

Marcelo Dias Moreira de Assis Costa

**EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES: PERFIL DO
ATENDIMENTO EM CLÍNICAS DE CIRURGIA DA GRADUAÇÃO E
ESPECIALIZAÇÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de
Uberlândia, como pré-requisito para obtenção
do título de Mestre em Odontologia: Área de
Concentração em Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial

Uberlândia
2008

Marcelo Dias Moreira de Assis Costa

**EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES: PERFIL DO
ATENDIMENTO EM CLÍNICAS DE CIRURGIA DA GRADUAÇÃO E
ESPECIALIZAÇÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de
Uberlândia, como pré-requisito para obtenção
do título de Mestre em Odontologia: Área de
Concentração em Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iris Malagoni Marquez

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Iris Malagoni Marquez

Prof. Dr. Aparecido Eurípedes Onório Magalhães

Prof. Dr. Wesley Cabral Rocha

Uberlândia
2008



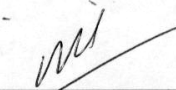
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 38400-902
(0XX) 034 –3218-2550

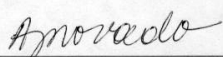
**RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA PROVA DEFESA DE
MESTRADO DO CD MARCELO DIAS MOREIRA DE ASSIS COSTA DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DESTA
UNIVERSIDADE.**

Às quinze horas e trinta minutos do dia **vinete e oito de fevereiro** do ano de **dois mil e oito**, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação desta Faculdade, para o julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pelo candidato, **MARCELO DIAS MOREIRA DE ASSIS COSTA** com o título: *Extração dos Terceiros Molares: Perfil do Atendimento em Clínicas de Cirurgia da Graduação e Especialização da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia*. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador expressou o seu julgamento em sessão secreta e exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Dissertações e Teses da Biblioteca desta Universidade. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

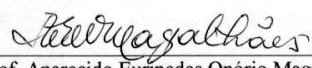
Uberlândia 28 de fevereiro de 2008



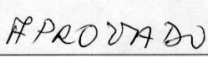
Profa. Dra. Iris Malagoni Marquez
Titulação: Doutora
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



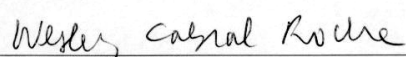
Aprovado/Reprovado/Conceito



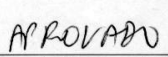
Prof. Aparecido Eurípedes Onório Magalhães
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado/Conceito



Prof. Dr. Wesley Cabral Rocha
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Goiás - UFGO



Aprovado/Reprovado/Conceito

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, José de Assis Costa e Maria Goretti Moreira Costa, exemplos de carinho, amor, dedicação, cuidado, proteção, apoio, enfim, tudo o que precisei e muito mais para terminar mais esta etapa de minha vida da melhor maneira possível.

Irmãos, Júlio César Moreira de Assis Costa e Fabiana Moreira de Assis Costa, pelo carinho e apoio.

E minha namorada, Lia Dietrich por estar permanentemente me apoiando, com seu amor e dedicação, mesmo que para isso tenhamos que ficar longe um do outro. Sem você, nada disso estaria acontecendo, e sem o teu amor nada disso teria graça. Te Amo!!!

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela força constante para enfrentar as dificuldades.

À querida professora e orientadora Prof^a. Dr^a. Iris Malagoni Marquez, meu eterno reconhecimento pela sua compreensão, apoio, dedicação, amizade, confiança e profissionalismo.

A Prof^a. Dr^a. Cláudia Jordão, a minha admiração como pessoa e como profissional pela sua disposição, preocupação e batalha.

Ao Prof. Dr. Antônio Francisco Durighetto Júnior, grande professor e amigo, pelas oportunidades a mim concedidas e também pelo aprendizado. Muito obrigado pelas portas abertas e por ter me acolhido tão bem.

A Dr^a. Onescy Silveira Dias, pelo apoio, com muita ética e sabedoria, me acompanhando nos meus primeiros passos na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Estomatologia, pela amizade de todos esse anos e apoio em toda minha formação. Muito Obrigado.

Ao Dr. Juan Moisés Zonis pelo estímulo e carinho que sempre me ajudou.

Ao Prof. Dr. João Roberto Gonçalves pelo acolhimento carinhoso em sua “casa”, pela amizade e colaboração na minha formação.

A Prof^a. Dr^a. Rosana Ono, pela constante disponibilidade e atenção, incentivo e apoio. Muito obrigado.

Aos amigos Luciano, Mariana, Daniel e Mani, pelo carinho, apoio e pelos momentos compartilhados durante todo o ano passado.

A todos os mestres do curso de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Fausto, Cidão, Marcelo Caetano e Darceny que foram responsáveis pelo meu aprendizado na área e pela oportunidade a mim concedida. Espero ter correspondido à altura.

Aos colegas da pós-graduação, principalmente Wilson Cardoso, ao "R3" Gentil e a eterna R2 Rafaela, grandes amigos, pela ótima convivência e grande aprendizado.

Ao Jonas, Lair e Leonardo, pelos muitos momentos compartilhados.... difíceis, bons, tristes, alegres mas, com certeza inesquecíveis, porque amigos são pra essas coisas;

A Fernanda, Roberto e André pelo companheirismo e convivência durante o período da especialização;

À Cidinha, Giselda, Flaviane, Abigail e Josélia's pela atenção, carinho, ajuda e amizade;

Aos Professores do Mestrado acadêmico de Odontologia, pelos conhecimentos adquiridos durante o curso;

Aos colegas do Mestrado pela convivência pela troca de experiências pessoais e profissionais;

Ao Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOUFU;

Funcionários da área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Implantodontia;

A todos os amigos que aqui conheci.

EPÍGRAFE

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender,
nem tão pequeno que não possa ensinar.”*
Voltaire

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	01
RESUMO	02
ABSTRACT	03
1. INTRODUÇÃO	04
2. REVISÃO DE LITERATURA	06
3. PROPOSIÇÃO	34
4. METODOLOGIA	35
5. RESULTADOS	36
6. DISCUSSÃO	45
7. CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	69

LISTA DE ABREVIATURAS

AAOMS	American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
AIES	Antiinflamatórios esteroidais
AINEs	Antiinflamatórios não-esteroidais
CECTBMF	Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Cox	Cicloxygenase
FOUFU	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NIH	National Institute of Health
Pgs	Prostaglandinas
PSO	Pronto Socorro Odontológico
UCOEI	Unidade de Clínica Odonto-Estomatológica Integrada
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

Dada a importância dos terceiros molares na área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, este trabalho objetivou avaliar as várias características e classificações desses dentes por meio de exame clínico e radiográfico. Para isso, foram coletadas informações de todos os pacientes atendidos pelos alunos da graduação, na Unidade de Clínica Odonto-estomatológica Integrada (UCOEI) III e IV e nas clínicas de Cirurgia do VI Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CECTBMF) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) que foram submetidos a extrações de terceiros molares, no período de junho a dezembro de 2006. Foram coletadas informações referentes aos pacientes, aos dentes extraídos e aos procedimentos cirúrgicos. Os resultados indicaram que entre os 290 pacientes da amostra, 63,79% eram do gênero feminino, 93,79% residentes em Uberlândia, 53,10% foram encaminhados pelo Pronto Socorro Odontológico (PSO) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e a média de idade foi de 25 anos e 3 meses. A radiografia periapical foi utilizada em 63,1% dos pacientes, sendo documentados 854 terceiros molares, onde 816 foram indicados para extração e 563 extraídos (385 na graduação e 178 na especialização). A principal indicação para extração foi a inclusão/impactação/retenção (66,54%). Foram extraídos 1,37 dentes/procedimento na graduação com duração média de 1 hora e 10 minutos (51 minutos por dente) e 2,11 dentes na especialização com duração média de 59 minutos (28 minutos por dente).

Palavras-Chave: extração de terceiros molares; perfil do atendimento em clínicas de cirurgia da graduação e especialização; Faculdade de odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

ABSTRACT

Given the importance of the wisdom tooth in the area of Oral and Maxillofacial Surgery, the aim of this study was to assess the various characteristics and classifications of these teeth by means of clinical and radiographic exams. For this purpose, information was collected from all the patients attended by graduation course at the “Unidade de Clínica Odontostomatológica Integrada” (UCOEI) III and IV, and at the surgery clinics of “VI Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial” (CECTBMF) of the School of Dentistry of the Federal University of Uberlândia (FOUFU), who were submitted to the extraction of wisdom teeth during the period from June to December, 2006. Information was collected with reference to the patients, these teeth and the surgical procedures. The results indicated that among the 290 patients comprising the sample, 63.79% were women, 93.79% resident in Uberlândia, 53.10% were referred by the “Pronto Socorro Odontológico” (PSO) of the Federal University of Uberlândia (UFU) and the mean age was 25 years and 3 months. Periapical radiography was used in 63.1% of the patients, with 854 wisdom teeth being documented: 816 were indicated for extraction and 563 extracted (385 in the graduation course and 178 in the specialization course). The main indication for extraction was inclusion/impaction/retention (66.54%). In the graduation course, 1.37 teeth/procedure were extracted, in a mean time of 1 hour and 10 minutes (51 minutes per tooth) and 2.11 teeth in the specialization course, with a mean duration of 59 minutes (28 minutes per tooth).

1. INTRODUÇÃO

Um passo essencial para o estudo de uma doença ou característica de uma população é descrever precisamente sua ocorrência. Essa descrição tem como categorias básicas as distribuições temporal, espacial e segundo atributos pessoais, visando identificar o padrão geral de ocorrência e os grupos de risco (Barata, 1997; Pinto, 2000). Portanto, estudos descritivos podem contribuir na determinação de um padrão epidemiológico para uma população alvo, atribuindo certa previsibilidade nas alterações a serem encontradas nos indivíduos constituintes desta população. Podem ainda fornecer subsídios para explicação de alterações presentes, permitindo estudos elucidativos quanto à associação de situações e alterações de saúde (Emery & Guttenberg, 1999).

