

# **Relato de uma série de casos de iatrogenias atendidas em um pronto socorro de um hospital público de ensino do oeste do Paraná decorrentes de cirurgias odontológicas ambulatoriais malsucedidas**

**Report of a series of cases of iatrogenic diseases treated in an emergency room of a public teaching hospital in western Paraná due to unsuccessful outpatient dental surgeries**

**Reporte de una serie de casos de enfermedades iatrogénicas atendidas en una sala de emergencia de un hospital público universitario del oeste de Paraná debido a cirugías dentales ambulatorias fallidas**

Recebido: 27/02/2024 | Revisado: 04/03/2024 | Aceitado: 05/03/2024 | Publicado: 09/03/2024

## **Niviane Dorigan Vidor**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7883-9189>  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil  
E-mail: [nivianevidor@gmail.com](mailto:nivianevidor@gmail.com)

## **Eleonor Álvaro Garbin Júnior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2111-4766>  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil  
E-mail: [alvarogarbin@yahoo.com.br](mailto:alvarogarbin@yahoo.com.br)

## **Geraldo Luiz Griza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-495X>  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil  
E-mail: [ggriza@hotmail.com](mailto:ggriza@hotmail.com)

## **Natasha Magro Ernica**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0545-1623>  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil  
E-mail: [natasha@yahoo.com.br](mailto:natasha@yahoo.com.br)

## **Ricardo Augusto Conci**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6678-8780>  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil  
E-mail: [ricardoconci@hotmail.com](mailto:ricardoconci@hotmail.com)

## **Resumo**

**Introdução:** Procedimentos clínico-cirúrgicos são frequentes nos consultórios odontológicos e devem ser realizados com cautela e responsabilidade, uma vez que hemorragias, hematomas, lesões em partes moles adjacentes, fraturas ósseas, infecções e comprometimento de estruturas anatômicas importantes podem ocorrer durante esses procedimentos. **Objetivo:** Analisar e relatar sete casos clínicos em que ocorreram iatrogenias e que foram atendidas no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Em ambos os casos ocorreram complicações devido às falhas na execução dos procedimentos clínicos por meio dos Cirurgiões-Dentistas. **Relatos de caso:** Os casos abordados no presente estudos se trata de fraturas mandibulares decorrentes de exodontia de terceiro molar e remoção de protocolo inferior para higienização, hemorragia no pós-cirúrgico causada por falha na anamnese e na solicitação de exames complementares, abscessos de origem odontogênica e corpo estranho em seio maxilar após tentativa de exodontia simples. Em todos os casos foi possível observar erros, seja por falta de planejamento prévio, não execução de um bom exame clínico ou execução de técnica insuficiente. **Conclusão:** O profissional é o responsável por planejar adequadamente os casos e executar de maneira a garantir a segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Doença iatrogênica; Complicações pós-operatórias; Procedimentos cirúrgicos bucais.

## **Abstract**

**Introduction:** Clinical surgical procedures are frequent in dental offices and should be performed with caution and responsibility since hemorrhages, hematomas, lesions in adjacent soft tissues, bone fractures, infections, and impairment of important anatomical structures may occur during these procedures. **Objective:** To analyze and report seven clinical cases in which iatrogenic events occurred and were treated at the University Hospital of Western Paraná (HUOP). In both cases, complications occurred due to failures in the execution of clinical procedures by dental surgeons. **Case reports:** The cases addressed in the present study are mandibular fractures resulting from extraction of the third molar and removal of the lower protocol for hygiene, postoperative hemorrhage caused by failure in the

anamnesis and in the request for complementary tests, abscesses of odontogenic origin and a foreign body in the maxillary sinus after a simple extraction attempt. In all cases, it was possible to observe errors, either due to lack of prior planning, non-execution of a good clinical examination or insufficient execution of technique. Conclusion: The professional is responsible for properly planning the cases and executing them in order to ensure the patient's safety.

**Keywords:** Iatrogenic disease; Postoperative complications; Oral surgical procedures.

### Resumen

**Introducción:** Los procedimientos clínico-quirúrgicos son frecuentes en los consultorios odontológicos y deben realizarse con precaución y responsabilidad, ya que durante estos procedimientos pueden ocurrir hemorragias, hematomas, lesiones en tejidos blandos adyacentes, fracturas óseas, infecciones y deterioro de estructuras anatómicas importantes. **Objetivo:** Analizar y relatar siete casos clínicos en los que ocurrieron eventos iatrogénicos y fueron tratados en el Hospital Universitario del Oeste de Paraná (HUOP). En ambos os casos, las complicaciones ocurrieron debido a fallas en la ejecución de los procedimientos clínicos por parte de los cirujanos dentistas. **Casos clínicos:** Los casos abordados en el presente estudio son fracturas mandibulares resultantes de la extracción del tercer molar y retirada del protocolo inferior de higiene, hemorragia postoperatoria por fallo en la anamnesis y en la solicitud de pruebas complementarias, abscesos de origen odontogénico y un cuerpo extraño en el seno maxilar tras un simple intento de extracción. En todos los casos se pudieron observar errores, ya sea por falta de planificación previa, no ejecución de un buen examen clínico o ejecución insuficiente de la técnica. **Conclusión:** El profesional es responsable de planificar adecuadamente los casos y ejecutarlos para garantizar la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Enfermedad iatrogénica; Complicaciones postoperatorias; Procedimientos quirúrgicos orales.

