

PÓS-OPERATÓRIO DE TERCEIROS MOLARES: DIETAS INDICADAS

LOVAT, Letícia¹
FERON, Letícia¹
CONDE, Alexandre^{2*}

RESUMO: Dentre as recomendações de rotina para pós-operatórios de cirurgias de terceiros molares encontra-se a sugestão de dieta como orientação para que o paciente possa ter diminuídas as probabilidades de intercorrências indesejáveis, dentre elas podemos citar as alveolites, sangramentos ou edemas. O objetivo deste trabalho é buscar na literatura a descrição dos tipos de dietas e suas indicações para os pós-operatórios das cirurgias de terceiros molares. Para elaboração deste artigo de revisão sistemática de literatura foram consultadas as bases de dados Pubmed, JSTOR, Medline, Scielo e Lilacs (1998 a 2015), assim como livros didáticos localizados na internet e bibliotecas. As palavras-chave foram: cirurgia de terceiros molares, cuidados pós-operatórios em odontologia, dietas pós-operatórias, exodontia de terceiros molares. Foi possível obter 434 literaturas científicas (artigos, teses e livros), onde foram utilizadas 22. Muitas são as dúvidas sobre a indicação da dieta pós-operatória após o procedimento de retirada de terceiros molares. Diante deste fato, faz-se necessário conhecer os diferentes tipos de dietas e suas consistências, suas implicações no pós-operatório e seu papel na cicatrização de uma ferida.

Descritores: cirurgia de terceiros molares; cuidados pós-operatórios; dietas pós-operatórias; exodontia de terceiros molares.

ABSTRACT: Among the routine recommendations for third molar surgery post-operative is the diet Suggested as a guide so that the patient may have reduced the likelihood of undesirable complications, among which we can mention the alveolitis, bleeding or edema. The objective of this study is to look at existing scientific literature describing the types of diets and their indications for post-operative of third molar surgery. In order to write this systematic literature review article databases such as Pubmed, JSTOR, Medline, Scielo and Lilacs (1998 a 2015) were used, as well as textbooks located on the Internet and libraries. The keywords were: third molar surgery, postoperative care in dentistry, postoperative diets, third molar extraction. It was possible to obtain 434 scientific literature (articles, theses and books), where 22 were used. There are many doubts about the indication of postoperative diet after third molar removal procedure. Given this fact, it is necessary to know the different types of diets and their consistency, their implications in the postoperative period and its role in the healing of a wound.

Keywords: Third molar surgery; postoperative care; postoperative diets; third molar extraction.

INTRODUÇÃO

Na odontologia atual, o procedimento cirúrgico de exodontia dos terceiros molares tem sido uma prática de frequência intensa tornando-se cada vez mais uma rotina do consultório odontológico, e com elas suas complicações pós-cirúrgicas¹. O quadro clínico sintomatológico do pós-operatório cirúrgico de exodontia de terceiro molar é frequente, pois os pacientes, em sua maioria, quando de seu retorno, costumam referir algum tipo de intercorrência desagradável, como por exemplo: alveolite, sangramento ou edema, evento clínico previsível e comumente relatado na literatura²⁻⁵.

Para minimizar a sintomatologia e as complicações se faz necessário que a execução do proce-

dimento cirúrgico odontológico seja com o menor trauma possível, rigorosa observação de todos os passos da técnica cirúrgica com especial observância das recomendações pós-operatórias pelo paciente^{2,6}.

Segundo Silveira e Beltrão (1998) as recomendações de rotina em extrações de terceiros molares visam conceder ao paciente o melhor conforto e bem estar possíveis. Dentre essas recomendações constam: evitar esforço físico por 5 dias, tomar a medicação prescrita, aplicar compressas de gelo sobre o local somente por 1 dia, dormir com o travesseiro levemente mais alto, não bochechar ou cuspir por 3 dias, evitar fumar nas primeiras 48 horas, escovar normalmente e com cuidado os dentes inclusive a região operada, e, por último, aconselhar alimentação pastosa ou líquida fria⁷.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG).