Ainda que a Odontologia atual busque a prevenção de lesões e a conservação e manutenção de cada dente e mesmo que tenham sido desenvolvidas novas técnicas e materiais com esta finalidade, a exodontia continua sendo um procedimento amplamente praticado e necessário em nosso país. As principais causas determinantes para exodontia variam de acordo com a região estudada, sendo que para os terceiros molares a retenção/impactação dentária tem uma grande importância (Haddad *et al.*, 1999).

Os terceiros molares são, entre todos os dentes, os que apresentam maior frequência de impactação. A remoção cirúrgica desses dentes, mesmo sendo controversa quanto à sua necessidade, representa um dos procedimentos mais realizados entre os profissionais da área de Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial. A etiologia da impacção tem sido relacionada principalmente, a obstrução mecânica da via de irrompimento, à falta de espaço disponível na região decorrente do padrão de crescimento facial, das alterações dos hábitos alimentares e melhores condições de saúde bucal (Archer, 1975; Hattab *et al.*, 1995; Basile & Gregori, 2004).

A extração dos terceiros molares é o procedimento mais comum em adultos jovens, principalmente, após os 20 anos (Tetsch & Wagner, 1985;

Spencer *et al.*, 1993; Robinson & Smith, 1996) e tem se intensificado dentro da Odontologia (Raley *et al.*, 1977; Kugelberg *et al.*, 1991; Bataineh *et al.*, 2002), sendo que mais de 90% dos pacientes que procuram os serviços de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial são candidatos a esse tipo de intervenção (Shepherd & Brickley, 1994). Existem algumas razões que podem explicar esse fato, tais como: medidas de prevenção de transtornos relacionados ao não-irrompimento ou ao semi-irrompimento, maior acesso da população às radiografias panorâmicas e informações sobre os dentes não-irrompidos e razões ortodônticas, numa questão mais atual (NIH, 1980; Punwutikorn *et al.*, 1999; Peterson *et al.*, 2000; Queiroz & Lino, 2001; Bataineh *et al.*, 2002).

A avaliação radiográfica dos terceiros molares é imperativa para o estabelecimento de terapêuticas de acompanhamento ou de planejamento cirúrgico. Neste contexto, as classificações se tornam importantes para uniformizar o linguajar científico, possibilitando a transferência de experiência entre profissionais, padronização de pesquisas sobre o assunto e estabelecimento da técnica cirúrgica mais adequada para sua extração (Tetsch & Wagner, 1985).

Este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil dos pacientes atendidos nas clínicas cirúrgicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) para extração de terceiros molares, bem como determinar por meio de análises clínica e radiográfica as características e classificações desses dentes e os procedimentos para sua remoção.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Estudos epidemiológicos revelam informações que permitem avaliar o passado e tentar prever cenários futuros (Goldbaum, 1996; Novaes, 1996; Barata, 1997; Pinto, 2000). São utilizados para estudos de situação de saúde, vigilância epidemiológica, estudos “causais”, avaliação de serviços, programas e tecnologias relativas à saúde (Goldbaum, 1996).

Na epidemiologia, um passo essencial para o estudo de uma doença é descrever precisamente sua ocorrência na população. Essa descrição tem como categorias básicas as distribuições temporal, espacial e segundo atributos pessoais, visando identificar o padrão geral de ocorrência e os grupos de risco. A descrição metodológica do comportamento da doença permite a elaboração de hipóteses causais com base na ocorrência usual de doenças conhecidas e possibilita o uso da analogia tanto no estudo das doenças novas quanto na explicação de doenças anteriormente conhecidas (Barata, 1997; Pinto, 2000).

A realização de estudos epidemiológicos dentro de um mesmo serviço de atendimento tem condições de revelar o perfil dos pacientes atendidos e monitorar os tratamentos executados, constatando suas qualidades e problemas (Smith & Barss, 1991).

De acordo com Guedes-Pinto (2003), a erupção dentária é uma expressão utilizada para se referir ao momento no qual o dente irrompe na cavidade bucal. Sabe-se que este marco importante do processo de erupção é apenas uma das etapas de todo o fenômeno, que tem início nos primórdios da odontogênese e acompanha por toda a vida o órgão dentário, podendo ser dividido em três fases: fase pré-eruptiva, fase eruptiva, fase pós-eruptiva. A fase pré-eruptiva tem início com a diferenciação do germe dentário e termina com a completa formação da coroa (fase intra-óssea). Nessa fase, os terceiros molares superiores permanentes desenvolvem-se na tuberosidade da maxila com sua superfície oclusal voltada para distal e, apenas quando a maxila cresce suficientemente para fornecer espaço necessário, tornam-se verticais.

Já as superfícies oclusais dos terceiros molares inferiores desenvolvem-se voltadas para mesial. A fase eruptiva inicia-se quando a coroa está formada e termina quando o dente atinge o plano oclusal (fase intra-óssea e extra-óssea). A fase pós-eruptiva começa quando o dente entra em oclusão e termina com sua perda ou remoção (fase extra-óssea).

Ainda não são totalmente compreendidos todos os fatores responsáveis pelo processo de erupção dos dentes. Esses fatores incluem crescimento radicular, forças exercidas pelos tecidos vasculares ao redor e abaixo da raiz, crescimento do osso alveolar, formação da dentina, crescimento e tração do ligamento periodontal, influências hormonais, presença de um folículo dental viável, pressão da ação muscular e reabsorção da crista alveolar (McDonald & Avery, 2001; Guedes-Pinto, 2003).

Para Neville *et al.* (1998), a erupção é um processo contínuo de movimento de um dente, do local de seu desenvolvimento até sua localização funcional e quando os dentes param esse processo, antes de emergir, tornam-se impactados. Segundo esses autores, dentes não irrompidos têm sido subdivididos na literatura entre os que estão obstruídos por uma barreira física, denominados impactados, e os que parecem exibir falta de força eruptiva, denominados inclusos. Os autores lembram que em muitos casos um dente pode parecer ser incluso, e durante a sua remoção são descobertos fatores não detectados previamente que bloqueavam sua erupção, por exemplo, uma neoplasia ou um hamartoma odontogênico subjacente.

Existe grande variedade de conceitos e termos empregados para designar dentes impactados (Deboni & Gregori, 1990). Por não haver um consenso na literatura específica, cada país ou cada escola estabelece uma terminologia própria (Basile & Gregori, 2004). A diversidade na nomenclatura ocorre devido às tentativas dos autores de embutir a maior quantidade de informações apenas no título, aspecto considerado desnecessário por Basile & Gregori (2004), desde que, posteriormente, dados sejam apresentados com clareza que permita a segura identificação de cada caso.

Dente impactado pode ser conceituado como aquele que não atingiu a sua completa erupção dentro do tempo esperado, devido a um impedimento

mecânico, representado pelo dente adjacente (Hattab *et al.*, 1995; Hattab & Alhaija, 1999; Basile & Gregori, 2004), pelo tecido ósseo de revestimento, tecido mole ou qualquer outro tipo de obstrução mecânica (Olasoji & Odusanya, 2000).

Outros termos são também utilizados para dente impactado como dente mal posicionado, dente não erupcionado, dente retido, dente não irrompido, dente incluso e semi-incluso (Schersten *et al.*, 1989; Deboni & Gregori, 1990; Peterson *et al.*, 2000). Em muitos casos, o termo impactado pode incluir uma ou mais dessas particularidades e, em outros, não deveria ser aplicado (Archer, 1975).

Há diversos fatores relacionados à etiologia da impacção dos terceiros molares, onde a falta de espaço parece ser um dos mais importantes (Richardson, 1977; Olive & Basford, 1981; Ganss *et al.*, 1993). Uma redução evolutiva e gradual da estrutura óssea dos maxilares, que acarreta em menor tamanho da maxila e da mandíbula e, conseqüentemente, diminuição de espaço disponível para a acomodação dos terceiros molares, tem sido descrita como característica da civilização moderna. Essa redução estaria associada à diminuição de estímulos relacionados ao desenvolvimento ósseo, como resultado dos menores esforços mastigatórios exigidos pelos hábitos alimentares atuais (Archer, 1975; Hattab *et al.*, 1995; Sengupta *et al.*, 1999; Basile & Gregori, 2004).

Essa teoria evolutiva pode ser comprovada, de acordo com Archer (1975), pela observação da ausência congênita de terceiros molares ou da sua presença com formas rudimentares. Segundo esse autor, outros dentes também podem estar ausentes ou possuírem formas reduzidas, mas não são tão freqüentes quanto os terceiros molares.

As causas locais envolvidas na etiologia da impacção são representadas, principalmente, pela obstrução mecânica da via de erupção do dente sendo, em sua grande maioria, identificáveis por exame radiográfico. São exemplos de causas locais: a falta de espaço devido ao crescimento ósseo deficiente; maturidade física precoce; irregularidade na posição e pressão do dente adjacente; direção distal de erupção dos terceiros molares e posição

distal do dente adjacente; maior densidade do tecido ósseo circundante; espessamento do revestimento mucoso como resultado de inflamações crônicas; degeneração tecidual com formações císticas; anomalias dentárias como dilaceração radicular, maior número de raízes e macrodontia; mineralização tardia, prolongado trajeto de erupção do dente e doenças adquiridas como necrose por infecção, abscessos e processos inflamatórios (Archer, 1975; Hattab *et al.*, 1995; Basile & Gregori, 2004).