## 1. Introdução

A Odontologia é subdividida em diversas especialidades, sendo que a cirurgia é uma das áreas de maior relevância clínica, uma vez que, os procedimentos cirúrgicos são imprescindíveis na prática odontológica diária, seja para eliminar focos infecciosos, evitar possíveis complicações de origem odontogênica ou dos tecidos periodontais, remover lesões bucais ou para reabilitar funcionalmente os pacientes (Fritz & Longo, 2019; Kiencało et al., 2021).

Outro fator determinante é que uma quantidade considerável dos procedimentos realizados em consultórios odontológicos corresponde a cirurgias, como as extrações dentárias simples, exodontia de terceiros molares, implantes dentários, cirurgias gengivais e periodontais e remoção de lesões bucais (Kiencało et al., 2021).

Por se tratar da saúde do indivíduo, todo procedimento cirúrgico apresenta riscos intrínsecos à sua realização e que cabe ao profissional identificá-los, solicitar os exames de imagem necessários, avaliar o quadro de saúde geral do paciente, realizar um planejamento multidisciplinar e executar tecnicamente de maneira a evitá-los (Fritz & Longo, 2019; Manor et al., 2017).

Apesar de todos os cuidados serem realizados, complicações pós-operatórias ainda são observadas. Neste contexto, as principais complicações decorrentes das cirurgias odontológicas são hemorragias, hematomas, lesões em tecidos moles adjacentes, fraturas ósseas, infecções, comprometimento de estruturas anatômicas importantes como cavidade nasal e seios maxilares, lesões nervosas, entre outras (Makki et al., 2021; Saravanan, 2021).

Contudo, devido à grande periodicidade na execução de cirurgias em consultórios odontológicos inúmeros inconvenientes são observados devido à questões técnicas, relacionadas aos materiais e instrumentais e os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios os quais, diferentemente de quando ocorre uma iatrogenia, enquadram-se em atos de negligência, imperícia ou/e imprudência profissional (De Camargo et al., 2019; Esenlik & DeMitchell-Rodriguez, 2021; Leblebicioglu & Tatakis, 2023).

Em relação às questões técnicas, a não capacitação necessária do profissional para realizar o procedimento específico é constantemente presenciada, o que leva a complicações pós-operatórias. Por sua vez, para as questões relacionadas aos materiais e instrumentais, a utilização de materiais de baixa qualidade, materiais não indicados para o caso, ausência de instrumentais específicos e falhas no processo de esterilização corroboram para incidência dessas complicações (Albanese et al., 2023; Motoi et al., 2022).

Assim como, as questões de planejamento pré-operatório, em que desconsideram a importância de uma adequada anamnese, para a conferência do histórico atual e prévio da saúde do paciente e da investigação sobre a utilização de medicamentos de uso contínuo. E descartam a relevância de um bom pós-operatório, com assistência garantida pelo profissional, retornos periódicos para avaliar o processo de cicatrização e a medicação adequada (Dawoud et al., 2021; Sant'ana, 2021).

Desta maneira, justifica-se a importância de relatar estes casos clínicos em que se observa a presença de iatrogenias que acometeram de diferentes maneiras a segurança na vida dos pacientes para assim discutir a responsabilidade profissional dos Cirurgiões-Dentistas.

Por isso, o objetivo do presente trabalho é relatar casos clínicos atendidos em um pronto-socorro de um hospital público de referência no Oeste do Paraná em que se observa a presença de supostas iatrogenias resultantes de cirurgias odontológicas ambulatoriais de serviços privados da região levando a complicações pós-operatórias com necessidade de intervenção hospitalar.

## 2. Metodologia

No presente estudo foi realizado uma série de Relato de Casos que foram atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Todos os pacientes que foram atendidos foram informados sobre os procedimentos, riscos e benefícios do tratamento que seriam submetidos e manifestaram seu consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Além disso, foram respeitados os princípios éticos da Declaração de Helsinque (Estrela, 2018).

## 3. Resultados e Discussão

### Caso 1 - Fratura de ângulo mandibular por exodontia de terceiro molar

Paciente de 35 anos, sexo masculino, sem alterações de saúde geral ou uso contínuo de medicamentos, encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), após procurar atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), relatando crises álgicas espontâneas e à palpação em região de ângulo mandibular do lado direito. O paciente relatou que passou por procedimento de exodontia do elemento 48 em outro serviço e que, após a remoção do elemento dentário iniciou a dor.

Ao realizar exame físico, foi possível observar edema em região de ângulo mandibular direito, limitação de abertura bucal, alteração de oclusão e mobilidade atípica à manipulação da mandíbula. No exame de imagem, tomografia computadorizada de face (TC), foi identificado fratura de ângulo mandibular do lado direito. Devido à instabilidade dos segmentos envolvidos o procedimento de eleição foi a redução aberta e fixação interna (Figura 1).

Sob anestesia geral e intubação nasotraqueal, realizou-se incisão intraoral em região de ramo mandibular estendendo-se até a região de primeiro molar, descolamento mucoperiosteal e exposição da região da fratura. Após bloqueio maxilomandibular e redução da fratura, foi realizado a osteossíntese, utilizando placa do sistema 2.0 na região de tensão. A sutura foi realizada com fio reabsorvível (vicryl 4-0) (Figura 2A).

O paciente foi acompanhado ambulatorialmente por um período de 1 ano, obtendo ótimo resultado devido à consolidação óssea verificada, alcançando oclusão estável e com retorno de função (Figura 2B).

