

Curetagem alveolar em exodontias: indicações, contraindicações e impacto clínico na cicatrização — uma revisão integrativa da literatura

Alveolar curettage in tooth extractions: indications, contraindications, and clinical impact on healing — an integrative literature review

Mariana da Silva Alencar; Danilo Santana de Souza; Ana Caroline Oliveira Lima; Victor Kenji Rezende Tanaka; Caroline Beatriz Inuma dos Santos; Samara Julie de Souza Ramalho

Curso de Odontologia, Faculdade UNISAPIENS, Porto Velho, RO, Brasil

Orientador: Prof. João Ricardo Lins de Souza Carvalho

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, a importância da curetagem alveolar em exodontias, investigando suas indicações clínicas, contraindicações, técnica de execução e impacto na prevenção e no tratamento da alveolite pós-operatória. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RIL), com busca realizada entre março e junho de 2026 nas bases Google Acadêmico, PubMed/MEDLINE, BVS, Periódicos CAPES e Cochrane Library, utilizando descritores controlados (DeCS/MeSH) combinados por operadores booleanos, com inclusão de 10 estudos publicados predominantemente entre 2018 e 2025, entre revisões sistemáticas, integrativas, narrativas, scoping review e capítulo de livro de referência. A curetagem mostrou-se indicada exclusivamente diante de patologia periapical confirmada — granuloma, cisto residual, infecção ativa ou corpos estranhos —, sendo contraindicada em alvéolos saudáveis, nos quais compromete a estabilidade do coágulo, remove restos do ligamento periodontal com potencial osteogênico e eleva a atividade fibrinolítica local, aumentando o risco de alveolite seca. Revisões sistemáticas de alto impacto (Qualis A2) e a revisão Cochrane consolidam que a curetagem das paredes ósseas não deve ser conduta de primeira linha na osteíte alveolar seca, sendo preferível irrigação salina seguida de curativo medicamentoso; na alveolite purulenta, a curetagem seletiva integra o protocolo. A prevenção fundamenta-se em técnica atraumática, uso criterioso de antissépticos e orientação pós-operatória, com destaque à cessação do tabagismo, enquanto a Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) e a laserterapia de baixa intensidade despontam como terapias emergentes promissoras. Conclui-se que a curetagem alveolar deve ser aplicada de forma seletiva e individualizada, com indicação fundamentada em critérios clínicos e radiográficos objetivos, constituindo elemento central da odontologia baseada em evidências no campo das exodontias.

Palavras-chave: Curetagem. Extração dentária. Alveolite seca. Cicatrização. Fibrina Rica em Plaquetas.

ABSTRACT

This study aimed to analyze, through an integrative literature review, the importance of alveolar curettage in tooth extractions, investigating its clinical indications, contraindications, technique, and impact on the prevention and treatment of postoperative alveolitis. An integrative literature review (ILR) was conducted between March and June 2026 in Google Scholar, PubMed/MEDLINE, BVS, CAPES Journals, and Cochrane Library databases, using controlled descriptors (DeCS/MeSH) combined through Boolean operators, including ten studies published predominantly between 2018 and 2025. Curettage was found to be indicated exclusively in the presence of confirmed periapical pathology and contraindicated in healthy sockets, where it compromises clot stability and increases the risk of dry socket. High-impact systematic reviews and the Cochrane review support saline irrigation followed by medicated dressing, rather than bone wall curettage, as first-line management of dry socket, while Platelet-Rich Fibrin (PRF) and low-level laser therapy show promising results as emerging therapies. Alveolar curettage should therefore be applied selectively and individually, based on objective clinical and radiographic criteria.

Keywords: Curettage. Tooth extraction. Dry socket. Wound healing. Platelet-Rich Fibrin.

1 INTRODUÇÃO

A exodontia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na prática odontológica. A curetagem alveolar — remoção mecânica de tecidos patológicos, restos dentários, fragmentos ósseos e outros resíduos do interior do alvéolo — foi historicamente considerada etapa obrigatória de toda extração dentária. Com o avanço das pesquisas sobre cicatrização alveolar e a consolidação da odontologia baseada em evidências, essa premissa passou a ser questionada, uma vez que a manutenção do coágulo sanguíneo é fundamental para o reparo ósseo e tecidual, que ocorre por segunda intenção (GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022).

Entre as complicações pós-operatórias mais frequentes está a alveolite (osteíte alveolar ou alveolite seca), caracterizada pela desintegração do coágulo, dor intensa, halitose, exposição óssea e atraso da cicatrização, especialmente após exodontias de terceiros molares inclusos. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo trauma cirúrgico, tabagismo, uso de contraceptivos orais e higiene bucal deficiente (GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022; BARROS, 2018; SANTOS et al., 2018).