² Cirurgião-Dentista. Professor Doutor do Curso de Odontologia da FSG.

É importante que os cirurgiões dentistas conheçam o conceito de dieta normal e dietas modificadas para a correta indicação ao paciente, assegurando desta forma uma nutrição adequada e uma melhor recuperação da cirurgia⁸.

O objetivo deste trabalho foi descrever as dietas modificadas indicadas para o pós-operatório de exodontia de terceiros molares visando elucidar sua importância sobre uma melhor contribuição para um bom pós-operatório.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para confecção deste artigo de revisão sistemática de literatura utilizamos as bases de dados Scielo, Pubmed, JSTOR, Medline, Lilacs (1998 a 2015), assim como livros didáticos localizados na internet e bibliotecas. As palavras-chave foram: cirurgia de terceiros molares, cuidados pós-operatórios, dietas pós-operatórias, exodontia. Foi possível obter 434 literaturas científicas (artigos, teses e livros), onde foram utilizadas 22. Os critérios de seleção das literaturas científicas foram contemplar os seguintes assuntos ou tópicos: tipos de dieta, dietas pós-operatórias para exodontia. Critérios de exclusão: totaliteratura a qual não se enquadrava nos critérios de seleção.

RESULTADOS

CLASSIFICAÇÃO DE DIETAS

Dieta Geral

A utilização desta dieta ocorre quando a condição clínica do paciente não necessita de cuidados específicos, pois esta não possui restrição na escolha dos alimentos e de sua consistência. A dieta geral é constituída de um total de 1.600 a 2.200kcal, sendo 60 a 80 gramas de proteínas (15%), 80 a 100 gramas de lipídeos (30%) e 180 a 300 gramas de carboidratos (55%). É aplicada em pacientes, cuja alimentação pós-operatória não necessita de limitações, porém ela é alterada de acordo com cada paciente. Diante disso, em alguns casos é reduzida a ingestão de gorduras saturadas, colesterol, açúcar, lipídeos e sal, enquanto em outros casos, a dieta consiste em

alimentos escolhidos pelo próprio paciente, quando este é capaz de ingerir qualquer tipo de alimento^{8,9}.

Para Caruso *et al.* (2004), Clemente *et al.* (2005) e Augusto (2002), esta dieta aplica-se a indivíduos que não necessitam de modificações em nutrientes e na consistência de alimentos. Por ser constituída de alimentos utilizados em uma alimentação saudável, esta inclui uma maior gama de escolhas^{8,10,11}.

A dieta geral consiste na elaboração de todos os alimentos normalmente acessíveis ao indivíduo e segundo sua preferência, em qualquer preparação com qualquer consistência, como por exemplo, carnes cozidas, vegetais crus ou cozidos e bolos. Diante disso, esta dieta é considerada suficiente, completa e sem nenhuma restrição. Tem por finalidade fornecer calorias e nutrientes em quantidades diárias recomendadas para manter a saúde do indivíduo.

Dieta Branda

Em uma dieta branda, os alimentos são modificados para que a ingestão, em pacientes com doenças graves, com problemas digestivos, com dificuldade de mastigação e deglutição ou que fazem uso de próteses dentárias, se torne mais fácil. A diferença de uma dieta normal para uma branda, é que esta é composta por alimentos cozidos, assados, grelhados e frutas em seu estado natural, sendo considerada uma posição intermediária entre uma dieta líquida e uma geral. Esta dieta, objetiva fornecer uma alimentação com o mínimo possível de fibras que não foram modificadas pela cocção e uma quantidade moderada de resíduos, evitando café, condimentos e refrigerantes¹²⁻¹⁴.

Segundo Augusto (2002), a dieta branda tem como principal característica, facilitar a digestão e diminuir o tempo em que é realizada, sendo considerada como transição entre dietas de consistência pastosa e dietas normais. É indicada em alguns casos de pós-operatório em que os pacientes apresentam problemas de mastigação. Alimentos enquadrados nesta dieta são modificados pela cocção, conferindo-lhes uma consistência menos sólida. Pelo fato de todos os nutrientes aproximarem-se do seu normal, não há diferença significativa quanto ao teor calórico em relação à dieta normal⁸.