**Figura 1** – A - Radiografia panorâmica (Rx) pré-operatória com elemento 48 em posição II-B de Pell e Gregory. B – Corte axial em TC evidenciando fratura em ângulo mandibular D. C – Reconstrução 3D de TC de face onde nota-se a fratura composta.



Fonte: Autores.

**Figura 2** - A - Radiografia panorâmica de controle de 2 meses com material de fixação em posição. B – Exame de imagem, Rx, com 6 meses de pós-operatório após a remoção da placa de fixação. Nota-se a neoformação óssea em região de alvéolo e de fratura.



Fonte: Autores.

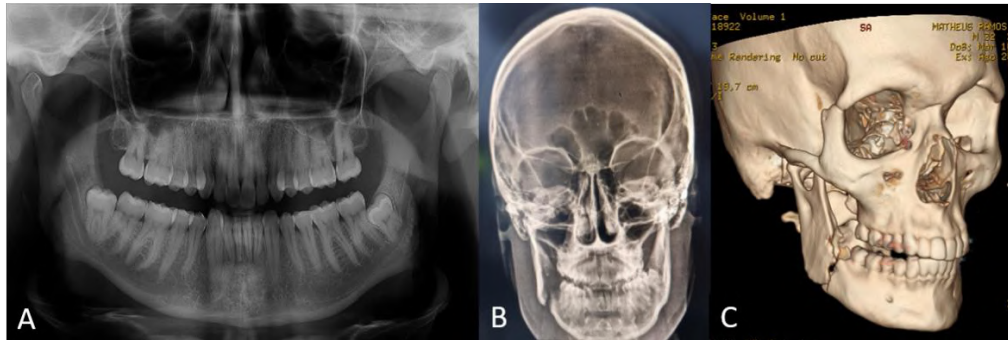
### **Caso 2 – Fratura de mandíbula por exodontia de terceiro molar**

Paciente de 32 anos, sexo masculino, leucoderma, encaminhado ao serviço de CTBMF do HUOP/UNIOESTE com fratura de mandíbula após exodontia de terceiro molar em clínica privada (Figura 3A, B). Durante anamnese, negou alterações sistêmicas e relatou uso contínuo de Escitalopram para ansiedade. Referia intensa algia desde o pós-operatório imediato, há 7 dias. Não havendo melhora com a medicação prescrita pelo profissional responsável pelo procedimento, procurou atendimento na UPA.

Ao realizar exame físico, foi possível observar limitação de abertura bucal (aproximadamente 25 milímetros), discreto edema em terço inferior direito com presença de degrau ósseo palpável em região de ângulo mandibular e em fundo de vestibulo posterior de mandíbula, ausência de sangramento ativo intraoral e oclusão dentária alterada. No exame de imagem, TC de face, foi identificado fratura de ângulo mandibular do lado direito (Figura 3C).

Sob anestesia geral, realizou-se incisão intraoral em região de fundo de vestibulo posterior direito de mandíbula, descolamento e localização da fratura em ângulo mandibular direito, redução dos fragmentos e fixação de fratura com sistema de fixação 2.0mm. A sutura foi realizada com fio reabsorvível (vicryl 4-0). O paciente segue em acompanhamento ambulatorial (Figura 4).

**Figura 3** - A - Radiografia panorâmica pré-operatória com elemento 48 em posição II-B de Pell e Gregory. B – Raio X PA de face realizada na UPA. C – Reconstrução 3D da TC de face onde nota-se a fratura composta e a osteotomia em região do elemento 48.



Fonte: Autores.

**Figura 4** - Radiografia panorâmica de controle após 120 dias de P.O. Evidencia-se a consolidação óssea no local e material de fixação.

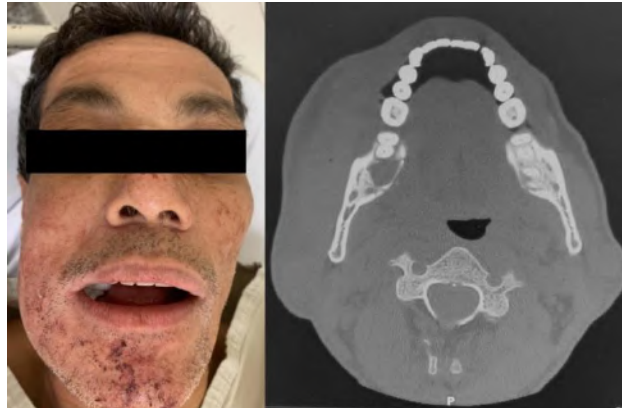


Fonte: Autores.

### Caso 3 – Hemorragia associada à exodontia

Paciente de 61 anos, sexo masculino, leucoderma, fazendo uso contínuo de losartana 50mg e varfarina 5mg e histórico de instalação de prótese valvar metálica há 6 meses devido à alteração em válvulas cardíacas. Paciente encaminhado ao serviço de CTBMF com sangramento ativo em cavidade oral após extração dentária de terceiro molar inferior direito em serviço privado da origem há três dias. Apresentava ainda discreta limitação de abertura bucal devido a dor (aprox. 20 mm) e edema. Paciente relatou que no dia do procedimento cirúrgico já apresentou sangramento intenso e que, após 2 dias de pós-operatório, evoluiu para edema (Figura 5 A e B).