Fatores sistêmicos também podem estar relacionados à etiologia das impacções. Esses são divididos em causas pré-natais, ligadas à hereditariedade e a miscigenação de raças e causas pós-natais, que interferem no desenvolvimento da criança, como anemia, raquitismo, tuberculose, distúrbios endócrinos, desnutrição e sífilis congênita, além de raras condições como a oxicefalia, síndrome da progeria, acondroplasia, síndrome de Down e a disostose cleidocraniana. Essas causas sistêmicas geralmente podem estar envolvidas com a etiologia da impacção, inclusive de outros dentes, embora nem sempre seja possível estabelecer claramente uma correlação (Archer, 1975; McDonald & Avery, 2001; Basile & Gregori, 2004).

A idade média de erupção dos terceiros molares está por volta dos 20 anos, podendo acontecer até os 25 (Odusanya & Abayomi, 1991; Hattab, 1997; Peterson *et al.*, 2000; Farias *et al.*, 2003). Otuyemi *et al.* (1997) analisaram o período de irrompimento do terceiro molar na cavidade bucal de 1071 pacientes nigerianos da zona rural com idade entre 11 e 21 anos. Verificaram que a idade média no gênero feminino foi mais precoce que no masculino, respectivamente aos 13 e 15 anos, fato atribuído às diferenças de crescimento entre os gêneros.

Em outro trabalho onde se avaliou radiograficamente 66 pacientes num estudo longitudinal de 7 anos, onde radiografias eram realizadas anualmente, para acompanhamentos da irrupção de terceiros molares, em arcos inferiores com e sem extrações de outros dentes. Observou-se que a irrupção de terceiros molares inferiores ocorreu mais cedo em indivíduos que sofreram extrações de outros dentes permanentes. Inclusive, em casos com

extrações unilaterais, apenas no lado da extração o terceiro molar apareceu mais precocemente em relação ao arco oposto (Richardson & Dent, 1974).

Muito se discute acerca da extração ou não dos dentes não irrompidos, devido aos possíveis transtornos ocasionados por esses elementos dentais. Embora a remoção cirúrgica dos terceiros molares impactados esteja entre os procedimentos mais comumente realizados entre todos os procedimentos da cirurgia oral e maxilo facial (Tetsch & Wagner, 1985; Spencer *et al.*, 1993; Robinson & Smith, 1996), ainda não há consenso sobre a remoção desses dentes quando assintomáticos e sem evidência de patologia. Existe uma dicotomia com respeito à necessidade bem como às conseqüências das extrações precoces dos terceiros molares.

Aqueles que se opõem a extração profilática dos terceiros molares apontam o risco de complicações da cirurgia como infecção, dano a dentes e tecidos adjacentes, fraturas ósseas, hemorragia, aspiração de fragmentos dentários, comunicação buco-sinusal e os custos inerentes da remoção de rotina (Obiechina *et al.*, 2001b; Blakey *et al.*, 2002; Bui *et al.*, 2003; Kim *et al.*, 2003; Susarla & Dodson, 2005; Dunne *et al.*, 2006).

Na outra vertente encontram-se os favoráveis à remoção em bases profiláticas, afirmando que a extração precoce reduz a morbidade pós-operatória, evita a doença periodontal, pericoronarite, cárie, reabsorções radiculares, cistos, tumores e possibilita melhor reparo e aderência da mucosa gengival ao segundo molar adjacente, além de uma melhor recuperação pós operatória (Bruce *et al.*, 1980; Godfrey, 1999; Peterson *et al.*, 2000; Kruger *et al.*, 2001; Rafetto, 2006).

Diante da controvérsia sobre indicações e época da extração de terceiros molares e no sentido de minimizar as discordâncias, em 1980, o National Institute of Health (NIH) publicou um consenso das indicações para extração de terceiros molares, determinando critérios para sua execução, sendo: 1- pericoronarite recorrente ou severa; 2 – cárie no terceiro molar sem possibilidade de restauração; 3 – cárie na distal do segundo molar adjacente; 4 – doença periodontal, com bolsas, no segundo molar maiores ou iguais a 5mm; 5 – evidência de alargamento folicular; e, 6 – reabsorção radicular provocada

pelo terceiro molar. Situações consideradas mais raras também podem indicar a extração de terceiros molares, como quando este se encontra na linha de uma fratura mandibular ou na região de osteotomias maxilares ou mandibulares. (NIH, 1980; Hill, 2006).

Brickley *et al.*, (1993) alegaram que as diretrizes para a extração de terceiros molares deveriam ser revistas, pois verificaram que cerca de dois terços das extrações realizadas em serviços de cirurgia oral e maxilo-facial não se enquadravam nas diretrizes sugeridas pela NIH.

Em 1994, a American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) acrescentou novas diretrizes para a indicação de terceiros molares, que incluía: 1 – remoção profilática para facilitar movimentos ortodônticos; 2 – remoção para promover estabilidade dentária; 3 – em casos de anormalidades ortodônticas (comprimento do arco e discrepância de tamanho dentário); e, 4 – em situações prévias à cirurgia ortognática. Foram descritas estas indicações além das recomendadas para o abandono da remoção profilática de dentes livres de patologias, orientando assim, seu acompanhamento. Em 2000, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) reafirmou que a prática de remoção profilática de terceiros molares livres de patologia estava desaconselhada (Hill, 2006).

Como regra geral, os terceiros molares não irrompidos são preferencialmente extraídos na idade jovem (Hattab, 1997; Hattab & Alhaija, 1999; Peterson *et al.*, 2000; Bataineh *et al.*, 2002). O período considerado ideal para extração é após a formação do primeiro terço da raiz e antes da formação do segundo terço, o que normalmente ocorre no final da adolescência, entre 16 e 18 anos de idade (Alling & Catone, 1993; Andreasen *et al.*, 1997; Peterson *et al.*, 2000; Medeiros, 2003; Aguiar *et al.*, 2005). Pacientes que tem seus terceiros molares extraídos após os 25 anos têm menor chance de que ocorra diminuição da bolsa intra-óssea na distal do segundo molar, e de que ocorra reparo ideal. Também se torna mais difícil a exodontia com o avançar da idade, pois além de o osso tornar-se mais mineralizado e menos resiliente, há a diminuição do espaço pericoronário e do ligamento periodontal, processo de reparo menos é favorável e a incidência de alterações sistêmicas se torna

maior (Peterson *et al.*, 2000; Blakey *et al.*, 2002; Bui *et al.*, 2003; Medeiros, 2003).

De acordo com Hattab & Alhaija (1999), as mudanças na posição e no estado de erupção dos terceiros molares impactados são mais freqüentes do que se acredita, porque mesmo após a adolescência pode ocorrer crescimento da mandíbula e aumento do espaço retromolar, sendo incorreto definir dente impactado como aquele que nunca poderá se tornar irrompido. Em seu estudo longitudinal, esse autor verificou que, quanto menor a inclinação mesial dos terceiros molares, maiores são as chances de irromperem.

Muitos métodos para o prognóstico de erupção do terceiro molar durante seu desenvolvimento têm sido testados. Essa previsão seria extremamente útil na prática clínica, pois preveniria a remoção desnecessária de dentes que apresentassem possibilidades de erupção, como também permitiria a intervenção cirúrgica precoce em prováveis casos de impacções (Venta *et al.*, 1991a; Venta *et al.*, 1991b; Venta, 1993; Venta *et al.*, 1997).

Algumas técnicas para avaliar a probabilidade de erupção dos terceiros molares são baseadas, principalmente, no espaço disponível existente para a acomodação do terceiro molar que se estende, para os dentes inferiores, da superfície distal do segundo molar à borda anterior do ramo da mandíbula. Algumas vezes, esse espaço é analisado juntamente com o maior diâmetro mesio-distal da coroa do terceiro molar, possível de ser medido após sua formação completa (Venta *et al.*, 1991a; Venta *et al.*, 1991b; Venta *et al.*, 1997; Hattab & Alhaija, 1999; Venta & Schou, 2001). A avaliação do espaço disponível para os terceiros molares superiores, relatada no estudo de Ganss *et al.* (1993) e Kim *et al.* (2003), foi realizada medindo a distância linear de uma linha paralela ao plano oclusal maxilar a partir do ponto mais saliente da superfície distal do primeiro molar superior, até sua intersecção com o vértice pterigóideo na radiografia cefalométrica para avaliar esse espaço disponível. Ambos sugeriram que a terapia com extrações no arco, juntamente com o movimento mesial dos molares durante o fechamento de espaço, reduz a freqüência de impacções, devido ao aumento do espaço para sua erupção.

No trabalho de Venta *et al.*, (1993), a avaliação da probabilidade de erupção de terceiros molares, em 123 pacientes acompanhados dos 20 aos 26 anos de idade, foi verificada de acordo com cinco características identificadas na radiografia panorâmica, sendo elas: a inclinação do dente, seu estágio de formação radicular, tipo de impacção, sua profundidade óssea e espaço disponível para sua acomodação, em relação ao diâmetro da sua coroa. Os autores consideraram esta avaliação e enfatizaram que se mostrou satisfatória e de fácil aplicação e que, além da avaliação dessas cinco características, o exame clínico deve ser considerado para a definição da necessidade ou não de remoção do terceiro molar.

Richardson (1999) revisou o papel do terceiro molar inferior na Ortodontia avaliando aspectos como desenvolvimento e alterações na posição com avanço da idade, erupção, impacção, prevenção de impacção e extração. Observou que existe mudança na posição dos terceiros molares com o avanço da idade, mas que as tentativas de prognóstico de irrompimento têm valor limitado na predição da impacção. Outro fator observado é que a causa individual da impacção mais importante é a ausência de espaço. No entanto, mesmo quando o espaço é adequado a erupção não está garantida. Também relata a mudança da inclinação do terceiro molar mesmo após os 21 anos e que não há correlação entre as impacções do lado direito e esquerdo, sendo que estas podem estar influenciadas pelas extrações realizadas no arco, crescimento condilar direcionado verticalmente, crescimento mandibular deficiente e erupção da dentição direcionada para a distal.

