



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Faculdade de Odontologia - Campus de Araçatuba

**Victoria Berriel**

**Perfil dos pacientes e dos tratamentos cirúrgicos dos  
terceiros molares realizados na Faculdade de Odontologia  
de Araçatuba.**



**Araçatuba**

**2017**

**VICTORIA BERRIEL**

**Perfil dos pacientes e dos tratamentos cirúrgicos  
dos terceiros molares realizados na Faculdade de  
Odontologia de Araçatuba.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Profa. Ass. Dra. Daniela Ponzoni

**Araçatuba**

**2017**

*Aos meus pais Antônio e Renata e irmã  
Helena, com amor e gratidão por todos esses anos  
juntos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus e a todas energias de luz que me deram forças todos os dias para seguir meu sonho de formar em uma universidade e ser todos os dias uma pessoa melhor.

Agradeço a minha mãe Renata, que sempre foi um exemplo de mulher forte e dedicada e que me ensina todos os dias a ser uma pessoa melhor, com um coração bom! Obrigada por acreditar em mim e me mostrar que eu posso ser o que quiser!

Agradeço ao meu pai Antônio, que mesmo com seu jeito diferente de amar e elogiar, nunca desistiu de mim e sempre me apoiou na caminhada universitária. Obrigada pai por me manter aqui todos esses anos, obrigada por me priorizar durante 7 anos e acreditar no meu potencial.

Agradeço a minha irmã Helena que é minha melhor amiga e mesmo longe é muito presente em minha vida! Obrigada por ser essa pessoa iluminada, responsável, dedicada e que eu amo muito!

Só tenho a agradecer a minha família de Marília e de Campo Grande, avós Helena e Neuza que foram muito importantes na minha caminhada e nunca me deixaram desamparada. A minha madrinha Tia Cláudia e Tia Paula. Sem minha família não sou nada.

Gostaria de agradecer ao meu namorado Guilherme, que é minha base, minha família em Araçatuba. Obrigada por todo amor, carinho e apoio durante todos esses anos. Obrigada por ser meu parceiro durante essa caminhada que não é fácil mas com você do lado tudo fica bem. Te amo.

Gostaria de agradecer meu cachorro Pongo, que ficou comigo todos os dias desse tcc. Sempre companheiro e escandaloso. Você me ensinou a amar incondicionalmente e ter paciência!

Aos amigos, família do coração Gabriel, Jesse e Denis que me acompanham desde o primeiro ano, primeira carona, primeiros amigos que eu

tive na faculdade. Quero agradecer por tudo, vocês fazem meus dias mais felizes! Irmãos que a vida me deu!

Aos amigos que já se formaram, mas que ensinaram muito na faculdade e que fazem falta todos os dias! Obrigada amigas Bianca, Débora, Paola, Dinah, Tahiana, Nayara, Aline, Seninha. Obrigada pelos melhores anos da vida juntas, todas as festas, reuniões, todo apoio e amizade que são eternos! Amo vocês!

Só tenho a agradecer as amigas que fiz na sala da turma XIV, Natália, Isadora, Tami, Fani, Mari Menezes! Obrigada por todas as risadas, todo apoio e amor durante esses anos. Vocês são minhas irmãs de coração!

Gostaria de agradecer as amigas de Campo Grande que mesmo longe nunca deixaram de ser especiais! Lud e Isa obrigada por tantos anos de amizade e parceria!

E a todos os amigos que fiz nessa caminhada de 7 anos aqui em Araçatuba, meu muito obrigada! Cada segundo foi especial e eu passei por tudo que tinha que passar! Evolução e aprendizado inesquecíveis!

Gostaria de agradecer a Unesp Araçatuba por proporcionar a oportunidade de estudar aqui e me formar Cirurgiã Dentista!

À minha orientadora Professora Daniela Ponzoni, obrigada por todas as oportunidades e ensinamentos! Foi maravilhoso poder te acompanhar e aprender um pouco desse universo imenso da cirurgia! Um dia quero operar tão bem como você opera! Te admiro muito prof! Muito obrigada por tudo!

Agradeço a Banca, Professora Ana Paula e Professor Francisley! Obrigada por todos os ensinamentos e pela oportunidade de conviver com pessoas maravilhosas como vocês. Me inspiro muito no trabalho e no amor em que vocês ensinam todos os dias aos alunos. Obrigada por compor a banca do meu TCC!

Gostaria de agradecer a dois professores especiais que marcaram minha graduação, Professor Humberto Gennari e Professora Sandra Aguiar. Vocês são exemplos de vida pra mim! Prof. Gennari é como se fosse um pai

que tanto me ensinou a amar a prótese e a ser fuçada e correr atrás do que eu quero. Profa Sandra, minha primeira orientadora! Obrigada por me mostrar o Projeto Cão cidadão com outros olhos, com olhos de amor e caridade. Obrigada por ser essa amiga e professora maravilhosa.

Obrigada a PROEX por financiar o projeto de extensão “Clínica de atualização para extração dos dentes não erupcionados e impactados”, de onde foi realizada a pesquisa clínica apresentada.

“Se você deseja vencer, aprenda a sorrir, além do cansaço. Esperança vitoriosa é aquela que não deixa de trabalhar.”

Chico Xavier

Berriel V. **Perfil dos pacientes e dos tratamentos cirúrgicos dos terceiros molares realizados na Faculdade de Odontologia de Araçatuba**. 2017. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

## **RESUMO**

Um grande número de casos de dentes não erupcionados e impactados é comumente encontrado nos pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia de Araçatuba. O perfil dos pacientes e dos dentes extraídos para a pesquisa foi obtido a partir de tratamentos realizados nas clínicas da faculdade, onde uma ficha foi preenchida para cada dente extraído. A partir das fichas foram obtidos os dados pessoais do paciente, a presença ou não de doença sistêmica, classificação geral sobre o terceiro molar, se ele está causando algum transtorno mecânico, nervoso, infeccioso ou tumoral. Consta também preenchimento na ficha para o período pós-operatório se existiu ou não algum tipo de transtorno. Nos anos de 2014, 2015 e 2016 foram atendidos 134 pacientes, sendo prevalente o gênero feminino e a faixa etária de 20 a 29 anos, totalizando 275 dentes extraídos. Em 54% dos casos foram extraídos molares inferiores e segundo a classificação de Winter, 1926 a posição mais frequente foi a vertical com 58% dos casos. As complicações mais frequentes foram o edema e dor pós operatória.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bucal, Terceiro Molar, Dente não-erupcionado.



Berriel V. **Profile of patients and surgical treatments of third molars performed at the Faculty of Dentistry of Araçatuba.** 2017. 35 f. Course Completion Work - Faculty of Dentistry of Araçatuba, Paulista State University, Araçatuba, 2017.

