



CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES – UNIGOYAZES
CURSO DE ODONTOLOGIA

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ALVEOLITE: REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Augusto Mota França
Ana Clara Dias Costa

Orientador: Prof. Leonardo Araújo Andrade

Trindade - GO
2021

CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES – UNIGOYAZES
CURSO DE ODONTOLOGIA

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ALVEOLITE: REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Augusto Mota França

Ana Clara Dias Costa

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes – UniGoyazes como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel
em Odontologia.

Orientador: Prof. Leonardo Araújo Andrade

Trindade – GO

2021

Gabriel Augusto Mota Franca

Ana Clara Dias Costa

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ALVEOLITE: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes – UniGoyazes como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel
em Odontologia, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. Esp. Leonardo Araújo de Andrade (Orientador)
Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes

Prof. Esp. Ângela Beatriz Cavalcante Amorim Izac (Membro Interno)
Centro Universitário Goyazes- UniGoyazes

Prof. Esp. Mateus Fiuza Santos (Membro Externo)

Prof. Esp. Germano Angarani (Suplente)
Centro Universitário Goyazes- UniGoyazes

Trindade- GO
2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar minha trajetória até chegar nesse dia tão esperado e sonhado por anos. Agradecimento em especial aos meus pais Edilson e Norma que foram a minha base de incentivo e não mediram esforços para me ajudarem durante esses 5 anos de graduação.

Agradeço também a toda equipe de professores da universidade união de Goyazes, por todo o ensinamento, e em especial ao nosso orientador Dr. Leonardo Andrade.

Ana Clara Dias Costa

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter me dado saúde, força e disposição para chegar até aqui. A minha família por ter me apoiado nessa jornada e ao professor Marcos Vinícius S. Moraes que se tornou um grande amigo, por ter concedido oportunidades de aprender muito além de só conteúdos de faculdade, a como ser uma pessoa melhor e fazer cada dia mais uma odontologia diferenciada.

Gabriel Augusto Mota Franca

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ALVEOLITE: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Clara Dias Costa¹
Gabriel Augusto Mota França¹
Leonardo Araújo Andrade²

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Alveolite é uma complicação pós-operatória devido a desintegração parcial ou total do coágulo alveolar. Apresentando-se clinicamente como alveolite purulenta e/ou alveolite seca. Além do mais, há um atraso na cicatrização do alvéolo, que por consequência trará desconforto local ao paciente após os primeiros dias. O tratamento do mesmo é somado ao uso de medicamentos e a limpeza da área feito pelo cirurgião dentista. **OBJETIVOS:** Auxiliar na identificação, prevenção, e tratamento de alveolites pós cirúrgico. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura, cuja busca de dados foi realizada a partir da Biblioteca *National Library of Medicine* (PubMed), Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). **RESULTADOS:** Realizar uma breve revisão de literatura através da busca ativa em artigos, livros e outras bases. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É de suma importância o conhecimento sobre possíveis complicações cirúrgicas dentre elas a alveolite, pois possibilitará uma correta intervenção do cirurgião dentista e o tratamento desse processo infeccioso; diminuindo assim eventuais complicações sistêmicas ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Alveolite, complicações pós operatórias, exodontia.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ALVEOLITIS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Alveolitis is a post-operative complication that can be caused after a partial or complete disintegration of the alveolar clot. It is clinically introduced as purulent or dry Alveolitis, furthermore, could be possible to have is a delay in the healing process of the Alveolitis, which will consequently bring local discomfort to the patient after the first few days. Added to his treatment is the use medications with the goal of cleaning of the area made by the dentist surgeon. **OBJECTIVES:** Help to identify and prevent Alveolitis, it is one of the treatment stages. **METHODOLOGY:** This is a literature review, whose data search was performed using the National Library of Medicine Library (PubMed), the Latin American and Caribbean Health Sciences Information System (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). **RESULTS:** Conduct a brief literature review by actively searching articles, books and other databases. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is extremely important to know about possible surgical complications including alveolitis, as this will enable a correct intervention by the dental surgeon and the treatment of this infectious process; thus reducing any systemic complications to the patient.

KEYWORDS: Alveolitis, postoperative complications, extraction.

¹ Acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade União de Goyazes.

² Orientador: Professor Mestre do Curso de Odontologia da Universidade União de Goyazes.