A literatura evidencia um antagonismo relevante: a curetagem, quando corretamente indicada, contribui para a redução da colonização bacteriana e favorece a cicatrização (SANTOS et al., 2018); medidas complementares como irrigação adequada, uso de clorexidina e laserterapia também reduzem a incidência e a severidade da alveolite (SILVA; SANTOS; YAMASHITA, 2025). Entretanto, quando realizada sem indicação clínica, a curetagem pode representar fator de risco para complicações pós-operatórias (GAROLA et al., 2021; SANTOS et al., 2018). Diante dessas divergências, o presente estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, a importância da curetagem em exodontias, investigando suas indicações clínicas, contraindicações, técnica de execução, benefícios na prevenção e no tratamento da alveolite, e as consequências de sua realização inadequada.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), de abordagem qualitativa e natureza exploratória, conduzida segundo as seis etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010): identificação do tema e da questão norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão; seleção dos estudos; avaliação crítica das publicações; interpretação e discussão dos resultados; e síntese do conhecimento produzido.

A questão norteadora foi estruturada segundo a estratégia PICoT (População: pacientes submetidos a exodontias; Intervenção: curetagem alveolar; Contexto: cicatrização alveolar e ocorrência de alveolite pós-exodontia; Recorte Temporal: predominantemente 2018–2025): quais são as indicações precisas, as contraindicações e o impacto clínico da curetagem alveolar sobre a cicatrização após exodontias, e como ela se relaciona com a prevenção e o tratamento da alveolite?

A busca bibliográfica foi realizada entre março e junho de 2026 nas bases Google Acadêmico, PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos CAPES e Cochrane Library, com descritores em português e inglês baseados no DeCS/MeSH (curetagem, exodontia, alveolite, osteíte alveolar, cicatrização alveolar, terceiros molares, complicações pós-operatórias, fibrina rica em plaquetas), combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos publicados predominantemente entre 2018 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, contemplando estudos originais, revisões sistemáticas, integrativas, narrativas, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais, relatos de caso relevantes e capítulos de livros de referência; publicações anteriores a 2018 foram incluídas quando apresentavam conteúdo conceitual ou histórico relevante. Foram excluídos estudos duplicados, pesquisas exclusivamente em animais sem correlação clínica humana, trabalhos sem metodologia descrita, resumos de eventos científicos e publicações sem relação direta com o tema.

De 20 registros identificados, 3 duplicatas foram removidas; da triagem por título (17 registros), 6 foram excluídos; da triagem por resumo (11 registros), 2 foram excluídos por inelegibilidade; os 10 estudos remanescentes foram lidos na íntegra e incluídos na síntese final. Os dados foram extraídos por meio de instrumento padronizado (autores, ano, periódico, tipo de estudo, objetivo, principais resultados, conclusões e nível de evidência), com classificação Qualis/CAPES utilizada como critério complementar de qualificação das fontes, priorizando-se, conforme os princípios da Medicina Baseada em Evidências, estudos de maior nível de evidência.

3 RESULTADOS

Os 10 estudos incluídos foram publicados entre 2014 e 2025 (predominância 2018–2025), compreendendo: revisão sistemática (n=1), revisão integrativa (n=1), revisões narrativas/de literatura (n=5), scoping review (n=1), revisão bibliográfica (n=1) e livro de referência (n=1). Duas publicações estavam classificadas no estrato A2 do sistema Qualis/CAPES (Journal of

Oral Rehabilitation e Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal), uma no estrato B1, seis no estrato B3, e uma correspondia a obra de referência não classificada em periódico.

De forma consolidada, os estudos convergiram para os seguintes achados: (1) a curetagem alveolar é indicada exclusivamente diante de patologia periapical confirmada — granuloma, cisto residual, infecção ativa com tecido necrótico ou corpos estranhos —, sendo nesses contextos associada a redução de até 60% na ocorrência de alveolite (SANTOS et al., 2018); (2) em alvéolos saudáveis, sem patologia periapical demonstrada, a curetagem é contraindicada, pois compromete a estabilidade do coágulo e remove restos do ligamento periodontal com potencial osteogênico (BARROS, 2018; GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022); (3) na alveolite seca estabelecida, revisões sistemáticas de alto impacto (Qualis A2) não recomendam a curetagem das paredes ósseas como primeira conduta, sendo preferível irrigação salina seguida de curativo medicamentoso (GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022; GAROLA et al., 2021); (4) na alveolite purulenta, a curetagem seletiva integra o protocolo terapêutico, associada a irrigação copiosa e, quando indicada, antibioticoterapia sistêmica (GAROLA et al., 2021; FREITAS, 2019); (5) terapias emergentes — Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) e laserterapia de baixa intensidade (LLLT) — apresentam resultados promissores na prevenção e no tratamento da alveolite, com potencial de integração aos protocolos clínicos (TESSAROLO et al., 2024; MACIEL DA SILVA et al., 2025; FILHO; SANTANA; SALES, 2023).