## **ABSTRACT**

A large number of cases of non erupted and impacted teeth are commonly found in patients attended at the Faculty of Dentistry of Araçatuba. The profile of the patients and the teeth extracted for the research were obtained from treatments performed in the clinics of the college, where a token was filled for each tooth extracted. From the records were obtained the personal data of the patient, the presence or absence of systemic disease, general classification on the third molar, if it is causing some mechanical, nervous, infectious or tumoral disorder. It is also stated in the record for the postoperative period whether or not there was any type of disorder. In the years 2014, 2015 and 2016, 134 patients were attended, being the female gender prevalent and the age group from 20 to 29 years, totaling 275 extracted teeth. In 54% of the cases, lower molars were extracted and according to Winter's classification, 1926 the most frequent position was vertical with 58% of the cases. The most frequent complications were postoperative edema and pain.

**Keywords:** oral surgery, third molar, unerupted tooth.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Classificação de Pell & Gregory – Classes 1, 2 e 3	17
Figura 2-	Classificação de Pell & Gregory – Classes A, B e C	18
Figura 3-	Inclusão segundo Winter, 1926	19
Figura 4-	Ficha aplicada na pesquisa	24

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Transtornos provocados pelos dentes inclusos	14
Tabela 2-	Idade dos pacientes atendidos	26
Tabela 3-	Alterações sistêmicas dos pacientes	26
Tabela 4-	Exodontias realizadas	27
Tabela 5-	Classificação de Pell & Gregory	28
Tabela 6-	Classificação de Winter, 1926	29
Tabela 7-	Transtornos Mecânicos	29
Tabela 8-	Transtornos infecciosos	29
Tabela 9-	Transtornos nervosos	29
Tabela 10-	Acidentes e complicações pós-cirúrgicas	30

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Gênero dos pacientes	25
Gráfico 2-	Idade dos pacientes atendidos	26
Gráfico 3-	Exodontias realizadas	27
Gráfico 4-	Classificação de Winter, 1926	28

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	22
3	MATERIAIS E MÉTODOS	23
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSSÃO	31
6	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34









## 1 INTRODUÇÃO

As cirurgias de dentes inclusos são atos cirúrgicos realizados rotineiramente em consultórios e na Faculdade de Odontologia de Araçatuba. A realização destes procedimentos envolve conhecimentos específicos e treinamento adequado, pois as complicações trans e pós-operatórias não devem ser desprezadas.

Um dente incluso é aquele em processo de erupção ou que se apresenta impactado. Por sua vez, um dente impactado é assim chamado quando não consegue irromper devido à presença de alguma barreira física. Os dentes tornam-se frequentemente impactados porque o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor que o comprimento total da arcada dentária, fazendo com que os dentes com erupção mais tardia não encontrem espaço para sua acomodação adequada. Dessa forma, os dentes usualmente impactados são os terceiros molares inferiores e superiores, seguidos pelos caninos superiores e pré-molares inferiores.<sup>1</sup>

Após passado o seu período normal de erupção, permanece alojado no rebordo alveolar da maxila ou mandíbula recoberto por mucosa e/ou tecido ósseo. Depreende-se desse conceito que, as inclusões dentárias, de forma geral, podem ser classificadas como: inclusão submucosa, intra-óssea superficial e intra-óssea profunda.<sup>2</sup>

A remoção dos dentes inclusos tem como objetivo preservar a saúde bucal, visto que um preceito básico da Odontologia atual é a prevenção. Segundo Carvalho et al (1979) em seu estudo, entre 1971 a 1978, encontraram 351 pacientes com dentes inclusos, sendo 244 com transtornos (69,5%) e 107 pacientes sem transtornos (30,5%), o que reflete a incidência de transtornos em terceiros molares e a importância das ações preventivas.<sup>3</sup> A exodontia precoce visa evitar a instalação de doenças de cárie, pericoronarite, reabsorção radicular, má oclusão, cistos e tumores odontogênicos, fratura de mandíbula e dor com etiologia desconhecida, dentre outras possíveis alterações causadas pela presença do dente incluso.<sup>4</sup>

Indicação para extração de terceiros molares<sup>5</sup>:

-Falta de espaço para sua erupção e/ou sua incorreta posição no arco dental.  
Falta de oclusão e função.

-Quando o terceiro molar antagonista ou o semi-incluso estiver mal posicionado e traumatizando os tecidos adjacentes, principalmente, a região de bochecha e trígono retro-molar.

-Pericoronarite ou infecção recorrente associada ou não com abscesso. Bolsas periodontais.

-Indicação ortodôntica.

-Indicação protética. Reabsorção interna, externa ou portadores de cáries extensas.

-Associados a lesões patológicas e neoplasias.

-Estar envolvido em linha de fratura mandibular.

-Pacientes a serem irradiados.

-Dores de etiologia indeterminada.

**Tabela 1 – Transtornos provocados pelos dentes inclusos**

<b>TRANSTORNOS</b>	<b>CONSEQÜÊNCIAS</b>
<b>a) MECÂNICOS</b>	Maloclusão, reabsorção radicular (cáries); fratura óssea (patológica; ou que possa ocorrer durante a prática de esportes ou quando da extração); mordida cruzada posterior; desalinhamento dental; ponto de contato prematuro ocasionando pericementite; diastema interdental; deslocamento de próteses removível e/ou total; trauma na bochecha; da mucosa bucal ou da gengiva por extrusão do dente,.....
<b>b) INFECCIOSOS</b>	Pericoronarite; abscesso e osteomielite; foco de infecção; fístula; sinusite; trismo,....
<b>c) NERVOSOS</b>	Dor (neuralgia) localizada ou irradiada; por compressão de fibras nervosas, disfunção da ATM; alopecia areata,....
<b>d) TUMORAIS</b>	Neoplasias (ameloblastoma, odontomas,. ..); cistos (de erupção; dentífero, primordial,...); neoplasias malignas (carcinoma,....);.....