INTRODUÇÃO

A alveolite é considerada uma complicação pós-operatória que se caracteriza por dor ao redor da ferida cirúrgica, que ocorre a partir dos primeiros dias após a extração, devido à desintegração parcial ou total do coágulo alveolar, podendo ocorrer halitose, com ou sem exposição de tecido ósseo. A dor pode estender para outras regiões de cabeça e pescoço, não tendo resultados satisfatórios com analgésicos. As causas de alveolite são diversas como por exemplo, higiene oral deficiente, tipo e quantidade de anestesia, tabagismo, doenças sistêmicas, infecções adjacentes entre outras. (ABRÃO *et al.*, 2011).

De acordo com Portela (2014), a alveolite pode ter duas classificações; alveolite seca e purulenta. A seca pode ser considerada quando não se verifica a formação do coágulo sanguíneo pós-extração, deixando a exposição do osso e terminações nervosas, causando um quadro de desconforto intenso. Já a purulenta é quando ocorre uma secreção e produção de pus, causando halitose e dor que normalmente apresenta-se difusa, este quadro inicia-se frequentemente após a alveolite seca.

A incidência dessa complicação acontece com mais frequência em terceiros molares. Mas, a prevenção com clorexidina 0.12% antes da extração mostrou números de pacientes extremamente baixos com alveolite pós operatória, quando comparado com o placebo. O enxaguante pode ser aplicado também no alvéolo para reduzir os riscos. (DALY *et al.* 2012)

A precária higiene oral, somado a presença de infecções bucais como periodontite e pericoronarite, são fatores predisponentes a desencadear a alveolite seca (MALKAWI *et al.*, 2011). Além do mais, a ausência de cuidados pré-operatório e pós-operatórios também exercem influência no desenvolvimento dessa patologia (ROZA *et al.*, 2014).

A alveolite dentária apresenta uma maior predisposição nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), em decorrência da demorada cicatrização do local da extração (MEYER *et al.*, 2011), Devido á vascularização deficiente e metabolismo anormal do colágeno (TERRA *et al.*, 2011).

Os acidentes e complicações em uma extração dentária são comuns e algumas delas são: hemorragia, fratura radicular, fratura do tuber, deiscência da

sutura, comunicação buco-sinusal, parestesia, alveolite e infecção. Diante deste estudo a alveolite foi uma das mais raras, se posicionando em penúltimo lugar com menos de 1% dos pacientes, diagnosticada como dor intensa e latejando sem resultados satisfatórios com analgésicos. O tratamento foi irrigação com soro fisiológico na região (KATO *et al.*, 2010).

METODOLOGIA

Por sua vez, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicos da área da saúde por meio do Pubmed, SciELO e Biblioteca virtual de saúde, entre outros.

Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, exploratório realizado por meio de uma revisão de literatura, para verificar as evidências disponíveis para o diagnóstico e tratamento de alveolite. Por sua vez, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicos da área da saúde como Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no período de 2002 a 2021, utilizando busca nos Descritores de Ciência e Saúde (DeCS): Alveolite, diagnóstico, tratamento, complicações pós operatórias, exodontia, bem como seus correspondentes na língua inglesa: Alveolitis, diagnosis, treatment, post-operative complications, extraction

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente a exodontia do dente em questão, inicia-se um processo fisiológico que trabalha para restaurar a integridade do tecido lesionado, designado de cicatrização de feridas, o mesmo se divide em três etapas: inflamatória, fibroplasia e remodelação. A etapa inflamatória é a primeira resposta frente a agressão local, com o período de duração de 3 a 5 dias, e contendo duas fases, a vascular e celular. A primeira resposta vascular a lesão consiste na vasoconstrição transitória inicial que promove a coagulação do sangue, e em seguida ocorre a vasodilatação pela ação da histamina, prostaglandina e outras substâncias vasodilatadoras. Quanto a fase inflamatória, a mesma é uma consequência da ativação do complemento sérico por trauma dos tecidos, e a ferida apresenta um

coágulo com células inflamatórias e plasma. Assim, haverá a migração do epitélio adjacente para dentro da ferida e as células mesenquimais indiferenciadas transformam-se em fibroblastos (JAMES *et al.*, 2015).