4 DISCUSSÃO

4.1 Indicações e contraindicações

A decisão pela curetagem deve fundamentar-se exclusivamente em critérios clínicos e radiográficos objetivos (MACIEL DA SILVA et al., 2025). As indicações precisas compreendem granuloma periapical, cisto radicular residual, infecção ativa com pus ou tecido necrótico, fragmentos ósseos ou radiculares soltos e lesões periapicais extensas que requeiram biópsia para diagnóstico diferencial (MACIEL DA SILVA et al., 2025; SANTOS et al., 2018). Nesses casos, o material curetado deve ser sistematicamente encaminhado para análise anátomo-patológica, dada a possibilidade de diagnóstico diferencial com lesões de natureza diversa (MACIEL DA SILVA et al., 2025).

As contraindicações, por sua vez, incluem exodontias sem patologia periapical demonstrada, alveolite seca como conduta terapêutica inicial, exodontias de rotina sem intercorrências, pacientes com coagulopatias ou em uso de anticoagulantes, usuários de bisfosfonatos intravenosos (risco de osteonecrose dos maxilares associada a medicamentos — MRONJ) e pacientes em radioterapia de cabeça e pescoço (MACIEL DA SILVA et al., 2025). Ghosh, Aggarwal e Moore (2022), em scoping review publicada no Journal of Oral Rehabilitation (Qualis A2) com análise de 63 estudos, concluíram que a curetagem da alveolite seca não deve ser conduta de primeira linha, pois expõe ainda mais o osso alveolar já vulnerável; o manejo deve iniciar-se pela irrigação salina, sem instrumentação mecânica das paredes ósseas. Os mesmos autores alertam sobre riscos de reações anafiláticas fatais associadas ao uso intra-alveolar de clorexidina, recomendando solução salina como irrigante de escolha (GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022).

De forma convergente, Garola et al. (2021), em revisão sistemática publicada na Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal (Qualis A2, fator de impacto 2,1) com análise de 17 estudos clínicos segundo critérios PRISMA, evidenciaram que a curetagem isolada não é superior à irrigação salina associada a curativos medicamentosos, corroborando a posição da revisão Cochrane sobre intervenções locais para osteíte alveolar. Barros (2018), ancorado em estudos histológicos clássicos, demonstrou que a curetagem em dentes hígidos atrasa a cicatrização ao remover os restos do ligamento periodontal — principal fonte de células progenitoras mesenquimais com potencial osteogênico. Essa aparente contradição entre benefício (SANTOS et al., 2018) e risco (BARROS, 2018; GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022; GAROLA et al., 2021) resolve-se pela distinção entre dois contextos clínicos: presença de patologia periapical confirmada, em que a curetagem é necessária, e ausência de patologia, em que ela é desnecessária e potencialmente prejudicial.

4.2 Técnica e impacto na cicatrização

Quando indicada, a curetagem deve ser realizada com curetas de Lucas (nº 85–88), respeitando os limites anatômicos do alvéolo, com movimentos de apical para coronal em todas as paredes, seguidos de irrigação copiosa com solução salina estéril (20–50 mL) (MACIEL DA SILVA et al., 2025). Atenção especial deve ser dada à proximidade com o nervo alveolar inferior e o seio maxilar, estruturas cuja lesão representa complicação grave (MACIEL DA SILVA et al., 2025).

A cicatrização alveolar ocorre por segunda intenção, em fases sequenciais de hemostasia, inflamação, proliferação e remodelação (MILORO et al., 2016). A remodelação fisiológica do alvéolo, mesmo em condições ideais, resulta em perda de 40–60% da largura e 10–22% da altura do rebordo nos primeiros seis meses — processo acentuado por alveolite, curetagem excessiva ou trauma cirúrgico intenso (TESSAROLO et al., 2024; GAROLA et al., 2021). Esse achado reforça a relevância da preservação alveolar como princípio norteador do manejo pós-extração, sobretudo diante da crescente demanda por reabilitação com implantes osseointegrados (TESSAROLO et al., 2024). A associação de curetagem seletiva com enxertos de PRF, quando há indicação patológica, tem sido descrita como protocolo de alto valor clínico para otimizar simultaneamente a cicatrização e a disponibilidade óssea futura (MACIEL DA SILVA et al., 2025).