**Figura 5** - A – Em vista frontal, edema em terço inferior direito e sinal de sangramento prévio. B – Corte axial de tomografia computadorizada de face, alvéolo do elemento 48 evidenciando exodontia recente.



Fonte: Autores.

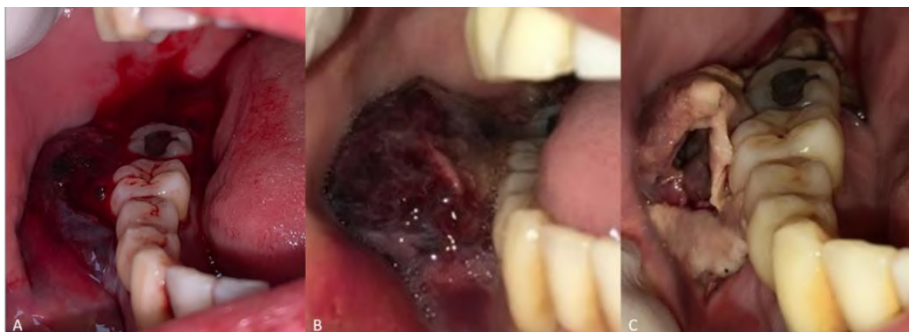
Ao exame físico intraoral foi possível observar hematoma em região do alvéolo do elemento 48 se estendendo para sulco dos demais molares (Figura 6 A). Não houve necessidade de nova sutura, apenas realizado bandagem compressiva na região e orientado a realizar compressa de gelo em face. Ao solicitar e avaliar os exames laboratoriais, foi verificado que o RNI se encontrava em 4,4, condição que favorecia a complicação cirúrgica em questão.

Devido ao histórico médico e ao quadro clínico do paciente, solicitou-se avaliação do serviço de cardiologia que optou pela suspensão do anticoagulante oral e controle diário do RNI.

No terceiro dia de internamento, apesar do aumento do hematoma, foi possível observar ausência de sangramento ativo (Figura 6B). Nessa fase, foi indicado compressa morna/quente em região de face. No quarto dia, após reavaliação cardiológica, houve reintrodução do anticoagulante via oral e solicitado retorno ambulatorial no terceiro dia após alta hospitalar.

No quinto e sexto dia, houve redução no tamanho do coágulo e redução do edema com aspecto necrótico da mucosa (Figura 6C). Neste momento, prosseguiu-se com a alta hospitalar. Paciente segue em acompanhamento cardiológico.

**Figura 6** - A – Vista intraoral com presença de sangramento ativo. B – Coágulo sanguíneo (3ºDIH) com ausência de sangramento ativo. C – Aspecto necrótico da mucosa intraoral (5ºDIH).



Fonte: Autores.

#### **Caso 4 – Abscesso de origem odontogênica devido à permanência de remanescente de foco infeccioso**

Paciente de 39 anos, sexo feminino, leucoderma, encaminhada ao serviço de CTBMF devido ao aumento de volume de consistência amolecida em espaço bucal e submandibular direito, com início há 13 dias, após exodontia do elemento 46. A sintomatologia dolorosa iniciou há cerca de 15 dias, quando a paciente procurou atendimento odontológico na origem.

Prosseguiu-se com a abertura coronária do elemento 46 e como não houve regressão da dor, foi optado pelo profissional pela exodontia do elemento dentário.

Ao exame físico, presença de trismo (15mm de abertura bucal), aumento de volume de consistência amolecida em região bucal direita, estendendo-se para região submandibular ipsilateral, rubor, hiperemia, ausência de ponto de flutuação, fístula ou drenagem ativa (Figura 7). Referia intensa algia espontânea e à palpação em região submandibular e disfagia. Intraoral, sutura em alvéolo do 46, com ausência de drenagem ativa, aumento de volume em lingual do elemento 47 e dor à palpação em fundo de vestibulo posterior de mandíbula.

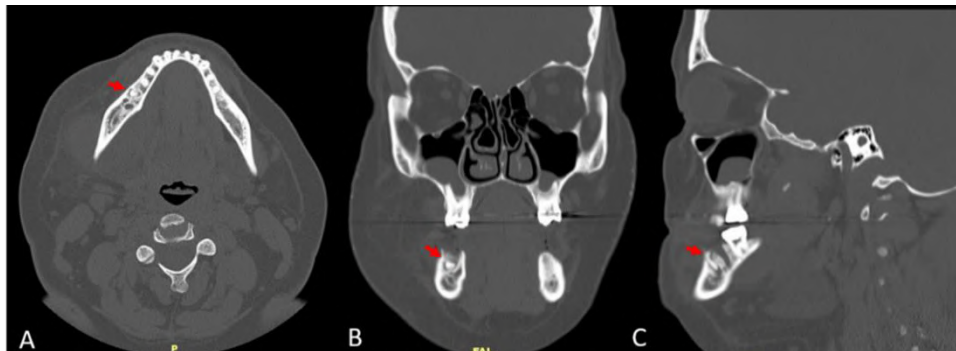
Ao exame de imagem, tomografia computadorizada de face, foi identificado a presença de um fragmento da raiz mesial do elemento 46 (Figura 8). E, ao exame laboratorial, aumento das células de defesa, indicando a presença de infecção.

**Figura 7** - Vista extraoral. Aumento de volume e rubor em terço inferior de face lado D.



Fonte: Autores.