A segunda etapa é a fibroblástica, fase que ocorre a reparação de tecido conjuntivo e epitélio. A partir da reparação do tecido conjuntivo, estimula a formação do tecido de granulação com proliferação epitelial e de fibroblastos (SARANDY *et al.*, 2007). A presença local de macrófagos derivados de monócitos e a produção e liberação dos mediadores químicos produzidos por eles, a migração e ativação de fibroblastos é intensificada nessa fase. Em decorrência do aumento da quantidade de fibroblastos ativados para a produção de colágeno no local, a matriz extracelular começa a ser substituída por um tecido conjuntivo mais forte e mais elástico (KNIGHTON *et al.*, 1981). As características clínicas encontradas na ferida constituem-se na rigidez em decorrência da quantidade excessiva de colágeno devido à má orientação das fibras, e eritematosa em virtude do elevado grau de vascularização, que são observadas no final da fibroplasia (JAMES *et al.*, 2015).

A última fase de cicatrização da ferida é o processo de remodelação e reparação óssea do alvéolo, que segundo Meyer *et al* (2011), é dividido em 4 fases diferentes: coagulação sanguínea; limpeza do defeito; formação tecidual e remodelação óssea. Em média no período de três semanas ocorrerá esse processo, e os osteoclastos são responsáveis pela reabsorção óssea em sua primeira fase, continuada por osteoblastos responsáveis pela formação óssea. Além do mais, haverá a formação do tecido de granulação por meio das células mesenquimais, que progressivamente são substituídos por tecido conjuntivo. Assim, inicia-se o processo de remodelação a partir do preenchimento de todo o alvéolo com o tecido conjuntivo, transformando o osso em lamelar e modular.

Segundo estudos realizados por Haraji (2012), o uso de plasma rico em fatores de crescimento (PRGF) contribui na diminuição do desenvolvimento de alveolite seca pós-exodontia, devido ao seu efeito de angiogênese, somado ao aumento da capacidade regenerativa. Após a utilização do PRGF no interior do alvéolo, há uma redução da incidência de dor local e avanço da cicatrização.

A alveolite mostra-se uma maior incidência na extração de terceiros molares retidos, com uma frequência de 20% a 30%, comparado as outras extrações dentárias (PRETTO *et al.*, 2012). O local da exodontia segundo a literatura,

apresenta um papel importante na predominância da osteíte, o qual molares mandibulares apresentam uma incidência de 2,5 vezes maior do que os maxilares (MOMENI; SHAHNASERI; HAMZEHEIL, 2011). Isso pode ser atribuído devido a maxila ter melhor irrigação, menor densidade óssea e maior capacidade produção de tecido de granulação (BUENAVENTURA *et al.*, 2014).

Estudos comparativos evidenciam que a irrigação intra-alveolar a partir do uso de medicamentos como a clindamicina e rifampicina demonstram-se resultados positivos no tratamento de osteíte alveolar seca. O qual, são empregados após a curetagem do alvéolo para alívio de dor e melhor cicatrização da mucosa alveolar (CEBI *et al.*, 2020).

A cavidade seca (Figura 1), é uma intercorrência que pode ocorrer no pós-operatório e com o avanço da inflamação começa a surgir a osteíte localizada, conhecida também como alveolite seca. Clinicamente, apresenta uma cavidade sem coágulo sanguíneo, paredes ósseas expostas e margens gengivais separadas e radiologicamente não tem muitas alterações visíveis, só em casos mais avançados que pode apresentar-se uma rarefação que atingem o tecido ósseo adjacente. (TORRES-LAGARES *et al.*, 2005). Devido a sua etiologia ser multifatorial, foram observados alguns fatores predisponentes para o desenvolvimento de alveolite seca, que foi o uso de anticoncepcional, uso de grande quantidade de anestésico e a técnica de odontosecção (PACHECO; BORTOLUZZI *et al.*, 2014).



Figura 1. Aspecto clínico da alveolite seca.
Fonte: LAGARES *et al.* (2005).

A alveolite purulenta (Figura 2), é destacada também como uma infecção do alvéolo, que é acompanhado de hemorragia e de uma abundante secreção purulenta. A dor é menos intensa e menos persistente que na alveolite seca. A

antibioticoterapia é necessária para a melhora do tratamento (PORTELA *et al.*, 2014).



Figura 2. Aspecto clínico da alveolite purulenta.
Fonte: GENNADEVICH, (2019).

O tratamento de alveolites consiste em alcançar uma melhor cicatrização e regeneração óssea do alvéolo. Ressaltando-se o uso de óxido de zinco e eugenol para preenchimento do alvéolo, ou aplicação de esponjas com antibiótico. Além do mais, faz necessário a limpeza da cavidade para remoção dos detritos, com o auxílio de soro fisiológico e curetagem de forma delicada (FREITAS *et al.*, 2019).