Fonte: Carvalho et al (1979)

Esses dentes não devem ser deixados na cavidade bucal até que causem algum dano ao paciente. A remoção tardia aumenta a morbidade

cirúrgica, a perda de tecido ósseo e a possibilidade de lesão de estruturas adjacentes importantes, como o nervo alveolar inferior. Soma-se a estes aspectos a maior incidência de comprometimento sistêmico em pacientes idosos, fato que aumenta os riscos do procedimento cirúrgico.<sup>2</sup>

É importante salientar que nem todos os dentes inclusos estão indicados para exodontia. Em algumas situações, o cirurgião-dentista deve contra indicar a extração destes dentes ou ainda optar por procedimentos cirúrgicos que permitam seu aproveitamento.<sup>2</sup> As contra indicações para a remoção de dentes inclusos envolvem basicamente o estado físico e geral do paciente. Em pacientes debilitados, aguardamos o momento oportuno para a intervenção. Nos processos agudos locais, quando os benefícios potenciais forem maiores que as complicações e riscos potenciais, deve-se realizar o procedimento; caso contrário, o procedimento deve ser adiado.<sup>4</sup>

### **Diagnóstico e planejamento dos dentes inclusos**

O diagnóstico dos dentes inclusos é realizado a partir de anamnese, exame físico e exame de imagens.<sup>4</sup>

Anamnese – Por meio de anamnese, o cirurgião avalia a queixa do paciente e obtém os sinais e os sintomas que um dente incluso pode provocar.

Exame físico – Inspeção – inspeciona-se as condições dos tecidos da região da inclusão e a dos dentes vizinhos, constatando a presença de anormalidade.

-Palpação – o paciente pode sentir ligeira sensação de pressão e vaga sensação dolorosa que pode chegar a grandes neuralgias. O sinal mais significativo que leva a suspeita de inclusão é a ausência do dente na arcada dental. Também a presença de infecções que acompanham a erupção dos terceiros molares como pericoronarites, abscessos e trismos.

Exame de imagem – Os objetivos são:

-Avaliar a relação do dente incluso com as raízes dos dentes vizinhos.

-Avaliar a relação do dente incluso com a fossa nasal e o seio maxilar.

-Avaliar a natureza e a estrutura do osso envolvente.

- Avaliar a profundidade do dente incluso no osso.
- Estudo da coroa e das raízes do dente incluso.
- Verificar a posição vestibular ou palatina/ lingual do dente incluso.
- Avaliar a relação do dente incluso com o segundo molar e ramo ascendente, reabsorção, cárie e bolsa periodontal.
- Avaliar a presença de processos patológicos como cistos, osteítes, pericoronarites.

Para o reconhecimento das características do dente incluso, pode utilizar radiografias periapicais, oclusais, técnicas especiais para localização de terceiros molares, radiografias panorâmicas (mais utilizadas) e, em situações especiais, a tomografia computadorizada.

### **Classificação dos terceiros molares inclusos.**

Para classificar os dentes inclusos, existem diferentes sistemas e seu uso depende apenas do cirurgião dentista. As classificações foram criadas para auxiliar o profissional no planejamento do ato cirúrgico, criando assim estratégias para a realização das cirurgias e antecipando o grau de dificuldade de cada uma. Segundo a classificação geral para os tipos de inclusão o dente pode ser classificado como:<sup>5</sup>

- Inclusão submucosa – Coroa coberta somente por fibromucosa
- Inclusão intra-óssea superficial – Recoberto por delgada camada de tecido ósseo.
- Inclusão intra-óssea profunda – Recoberto por espessa camada de tecido ósseo.

PELL & GREGORY (1937) descreveram a classificação para os terceiros molares inferiores inclusos, considerando-a em 4 etapas:<sup>5</sup>

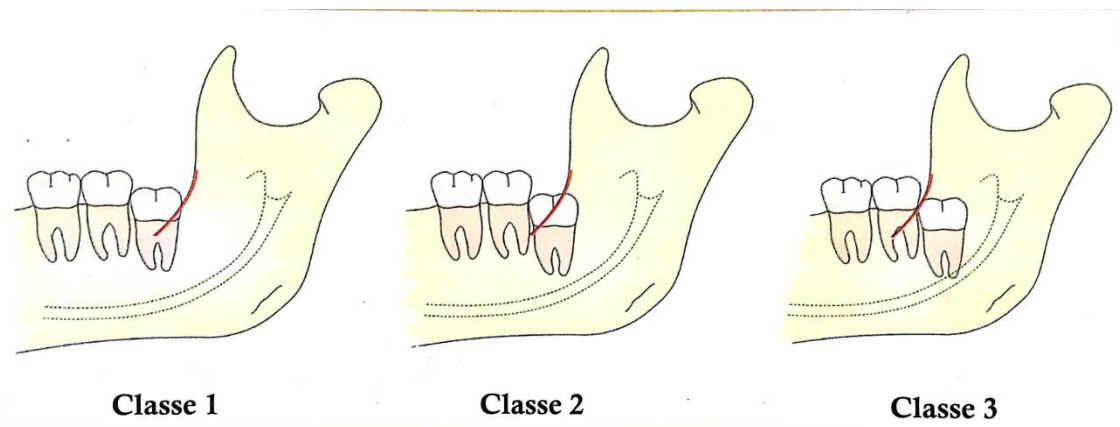
-Etapa I- Relação do espaço entre a distal do segundo molar e ramo da mandíbula comparando-o com dimensão da largura da coroa do terceiro molar inferior.(Figura 1)

-Classe I: Quando o espaço entre a face distal do segundo molar e o bordo anterior do ramo da mandíbula é maior que a distância méso-distal da coroa do terceiro molar incluído.

-Classe II: Quando o espaço entre a face distal do segundo molar e o bordo anterior do ramo da mandíbula é ligeiramente menor do que a distância méso-distal da coroa do terceiro molar incluído

-Classe III: Quando o espaço entre a face distal do segundo molar e o bordo anterior do ramo da mandíbula é muito menor do que a distância méso-distal da coroa do terceiro molar incluído, ou espaço inexistente, estando grande parte do incluído localizado no ramo da mandíbula.

**Figura 1- Classificação de Pell e Gregory – Classes 1, 2 e 3.**



Fonte: Antenor Araújo et al. (1975)

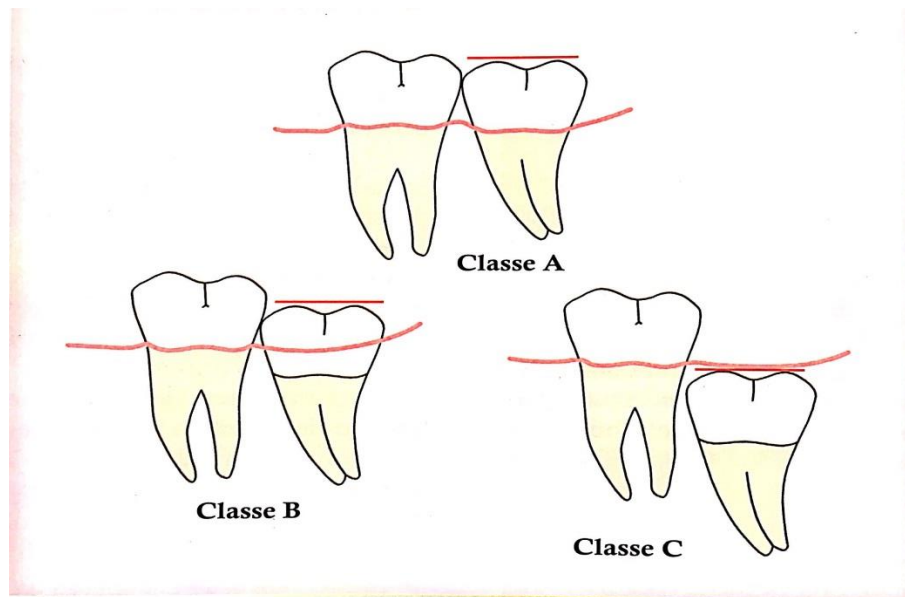
-Etapa II – Relação de profundidade relativa da coroa do terceiro molar em relação ao plano oclusal do segundo molar adjacente. (Figura 2)

-Classe A: Quando a face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se na mesma altura ou acima do plano oclusal do segundo molar.

