA, Shafer DM, Laskin DM, Buckley MJ, Phillips C. Recovery after third molar surgery: clinical and health-related quality of life outcomes. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61(5):535-44.
- De Boer MPJ, Raghoobar GM, Stegenga B, Schoen PJ, Boering G. Complications after mandibular third molar extraction. *Quintessence Int.* 1995; 26(11): 779-84.
- Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 42(3): 209-14.
- Adam P, Perchenet-Munoz AS, Moreau A, Huet P, Piot B, Mercier J. Limited mouth opening due to muscular fibrosis after locoregional anesthesia. Apropos of a case. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 1995; 96(3): 166-70.
- Nishimura A, Okabe Y, Furukawa M. A chronic organized abscess causing trismos resolved by hemimasseter myotomy. *Auris Nasus Larynx.* 1996; 23:140-2.
- Thompson TP, Jannetta PJ, Lovely TJ, Ochs M. Unilateral trismus in a patient with trigeminal neuralgia due to microvascular compression of the trigeminal motor root. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999; 57(1): 90-2.
- Jones TA, Garg T, Monaghan A. Removal of a deeply impacted mandibular third molar through a sagittal split ramus osteotomy approach. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 42(4): 365-8.
- Dijkstra PU, Huisman PM, Roodenburg JL. Criteria for trismus in head and neck oncology. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35(4): 337-42.
- Garcia GA, Sampedro FG, Rey JG, Torreira MG. Trismus and pain after removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 55(11): 1223-6.
- Ribeiro A. Ficha terapêutica: trismos. *RGO.* 1997; 45(2): 96.
- Kim JC, Choi SS, Wang SJ, Kim SG. Minor complications after mandibular third molar surgery: type, incidence, and possible prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 102(2): 4-11.
- Suarez-Cunqueiro MM, Gutwald R, Reichman J, Otero-Cepeda XL, Schmelzeisen R. Marginal flap versus paramarginal flap in impacted third molar surgery: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 95(4): 403-8.
- Aguiar ASW, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2005; 5(3): 57-64.
- Oliveira LB, Schmidt DB, Assis AF, Gabrielli MAC, Vieira EH, Pereira Filho VA. Avaliação dos acidentes e complicações associados à exodontia dos 3º molares. *Rev Cir Traumatol Buco-*

- Maxilo-Fac. 2006; 6(2): 51-6.
19. Cerqueira PRFV, Vasconcelos BCE, Bessa-Nogueira RV. Comparative study of the effect of a tube drain in impacted lower third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62(1): 57-61.
 20. Bangbose BO, Akinwande JA, Adeyemo WL, Ladeinde AL, Arotiba GT, Ogunlewe MO. Effects of co-administered dexamethasone and diclofenac potassium on pain, swelling and trismus following third molar surgery. *Head Face Med.* 2005; 1:11.
 21. Moore PA, Smiga ER, Costello BJ. Preemptive rofecoxib and dexamethasone for prevention of pain and trismus following third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99(2): 1-7.

Recebido em: 12/10/2006
Aprovado em: 08/01/2007