Venta *et al.*, (2001), verificaram que os terceiros molares impactados, principalmente os inferiores, podem mudar de posição até os 32 anos de idade. Eles acompanharam 25 pacientes entre seus 20 e 32 anos de idade e observaram alteração, tanto de inclinação como de profundidade óssea, em 76% dos dentes, e concluíram ser impossível de previsão da erupção dos terceiros molares.

Em geral, os dentes inclusos permanecem assintomáticos, sendo comumente descobertos por exames radiográficos de rotina (Deboni & Gregori, 1990). A idade com que geralmente são diagnosticados varia entre 15 e 25

anos, devido ao fato desse intervalo corresponder à época comum para erupção, realização dos tratamentos ortodônticos (Valladares Neto & Marquez, 1998) e por ser a faixa etária em que esses dentes geralmente causam problemas relacionados à erupção (Basile & Gregori, 2004). Farias *et al.* (2003) encontraram que 88,9% dos pacientes submetidos a extrações de terceiros molares eram menores de 30 anos. Ong *et al.* (1996) e Pádua (2002) também relataram que estes procedimentos são realizados, em sua maioria, em adultos jovens.

Um exame radiográfico cuidadoso é imprescindível e de suma importância tanto para o estabelecimento do diagnóstico do dente impactado como também para a escolha do tratamento. Quando o tratamento radical for indicado, esse exame permite a determinação da técnica cirúrgica mais adequada ao caso, e quando conservador possibilita preservação do dente em questão (Pell & Gregory, 1942; Archer, 1975; Deboni & Gregori, 1990; Owotade *et al.*, 2003; Basile & Gregori, 2004).

A avaliação radiográfica dos terceiros molares é imperativa para o estabelecimento de terapêuticas de acompanhamento assim como de planejamento cirúrgico. Neste contexto, as classificações se tornam importantes para uniformizar o linguajar científico, possibilitando transferir experiências e padronização de estudos e podem ser utilizadas para o estabelecimento da técnica cirúrgica mais adequada (Farias *et al.*, 2003).

Vários sistemas de classificação de terceiros molares impactados, resultantes essencialmente de estudos radiográficos, foram criados para facilitar o planejamento e determinar, no pré-operatório, o grau de dificuldade da exodontia (AlShamrani, 2001), sendo que esta avaliação deve possibilitar, para cada caso, uma análise cuidadosa que permita a visualização total do dente, do número e da morfologia das raízes e da sua relação com estruturas anatômicas circunvizinhas (Archer, 1975; Basile & Gregori, 2004).

Com relação à avaliação pré-operatória, a radiografia panorâmica tem sido largamente utilizada (Benediktsdottir *et al.*, 2003) e tem apresentado condições satisfatórias para classificar os terceiros molares (Peterson *et al.*, 2000).

Alguns autores, durante o estudo de fatores relacionados ao grau de dificuldade cirúrgica, avaliaram a formação, o número e a morfologia das raízes em radiografias. Com relação ao número, os dentes geralmente são classificados em uniradiculares, multiradiculares e indeterminados, adicionando ou não a variante birradicular. A morfologia das raízes tem sido classificada em: cônicas, convergentes com ápice aberto ou fechado, divergentes, fusionadas e curvas, sendo possíveis as associações entre elas. A curvatura das raízes pode ser classificada em reta, curva, dilacerada e indeterminada (Zoccola *et al.*, 1988; Santamaria & Arteagoitia, 1997; Wenzel *et al.*, 1998; Yamaoka *et al.*, 2001; Yuasa *et al.*, 2002).

Os terceiros molares também tem sido classificados com relação à formação radicular, podendo ser classificados de forma mais simples como de formação completa ou incompleta (Schersten *et al.*, 1989; Venta *et al.*, 1991b; Venta & Schou, 2001), ou pode ser dividida em terços radiculares, como até um terço formado, entre um terço e dois terços radiculares formados e mais de dois terços de raiz formada (Hattab *et al.*, 1995; Hattab & Alhaija, 1999), ou ainda em seis classes: desenvolvimento inicial da raiz menor que um quarto do comprimento estimado, um quarto do comprimento formado, metade do comprimento formado, três quartos do comprimento formado, comprimento completo com ápice aberto e comprimento completo com ápice fechado (Kullman *et al.*, 1992).

Winter (1926) foi o primeiro a examinar o terceiro molar impactado através de radiografias com o objetivo de planejar a técnica cirúrgica, classificando-o de acordo com: a posição da sua coroa em relação à posição, ao tamanho, à forma, ao segundo molar e ao plano oclusal; características radiculares (formação e anatomia), tipo do tecido ósseo circunscrito e inclinação do terceiro molar em relação ao segundo molar.

A avaliação da dificuldade cirúrgica dos terceiros molares realizada por Pell e Gregory (1933) baseou-se na classificação desses dentes em relação à inclinação de seu longo eixo, na relação com o ramo mandibular e profundidade óssea (Pell & Gregory, 1933). Essas classificações tornaram-se

extremamente conhecida e são utilizadas com a denominação de “Pell e Gregory” (Zoccola *et al.*, 1988; Garcia *et al.*, 2000; Obiechina *et al.*, 2001b).

O grau de erupção ou de impacção do terceiro molar tem sido definido de diversas maneiras na literatura, como: dente irrompido e não irrompido (Schersten *et al.*, 1989); dente completa ou parcialmente erupcionado; dente impactado em tecido ósseo ou tecido mole (Hattab *et al.*, 1995); dente com erupção parcial, impacção óssea parcial e impacção óssea total (Wenzel *et al.*, 1998) e dente erupcionado, parcialmente impactado e totalmente ou completamente impactado (Hugoson & Kugelberg, 1988; Yamaoka *et al.*, 1999; Kruger *et al.*, 2001).

O tipo, o grau ou o estado de impacção tem sido geralmente dividido em: impacção por tecido mole, quando toda a coroa estiver acima do osso alveolar e a superfície oclusal estiver coberta por tecido mole; impacção óssea parcial, quando uma porção da coroa do dente estiver abaixo do osso alveolar com superfície oclusal coberta parcial ou totalmente por tecido mole e impacção óssea total, quando todo o dente estiver totalmente envolvido pelo tecido ósseo (Chandler & Laskin, 1988; Venta, 1993; Kahl *et al.*, 1994; Peterson *et al.*, 2000; Venta & Schou, 2001). Outra classificação comumente utilizada em relação ao grau de erupção do terceiro molar é irrompido, quando toda a coroa estiver exposta na cavidade bucal; semi-irrompido, quando parte da coroa ainda estiver coberta por gengiva; sub-mucoso, quando o dente estiver acima do nível ósseo mas totalmente coberto pela mucosa oral e intra-ósseo, quando o dente estiver totalmente recoberto por osso (Medeiros, 2003).

A classificação mais comum dos terceiros molares refere-se à inclinação de seu longo eixo. De acordo com o ângulo formado entre o longo eixo do dente impactado com o do dente adjacente, sua inclinação é denominada em mesio-angulada, disto-angulada, horizontal e vertical (Pell & Gregory, 1933; Pell & Gregory, 1942; Yamaoka *et al.*, 1995; Hattab & Alhajja, 1999; Peterson *et al.*, 2000; AlShamrani, 2001). Alguns autores consideram para essa classificação o ângulo formado entre o longo eixo do dente impactado com o plano oclusal (Kahl *et al.*, 1994; Freisfeld *et al.*, 1998), ou ainda o ângulo formado entre as linhas paralelas das superfícies oclusais do

dente impactado e dos molares adjacentes (Richardson & Richardson, 1993; Venta, 1993; Venta & Schou, 2001).

Adicionalmente a essas inclinações, os dentes podem possuir deflexão vestibular ou lingual (Pell & Gregory, 1933), ou estar angulados em direção vestibular ou lingual (Nemcovsky *et al.*, 1996). Além disso, o dente pode estar em posição ectópica, posição invertida com o ápice voltado para a crista alveolar (Pell & Gregory, 1933; AlShamrani, 2001).

As classificações de impacções dentárias têm sido denominadas de acordo com o nome do autor que estabeleceu seus critérios. Por exemplo: classificação segundo “Winter” em 1926, em mesio-angular, disto-angular, horizontal e vertical (Winter, 1926; Archer, 1975), Outra classificação conhecida como de “Pell e Gregory”, porém, primeiro advogada por Wilton W. Cogswell, considera a posição dos terceiros molares inferiores em relação à borda anterior do ramo mandibular. Essa é dividida em: Classe I, quando há espaço suficiente para a acomodação do maior diâmetro mesio-distal da coroa; Classe II, quando o espaço existente for menor que o maior diâmetro mesio-distal da coroa e Classe III, quando o dente está localizado totalmente dentro do ramo (Pell & Gregory, 1933; Pell & Gregory, 1942; Archer, 1975; Basile & Gregori, 2004).

Em alguns trabalhos, como os de Ventã *et al.* (1991) e Venta *et al.* (2001), a classificação do dente em relação ao ramo ascendente citada como a de Pell e Gregory recebe nomenclatura diferente, como: espaço suficiente, espaço insuficiente e espaço ausente. Obiechina *et al.* (2001a) descrevem como: Posição I, quando nenhuma porção da coroa estiver dentro do ramo mandibular; Posição II, quando menos da metade da coroa estiver dentro do ramo mandibular; Posição III, quando mais da metade da coroa estiver dentro do ramo mandibular.