-Classe B: Quando a face oclusal do terceiro molar inferior está abaixo do plano oclusal, mas acima da linha cervical do segundo molar.

-Classe C: Quando a face oclusal do terceiro molar encontra-se abaixo da linha cervical do segundo molar.

**Figura 2 – Classificação de Pell e Gregory – Classes A,B e C.**

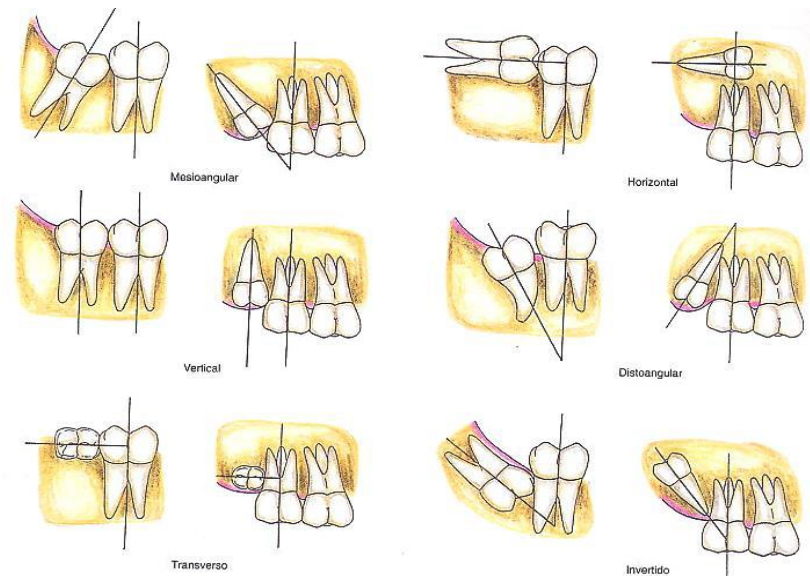


Fonte: Antenor Araújo et al. (1975)

Etapa III- Relação do terceiro molar inferior com o longo eixo de implantação do segundo molar (Winter,1926). Pell e Gregory utilizaram a classificação descrita por Winter. Quando a angulação dos terceiros molares inferiores inclusos em relação aos segundos molares adjacentes, WINTER classificou suas posições em (Figura 3):

- |               |             |
|---------------|-------------|
| -Vertical     | -Horizontal |
| -Mesioangular | -Invertida  |
| -Distoangular | -Transverso |

**Figura 3 – Inclusão segundo Winter.**



Fonte: Antenor Araújo et al. (1975)

Etapa IV- Investigação cuidadosa das possíveis complicações. Retenções, anomalias, dificuldades de acesso e visibilidade.

Segundo Pell & Gregory é recomendado verificas as possíveis retenções, alterações do dente e sua relação com as estruturas anatômicas importantes; alterações patológicas associadas ou próximas ao dente incluso ou ainda a proximidade desses ou de suas raízes com o canal mandibular. Em relação as dificuldades de acesso e visibilidade, o cirurgião dentista deve estar preparado para atender pacientes com várias alterações anatômicas, além de dificuldade de abertura bucal associada ou não com disfunção da ATM e mialgias. Tudo dependerá da cooperação do paciente, escolha correta da técnica anestésica e cirúrgica. Para alcançar o sucesso na exodontia de dentes inclusos é necessária a realização do planejamento da intervenção. Com o pré-operatório concluído, diagnosticada a posição e o tipo de inclusão do terceiro molar e analisada as possíveis retenções, anomalias, dificuldades de acesso e visibilidade, o crurgião dentista poderá analisar a necessidade, oportunidade e assim planejar a intervenção cirúrgica.<sup>5</sup>

## **Técnica cirúrgica**

Com anamnese e exame clínicos completos do paciente e um eficaz planejamento da intervenção, o cirurgião dentista pode intervir para a remoção dos dentes inclusos. Para cada região existem diferentes técnicas cirúrgicas e o profissional deve escolher a que melhor se aplica para cada paciente. No geral, a técnica cirúrgica para exodontia dos terceiros molares inclusos é composta por:

-Anti-sepsia extra e intra-bucal

-Anestesia: para a realização da anestesia o paciente deve passar por uma completa anamnese. Nos dentes superiores: é realizado o bloqueio do nervo alveolar superior posterior associado com anestésias terminais infiltrativas ao redor do dente escolhido. Nos dentes inferiores: é realizado o bloqueio do nervo alveolar inferior e completa-se com terminal infiltrativa na vestibular da região do terceiro molar afim de promover vasoconstrição e anestesia em possíveis ramos dos nervo bucinador.<sup>4</sup>

-Incisão: a incisão é realizada de acordo com o planejamento feito pelo cirurgião dentista. Pode ser feita a técnica com retalho (Mead, Maurel, Avellanal, entre outras) ou apenas técnica simples de sindesmotomia. Em casos de retalho, a técnica é seguida pelo deslocamento mucoperiosteal realizado com descoladores tendo-se o cuidado de não lesar a fibromucosa e o periosteio, obtendo um retalho com bom acesso cirúrgico.<sup>4</sup>

-Osteotomia: é a remoção de tecido ósseo ao redor do dente, podendo ser o adjacente às faces vestibular, distal, mesial ou lingual. É realizada para a exposição da coroa do dente, facilitando sua remoção.<sup>4</sup>

-Odontosecção: é indicada em inclusões horizontais, distoangulares e em dentes presos por impactação. Ela pode ser realizada pelo eixo maior do dente (separando-o em duas metades) ou no sentido do eixo menor (separando a porção coronária da porção radicular), conforme o planejamento cirúrgico realizado anteriormente.<sup>4</sup>