A laserterapia dispõe de reconhecimentos em tratamentos e prevenção de alveolites por demonstrar que estimula o metabolismo celular, a microcirculação e produz efeito analgésico, anti-edematoso e antiinflamatório, mostrando uma aceleração na cicatrização no processo de reparo tecidual (JÚNIOR *et al.*, 2012).

Quando a luz laser interage com as células e tecidos, funções celulares são estimuladas, como a ativação de linfócitos e mastócitos, aumento na produção de ATP mitocondrial. Após a curetagem do alvéolo e irrigação com soro fisiológico, é feito a aplicação do laser na região afetada por 15 segundos a 3,6J, em um comprimento de onda de 630 nm a 690 nm. O laser deverá ser aplicado de 2 a 3 vezes por semana com intervalo de 4 dias entre elas, por 3 semanas. O laser em baixa intensidade no processo de reparação e regeneração tecidual, evidencia-se a eficiência do laser na reparação de casos de alveolite (LINS; *et al* 2010).

A profilaxia antibiótica é um método preventivo indicado em casos de cirurgia de terceiros molares, pois possibilita a redução da ocorrência de alveolite. Dentre os mais prescritos por cirurgiões dentistas, são; Metronidazol, Tinidazol, Clindamicina e Amoxicilina combinada ou não com ácido clavulânico (LÓPEZ-CEDRÚN *et al.*, 2011).

Radiograficamente alterações são insignificantes, no entanto, em fases avançadas pode ser possível detectar áreas de rarefacção óssea, desde a cortical alveolar, alcançando o tecido ósseo adjacente. A remoção física do coágulo, por manipulação ou pressão negativa, como por exemplo: cuspir, beber por canudo e fumar, é considerada por alguns autores como fator coadjuvante para a ocorrência de alveolite, principalmente em fumantes, pois além do efeito de sucção a nicotina atua como uma substância vasoconstritora, influenciando na cicatrização (PEREIRA, 2010).

A prevenção da síndrome do alvéolo seco inicia-se a partir da anamnese completa do paciente, mediante ao exame clínico oral e história médica do paciente (BAQAIN *et al.*, 2008). Além do mais, é de suma importância que o cirurgião dentista realize o planejamento pré-operatório com o auxílio de boas radiografias, e aplique bons princípios cirúrgicos, para evitar possíveis traumas locais, somado a instruções pós operatórias de forma oral e escrita ao paciente, evidenciando a importância de seguir os cuidados rigorosamente, desde a higiene oral da região com a escovação cuidadosa, evitar bochechos nas primeiras 24 horas após a cirurgia, dentre outros. (BLUM *et al.*, 2002).

A alveolite seca tardia é uma forma de alveolite seca que se desenvolve nos dois ou três meses após a exodontia. Sendo a sua incidência mais frequente ao nível dos terceiros molares com inclusão óssea. É caracterizada por uma infecção e uma falha na organização do coágulo apesar de aparentemente a mucosa estar normal. Clinicamente, pode observar-se o local da exodontia edematoso, podendo também existir drenagem purulenta espontânea. Estão presentes sintomas de dor que pode variar de moderada a severa. O tratamento desta condição patológica será cirúrgico, com curetagem e limpeza do local. (ESCODA; AYTÉS, 2004).

Segundo Blum *et al.* (2002), a inexperiência do cirurgião dentista pode desencadear um maior trauma local durante a exodontia, apresentando-se com mais frequência na extração de terceiro molar mandibular. Dessa forma, haverá um atraso

na cicatrização do alvéolo, decorrente da compressão cortical exercida, somado a trombose dos vasos circundantes e vasoconstrição da região.

Segundo estudos comparativos realizados por investigadores, há uma maior incidência de alveolite seca em pacientes que realizam exodontia por motivos de infecção ou cárie presentes, apresentando-se 21,9% dos casos, diferente das cirurgias profiláticas com 7,1% dos casos estudados (CARDOSO *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

Este trabalho levantou uma revisão de literatura no que se concerne ao diagnóstico e tratamento de alveolite, definida como uma infecção pós operatória na região do alvéolo. A mesma se apresenta com dor exacerbada no local da exodontia após poucos dias. A fim de diminuir a incidência da alveolite, são empregadas técnicas que se iniciam na correta assepsia, até a colaboração do paciente seguindo rigorosamente as recomendações pós cirúrgica.

O planejamento pré-operatório se faz essencial, pois é necessário avaliar individualmente cada caso a partir da anamnese completa, evidenciando fatores de risco e estado geral da saúde do paciente, uma vez que, o cirurgião-dentista deve estar apto a intervir em casos de intercorrências. O conhecimento da anatomia sistêmica e dental é de suma importância, com o objetivo de evitar possíveis danos ao paciente durante a cirurgia e assim oferecer uma melhor segurança e conforto ao mesmo.