A classificação originalmente sugerida por Pell e Gregory no seu trabalho de 1933 refere-se à profundidade óssea do dente impactado, utilizando como parâmetro a altura do plano oclusal e o segundo molar adjacente: Posição A, quando a porção mais superior do terceiro molar estiver na altura do plano oclusal do segundo molar; Posição B, quando estiver entre o

plano oclusal e linha cervical do segundo molar e Posição C, quando estiver abaixo da linha cervical do segundo molar (Pell & Gregory, 1933; Pell & Gregory, 1942). Alguns trabalhos utilizam como referência a porção mais superior da superfície oclusal do dente impactado (Deboni & Gregori, 1990).

Esse tipo de classificação do dente impactado em relação ao dente adjacente também foi nomeado diferentemente, utilizando os mesmos critérios de Pell e Gregory em: Nível Oclusal, Nível Cervical e Nível Apical (Venta *et al.*, 1991a; Venta & Schou, 2001), ou em profundidade óssea alta, média e profunda (Kahl *et al.*, 1994). Quek *et al.* (2003) consideraram a altura óssea da junção cimento-esmalte do terceiro molar para classificar a profundidade da impacção desses dentes em: Nível A, quando não houver tecido ósseo em torno do terceiro molar acima dessa junção; Nível B, quando o tecido ósseo cruzar essa junção; e Nível C, quando a junção estiver totalmente dentro do tecido ósseo.

Os terceiros molares superiores são classificados basicamente da mesma forma, contudo adequados para a região superior. Assim, os terceiros molares superiores são classificados com relação à sua profundidade óssea em Classes A, B e C, tendo como referência sua porção mais inferior e, com relação a sua inclinação em vertical, horizontal, mesio-angular, disto-angular, vestibulo- angular, palato-angular, invertido, transverso e ectópico (Archer, 1975; Racey & Wallace, 1979; Basile & Gregori, 2004).

A relação dos terceiros molares superiores com os seios maxilares deve ser avaliada antes da remoção cirúrgica desse dente. Durante o seu desenvolvimento, ele ocupa a cripta óssea que é freqüentemente separada do seio maxilar por uma fina membrana de tecido ósseo e após o desenvolvimento da porção radicular apical, essa freqüentemente projeta-se para o interior do assoalho do seio (Racey & Wallace, 1979).

A relação do terceiro molar superior impactado com o seio maxilar pode ser classificada em: próximo com íntima relação, quando a raiz ou a própria coroa se projetar para o interior do seio maxilar; próximo sem relação, quando não houver nenhum osso ou apenas um fino trabeculado ósseo presente entre o contorno do seio maxilar e o dente impactado e distante,

quando houver distância maior que 2 mm entre o seio maxilar e o dente (Archer, 1975; Racey & Wallace, 1979).

O percurso do nervo alveolar inferior dentro do canal mandibular se aproxima dos ápices radiculares dos terceiros molares e, quando esses dentes se encontram impactados, essa proximidade pode ser estreita. A avaliação radiográfica pré-operatória deve tentar definir a proximidade do canal com o dente impactado para avaliar a possibilidade de ocorrência de dano ao nervo e prevenir sua ocorrência com adequado planejamento cirúrgico (Archer, 1975; Rood & Shehab, 1990; Benediktsdottir *et al.*, 2003).

Para avaliar a proximidade de dente impactado com o canal do nervo alveolar inferior, essa relação foi classificada utilizando a radiografia panorâmica por Santamaria e Artegoitia (1997) e por Yuasa *et al.* (2002) como distante: na relação do ápice radicular com distância maior que 2 mm; próximo sem relação, com distância menor que 2 mm mas sem sinais de relação com o canal mandibular; próximo com íntima relação, na relação do ápice radicular com distância menor que 2 mm e íntima relação com o canal mandibular e apresentando um desses sinais radiográficos: presença de radiolucência em uma porção da raiz (normalmente a densidade da raiz é a mesma em todo o seu comprimento, o que não ocorre quando uma porção da raiz coincide com o trajeto do nervo); desvio ou mudança da raiz próxima ao nervo (esse desvio pode ser para mesial, distal, vestibular ou lingual, e ocorre quando a raiz encontra o canal); estreitamento da raiz (ocorre quando o canal provoca uma ranhura ou depressão na raiz); escurecimento ou imagem dupla em sombra no ápice radicular (ocorre quando o canal atravessa o ápice radicular); interrupção ou obliteração de qualquer uma ou de ambas as corticais radiopacas do canal do nervo alveolar inferior imediatamente antes de alcançar o dente; desvio ou curva do canal na região do ápice radicular e estreitamento do canal próximo ao dente.

No estudo de Yuasa *et al.* (2002), três desses sinais foram fortemente associados com a ocorrência de parestesia após a exodontia de terceiros molares impactados, sendo eles o desvio do canal, presença de radiolucência em uma porção da raiz e a interrupção da cortical do conduto.

Há evidências de grande variação entre os trabalhos publicados quanto à incidência de impacções dos terceiros molares (Hattab & Alhaija, 1999; Bataineh *et al.*, 2002; Basile & Gregori, 2004), sendo esses os dentes que apresentam maior frequência de impacção podendo atingir 16% a 22% da população, representando cerca de 90% de todas as impacções (Winter, 1926; Kramer & Williams, 1970; Aitasalo *et al.*, 1972; Archer, 1975; Richardson, 1977; Hattab *et al.*, 1995; Hattab & Alhaija, 1999; Olosoji & Odusanya, 2000; Peterson *et al.*, 2000; Obiechina *et al.*, 2001a; Basile & Gregori, 2004). Outro dado relevante é que a incidência da impacção desses dentes vem aumentando durante as últimas décadas (Rajasuo *et al.*, 1993; Beeman, 1999; Hattab & Alhaija, 1999; Bataineh *et al.*, 2002).

Os terceiros molares também são os dentes que possuem maior incidência de agenesia ou hipodontia, que se referem respectivamente à falta de desenvolvimento de um ou mais dentes, de microdontia isolada e a presença de um dente fisicamente menor. A prevalência de agenesia de um ou mais terceiros molares varia entre 1% e 35%, dependendo do estudo e da população analisada (Bishara & Andreasen, 1983; Hattab *et al.*, 1995; Neville *et al.*, 1998).

As explicações para as diferenças encontradas entre as pesquisas vinculam-se às diferenças raciais, a variações da definição de impacção, da idade de diagnóstico (Aitasalo *et al.*, 1972; Schersten *et al.*, 1989; Hattab & Alhaija, 1999) e ao fato de que a determinação da sua incidência depende de exames radiográficos, o que pode alterar os resultados por restringir a casuística. Deve-se lembrar ainda que, entre as populações estudadas, há presença de diferentes fatores relacionados à etiologia das impacções que deveriam ser considerados por influenciarem na sua incidência (Basile & Gregori, 2004).

Sarnat *et al.* (2003), avaliaram o estágio de desenvolvimento do terceiro molar em crianças e adolescentes israelenses saudáveis através de 693 radiografias panorâmicas, comparando-os entre meninos e meninas, maxila e mandíbula, lados direito e esquerdo em várias faixas etárias e não encontraram nenhuma diferença no desenvolvimento do terceiro molar entre os

gêneros, entre os lados direito e esquerdo e nas arcadas superior e inferior, mas conseguiram encontrar alta correlação entre o desenvolvimento do terceiro molar com a idade cronológica do paciente.

Com relação ao gênero, às arcadas superior e inferior e aos lados esquerdo e direito parece não haver diferença na incidência de impacção do terceiro molar (Basile & Gregori, 2004). A impacção bilateral ou de mais de um dente na mesma pessoa é razoavelmente comum, pois o trabalho de Basile & Gregori (2004), acusam média de 1,5 dentes impactados por indivíduo.

Analisando radiografias panorâmicas de 3745 pacientes negros que procuraram atendimento na Clínica de Cirurgia Bucal do Hospital de Harlem, em Nova York, Kramer & Williams (1970) encontraram 18,2% dos pacientes com um ou mais dentes impactados, onde os terceiros molares representaram 94,8% do total dessas impacções. A impacção unilateral desse dente foi mais freqüente que a bilateral, não sendo observada nenhuma diferença entre os gêneros e os terceiros molares superiores impactados foram mais comuns do que os inferiores (62,57% e 47,44% respectivamente).

A incidência de terceiros molares impactados em 1000 pacientes da Arábia Saudita encontrada por Haidar & Shalhoub (1986) foi de 31,0%, dos quais, 53,9% em posição vertical, 32,7% com inclinação mesio-angular, 8,5% disto-angular e 5,1% em posição horizontal.

Schersten *et al.* (1989), estudaram em 288 radiografias panorâmicas a prevalência da impacção de terceiros molares em estudantes de Odontologia da Universidade de Lund, em Malmo na Suécia. Encontraram que 33% dos indivíduos tinham algum terceiro molar impactado, sendo as posições mais comuns a vertical e a mesio-angular, sendo a freqüência de impacção do terceiro molar foi mais alta na mandíbula do que na maxila.

Yamaoka *et al.* (1995) encontraram uma incidência de 8,5% de terceiros molares totalmente impactados em 1834 pacientes acima de 21 anos avaliados por radiografias panorâmicas, não encontrando diferença entre os gêneros e as faixas etárias. O grupo de pacientes acima de 61 anos de idade apresentou diferença na angulação do terceiro molar impactado conforme a presença ou a ausência do segundo molar. Quando o segundo molar superior

estava ausente, a maioria dos terceiros molares superiores totalmente impactados encontrava-se em posição horizontal ou transversa e, quando aquele estava presente, em posição vertical. Essa relação não foi observada para os terceiros molares inferiores sendo o mesio-angulado o mais incidente.