-Remoção do dente e toailete da região cirúrgica: depois de todos os processos realizados para a remoção do dente, faz-se a limpeza do alvéolo e curetagem para remoção do saco pericoronário (se presente) e de esquirolas ósseas ou dentárias e a regularização de bordas ósseas proeminentes. É realizada a irrigação com soro fisiológico para limpeza da região, inclusive debaixo do retalho mucoso.<sup>4</sup>

-Sutura: Após boa hemostasia, a sutura é realizada primeiramente na incisão relaxante e em seguida em toda região operada. Os materiais mais utilizados são os fios de seda e nylon.<sup>4</sup>

## **2 OBJETIVOS**

Determinar o perfil dos pacientes e dos terceiros molares indicados para exodontia, assim como seu tratamento cirúrgico realizados na Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

O projeto de pesquisa foi baseado na aplicação de fichas em forma de questionário aplicadas pelos alunos voluntários do projeto de extensão “Clínica de atualização para extração dos dentes não erupcionados e impactados” realizado na Faculdade de Odontologia de Araçatuba pelo Departamento de Cirurgia e Clínica integrada nos anos de 2014, 2015 e 2016. A ficha aplicada foi composta pela identificação do paciente e anamnese, identificação do dente incluso, técnica da exodontia, acidentes e complicações. A ficha foi preenchida para cada dente extraído (Figura 4). O projeto em cada ano era formado por 12 alunos voluntários (6 do período integral e 6 do período noturno).

**Figura 4- Ficha aplicada na pesquisa**

**Projeto extensão “Clínica de atualização para extração dos dentes não erupcionados e impactados”.**

**IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE.**

Operador: \_\_\_\_\_ Data Cirurgia: \_\_/\_\_/\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Problemas Sistêmicos: ( ) Nega ( ) Sim: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO DENTE INCLUSO.**

Terceiro Molar (18) (28) (38) (48). Canino (13) (23) (33) (43). Pré-Molar: \_\_\_\_\_

Supranumerário (localização): \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

Erupcionado: \_\_\_\_\_; Incluso: \_\_\_\_\_; Semi-incluso: \_\_\_\_\_.

Winter 1926: ( ) Vertical, ( ) Mesio Angular, ( ) Horizontal, ( ) Disto Angular, ( ) Invertido

Posição: ( ) A, ( ) B, ( ) C Classe: ( ) 1, ( ) 2, ( ) 3 Transtornos: ( ) Nega ( ) Sim:

**Transtornos mecânicos:** ( ) Mal oclusão, ( ) Reabsorção radicular, ( ) Fratura Óssea, ( ) Mordida Cruzada Posterior, ( ) Desalinhamento Dental ( ) Pericementite, ( ) Diastema Interdental ( ) Deslocamento de prótese, ( ) Trauma da mucosa Jugal ou da gengiva.

**Transtornos infecciosos:** ( ) Pericoronarite, ( ) Abscesso, ( ) Cárie, ( ) Sinusite, ( ) Trismo.

**Transtornos nervosos:** ( ) Dor, ( ) Disfunção de ATM, ( ) Alopecia areata.

**Transtornos tumorais:** ( ) Neoplasias Benignas, ( ) Cistos, ( ) Neoplasias Malignas

**TÉCNICA DA EXODONTIA :** ( ) Simples \_\_\_\_\_ ( ) Retalho \_\_\_\_\_ ( ) Osteotomia \_\_\_\_\_ ( ) Ostectomia \_\_\_\_\_

( ) Odontosecção \_\_\_\_\_

**ACIDENTES E COMPLICAÇÕES:** ( ) Desgarramento da mucosa, ( ) Fratura de túber, ( ) Lesão de dentes vizinhos,

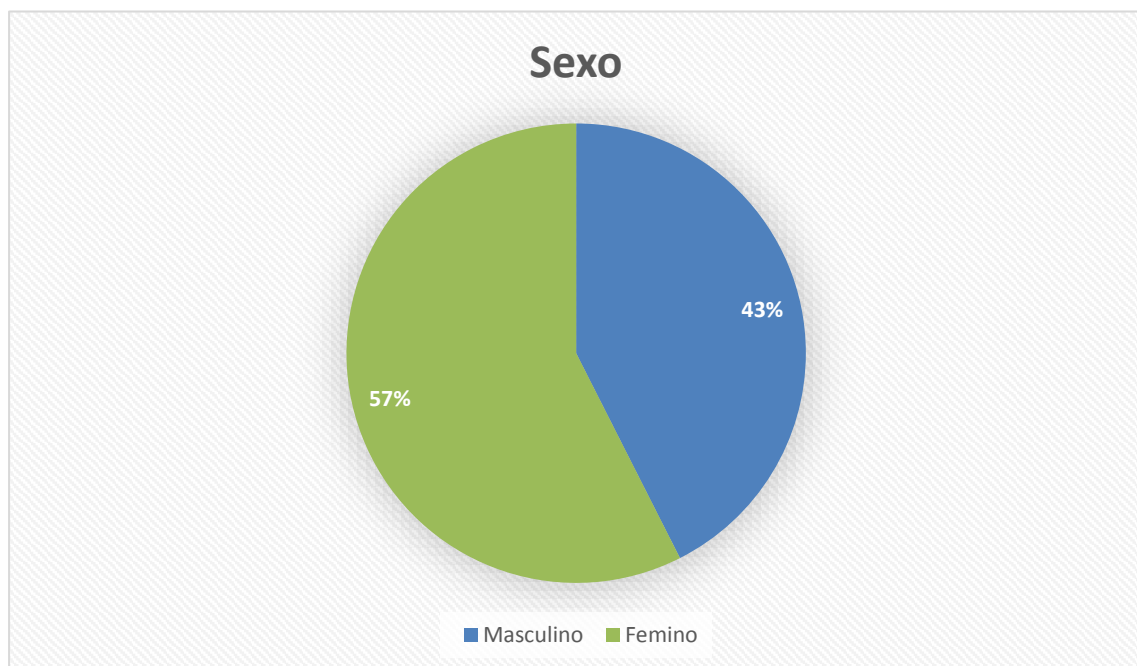
( ) Luxação da mandíbula, ( ) Comunicação Buco-Sinusal, ( ) Penetração de raiz no seio maxilar, ( ) Penetração de dente na via respiratória, ( ) Lesão de tecidos moles, ( ) Parestesia do n. Lingual, ( ) Fratura radicular, ( ) Alergia, ( ) Edema ( ) Hematomas, ( ) Hemorragia, ( ) Alveolite, ( ) Penetração de dente na via digestiva, ( ) Infecção ( ) Parestesia, ( ) Fratura de mandíbula, ( ) Parestesia do n. Alveolar Inferior.