Clemente *et al.* (2005) e Caruso *et al.* (2004), defendem que, a dieta branda, além de ser considerada uma dieta de transição para a dieta geral, é indicada para o pós-operatório de indivíduos com problemas mecânicos de ingestão e digestão por ser uma dieta onde os alimentos apresentam uma consistência menos sólida, melhorando a aceitação dos mesmos^{10,11}.

Dieta Pastosa

Para pacientes que apresentam a ausência de dentes, próteses dentárias e dificuldade de mastigação e deglutição, aconselha-se o emprego de uma dieta pastosa, que tem como finalidade favorecer a digestibilidade e proporcionar pouco ou nenhum esforço do paciente durante a alimentação pós-operatória^{8,10,11,14}.

Em uma dieta pastosa, o alimento é cozido e modificado por fracionamento e os teores de nutrientes se aproximam de uma dieta normal. Alimentos amassados, triturados ou moídos como purês, mingaus, e cremes fazem parte desta dieta, além de pastas, gelatinas, frutas cruas ou amassadas, entre outros¹¹⁻¹⁴.

Dieta Semilíquida

No pós-operatório de indivíduos com problemas na ingestão e digestão, com dificuldade de deglutição e mastigação, esta é uma dieta muito utilizada. Considerada uma transição para a dieta branda e geral, apresenta consistência semi-líquida e é constituída por alimentos como: sopas, purês de vegetais, frutas em papa, caldos de carne e carnes moídas ou desfiadas^{10,11}.

A dieta semilíquida é caracterizada por propiciar repouso digestivo ou atender às necessidades dos pacientes quando alimentos sólidos não são bem tolerados. Esta consiste em preparações de consistência espessa, de líquidos e alimentos semi-sólidos, cujas partículas encontram-se em emulsão ou suspensão. Por este fato, o ideal seria que as preparações apresentem pouca viscosidade e que todos os alimentos sejam de fácil digestão, para que seja excluída a mastigação. Devido a uma maior limitação em relação aos alimentos permitidos, o teor calórico desse tipo de dieta, em relação às anteriores, torna-se diminuído^{8,11}.

Dieta Líquida Completa

Caruso *et al.* (2004), Augusto (2002), Martins *et al.* (2003) e Clemente *et al.* (2005), relatam que uma dieta líquida completa é empregada no pós-operatório de indivíduos com problema de mastigação e deglutição, objetivando um mínimo de esforço nos processos digestivos e absorptivos. Por ser uma dieta nutricionalmente inadequada e constituída de alimentos que se liquefazem na boca, esta não pode ser administrada por um longo período de tempo e a progressão para alimentos sólidos ou complementação nutricional através de produtos industrializados ricos em calorias, proteínas, vitaminas e minerais deve ser feita o mais rápido possível, com o intuito de evitar a desnutrição^{8,10,11,14}.

Rodrigues (2002) descreve que a dieta líquida completa é indicada por curto tempo, sob a forma de caldo de carne, de legumes, de verduras, de cereais, sucos de frutas, gelatinas e chás, sendo empregada para pós-operatória e para pacientes com bloqueio maxilomandibular¹³.

Devido ao fato de proporcionar pouca saciedade, esta dieta deve ser administrada de duas em duas horas, não ultrapassando um total de 200 ml por vez, sendo constituída por alimentos à base de leite, como iogurte, queijos cremosos e sorvetes, que são a maior fonte protéica. Em casos de intolerância à lactose, estes podem ser substituídos por leites de soja, pois não conseguirão alcançar as necessidades calóricas nutritivas do paciente⁸.