Como foi apresentado, a assepsia é fundamental para alcançar o sucesso cirúrgico. A partir da prevenção com bochecho de clorexidina 0.12% para diminuir a prevalência bacteriana na cavidade oral durante a cirurgia. Caso apresenta-se o quadro de alveolite, o cirurgião-dentista deve intervir imediatamente eliminando o fator etiológico e possibilitando alternativas de tratamento na região do alvéolo e terapias complementares como a laserterapia e bochechos, a fim de evitar maiores complicações.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A.F.; PAIVA, J.B.; FANTINI, S.M. Alterações dimensionais de modelos de gesso determinadas por distintas proporções água/pó e tempo de espatulação. **RPG, Rev. pós-grad.** São Paulo, v.18 n. 2, 2011. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56952011000200004&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15/05/2021.

BAQAIN, Z.H.; KARAKY, A.A.; SAWAIR, F.; KHRAISAT, A.; DUAIBIS, R.; RAJAB, L.D. Frequency estimates and risk factors for postoperative morbidity after third molar removal: A prospective cohort study. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 66, n. 11, p. 2276-83, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18940492/>>. Acesso em: 15/05/2021.

BLUM, I.R. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. **International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**. v. 31, p. 309-317, 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12190139/>>. Acesso em: 15/05/2021.

BUENAVENTURA, A.V. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. **Revista Española de Cirugía Oral Y Maxilofacial**, v. 36, n. 4, p. 169-173, 2014. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-05582014000400004>. Acesso em: 16/05/2021.

CEBI, A.T. Evaluation of The Effects of Intra-Alveolar Irrigation with Clindamycin, Rifampicin and Sterile Saline in Alveolar Osteitis Treatment. **Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery**. v. 121, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/338821230_Evaluation_of_The_Effects_of_Intra-Alveolar_Irrigation_with_Clindamycin_Rifampicin_and_Sterile_Saline_in_Alveolar_Osteitis_Treatment>. Acesso em: 16/05/2021.

DALY, B.; SHARIF, M.O.; NEWTON, T.; JONES, K.; WORTHINGTON, H. **Intervenções locais para o tratamento da osteíte alveolar (alvéolo seco)**. Versão publicada: 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006968.pub2/full>>. Acesso em: 16/05/2021.

CARDOSO, C.L.; RODRIGUES, M.T.V.; JÚNIOR, O.F.; GARLET, G.P.; CARVALHO, P.S.P. Clinical concepts of dry socket. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, v. 68, p. 1922-1932, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537783/>>. Acesso em: 16/05/2021.

ESCODA, C.G.; AYTÉS, L.B. **Tratado de cirurgia bucal**: Accidentes y complicaciones de la exodoncia. Majadahonda (Madrid): Ergon, 2004.

FREITAS, L.; MENDEIROS, P.; FRANÇA, E.; SARTORETTO, S.; RESENDE, R. Alveolite: como diagnosticar e qual seu tratamento? **Rev. Bras. Odontol**. v. 76, n. 2, p. 34, 2019. Disponível em: <<https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/1564>>. Acesso em: 19/05/2021.

GENNADEVICH, Y.S. **Alveolite como complicação após a extração do dente (quando o buraco está purulento)**. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513807/>>. Acesso em: 20/11/2021.

HARAJI, A.; LASSEMI, E.; MOTAMED, M.H.K.; ALAVI, M.; ADIBNEJAD, S. (2012). Effect of plasma rich in growth factors on alveolar osteitis. **National Journal of Maxillofacial Surgery**. v. 3, n. 1, p. 38-41, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513807/>>. Acesso em: 20/10/2021.

JAMES R.; EDWARD, E.; MYRON, R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6. ed. cap.4, p.123-125, 2015.

JÚNIOR, P.V.S.; COSTA, G.P.; LEITE, D.S.; ROSSONI, R.D.; JORGE, A.O.S.; JUNQUEIRA, J.C. Efeitos clínicos e radiográficos do laser em baixa intensidade após a extração de terceiros molares inclusos. **Rev Odontol UNESP**. v. 41, n. 3, p. 192-197, 2012. Disponível em: <<https://www.revodontolunesp.com.br/article/588018fd7f8c9d0a098b4f01/pdf/rou-41-3-192.pdf>>. Acesso em: 17/05/2021.