Fonte: realizada pelo autor

## 4 RESULTADOS

Com os resultados encontrados no presente estudo mostram o perfil dos pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia de Araçatuba e dos procedimentos realizados pelos alunos da graduação. O número de pacientes atendidos nos anos 2014, 2015 e 2016 foi de 134, sendo eles 77 do sexo feminino e 57 do sexo masculino. O que reflete uma porcentagem de 57% de pacientes mulheres atendidas, sendo a maioria dos atendimentos, e 43% de pacientes homens. (Gráfico 1)

**Gráfico 1 – Gênero dos pacientes.**



Fonte: realizado pelo autor.

Quando observamos a faixa etária dos pacientes a maior procura por atendimento é feita por pessoas entre 20 e 29 anos sendo composta por 60% dos pacientes (80 pacientes), seguida por pacientes com idades entre 30 e 39 anos com 20% (27 pacientes), pacientes com menos de 20 anos representaram 13% (17 pacientes). Pacientes com a faixa etária entre 40 a 44 anos (3 pacientes) e 45 a 49 anos (3 pacientes) obtiveram porcentagem de

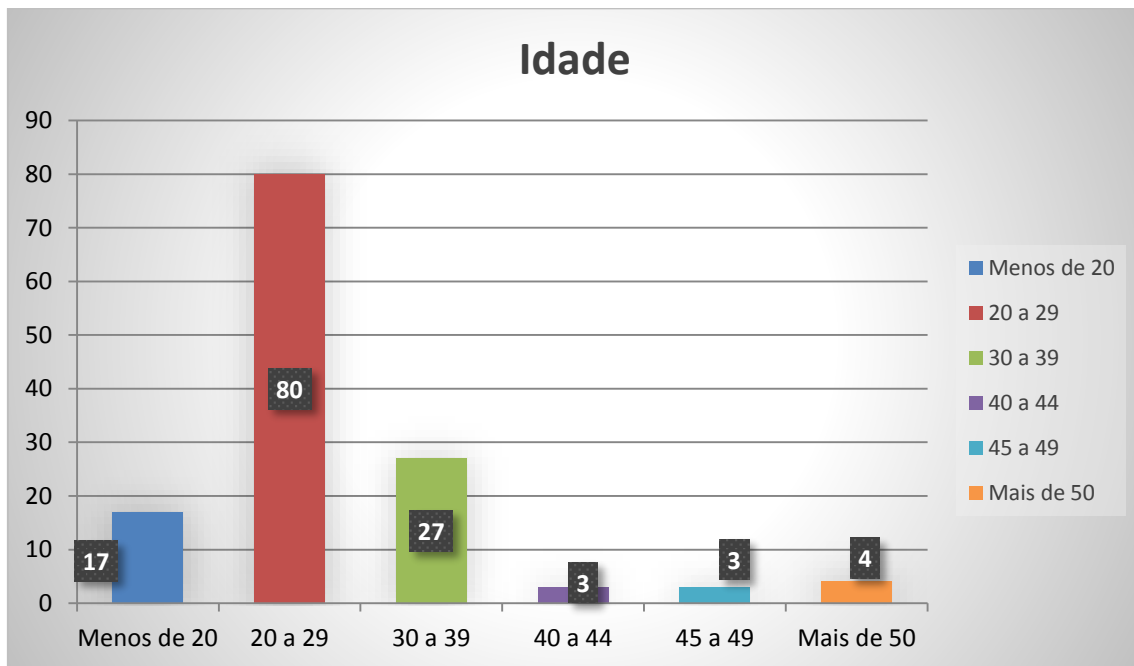
2% seguida pela faixa etária de acima de 50 anos com 4 pacientes compondo 3%. (Tabela 2 e Gráfico 2)

**Tabela 2 - Idade dos pacientes atendidos**

20 a 29 anos	80 pacientes
30 a 39 anos	27 pacientes
Menos de 20 anos	17 pacientes
Mais de 50 anos	4 pacientes
40 a 44 anos	3 pacientes
45 a 49 anos	3 pacientes

Fonte: realizada pelo autor.

**Gráfico 2- Idade dos pacientes atendidos.**



Fonte: realizado pelo autor.

Com relação as alterações sistêmicas foi possível observar que a rinite foi a de maior relevância. (Tabela 3)

**Tabela 3- Alterações sistêmicas dos pacientes.**

Rinite	3 casos
Anemia	1 caso
Gastrite	1 caso
Púrpura trombocitopênica	1 caso

Asma	1 caso
Febre reumática	1 caso
Lúpus eritematoso	1 caso
Deficiência vitamínica	1 caso
Alteração no sono	1 caso
Diabetes	1 caso
HIV positivo	1 caso

Fonte: realizada pelo autor.

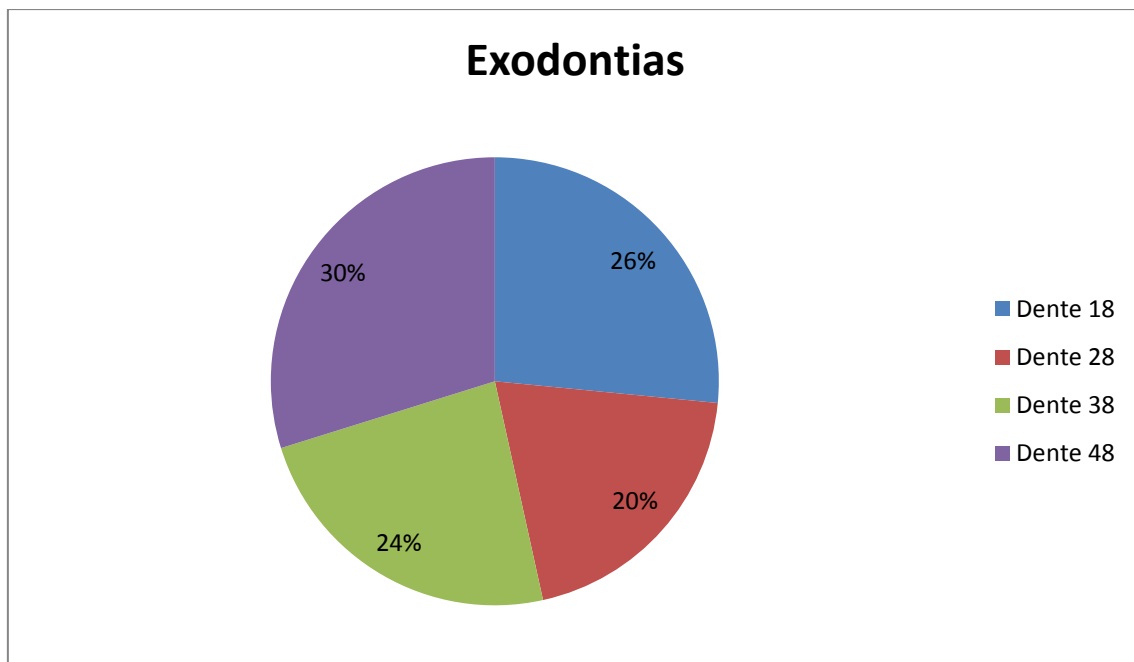
No estudo foram realizadas 275 exodontias de terceiros molares, o dente que obteve maior número de exodontias foi o dente 48 com 82 procedimentos cirúrgicos (30% de todos os procedimentos realizados), seguido do dente 18 com 73 casos (26% dos procedimentos) e dos dentes 38 com 65 casos (24%) e dentes 28 com 55 casos (20%). (Tabela 4 e Gráfico 3)

**Tabela 4- Exodontias realizadas.**

Dente 48	82 casos
Dente 18	73 casos
Dente 38	65 casos
Dente 28	55 casos

Fonte: realizada pelo autor.