**Figura 8** - Cortes axial, coronal e sagital da tomografia computadorizada de face evidenciando a presença do ápice radicular do elemento 46.



Fonte: Autores.

Foi realizado sob anestesia local a exodontia via alveolar da raiz residual do elemento 46, exploração, drenagem de secreção purulenta e instalação de dreno de Penrose em fundo de vestibulo posterior de mandíbula direita e em região lingual e sutura com fio de nylon 4-0 para estabilização.

A paciente permaneceu aos cuidados da equipe, sendo avaliada diariamente e em antibioticoterapia intravenosa (associação de ceftriaxona e clindamicina). Os drenos foram mantidos em posição nas 72h seguintes devido à presença de drenagem ativa. A manutenção de compressa quente e úmida em face em casos de infecção é essencial para facilitar a drenagem e melhorar o trismo.

Assim que houve melhora da sintomatologia dolorosa, diminuição da drenagem e, conseqüentemente, regressão do aumento de volume a paciente seguiu com os cuidados e uso de antibióticos em domicílio. Retornando ao pronto-socorro para remoção do dreno e acompanhamento com a equipe.

#### **Caso 5 – Corpo estranho em seio maxilar após tentativa de exodontia**

Paciente de 31 anos, sexo masculino, encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), por profissional da rede pública para avaliação de corpo estranho em seio maxilar esquerdo. Paciente apresentava quadro de sinusite recorrente após tentativa de exodontia sem sucesso do elemento 27 há 7 meses (Figura 9).

Ao realizar exame físico, o terço médio da face apresentava-se com discreto aumento de volume no lado esquerdo. Intraoral, as mucosas se apresentavam íntegras com discreto edema em fundo de vestibulo posterior de maxila e queixa álgica a palpação. Ao exame de imagem solicitado na instituição, tomografia computadorizada de face, foi possível confirmar a presença do elemento dentário no interior do seio maxilar.

Sob anestesia geral, realizou-se acesso de Caldwell Luc em parede de seio maxilar esquerdo, exposição do elemento dentário, odontosecção e remoção do dente. Foi necessário a curetagem de tecido inflamatório, aumento da patência do ósteo do seio, irrigação copiosa com soro fisiológico e instalação de dreno no seio maxilar e fossa nasal. A mucosa em fundo de vestibulo de maxila foi suturada com fio monocryl 4-0 (Figura 10).

O paciente recebeu alta hospitalar, sendo acompanhado ambulatorialmente, sem queixas álgicas e sem complicações pós-operatórias. O dreno foi removido após 7 dias da instalação.

**Figura 9** - Rx panorâmico. Corpo estranho radiopaco em seio maxilar esquerdo.



Fonte: Autores.



**Figura 10** - A - Acesso cirúrgico Caldwell luc em seio maxilar. B – Localização do corpo estranho. C – Odontossecção e remoção do elemento dentário. D – Curetagem e aumento da patência do óstio do seio maxilar. E – Instalação de dreno em seio maxilar e fossa nasal. F – Sutura da mucosa intraoral com fio reabsorvível (monocryl 4.0) e de dreno em narina com fio de nylon 5.0.

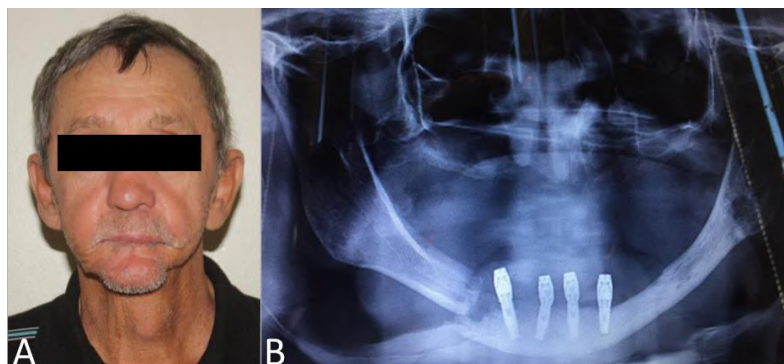


Fonte: Autores.

#### Caso 6 – Fratura de mandíbula por implante

Paciente de 68 anos, sexo masculino, encaminhado ao PS devido à fratura de mandíbula após remoção de protocolo inferior para higienização e controle após 6 meses da instalação dos implantes (Figura 11 A). Notou-se infecção em um dos implantes do quarto quadrante. Ao exame físico apresentava aumento de volume em região submandibular D, degrau ósseo palpável em corpo mandibular, limitação de abertura bucal, algia intensa e dificuldade em se alimentar. Durante a anamnese foi relatado histórico de radioterapia em hemiface E próximo à comissura labial devido à um câncer (Figura 11B).

**Figura 11** - A - Imagem frontal do paciente na primeira consulta. B – Exame de Rx evidenciando fratura em mandíbula lado direito e presença de lesão radiolúcida em ângulo mandibular E.