Utilizando radiografias panorâmicas de 1026 pacientes, Yamaoka *et al.*, (1996) avaliaram a relação entre a presença de dente incluso e a presença ou ausência de todos os dentes, sendo que a proporção de pacientes edentados com terceiros molares impactados foi menor que a de pacientes dentados. A prevalência de dente impactado na mandíbula foi menor do que na maxila tanto nos pacientes edentados como nos dentados.

Liedholm *et al.* (1999) em estudo realizado em sete clínicas de cirurgia oral e maxilofacial da região sul da Suécia, avaliaram 666 pacientes através de radiografias panorâmicas e encontraram as seguintes incidências de angulações em extrações de terceiros molares: mesio-angulados com 33%, vertical com 29%, disto-angulados com 21% e horizontal com 17%.

Fuselier *et al.*, (2002) avaliaram a relação entre a presença e o nível de impacção de terceiros molares inferiores com fratura de ângulo de mandíbula. Foram avaliados 1210 pacientes e 823 dentes sendo a maior incidência de terceiros molares na posição A (524). A posição B apresentava 147, número bem semelhante ao da posição C, com 152. Chegaram a conclusão que o terceiro molar inferior aumenta o risco de fratura de ângulo, mas não encontraram correlação entre o tipo de impacção e o aumento desse risco.

Dentre 4063 pacientes finlandeses estudados por Hattab e Alhaija (1999), 14,1% tinham dentes impactados. Destes, 76,1% eram terceiros molares, que não mostraram diferença de prevalência entre os gêneros e os quadrantes e foram predominantemente encontrados entre 20 e 29 anos de idade. Em um estudo dos mesmos autores no ano de 1997 foi observado o nível de erupção na posição A como o de maior número de ocorrências, seguidos pela posição C e posição B.

Sant'ana *et al.* (2000), realizaram um estudo com o objetivo de determinar, por meio de radiografias panorâmicas, a prevalência da posição

dos terceiros molares inferiores não irrompidos nos pacientes atendidos na clínica de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, no período de 1992 a 1997. Foram analisadas as posições de 800 dentes, classificados segundo critérios de WINTER (1926), sendo a posição vertical mais freqüente (45,75%), seguida pela mesioangular (36,25%), distoangular (8,125%), horizontal (6,875%), invertido (2,25%) e trans-alveolar (0,75%).

Farias *et al.*, (2003), revisaram 88 prontuários que continham radiografias panorâmicas de pacientes que se submeteram a cirurgia para remoção de dentes inclusos na disciplina de cirurgia da Universidade Estadual de Feira de Santana, no período de janeiro 2001 a janeiro de 2002. Observaram que a classe B foi a mais freqüente (40,6%), seguida pela classe A (38,9%) e a classe C (20,5%).

Ay *et al.*, (2006), estudaram por meio de radiografias panorâmicas, 107 pacientes onde o primeiro molar havia sido extraído após os 16 anos e observaram que a angulação vertical dos terceiros molares ocupou mais da metade do total de dentes encontrados com 53,7%, seguida pela mesioangular com 26,6%. O nível de erupção de terceiros molares encontrado foi: classe A com 61,7%, classe B com 28% e a classe C com 10,3%. Quanto ao espaço para erupção houve predominância da classe I sobre as demais com 43,3% dos casos, seguida pela classe II com 42,5% e classe III com 14,2%.

Investigando a existência dos germes dos terceiros molares em pacientes ortodônticos xantodermas, Kajii *et al.* (2001) avaliaram a relação entre a presença destes dentes e o relacionamento ântero-posterior dos arcos dentários. Para tanto, 306 pacientes (108 homens e 198 mulheres) foram selecionados da clínica de Ortodontia da Universidade de Hokkaido, no Japão. A faixa etária média da amostra era inferior a 15 anos de idade, quando foram inicialmente avaliados. Pacientes apresentando deformidades congênitas como fissura palatina foram excluídos do estudo. Radiografias panorâmicas e telerradiografias foram obtidas no início da pesquisa para determinar a presença dos germes dos terceiros molares e o ângulo ANB, respectivamente. Utilizaram esta medida cefalométrica, objetivando classificar as más oclusões

baseadas no relacionamento ântero-posterior maxilomandibular dos arcos dentários: Classe 1 esquelética (ANB de 2° a 6°); Classe II esquelética (ANB maior que 6°) e Classe III esquelética (ANB menor que 2°). As porcentagens dos pacientes que apresentavam todos os quatro terceiros molares ou apenas um dos quatro dentes foram calculadas. Concluíram que aproximadamente 77% dos pacientes ortodônticos xantodermas apresentavam todos os quatro terceiros molares; a freqüência dos germes dos terceiros molares inferiores era maior que a dos superiores e, finalmente, a porcentagem dos pacientes com Classe II esquelética, apresentando todos os terceiros molares era maior do que nos pacientes com má oclusão de Classe III.

Bataineh *et al.* (2002) observaram a inclinação e os fatores que levaram a um tratamento radical de 2252 terceiros molares inferiores em 1282 pacientes universitários da Jordânia, como representantes da população árabe. O maior número de impacção foi encontrado em pacientes entre 20 e 25 anos, seguido pelo grupo com mais de 37 anos de idade do gênero masculino. A análise das complicações que indicaram a exodontia desses molares revelou presença de pericoronarite em 46% dos casos, de cáries no dente removido em 23%, de cáries no dente adjacente em 0,5% e associação com doenças em como cistos, tumores e reabsorções radiculares em 1,6%. A maioria dos terceiros molares encontrava-se em posição vertical (61%) seguida de inclinação mesial (18%), que foi a principal inclinação associada às complicações.

Saglam & Tüzüm (2003) avaliaram 1000 pacientes da Clínica de Cirurgia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Ataturk em Isparta (Turquia) e encontraram, através de exame clínico e radiografias, 11% de dentes totalmente inclusos, sendo que os mais freqüentes foram o terceiro molar inferior (42,37%), o terceiro molar superior (40,46%) e o canino superior (11,07%). Na distribuição entre os gêneros e as faixas etárias houve uma maior incidência de terceiros molares impactados no gênero feminino, entre 20 e 35 anos de idade.

Em uma avaliação de 1000 radiografias panorâmicas de pacientes entre 20 e 40 anos da população chinesa, Quek *et al.* (2003), encontraram

aproximadamente 68,6% dos indivíduos com pelo menos um dente impactado. Essa alta frequência foi atribuída ao fato dessa população comumente apresentar uma forma estreita de arco e dentes com grandes dimensões. A frequência de impacções foi três vezes maior na mandíbula que na maxila e significativamente maior no gênero feminino. Com relação à característica dos dentes impactados, a inclinação mesial foi a mais freqüente.

Obiechina *et al.* (2001) avaliaram 473 terceiros molares inferiores impactados segundo os critérios de Pell e Gregory (1933) encontrados em 338 pacientes entre 16 e 54 anos, observando que 72,09% pacientes encontravam-se abaixo dos 25 anos e entre os dentes classificados, encontraram; quanto à profundidade, 54,55% na Posição A, 31,92% na Posição B e 13,53% na Posição C. Quanto ao espaço para erupção: 22,62% classe I, 60,89% na classe II e 16,49% na classe III. Quanto a angulação: mesio-angular (44,5%), posição vertical (27,6%), horizontal (15,9%), com inclinação disto-angular (11,6%) e invertido (0,4%).

Em 2002, Vasconcellos *et al.* analisaram 450 radiografias panorâmicas, com um total de 1358 terceiros molares em uma clínica de radiologia odontológica, da cidade do Recife, PE, no período de agosto a outubro de 2001. Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os gêneros, com idade entre 21 e 25 anos e os terceiros molares não irrompidos foram classificados segundo WINTER. Do total de radiografias, 287 apresentavam terceiros molares não irrompidos, das quais 148 (51,57%) eram do gênero masculino e 139 (48,43%) do gênero feminino. A posição vertical foi a que apresentou maior frequência (45,17%), seguida da mesial (34,97%), distal (11,78%), horizontal (7,03%) e anômala (1,05%).

Em um trabalho realizado com 3.599 radiografias panorâmicas em jovens norte-americanos, acima de 20 anos, obtidas nas Faculdades de Odontologia de Indiana e Oregon, EUA, Dachi & Howell, em 1961, encontraram uma incidência de 16,7% de dentes não irrompidos. Os dentes mais freqüentemente não irrompidos apresentaram a seguinte ordem: terceiros molares superiores, terceiros molares inferiores, caninos superiores e pré-

molares inferiores. A incidência dos terceiros molares superiores impactados foi de 21,9%, enquanto que para os inferiores foi de 17,5%.

Avaliando 4.063 radiografias panorâmicas do Instituto de Odontologia da Universidade de Turku, na Finlândia, Aitasalo *et al.* (1972) obtiveram uma prevalência de 14,1% de dentes não irrompidos, sendo que 76,1% eram terceiros molares, não havendo diferença significativa entre a mandíbula e maxila.

O estudo de Olasoji & Odusanya (2000) teve como objetivo comparar o padrão de impacção em nigerianos residentes em áreas urbanas e rurais do sudoeste da Nigéria por meio de radiografias. Encontraram que os terceiros molares inferiores impactados encontravam-se principalmente com inclinação mesial, e os superiores em inclinação vertical.

Lee & Dodson (2000) relacionaram a presença e a posição de terceiros molares com fraturas de mandíbula em pacientes atendidos de janeiro de 1993 a abril de 1998 no departamento de Cirurgia da Universidade de Emory, Atlanta. Classificando os terceiros molares encontrados na mandíbula segundo Pell & Gregory, encontraram que 64,9 % estavam em posição A, 19,2 % em posição B e 15,9% em posição C. Já classificados quanto ao espaço para erupção encontraram que 62,9 % eram classe I, 20,2 % classe II e 16,9% classe III.