KATO, R.B.; BUENO, R.B.L.; NETO, P.J.O.; RIBEIRO, MC.; AZENHA, M.R. Acidentes e Complicações Associadas à Cirurgia dos Terceiros Molares Realizada por Alunos de Odontologia. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.10, n.4, p. 45-54, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v10n4/a09v10n4.pdf>>. Acesso em: 17/05/2021.

KNIGHTON, D. R.; SILVER, I.; HUNT, T. K. Regulation of wound-healing angiogenesis-effect of oxygen gradients and inspired oxygen concentration. *Surgery*, v.90, p. 262- 270, 1981. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6166996/>>. Acesso em: 18/05/2021.

LINS, R.D.A.U.; DANTAS, E.M.; LUCENA, K.C.R. Efeitos bioestimulantes do laser de baixa potência no processo de reparo. **An Bras Dermatol**. v. 85, n. 6, p. 849-55, 2010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/abd/a/PDZDkSSQdZkL5xdjYZh4VvN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20/10/2021.

LÓPEZ-CEDRÚN, J.L.; PIJOAN, J.I.; FERNÁNDEZ, S.; SANTAMARIA, J.; HERNANDEZ, G. Efficacy of Amoxicillin Treatment in Preventing Postoperative Complications in Patients Undergoing Third Molar Surgery: A Prospective, Randomized, Double-blind Controlled study. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 69, n. 6, p. 5-14, 2011.

MALKAWI, Z.; AL-OMIRI, M.K.; KHRAISAT, A. Risk indicators of postoperative complications following surgical extraction of lower third molars. **Medical Principles and Practice**, v. 20, p. 321-325, 2011. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21576990/>>. Acesso em: 18/05/2021.

MEYER, C.D.A., *et al.* Prevalência de alveolite após à exodontia de terceiros molares impactados. **RPG - Revista pós graduação**, v. 18, n. 1, p. 28-32, 2011. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-56952011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18/05/2021.

MOMENI, H.; SHAHNASERI, S.; HAMZEHEIL, Z. Evaluation of relative distribution and risk factors in patients with dry socket referring to Yazd dental clinics. **Dent Res**

J (Isfahan). v. 8 n. 1, p. 84-7, 2011. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23372602/>>. Acesso em: 18/10/2021.

PACHECO, A.N.; BORTOLUZZI, M.C. Fatores predisponentes para o desenvolvimento de alveolite seca, infecção e dor pós-operatória em cirurgias dentárias. **Seminário de Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão**, 2014. Disponível em <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/5775>>. Acesso em: 18/10/2021.

PEREIRA, A.R.H. **Complicações infecciosas pós-extração dentária**, pp. 11-14, 2010.

PORTELA, P.P.; BEDENDO, R.S.; VIEIRA, P.G.M.; MAGALHÃES, S.R. A complicação alveolite após a remoção do terceiro molar inferior: revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 4, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em <<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/1556>>. Acesso em: 18/05/2021.

PRETTO, J. L. B. *et al.* Levantamento dos tratamentos utilizados para a alveolite pelos cirurgiões-dentistas de Passo Fundo - RS. **Revista da faculdade de odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 17, p. 160, 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122012000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20/10/2021.

ROZA, H. J. *et al.* Anais - XVII CIOBA. Bahia. 2014.

SARANDY, M.M. **Avaliação do efeito cicatrizante do extrato de repolho (Brassica oleracea var. capitata) em ratos wistar**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 49p. 2007. Disponível em <<https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/2385>>. Acesso em: 18/05/2021.

TERRA, B.G.; GOULART, R.R.; BAVARESCO, C.S. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na atenção primária à saúde. **Rev APS**. v. 14, n. 2, p. 149-61, 2011. Disponível em <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14697>>. Acesso em: 18/05/2021.

TORRES-LAGARES, D.; SERRERA-FIGALLO, M.A.; ROMERO-RUIZ, M.M.; INFANTE-COSSÍO, P.; GARCÍA-CALDERÓN, M.; GUTIÉRREZ-PÉREZ, J.L. Soquete seco. Atualização de conceitos. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 10, p. 77-85, 2005.

PACHECO, A.C.; BORTOLUZZI, M.C. Fatores predisponentes para o desenvolvimento de alveolite seca, infecção e dor pós-operatória em cirurgias dentárias. **Seminário De Iniciação Científica e Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa e Extensão**, 2014. Disponível em <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/5775>>. Acesso em: 18/05/2021.