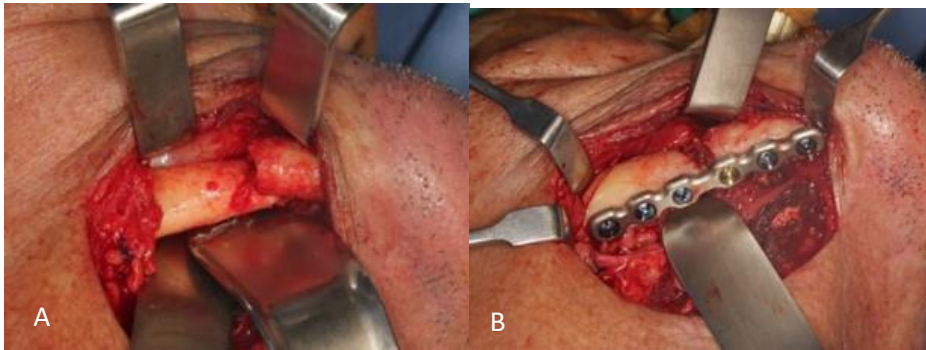


Fonte: Autores.

Após 78 dias de pós-operatório de osteossíntese com placa de reconstrução em corpo mandibular direito (Figura 12), o paciente foi novamente admitido devido à sinais e sintomas de infecção em mento e acesso submandibular prévio e para biópsia de lesão radiolúcida intraóssea em ângulo mandibular esquerdo (Figura 13A). Nova intervenção foi necessária sendo preciso a curetagem de tecido. Após, prosseguiu-se com a fixação com uma nova placa de reconstrução (Figura 13B).

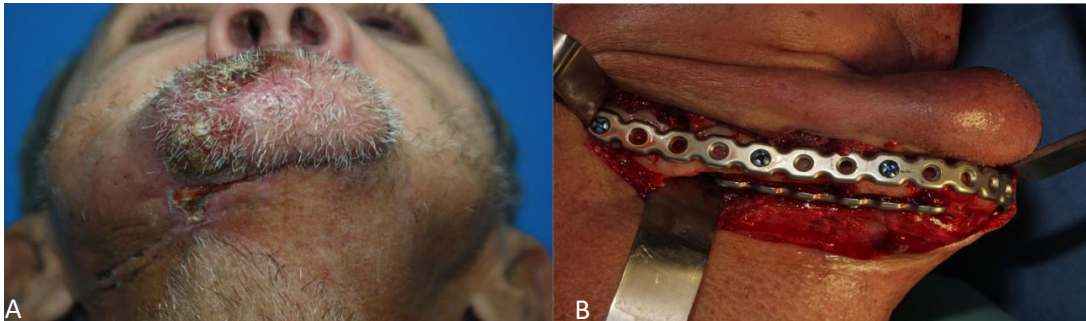
O paciente retornou após 25 dias da segunda intervenção com sinais de uma nova infecção, sendo solicitado avaliação da equipe da infectologia. Nova intervenção para debridamento em corpo mandibular foi necessária (Figura 14). Houve um longo período de antibioticoterapia, porém evoluiu com exposição dos tapas implantes e exposição óssea intraoral, resultando em aumento de volume, eritema e algia em região mentoniana e necessidade de instalação de dreno, mudança de medicação e biópsia de mento. Após aproximadamente 2 meses de internamento hospitalar o paciente prosseguiu com melhora e alta hospitalar.

**Figura 12** - A - Aspecto clínico da fratura em corpo mandibular D. B - Acesso submandibular, redução e fixação com sistema de reconstrução 2.4/2.7mm.



Fonte: Autores.

**Figura 13** - A – Após 78 DPO há sinais clínicos de infecção e necessidade de reabordagem. B – 2º Internamento: curetagem dos tecidos e nova fixação com sistema de reconstrução.



Fonte: Autores.

**Figura 14** - Após 25 DPO presença de edema e eritema em mento e sinais de infecção em implantes dentários. 3ºinternamento para debridamento de tecidos.



Fonte: Autores.

As principais complicações pós-cirúrgicas relatadas destacam questões importantes que sugerem falhas nas condutas profissionais dos Cirurgiões-Dentistas, as quais vão contra os princípios éticos da profissão e colocam a segurança de seus pacientes em risco.

Desta maneira, cabe destacar que de acordo com o Código de Ética em Odontologia (2012), as principais falhas profissionais podem ser classificadas como negligência, imprudência e imperícia. De modo que, de acordo com a ação executada pelo profissional, a incorreção pode se enquadrar em mais que uma delas.

Neste contexto, a negligência é o ato de descuido, indiferença e desatenção que decorre por meio de uma conduta omissa e inesperada, sem que o profissional tome as devidas preocupações (Conselho Federal de Odontologia, 2012).

A exemplo, o relato do paciente que apresentou complicação hemorrágica após extração de terceiro molar e fazia uso contínuo de medicação anticoagulante, visto que o profissional responsável pelo ato cirúrgico não realizou uma adequada anamnese, ou se a fez, não solicitou exames complementares para verificar o tempo de coagulação (Índice Normalizado Internacional - RNI e o Tempo de Protrombina -TP) (Manfredini et al., 2021; Wójcik et al., 2022).

Desta maneira, as informações obtidas por meio da anamnese são importantes para definir qual o melhor tratamento cirúrgico, se há necessidade de alteração ou suspensão de medicamentos, cuidados especiais, realização de exames complementares, consulta multidisciplinar, modificação do ambiente onde ocorrerá o procedimento, entre outras variáveis (Fritz & Longo, 2019; Sant'ana, 2021).

Normalmente pacientes anticoagulados não apresentam restrições para a realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos de menor complexidade. Porém, há necessidade de se conhecer o histórico médico, se familiarizar com a medicação, verificar o coagulograma e, se necessário, avaliação conjunta com o cardiologista. Na literatura há vários protocolos de atendimento que incluem desde a interrupção completa do medicamento, sua redução, substituição e até mesmo a manutenção sem alteração, apenas com ênfase na técnica atraumática e em hemostáticos locais. Cada vez menos há suspensão do medicamento e isso devido ao risco desnecessário de causar tromboembolismo.