Sandhu & Kaur (2005) encontraram em seu estudo de 354 dentes examinados, a posição B, com 39%, como a mais prevalente, estando em segundo lugar a posição C, com 34% e a posição A, com 27%, em terceiro lugar.

Embora a remoção de dentes retidos represente um dos procedimentos mais comuns em cirurgia bucal – uma tarefa rotineira no dia-a-dia do consultório – problemas trans-operatórios podem ocorrer, e estes estão relacionados a uma avaliação incorreta ou inapropriada das dificuldades técnicas deste procedimento cirúrgico. Uma estimativa do grau de dificuldade do procedimento cirúrgico planejado deve ser feita antes da cirurgia (Jaquiery *et al.*, 1994; Pajarola *et al.*, 1994; Pajarola & Sailer, 1994; Pajarola *et al.*, 1995; Medeiros, 2003; Dunne *et al.*, 2006).

A localização das incisões e as escolhas dos retalhos para as cirurgias de terceiros molares são determinadas em função do acesso desejado e das estruturas anatômicas relacionadas, tais como nervos e vasos sanguíneos. O acesso cirúrgico deve ser idealizado de forma a promover uma adequada visualização do campo operatório, com o mínimo trauma aos tecidos. Vários tipos de retalhos podem ser utilizados desde que os princípios básicos não estejam violados (Medeiros, 2003).

Para a cirurgia de dentes inclusos, o retalho utilizado é sempre mucoperióstico, ou seja, é de espessura total, incluindo a mucosa e o periósteo. O retalho deve ser amplo para permitir boa visibilidade e planejado com uma margem de segurança, para que a linha de incisão repouse sobre osso rígido, prevenindo assim o colapso do retalho e a deiscência da sutura. Deve-se respeitar estruturas nobres como os vasos e os nervos, evitando-se incisões que coloquem em risco a integridade dessas estruturas (Peterson *et al.*, 2000). Em relação aos tipos de retalho mais utilizados em cirurgia de dentes inclusos, destacamos os retalhos em envelopes, o retalho com uma incisão relaxante ou em L, com duas incisões relaxantes ou em trapézio (Pajarola *et al.*, 1994; Pajarola & Sailer, 1994; Pajarola *et al.*, 1995; Medeiros, 2003).

A osteotomia e a odontosecção são etapas fundamentais no sucesso da extração de um dente incluído. A luxação e o deslocamento do dente de seu alvéolo são usualmente feitas com o uso de alavancas, já que os dentes inclusos são inacessíveis aos mordentes de um fórceps. Caso a remoção óssea próxima à região coronária seja suficiente para liberar a movimentação do dente, o uso de uma alavanca o deslocará do seu alvéolo. Entretanto, em muitos casos, ainda que o dente pudesse ser removido “inteiro”, isso seria feito à custa de uma destruição óssea extensa. A odontosecção permite, ao fragmentar o dente, que ele seja removido através de uma “janela óssea” menor. As osteotomias geralmente necessárias para remoção dos terceiros molares envolvem a região do rebordo alveolar. A odontosecção geralmente visa separar a coroa das raízes, sendo que em algumas situações

pode ser necessária a divisão do dente em 3 ou mais partes (Pajarola *et al.*, 1994; Medeiros, 2003).

A dor é um fenômeno biológico importante para a defesa do organismo, porém, desconfortável para o indivíduo acometido. É inerente a alguns procedimentos odontológicos, principalmente aos cirúrgicos, sendo sua intensidade, quase sempre, relacionada à extensão da cirurgia (Fattah *et al.*, 2005).

Os profissionais da saúde, inclusive os cirurgiões-dentistas, apresentam dificuldade para prescrever adequadamente drogas para o controle da dor. Devido à grande quantidade de medicamentos atualmente disponíveis no mercado com esta finalidade, é importante que, ao prescrevê-los, sejam avaliados o diagnóstico, plano de tratamento e objetivos a serem alcançados pela droga (Fattah *et al.*, 2005).

Existem três grandes grupos de drogas empregados no controle da dor pós-operatória, cada um atuando em um estágio diferente de seu mecanismo: antiinflamatórios esteroidais (AIES), antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs) e analgésicos.

Os corticóides podem ser definidos como hormônios sintéticos que mimetizam as ações do cortisol endógeno secretado pela glândula adrenal (Wannmacher & Ferreira, 1999). Seus efeitos terapêuticos são, geralmente, atribuídos à supressão dos múltiplos mecanismos envolvidos na resposta inflamatória, levando a uma diminuição dos níveis de mediadores químicos pró-inflamatórios no local da injúria (Dionne *et al.*, 2003).

Um dos principais mecanismos de ação dos corticóides citados envolve a inibição da enzima fosfolipase A2, não havendo, portanto, transformação de fosfolípídeos da membrana celular em ácido araquidônico, bloqueando a síntese subsequente de prostaglandinas (Pgs) e prostaciclina (via da cicloxigenase) e de leucotrienos (via da lipoxigenase) (Wannmacher & Ferreira, 1999; Andrade *et al.*, 2002).

A betametasona e a dexametasona são os fármacos de escolha para uso odontológico por via sistêmica, por apresentarem potência de ação 25 vezes maior que a hidrocortisona (droga padrão do grupo) e maior meia-vida

plasmática (36 a 54 horas). Temos ainda, como exemplos a prednisona e a prednisolona, com duração de ação intermediária (18 a 36 horas de meia-vida plasmática) (Wannmacher & Ferreira, 1999; Andrade *et al.*, 2002)

Em 2000, Almeida *et al.* sugeriram um protocolo farmacológico para o controle da dor decorrente da exodontia de terceiros molares inferiores inclusos, utilizando a associação de betametasona (4 mg) como medicação pré-operatória com uma solução anestésica testada (bupivacaína ou prilocaína). Os resultados indicaram uma menor intensidade de dor quando era empregada a betametasona em conjunto com a bupivacaína, nas primeiras 24 horas pós-cirúrgicas, sendo que 80% dos pacientes relataram preferência por este tipo de tratamento.

A enzima ciclooxigenase (Cox) catalisa a primeira etapa na síntese das prostaglandinas associadas à patogênese da dor inflamatória. Os antiinflamatórios não esteroidais convencionais atuam inibindo a ação desta enzima e acabam interferindo em todas as funções, fisiológicas ou não, relacionadas a estes mediadores. Porém, em 1990, foi demonstrada a existência de duas isoformas distintas da Cox (Fu *et al.*, 1990), denominadas Cox-1 e Cox-2. A Cox-1 é uma enzima constitutiva, presente em vários tecidos, responsável pela geração de prostaglandinas envolvidas em funções homeostáticas como citoproteção e agregação plaquetária. Já a Cox-2, mantém-se em níveis basais, elevando-se na presença do processo inflamatório. Baseada nesta informação, a indústria farmacêutica lançou no mercado, em 1999, uma nova classe de AINEs: os inibidores seletivos da Cox-2, genericamente conhecidos como coxibs, com o objetivo de reduzir os efeitos colaterais provenientes da inibição da Cox-1, sendo o principal deles, os distúrbios gastrintestinais em pacientes susceptíveis.

Os AINEs podem ser divididos em dois grupos principais: antiinflamatórios não esteroidais tradicionais e os inibidores seletivos da Cox-2. Na Odontologia, os mais utilizados são, entre os AINEs convencionais: diclofenaco de potássio, diclofenaco de sódio, meloxicam, ibuprofeno e derivados do ácido acetilsalicílico. Dentre os coxibs, são o celecoxib e etoricoxib.

É importante salientar que, quando o nociceptor já se encontra sensibilizado, ou seja, a dor está instalada, as drogas inibidoras da ciclooxigenase (AINEs) ou da fosfolipase A-2 (corticóides) não se comportam como analgésicos efetivos (Andrade *et al.*, 2002), sendo, portanto, indicada a prescrição dos analgésicos propriamente ditos.

Como citado anteriormente, os analgésicos de ação periférica ou não-opiídeos são indicados no tratamento de dores leves e moderadas já instaladas, uma vez que deprimem diretamente o nociceptor sensibilizado, diminuindo o estado de hiperalgesia persistente, através do bloqueio da entrada de cálcio e diminuição dos níveis de monoaminoperoxidase cíclica nas terminações nervosas livres (Fattah *et al.*, 2005).

Maia e Valença (1994) por meio de um questionário aplicado para 106 cirurgiões-dentistas, procuraram identificar os medicamentos mais utilizados em Odontologia para cirurgias eletivas. Constataram que 89,19% dos cirurgiões-dentistas prescrevem medicação frente a cirurgias eletivas; destes, 44,34% o fazem no pré e pós-cirúrgico. Ainda neste estudo, foi observado que 15,47% dos entrevistados prescrevem analgésicos no pré-operatório e 33,10% no pós-operatório, sendo que 51,35% dos cirurgiões-dentistas elegeram a dipirona como medicação de primeira escolha. Sollero (1965) também apontou que os produtos contendo dipirona ocupam o primeiro lugar nas prescrições medicamentosas no Brasil.