Dieta Líquida Restrita ou Dieta de Líquidos Claros

Esta dieta é empregada ao pós-operatório de indivíduos que necessitam de nutrição antes do retorno de suas funções gastrintestinais, objetivando fornecer líquidos para prevenir a desidratação e minimizar o trabalho do trato gastrintestinal. Porém, por ser uma dieta nutricionalmente inadequada e fornecer pouca quantidade de energia, as dietas líquidas claras são raramente usadas e é indicada a progressão da mesma para uma dieta mais apropriada, logo que tolerada pelo paciente. Fornece uma quantidade limitada de carboidratos, por isso, deve ser usado por um curto período de tempo, não ultrapassando três dias. A dieta de líquidos claros é composta de alimentos translúcidos, como

água, chás, bebidas gaseificadas, caldos, sucos claros de frutas e gelatinas, com baixa quantidade de resíduos^{9,11,14}. Nesta dieta, o consumo de leite, líquidos preparados com leite e sucos feitos a partir da polpa das frutas não é recomendado. Pacientes em situações de pós-operatórios fazem o uso deste tipo de dieta, composta por 500 a 600kcal, onde 5 a 10 gramas são proteínas e 120 a 130 gramas são carboidratos. É aconselhável a mínima ingestão possível de potássio, sódio e lipídeos⁹.

Segundo Augusto (2002), esta dieta geralmente é empregada nas primeiras 24 e 36 horas de pós-operatório, com a finalidade de hidratar os tecidos e propiciar o máximo de repouso gastrintestinal. Entretanto, por apresentar um baixo valor nutritivo e calórico, deve ser administrada a curtos intervalos e evoluída para a dieta líquida completa o quanto antes ou, em alguns casos, direto para a semilíquida⁸.

Sugestão de Dietas para Pós-operatório de Terceiros Molares

Chiapascoet *al.* (2006), Hupp (2009) e Moore (2004), recomendam que nas primeiras 24 horas de pós-operatório o paciente opte por alimentos frios ou gelados, líquidos ou pastosos e com grande quantidade de calorias, não ultrapassando o total de 3 litros. Nos dias seguintes, aconselha-se ao paciente uma dieta macia, com alimentos sólidos liquidificados e temperatura moderada até o retorno à sua alimentação normal, em pequenas quantidades e com maior frequência, até o dia da retirada da sutura¹⁵⁻¹⁷.

Miranda *et al.* (2007) e Prado *et al.* (2013), sugerem que nas primeiras 48 horas de pós-operatório, a dieta deve ser líquida ou pastosa e fria ou gelada e hipercalórica a fim de manter a área operada sem traumatismo, contribuindo também para a homeostasia. A partir do terceiro dia, o paciente poderá retornar à sua alimentação normal de maneira gradativa, iniciando com alimentos mais macios^{18,19}.

Intervenção Nutricional no Pós-cirúrgico

Durante o ato cirúrgico, muitas perdas teciduais ocorrem, por isso, este fato depende totalmente do porte da cirurgia e de suas complicações

trans-operatórias. A primeira etapa de um plano nutricional pós-operatório é, sem dúvidas, estimar as necessidades energéticas e protéicas do paciente, de acordo com o grau de severidade da cirurgia realizada. Diante deste fato, deve-se determinar a melhor via de acesso nutricional, podendo ser oral, enteral (através de sondas) ou parenteral (através da via endovenosa). Entretanto, este fator dependerá totalmente da situação em que o paciente se apresenta, a funcionalidade do seu trato digestório e a capacidade de aceitação alimentar do mesmo²⁰.

O pós-operatório das cirurgias bucomaxilofaciais acarretam ao paciente impossibilidade de mastigação que, geralmente, duram de 7 a 10 dias. Devido ao fato de, durante o ato cirúrgico, o paciente deglutir uma grande quantidade de sangue, este pode apresentar náuseas e vômitos, por isso, a alimentação pós-operatória pode ser feita de forma oral sob a consistência líquida, possibilitando o alcance das necessidades nutricionais. A consistência da dieta deve progredir gradativamente, durante o passar dos dias, de acordo com o retorno da funcionalidade mastigatória do paciente até atingir a consistência de uma dieta geral, ou seja, sem restrições²⁰. Em casos complexos, como cirurgias, o suporte nutricional proporciona prevenção de complicações pós-cirúrgicas, sendo um meio utilizado a fim de prevenir a desnutrição dos pacientes. Por esse motivo, deve ser aplicado logo após o término da intervenção cirúrgica, antes da presença de sinais de desnutrição²¹.