Outro caso é manter um fragmento radicular em alvéolo por falta de capacidade técnica ou material apropriado e não encaminhar a paciente para outro profissional capacitado afim de finalizar o procedimento. Fazendo com que o quadro infeccioso evoluísse a nível de tratamento hospitalar. Segundo HUPP *et al.* 2015, existem três condições que justificam a permanência de fragmentos radiculares e uma delas é não estar infectado, logo, nota-se que a conduta foi de encontro aos princípios básicos de exodontia.

Por sua vez, a imperícia é configurada por inaptidão, ignorância e falta de qualificação técnica para a realização de determinada atividade ou a ausência dos conhecimentos necessários e básicos da profissão (Conselho Federal de Odontologia, 2012). Nos relatos supracitados, pode-se afirmar que na maioria houve situações de imperícia e negligência odontológica.

É necessário ressaltar a exigência técnica inerente a procedimentos cirúrgicos em odontologia, por isso o profissional deve estar capacitado para realizar procedimentos cirúrgicos que envolvam a manipulação de tecido mole e tecido ósseo com a complexidade que se encontra em exodontias de terceiros molares, procedimento este que tem como riscos transoperatórios sangramento, danos aos dentes adjacentes, deslocamento dos dentes para os espaços adjacentes, fratura da raiz, tuberosidade maxilar ou de mandíbula (Seymour, 2008).

As fraturas mandibulares associadas à exodontia são incomuns e geralmente estão associadas à remoção de terceiros molares. Comumente podem ser causadas devido à posição do dente na mandíbula, aumento da fragilidade na região de ângulo mandibular devido a tecidos que não contribuem para sua resistência, osteotomias, ou, ao desempenho cirúrgico inadequado (Cankaya et al., 2011). Entretanto, nos casos relatados, ambos os terceiros molares se encontravam em posição vertical e semi-inclusos, correspondendo a classe II posição B de acordo com a classificação de Pell e Gregory 1993 (Apud Primo et al., 2017), não justificando as fraturas que ocorreram pela complexidade dos casos.

Por fim, a imprudência corresponde a uma ação precipitada e sem cautela por parte do profissional, ou seja, o profissional age por excesso, sem necessidade de tamanha atitude (Conselho Federal de Odontologia, 2012).

É importante ressaltar que cabe ao profissional, além do domínio de técnicas odontológicas, entender sobre a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos administrados em odontologia e a necessidade de indicações de cada classe medicamentosa (Seymour, 2008).

Outro aspecto importante é que o profissional é o responsável por realizar o melhor planejamento para o paciente, definir o melhor plano de tratamento para cada elemento dental, correlacionando a saúde do paciente, a condição financeira, o aspecto dos tecidos dentais e peridentais de maneira a não causar danos irreversíveis ao paciente (Sant'ana, 2021).

Por isso, é válido evidenciar a responsabilidade civil profissional do Cirurgião-Dentista e o dever de reparar o dano causado a outrem, provocado pelo ato ilícito ou pela falta da observância dos preceitos que regem a vida em sociedade (Barbosa, 2020; Medeiros & Coltri, 2018). Desta maneira, o profissional deve ter consciência das suas limitações técnicas, executar apenas procedimentos que seja habilitado e que em casos de danos a terceiros, fazer o possível para solucionar e dar o suporte necessário.

As iatrogenias não devem continuar a ser entendidas como resultado de ação negligente ou imprudente do profissional da Saúde. Ao analisar cautelosamente os casos das complicações cirúrgicas, é possível notar a diferença entre iatrogenias e os erros ocorridos durante os tratamentos odontológicos, pois a iatrogenia é inerente à aplicação da melhor técnica e terapia.

Vale ressaltar que os pacientes atendidos nesta rede pública de referência, não obtiveram respaldo dos profissionais responsáveis pelos procedimentos, tendo que se submeterem às condições precárias de locação, como, por exemplo, acomodação em corredores superlotados do pronto-socorro (PS). Além da exposição aos riscos de infecção e contaminação, principalmente em épocas de pandemia, o paciente poderia aguardar mais tempo para realização dos procedimentos. Segundo o Núcleo de Regulação Interna (NIR), em meados de 2023, o PS chegou a abrigar 89 pacientes internados, sendo que sua capacidade física era de apenas 33.

Ademais, a sobrecarga dos profissionais e a escassez de recursos materiais leva à exaustão e à desmotivação das equipes, interferindo diretamente na qualidade do atendimento. Porém, mesmo os profissionais terem responsabilidades cíveis para com seus pacientes, o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é baseado em princípios e diretrizes que garantem o acesso universal, integral e gratuito à toda população conforme a Lei n. 8.080/1990.

#### **4. Conclusão**

O cirurgião-dentista é o agente responsável pelo diagnóstico, planejamento, solicitação de exames complementares e execução ao atender seus pacientes, tendo uma maior responsabilidade ao realizar procedimentos cirúrgicos em sua prática clínica, visto que tais procedimentos podem afetar a qualidade de vida dos pacientes e comprometer a seguridade de sua saúde.