4.3 Prevenção e tratamento da alveolite

A prevenção é reconhecida como a estratégia mais eficaz, já que o tratamento estabelecido permanece predominantemente paliativo (FREITAS, 2019; GAROLA et al., 2021). Os pilares preventivos compreendem técnica cirúrgica atraumática (planejamento radiográfico criterioso, refrigeração adequada durante osteotomia, sutura estabilizadora e curetagem seletiva e não rotineira), medidas farmacológicas (clorexidina 0,12–0,2% em bochecho ou gel, com razão de probabilidade de 0,38–0,44 para redução de alveolite) e orientação pós-operatória (abstenção de tabagismo por 48–72 horas, dieta fria e pastosa, higiene bucal delicada) (MACIEL DA SILVA et al., 2025; FREITAS, 2019; GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022). O tabagismo é reconhecido como o principal fator de risco individual modificável (GHOSH; AGGARWAL; MOORE, 2022).

No tratamento da alveolite seca estabelecida, o protocolo consiste em irrigação salina, curetagem delicada apenas quando há indicação específica (debris visíveis em alveolite purulenta) e aplicação de curativo medicamentoso — sendo o Alvogyl (butambeno, iodoformio e eugenol) a formulação de referência (FILHO; SANTANA; SALES, 2023; GAROLA et al., 2021). A resolução completa ocorre geralmente entre 10 e 21 dias (GAROLA et al., 2021). Entre as terapias emergentes, a Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) — concentrado autólogo de plaquetas, leucócitos e fatores de crescimento (PDGF, VEGF, TGF- β , EGF) — atua como barreira biológica e estímulo à angiogênese e à regeneração tecidual, com estudos demonstrando redução da incidência de alveolite e aceleração da cicatrização quando aplicada preventivamente em alvéolos de terceiros molares (TESSAROLO et al., 2024; MACIEL DA SILVA et al., 2025). A laserterapia de baixa intensidade (LLLT), por fotobiomodulação celular, favorece a síntese de colágeno, a angiogênese e a analgesia, sem efeitos adversos relevantes, sendo aplicável mesmo em pacientes com contraindicações farmacológicas (FILHO; SANTANA; SALES, 2023; MACIEL DA SILVA et al., 2025).

5 LIMITAÇÕES

A heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis — com diferentes definições de indicação, técnicas e populações — dificulta comparações diretas. A literatura sobre curetagem como fator de risco para alveolite é composta majoritariamente por estudos observacionais e revisões narrativas, havendo escassez de ensaios clínicos randomizados desenhados especificamente para comparar desfechos com e sem curetagem. Estudos prospectivos com amostras representativas são necessários para consolidar as recomendações aqui sintetizadas com o mais alto nível de evidência.

6 PROTOCOLO CLÍNICO SUGERIDO PARA A TOMADA DE DECISÃO SOBRE A CURETAGEM

Com base na síntese das evidências revisadas, propõe-se um protocolo clínico orientativo para a tomada de decisão sobre a curetagem alveolar pós-exodontia, de caráter sugestivo, sem substituir o julgamento clínico individualizado do profissional responsável pelo atendimento (MACIEL DA SILVA et al., 2025).

Etapa 1 — Avaliação pré-operatória

(a) Anamnese completa, com identificação de fatores de risco para alveolite (tabagismo, uso de anticoncepcionais orais, diabetes mellitus, uso de bisfosfonatos, coagulopatias, higiene bucal deficiente); (b) avaliação radiográfica criteriosa (radiografia periapical e/ou panorâmica), com identificação de patologias periapicais (granuloma, cisto, lesão rarefativa); (c) classificação do dente pelas classificações de Winter e de Pell e Gregory (para terceiros molares), com estimativa da complexidade cirúrgica.

Etapa 2 — Decisão intraoperatória

(a) Na ausência de patologia periapical radiograficamente confirmada e sem achado intraoperatório de tecido patológico — não realizar curetagem; proceder apenas à inspeção

visual do alvéolo, irrigação com solução fisiológica e compressão das bordas gengivais; (b) na presença de patologia periapical confirmada (granuloma, cisto, tecido de granulação evidente, corpos estranhos) — realizar curetagem seletiva com curetas de Lucas, sob irrigação copiosa, com movimentos de apical para coronal, encaminhando o material para análise anátomo-patológica quando indicado; (c) na presença de fragmentos ósseos ou radiculares soltos — realizar remoção cuidadosa com cureta ou pinça, sem curetagem ampla das paredes alveolares.