Nutrição e Cicatrização de Feridas

A cicatrização de uma ferida pode se apresentar de duas formas, primeira ou segunda intenção. Uma cicatrização de primeira intenção é aquela em que os bordos da ferida estão próximos e que há ausência de infecção e quase nenhuma perda de tecido. Entretanto, uma cicatrização de segunda intenção é aquela em que há presença de infecção e perda excessiva de tecido. Porém, quando se necessita um segundo fechamento de uma ferida através de suturas, esta passa a se chamar cicatrização de terceira intenção. Um processo normal de cicatrização é composto pelas fases inflamatória, proliferativa e de remodelação²².

Devido a fatores endógenos e exógenos, uma ferida pode não curar totalmente e por isso, torna-se um processo anormal de cicatrização. Um exemplo deste fato são os queloides que invadem o tecido ao redor da área cicatrizada. Os queloides são processos anormais de cicatrização que acometem com maior frequência pessoas de pele negra e são caracterizados como produções excessivas de colágeno nas bordas da ferida²².

Dentre os fatores como temperatura, oxigenação, presença ou ausência de infecções, medicamentos e fumo, o principal fator modificador de uma cicatrização é a desnutrição, através da carência de proteínas e vitaminas, alterando o metabolismo, inclusive da pele elevando o risco de infecções. Além disso, o ato cicatricial pode ser prejudicado a partir da exagerada pressão de suturas, podendo levar a uma necrose tecidual²².

As necessidades proteicas e energéticas de uma ferida dependem do seu tamanho e gravidade. As proteínas são de extrema importância na cicatrização, pois elas auxiliam na regeneração tecidual. Entretanto apesar de uma nutrição balanceada ser extremamente importante para uma cicatrização adequada, esta ajuda a reduzir o risco de infecções e aumentar a qualidade cicatricial da ferida²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia de retirada de terceiros molares tornou-se algo rotineiro na odontologia atual. Entretanto, esta requer algumas atenções especiais, como seguir rigorosamente os cuidados pós-operatórios, inclusive o de uma dieta adequada, a fim de evitar indesejáveis intercorrências, como sangramentos e alveolites¹⁻⁵. O pós-operatório das cirurgias de terceiros molares acarretam ao paciente impossibilidade ou dificuldade de mastigação que, geralmente, podem durar de 7 a 10 dias²⁰. Estimar as necessidades energéticas e proteicas do paciente, de acordo com o grau de severidade da cirurgia realizada, faz parte do plano nutricional pós-operatório, pois dependente disso está a cicatrização, a redução do risco de infecções e a melhora da qualidade cicatricial da ferida²². A temperatura da

alimentação deve ser fria ou gelada nas primeiras 24 horas^{15, 16, 17}, no entanto, essa temperatura pode ser estendida para 48 horas a fim de manter a área operada sem traumatismo^{18, 19}. A alimentação pós-operatória pode ser iniciada de forma oral sob a consistência líquida e sua consistência deve progredir gradativamente²⁰.

Dietas semilíquidas são indicadas para casos de pós-operatório em pacientes com dificuldade de mastigação^{10,11}. Em adição a essa, dietas líquidas completas, também são empregadas no pós-operatório de indivíduos com problema de mastigação^{8,10,11,14}. Também, como indicação para pacientes submetidos à cirurgias de terceiros molares, a dieta pastosa é opção e tem como finalidade nestes casos proporcionar pouco ou nenhum esforço do paciente durante a alimentação^{8,10,11,14}. Como transição entre dietas de consistência pastosa e dietas normais, a dieta branda é indicada em alguns casos de pós-operatório em que os pacientes apresentam problemas de mastigação^{8,10, 11}.