**Gráfico 3 – Exodontias realizadas.**



Fonte: Realizado pelo autor.

Em relação a técnica cirúrgica utilizada nas exodontias os dados mostram que foram realizados 81 casos com a técnica simples de exodontia, 182 casos com retalho gengival, 152 casos de osteotomia, 29 casos de ostectomia e 124 casos onde foram realizadas odontosecções.

**Tabela 5- Classificação de Pell & Gregory**

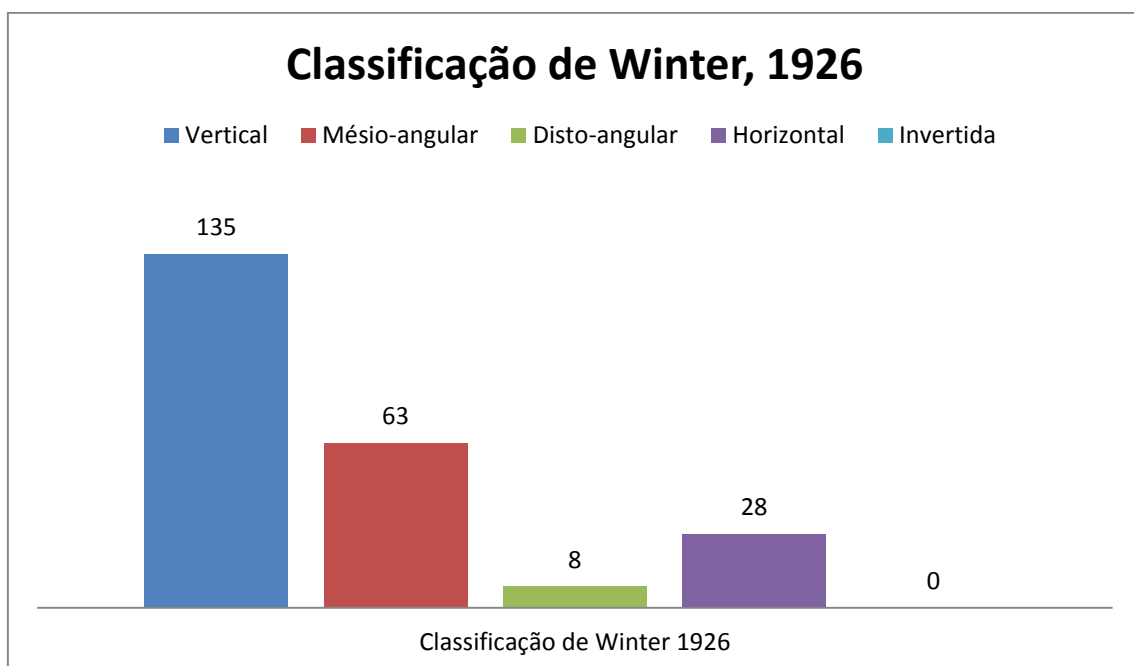
Posição A	82 casos
Posição B	80 casos
Posição C	26 casos

Classe II	75 casos
Classe I	69 casos
Classe III	11 casos

Fonte: realizada pelo autor.

Segundo a Classificação de Winter, 1926 a prevalência no estudo foi de dentes na posição vertical com 135 (58%) casos relatados no presente estudo, seguido pela posição méso-angular com 63 (27%) casos, horizontal com 28 (12%) casos, disto-angular com 8 (3%) casos e nenhuma citação sobre casos de posição invertida do terceiro molar. (Gráfico 4)

**Gráfico 4 - Classificação de Winter, 1926.**



Fonte: realizado pelo autor.



**Tabela 6- Classificação de Winter 1926.**

Vertical	135 casos
Mésio-angular	63 casos
Horizontal	28 casos
Disto-angular	8 casos
Invertida	0 casos

Fonte: realizada pelo autor.

No presente estudo foram observados alguns transtornos causados por dentes inclusos. Dos transtornos mecânicos destaca-se a má oclusão, em relação aos transtornos infecciosos obteve prevalência a pericoronarite e com relação aos transtornos nervosos a dor acometeu 77 casos. (Tabelas 7,8 e 9)

**Tabela 7- Transtornos mecânicos.**

Transtornos Mecânicos	Número de casos
Má oclusão	31 casos
Trauma de mucosa jugal ou gengival	8 casos
Pericementite	7 casos
Reabsorção radicular	6 casos
Fratura óssea	1 caso
Diastema interdental	1 caso
Desalinhamento dental	1 caso

Fonte: realizada pelo autor.

**Tabela 8- Transtornos infecciosos.**

Transtornos infecciosos	Número de casos
Pericoronarite	47 casos
Cárie	9 casos
Trismo	2 casos

Fonte: realizada pelo autor.

**Tabela 9- Transtornos nervosos**

Transtornos nervosos	Número de casos
Dor	77 casos
Disfunção da ATM	6 casos

Fonte: realizada pelo autor.

Não foi relatado nenhum tipo de transtorno tumoral no estudo realizado.

No estudo foi possível observar alguns acidentes e complicações relatados pelos pacientes. Destes o edema foi citado com maior frequência. (Tabela 10)

**Tabela 10- Acidentes e complicações pós-cirúrgicas**

Edema	32 casos
Alveolite	6 casos
Parestesia Nervo Alveolar inferior	6 casos
Comunicação buco-sinusal	4 casos
Hemorragia	3 casos
Fratura de Túber	3 casos
Desgarramento de mucosa	3 casos
Fratura radicular	3 casos
Lesão de tecidos moles	3 casos
Parestesia	2 casos
Hematomas	1 caso
Parestesia Nervo Lingual	1 caso

Fonte: realizada pelo autor.