A identificação precoce das iatrogenias odontológicas é primordial para limitar os danos por meio de intervenção adequada e oportuna. E, para que haja a diminuição dessas complicações, o cirurgião-dentista deve estar ciente das suas limitações e encaminhar ao especialista apropriado quando necessário. Pois, é de responsabilidade do profissional determinar se a complexidade do caso excede suas competências e habilidades.

Outro aspecto importante é ressaltar a necessidade de mais trabalhos como este, que tragam visibilidade aos procedimentos que são realizados pelos hospitais para solucionar problemas causados pela conduta clínica inadequada do Cirurgião-Dentista a fim de trazer conscientização.

## Referências

- Albanese, M., Zangani, A., Manfrin, F., Bertossi, D., De Manzoni, R., Tomizioli, N., Faccioni, P., & Pardo, A. (2023). Influence of Surgical Technique on Post-Operative Complications in the Extraction of the Lower Third Molar: A Retrospective Study. *Dentistry Journal*, 11(10). <https://doi.org/10.3390/dj11100238>
- Barbosa, B. M. do N. (2020). A Responsabilidade Civil do Cirurgião Dentista. *Centro Universitário Do Planalto Central Aparecido Dos Santos – Uniceplac*.
- Cankaya, A. burak, Erdem, M. A., Cakarer, S., Cifter, M., & Oral, C. K. (2011). Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. *International Journal of Medical Sciences*, 12(1), 547–553.
- Conselho Federal de Odontologia. (2012). Código de ética odontológica. *Conselho Federal de Odontologia*, 1–20. [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf)
- Dawoud, B. E. S., Kent, S., Tabbenor, O., George, P., & Dhanda, J. (2021). Dental implants and risk of bleeding in patients on oral anticoagulants: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Implant Dentistry*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40729-021-00364-5>
- De Camargo, F. D., Batista, A. K., & Unfer, B. (2019). Ethics and morals: Reflections of public health service dentists. *Revista Bioetica*, 27(2), 297–303. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272313>
- Esenlik, E., & DeMitchell-Rodriguez, E. M. (2021). Alveolar Distraction. In *Clinics in Plastic Surgery* 48(3), 419–429. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2021.02.004>
- Estrela, C. (2018). Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa. Editora Artes Médicas.
- Fritz, P. C., & Longo, A. B. (2019). The Fonhill Dental Surgery Complication Classification Scale. *Clinical and Experimental Dental Research*, 5(6), 725–730. <https://doi.org/10.1002/cre2.235>
- Kiencało, A., Jamka-Kasprzyk, M., Panaś, M., & Wszyńska-Pawełec, G. (2021). Analysis of complications after the removal of 339 third molars. *Dental and Medical Problems*, 58(1), 75–60. <https://doi.org/10.17219/dmp/127028>
- Leblebicioglu, B., & Tatakis, D. N. (2023). Complications following alveolar ridge augmentation procedures. In *Periodontology 2000*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/prd.12509>
- Makki, A. Z., Nassar, A. A., Alharbi, W. M., Bisharah, W. F., Alabdali, M. A., Alqurashi, A. M., & Basandawa, N. A. (2021). Evaluation of post-extraction healing after atraumatic axial tooth extraction using Benex system II versus conventional extraction: Randomized control trial. *Saudi Dental Journal*, 33(8), 923–928. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2021.09.002>
- Manfredini, M., Poli, P. P., Creminelli, L., Porro, A., Maiorana, C., & Beretta, M. (2021). Comparative risk of bleeding of anticoagulant therapy with vitamin k antagonists (Vkas) and with non-vitamin k antagonists in patients undergoing dental surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23). <https://doi.org/10.3390/jcm10235526>
- Manor, Y., Simon, R., Haim, D., Garfunkel, A., & Moses, O. (2017). Dental implants in medically complex patients—a retrospective study. *Clinical Oral Investigations*, 21(2), 701–708. <https://doi.org/10.1007/s00784-016-1937-6>
- Medeiros, U. V. de, & Coltri, A. R. (2018). Responsabilidade civil do cirurgião-dentista. *Revista de Odontologia Da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(1), 66. [https://doi.org/10.26843/ro\\_unicid.v20i1.610](https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v20i1.610)
- Motoi, T., Matsumoto, K., Imoto, Y., & Oho, T. (2022). Perioperative Oral Management Prevents Complications of Heart Valve Surgery. *International Dental Journal*, 72(6), 819–824. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.04.002>
- Primo, F. T., Primo, B. T., Scheffer, M. A. R., Hernández, P. A. G., & Rivaldo, E. G. (2017). Evaluation of 1211 Third Molars Positions According to the Classification of Winter, Pell & Gregory. *International Journal of Odontostomatology*, 11(1), 61–65. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2017000100009>
- Sant'ana, L. do N. (2021). A importância do pré-operatório em cirurgias odontológicas demonstrada através das suas consequências sob a ótica das complicações pós-operatórias. *Escola de Saúde do Exército*.
- Saravanan, K. (2021). Assessment of post extraction complications in Indians. *Bioinformation*, 17(12), 1120–1125. <https://doi.org/10.6026/973206300171120>
- Seymour, R. A. (2008). Pharmacology and therapeutics in dentistry. *Periodontology 2000*, 46(1), 7–8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2008.00237.x>
- Wójcik, S., Mocny-Pachońska, K., Bisch-Wójcik, S., Balicz, A., & Morawiec, T. (2022). Perioperative Management of Dental Surgery Patients Chronically Taking Antithrombotic Medications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph192316151>