Etapa 3 — Conduta pós-operatória

(a) Orientação pós-operatória verbal e escrita: evitar tabagismo por 72 horas; evitar bochechos vigorosos nas primeiras 24 horas; evitar sucção (canudos, bombas); dieta fria e pastosa nas primeiras 24–48 horas; higiene bucal delicada; orientação sobre sinais de alerta para alveolite e retorno imediato caso identificados; (b) consulta de retorno programada em 7 dias para casos complexos, e em 2–3 dias para pacientes de alto risco; (c) prescrição de clorexidina 0,12% em bochecho pós-operatório (após as primeiras 24 horas) para pacientes de risco moderado a alto.

Etapa 4 — Conduta diante de alveolite estabelecida

(a) Alveolite seca: anestesia local, irrigação abundante com solução salina estéril, aplicação de curativo medicamentoso (Alvogyl ou similar), sem curetagem das paredes ósseas como conduta inicial; troca do curativo a cada 24–48 horas até resolução; analgesia sistêmica adequada. (b) Alveolite purulenta: anestesia local, curetagem delicada para remoção de material necrótico e purulento, irrigação copiosa, curativo medicamentoso e antibioticoterapia sistêmica (metronidazol 400–500 mg, 8/8h, por 5 a 7 dias), com retorno em 48–72 horas para reavaliação.

7 CONCLUSÃO

A curetagem alveolar pós-exodontia é procedimento de relevância clínica inegável, porém de aplicação estritamente seletiva e individualizada, cuja indicação deve fundamentar-se em avaliação clínica e radiográfica objetiva, e não em conduta rotineira aplicada indiscriminadamente. A realização criteriosa da curetagem, diante de patologia periapical confirmada, contribui para a redução de complicações inflamatórias; por outro lado, sua execução em alvéolos saudáveis compromete a estabilidade do coágulo e eleva o risco de alveolite seca. A prevenção da alveolite, fundamentada em técnica atraumática, antisepsia criteriosa e orientação pós-operatória — com ênfase na cessação do tabagismo —, permanece a estratégia mais eficaz, enquanto o tratamento estabelecido segue predominantemente paliativo. Terapias emergentes, como a Fibrina Rica em Plaquetas e a laserterapia de baixa intensidade, mostram-se promissoras e merecem incorporação progressiva à prática clínica. Recomenda-se que estudos prospectivos randomizados futuros comparem protocolos com e sem curetagem em diferentes contextos clínicos, contribuindo para a consolidação de diretrizes baseadas nos mais altos níveis de evidência.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Faculdade UNISAPIENS de Porto Velho/RO pelo apoio institucional ao desenvolvimento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. P. Interferência da curetagem no processo de reparo alveolar. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, e1239, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v75.2018.e1239>.
- FILHO, C. W. D. F.; SANTANA, M. R.; SALES, P. H. de H. A alveolite como complicação na extração de terceiro molar: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 6, p. 30423-30432, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n6-296.
- FREITAS, L. Alveolite: como diagnosticar e qual seu tratamento? *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 2, p. 34, 2019.
- GAROLA, F. *et al.* Clinical management of alveolar osteitis: a systematic review. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 26, n. 6, p. e691-e702, 2021. DOI: 10.4317/medoral.24256.
- GHOSH, A.; AGGARWAL, V. R.; MOORE, R. Aetiology, prevention and management of alveolar osteitis: a scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 49, n. 1, p. 103-113, 2022. DOI: 10.1111/joor.13268.
- MACIEL DA SILVA, L. C. *et al.* Estratégias para prevenção de osteíte alveolar após exodontia: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 10, p. 1056-1064, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p1056-1064>.
- MILORO, M. *et al.* *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson*. 3. ed. São Paulo: Santos, 2016.
- SANTOS, J. P. *et al.* Diagnóstico, tratamento e prevenção da alveolite: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, supl. 2, p. 21, 2018.
- SILVA, M. A. C.; SANTOS, M. S. dos; YAMASHITA, R. K. Alveolite dental: diagnóstico, prevenção e manejo pós-exodontia. *JNT Facit Business and Technology Journal*, v. 68, n. 1, p. 391-402, 2025.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- TESSAROLO, G. D. *et al.* Abordagens de preservação alveolar após a exodontia: revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 01-17, 2024.