## 5 DISCUSSÃO

A etiologia da inclusão dental dos terceiros molares é multifatorial, podendo estar associada a hereditariedade, alterações patológicas, alterações sistêmicas e traumatismos, ressaltando-se a falta de espaço para sua acomodação, como um dos fatores mais importantes.<sup>6</sup> Os indivíduos pertencentes a civilização moderna, apresentam uma diminuição do arcabouço ósseo, maxila e mandíbula com conseqüente diminuição do espaço disponível para a acomodação dos terceiros molares. Esta tendência evolutiva pode estar ligada à diminuição de estímulos relacionados ao desenvolvimento ósseo dos maxilares, como os esforços mastigatórios que se tornam menos exigidos pelos hábitos alimentares atuais.<sup>7</sup> Comprovando esses fatos, a agenesia dos quarto e terceiros molares tem aumentado ultimamente<sup>8</sup>. A agenesia de terceiros molares ocorre na frequência de 14,42% +/- 1,72, sendo de 13,42% no sexo masculino, e de 15,21% no sexo feminino, sem diferenças significativas. Incide em 51,42% +/- 4,22 nos terceiros molares superiores e em 48,57% +/- 4,22 nos inferiores, sem diferenças significativas.<sup>8</sup>

No estudo realizado foram atendidos 134 pacientes sendo 77 do sexo feminino (57%) e 57 do sexo masculino (43%), sendo o sexo feminino com maior incidência e compatível com o estudo realizado por Garcia et al.<sup>9</sup>, Marzola et al.<sup>10</sup>, e outros autores onde afirmam a maior prevalência do sexo feminino em casos de exodontia de terceiros molares. Sugere-se que o maior percentual de pacientes do gênero feminino nesta pesquisa seja devido a maior preocupação deste grupo com a saúde bucal, motivando uma maior procura aos serviços de saúde.

Quanto à prevalência da idade dos pacientes, foi observado no estudo maior incidência da faixa etária de 20 a 29 anos com 80 pacientes, 60% dos atendimentos seguida da faixa etária de 30 a 39 anos com 27 pacientes, 20%. Resultado que é compatível com os estudos de Marinho et al.<sup>11</sup> que aponta a prevalência de terceiros molares na faixa de idade acima encontradas.

Em relação aos terceiros molares inclusos autores como Blum<sup>12</sup>, Marzola et al.<sup>13</sup> citam que há uma maior prevalência de retenção dos

terceiros molares inferiores sobre os superiores. No estudo realizado, o resultado entre os 275 dentes extraídos é semelhante as citações dos autores acima, os dentes inferiores 38 e 48 somaram 54% (147 dentes) seguidos pelos superiores 18 e 28 com 46% (128 dentes).

Entre os dentes analisados 234 foram classificados segundo Winter, 1926 e sua maior prevalência foi a posição vertical com 135 casos (58%), seguido da posição méso-angular com 63 casos (27%), horizontal com 28 casos (12%), disto-angular com 8 casos (12%) e invertida com nenhum caso realizado. O estudo é compatível com autores como Farias et al.<sup>14</sup>, Cerqueira et al.<sup>6</sup> que citam a posição vertical como a mais frequentemente encontrada.

Foram observados transtornos causados por dentes inclusos: mecânicos, infecciosos e nervosos. Entre eles, os que tiveram maior prevalência foram: dor (77 casos) e pericoronarite (47 casos), motivos que levaram os pacientes a buscar tratamento. Uma vez indicada a exodontia do terceiro molar é fundamental a realização de um planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e radiográfico com o intuito de prevenir possíveis acidentes e complicações. Os mais comuns foram o edema (32 casos), alveolite (6 casos) e parestesia no nervo alveolar inferior (6 casos).

## **6 CONCLUSÃO**

No período observado neste estudo, a maioria dos pacientes submetidos a exodontia dos terceiros molares na Faculdade de Odontologia de Araçatuba são jovens do sexo feminino. Prevaecem os procedimentos de exodontia de terceiros molares inferiores em posição vertical. As complicações operatórias mais frequentes foram o edema, alveolite e parestesia do nervo alveolar inferior. A pericoronarite e a dor provocada pelos terceiros molares são os motivos mais frequentes da procura por exodontia.

## REFERÊNCIAS

- 1 Araújo A, Gabrielli MFR, Medeiros PJ. Aspectos gerais da cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
- 2 Santos Pinto, R, Okamoto T, Callestini EA, Carvalho ACP, Sanches MG. Sinopse de cirurgia e traumatologia buco-facial. Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Facial. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 1975.
- 3 Carvalho ACP, Wassano SI, Arruda-Filho, FO. Dentes inclusos. Ocorrência de extração e de transtornos. Rev Gaúcha Odontol. 1979;27(4):264-7.
- 4 Freitas R. Tratado de cirurgia bucomaxilo facial. São Paulo: Ed. Santos; 2006.
- 5 Saad Neto M, Magro Filho O, Garcia Júnior IR, Aranega A, Fattah CMRS. Tratamento cirúrgico dos dentes não erupcionados. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2009.
- 6 Cerqueira PRF, Farias DLB, Silva Filho JP, Oliveira TQF. Análise da topografia axial dos terceiros molares inclusos através da radiografia panorâmica dos maxilares em relação à classificação de Winter. Rev Odonto Ciênc. 2007;22(55):16-22.
- 7 Hattab FN, Rawashdeh MA, Fahmy MS. Impaction status of third molars in Jordanian students. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1995;79(1):24-9.
- 8 Marzola C, Madeira MC, Castro AL. Ocorrência de retenção e agenesia dental em 1760 indivíduos. Arq Cent Est Fac UFMG. 1968;5(1):33-46.
- 9 Garcia RR. Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter. Rev Fac Univ Passo Fundo. 2000;5(2):31-6.
- 10 Marzola C, Castro AL, Madeira MC. Ocorrência de posições de retenção de terceiros molares. Arch Cent Estud Face Odontol Univ Fed Minas Gerais. 1968;5:21-32.
- 11 Marinho SA, Verli FD, Amenabar JM, Brucker MR. Avaliação da posição dos terceiros molares inferiores retidos em radiografias panorâmicas. ROBRAC. 2005;14(37):65-8.
- 12 Blum T. Malposed teeth: their classification pathology and treatment. Int J Orthodont Oral Surg Radiol. 1923;9:122-37.
- 13 Marzola C, Comparin E, Toledo-Filho JL. Third molars classifications prevalence in the cities of Cunha Porã, Maravilha and Palmitos in the northwest of Santa Catarina state in Brazil. Rev Odonto Ciênc. 2006;21(51):55-66.

14 Farias JG, Santos FAP, Campos PSF, Sarmiento VA, Barreto S, Rios V. Prevalência de dentes inclusos em pacientes atendidos na disciplina de cirurgia do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2003;3(2):15-9.