REFERÊNCIAS

1. Rosa F.M, Escobar C.A.B, Brusco L.C. Paresthesia of Lingual and Inferior Alveolar Nerve After Third Molars Surgery RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 291-295, jul./set. 2007
2. Walter J.P, Lazaro S.C, Leporece A. Complicações Associadas à Cirurgia de Terceiros Molares: Revisão de literatura. RevOdontUniv Cid. 2008; 20(2):181-5.
3. Oliveira L.B, Oliveira B.L, Schimidt D.B, Assis A.F, Gabrielli M.A, Vieira E.H, Filho V.A. Avaliação dos Acidentes e Complicações Associados à Exodontia dos Terceiros Molares. RevCirTraumatol Buco-Maxilo-Fac. 2006;6(2):51-6.
4. Masiero F.M, Jesus V.J, Rosas R.F. Fisioterapia no Pós-Operatório de Exodontia de Terceiro Molar. [Monografia]. Tubarão: Universidade Sul de Santa Catarina; 2008.

5. Vicentini E.L, Pádua J.M, Freitas K.V. Análise de 290 Prontuários de Pacientes Submetidos à Exodontia de Terceiros Molares Inferiores Semi-Irrompidos e Irrompidos. Rev AORP. 2008; 1(3):5-8.
6. Dantas A.K, Deboni M.C.Z, Piratininga J.L. Dental Surgery in Patients on Oral Anticoagulation Therapy. Rev. Bras. HematolHemoter 2009 acessoem 3/6/2014.
7. Silveira J.O, Beltrão G.C. Exodontia. Porto Alegre: Missau, 1998.
8. Augusto A.L.P. Terapia Nutricional. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002.
9. Charney P, Stump S.E, Mahan L.K. Diagnóstico e Intervenções Nutricionais in Alimentos, Nutrição e Dietoterapia 12ª Edição. Página 466. Rio de Janeiro. Elsevier. 2011.
10. Caruso L, Simony R.F, Silva A.L.N.D. Dietas Modificadas em Consistência in Dietas Hospitalares Uma Abordagem na Prática Clínica. Páginas 3 e 4. São Paulo. 2004.
11. Clemente E.S, Jaime P.C. Padrão de Dietas Hospitalares in Enfermagem e Nutrição. Páginas 170, 173, 175 e 177. São Paulo.2005.
12. Bassoul E, Bruno P, Kritz S. Dietoterapia in Nutrição e Dietética 2ª Edição. Página 86. Rio de Janeiro.1998.
13. Rodrigues M.M. Aspectos gerais, neurológicos, nutricionais e antibioticoterápicos in Tratamento Cirúrgico do Trauma Bucomaxilofacial 3ª Edição. Página 27, 28, 29, 30, 31. São Paulo. Roca. 2006.
14. Martins C, Meyer L.R, Savi F, Morimoto I.M.I. Consistências de Dietas in Manual de Dietas Hospitalares. Páginas 19, 21, 24 e 27. Curitiba.Paraná.2003.
15. Chiapasco M, Figini E, Pedrinazzi M. Intervenção Cirúrgica in Atlas de Cirurgia Oral. Página 72. São Paulo. Santos. 2006.
16. Moore U.J. Controle Geral do Paciente in Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial 5ª Edição. Página 25, 26, 27. Porto Alegre. 2004.
17. Hupp J.R. Manejo do Paciente no Pós-operatório in Cirurgia Oral e Maxilofacial-Contemporânea. Página 181, 182. Rio de Janeiro. Elsevier. 2009.
18. Miranda M.S, Barros V.F, Medeiros P.J. Extração de Dentes Erupcionados in Aspectos Atuais da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Página 61. São Paulo. Santos. 2007.
19. Prado R, Hohn A, Albuquerque M. Avaliação Pré e Pós-operatória in Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento. Página 50. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2013.
20. Caruso L. Intervenção Nutricional no Pré e Pós-Operatório in Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. Páginas 836, 837 e 838. 2ª Edição. São Paulo. Roca. 2010
21. Neto F.T, Peixoto L.C. Nutrição e cirurgia in Nutrição Clínica. Páginas 224, 225 e 226. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2012.
22. Alves C.C, Waitzberg D.L. Nutrição e Cicatrização de Feridas in Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. Volume 1. Páginas 567-581. 4ª Edição. São Paulo. Atheneu. 2009.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Alexandre Conde

E-mail: alexandre.conde@fsg.br