Já entre os analgésicos de ação central estão incluídos os medicamentos derivados do ópio, substância natural extraída da papoula. O princípio de ação dos opiídeos está relacionado com a depressão dos mecanismos centrais envolvidos na nocicepção (redução da transmissão medular de impulsos periféricos e reforço dos sistemas eferentes inibitórios), ou seja, os opiídeos afetam a percepção e reação aos impulsos que atingem o sistema nervoso central (Wannmacher & Ferreira, 1999). São indicados no tratamento de dores agudas moderadas e intensas, onde os analgésicos de ação periférica não apresentam resultados satisfatórios. Têm efeitos colaterais consideráveis, dentre eles, depressão respiratória, sedação, constipação intestinal, náuseas e vômitos, boca seca, hipotensão arterial e retenção

urinária. Tais substâncias devem ser prescritas em receituário controlado, uma vez que seu uso prolongado pode causar dependência. Os opióides mais conhecidos são o fosfato de codeína e o sulfato de morfina. Não são prescritos com frequência, pois a dor pós-operatória odontológica pode ser suficientemente controlada com analgésicos de ação central com menor capacidade de induzir dependência e menores efeitos adversos, entre eles o cloridrato de tramadol.

Associações medicamentosas podem exacerbar reações adversas como apontaram Wannmacher & Ferreira (1999). Os autores reforçaram que a associação de dois analgésicos não-opioides está contra-indicada, pois há evidências de que competem pela ligação nas proteínas plasmáticas, aumentando a velocidade de depuração daquele que permanece na forma não conjugada. Além disso, não há efeito analgésico adicional e observa-se aumento da incidência de efeitos adversos gastrointestinais e renais. Por outro lado, as interações medicamentosas também podem ser vantajosas, como por exemplo, a associação de analgésicos opioides e não-opioides.

Wannmacher e Ferreira (1999) afirmaram que as doses convencionais dos analgésicos produzem um efeito máximo, de modo que incrementá-las não determina analgesia adicional, concorrendo apenas para aumentar os efeitos adversos, então associação de analgésico de ação central não seria interessante. Andrade *et al.* (2002) concordam com esses autores, que o alívio da dor é maior quando os analgésicos são administrados antes do desaparecimento do efeito do anestésico local.

A escolha da droga deve considerar concomitantemente a etiopatogenia da dor pós-operatória, as condições sistêmicas do paciente e o tipo de procedimento realizado, sendo que a eficácia do controle da dor pós-operatória depende da escolha da droga adequada e do momento correto da prescrição (Fattah *et al.*, 2005).

Outra classe de medicamentos comumente usados nas cirurgias de terceiros molares são os antibióticos. As cirurgias para extração de terceiros molares são consideradas cirurgias potencialmente contaminadas, mas, no entanto, o uso de profilaxia antibiótica é um tópico controverso. Algumas

revisões de complicações em cirurgias de terceiros molares mostram uma incidência variando de 1% a 5,8% de infecções menores pós-operatórias (Chiapasco *et al.*, 1993).

Após mais de 60 anos de história do uso de antibióticos, ainda não existe consenso sobre o uso sistêmico para prevenção de complicações pós-operatórias das cirurgias de terceiros molares (Poeschl *et al.*, 2004), sendo as complicações mais comuns a osteíte alveolar e a infecção do sítio cirúrgico (Halpern & Dodson, 2007). A taxa de infecção tecidual após a remoção de terceiros molares é alta em relação às extrações dentárias de rotina, embora a exata incidência de infecção seja muito variável (Poeschl *et al.*, 2004).

A utilização de antimicrobianos para profilaxia infecciosa de feridas cirúrgicas parece ser eficaz e desejável em algumas situações. Inicialmente, essas substâncias podem reduzir a incidência de infecção pós-operatória, favorecendo a recuperação e a cicatrização. O uso profilático de antimicrobianos requer um período e dose total menor do que seu uso terapêutico, diminuindo as chances de resistência bacteriana, toxidez, reações alérgicas e infecções secundárias (Poeschl *et al.*, 2004).

Um ponto crucial no debate sobre a utilização profilática de antibióticos na cirurgia de terceiros molares é o tempo de utilização. Geralmente, o antibiótico é prescrito após a cirurgia como medicação oral e devido a isso, altos níveis séricos são encontrados apenas algumas horas após a remoção dos dentes. Entretanto, existem evidências que a administração pré-operatória tem significativo efeito na redução da infecção pós-cirúrgica (Polk & Lopez-Mayor, 1969).

Existem desvantagens no uso profilático de antimicrobianos. De uma forma geral, pode haver alteração na microbiota do hospedeiro, permitindo o surgimento de bactérias resistentes aos antibióticos e, talvez, mais patogênicas. Além disso, a utilização desses fármacos pode não proporcionar nenhum benefício, o que significa que em certas situações o risco de infecção é tão baixo que não justifica o seu uso (Peterson *et al.*, 2000).

Curran *et al.* (1974) compararam na cirurgia de terceiros molares pacientes que utilizaram antibióticos e verificou que não houve diferença na

incidência de infecção pós-operatória comparados com os pacientes que não utilizaram a profilaxia. Happonen *et al.* (1990) compararam o efeito do tinidazol e penicilina em cirurgias de terceiros molares em um estudo clínico, randomizado, duplo cego e concluíram que o uso dessas duas substâncias não tem efeito significativo na redução das complicações pós-operatórias infecciosas.

Resultados diferentes foram encontrados no estudo de Mitchell *et al.* (1986) também em estudo clínico randomizado, duplo cego que comparou o tinidazol com um grupo controle na prevenção de infecção pós-cirúrgica de cirurgias para extração de terceiros molares. Houve uma redução significativa da infecção pós-cirúrgica no grupo que utilizou o tinidazol.

Outros estudos realizados por Kaziro (1984) MacGregor & Addy (1980) e Bystedt *et al.* (1980) sustentaram que os antibióticos devem ser utilizados após cirurgias traumáticas ou em casos onde existe dificuldade de remoção do terceiro molar e relataram ainda que esta decisão pode ser tomada após a cirurgia.

Apesar da vasta literatura acerca das causas determinantes das exodontias, há escassez de artigos em que o perfil de atendimento de determinado serviço ou de instituições especializadas, justifica-se desta forma a realização de estudos que tracem o perfil epidemiológico dos pacientes em diferentes serviços de saúde além da incidência de diferentes alterações sistêmicas ou locais, fornecendo dados importantes para futuras comparações e avaliações, embasando pesquisas mais aprofundadas acerca de diversos temas e divulgando para a comunidade científica informações que suscitem novos questionamentos ou elucidem antigos (Ferreira Júnior, 1997; Moreira, 1998).

3. PROPOSIÇÃO

Este estudo teve como objetivo analisar prospectivamente, no período de junho de 2006 a dezembro de 2006, os pacientes atendidos na graduação, na Unidade de Clínica Odonto-estomatológica Integrada (UCOEI) III e IV e nas clínicas de Cirurgia do VI Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CECTBMF) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), que seriam submetidos à cirurgia para extração de terceiros molares, identificando:

- Origem e perfil dos pacientes encaminhados;
- Número e características dos terceiros molares extraídos;
- Perfil dos procedimentos cirúrgicos realizados.

4. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo prospectivo com 290 pacientes através de exame clínico-radiográfico e análise dos prontuários de pacientes que seriam submetidos à extração de terceiros molares na graduação, na Unidade de Clínica Odonto-estomatológica Integrada (UCOEI) III e IV e nas clínicas de Cirurgia do VI Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CECTBMF) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), no período de junho a dezembro de 2006.

Foram coletados os seguintes dados: número de prontuário, data da coleta dos dados, data de nascimento, gênero, procedência, origem do encaminhamento dos pacientes, número de terceiros molares presentes, número de terceiros molares indicados para extração com a respectiva justificativa, tipo de exame radiográfico realizado, classificação dos terceiros molares segundo Pell & Gregory (1933) e Winter (1926), nível de erupção (Medeiros, 2003), grau de formação da raiz (Hattab & Alhaija, 1999) e relação da raiz com o canal mandibular (Yuasa *et al.*, 2002) ou seio maxilar (Racey & Wallace, 1979). Em relação ao procedimento cirúrgico foram anotados: data da cirurgia realizada, terceiros molares removidos, farmacoterapia, anestesia, acesso cirúrgico, método de extração e tempo cirúrgico da anestesia à sutura. Estes dados foram registrados por um único examinador, previamente calibrado e transferidos para duas fichas modelos desenvolvidas especificamente para este estudo (Anexos 1 e 2).

Foram desconsiderados todos os prontuários de pacientes que não possuíam terceiros molares ou que não forneceram todas as informações avaliadas neste estudo.

Este trabalho foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia com parecer favorável de número 278/06 cujo registro CEP é 097/06 (Anexo 3).

5. RESULTADOS

Dos 290 prontuários que constituíram esta amostra, observou-se que 210 (72,41%) pacientes foram atendidos no curso de graduação e 80 (27,59%) no curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Quanto ao gênero dos pacientes submetidos à cirurgias para extração de terceiros molares, 185 (63,79%) eram do gênero feminino e 105 (36,21%) do gênero masculino.

A idade média dos pacientes foi de 25 anos e 3 meses, variando de 12 anos e 3 meses a 59 anos e 7 meses. Avaliando as faixas etárias conforme a distribuição em grupos notou-se a maior ocorrência na faixa de 21 a 30 anos com 169 (58,28%) do total de pacientes (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de pacientes segundo a faixa etária.

IDADE	GRADUAÇÃO		ESPECIALIZAÇÃO	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
11 a 20	48	22,86	34	42,5
21 a 30	131	62,38	38	47,5
31 a 40	19	9,05	5	6,25
41 a 50	8	3,81	1	1,25
> 50	4	1,9	2	2,5
Total	210	100	80	100

Quanto à procedência verificou-se que 272 (93,79%) pacientes eram residentes em Uberlândia e 18 (6,21%) advindos de outras cidades da região e a maior parte dos atendimentos originou-se do Pronto Socorro Odontológico com 154 (53,10%) encaminhamentos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de pacientes de acordo com o encaminhamento.

<i>Origem do Encaminhamento</i>	<i>Graduação</i>		<i>Especialização</i>		<i>Total</i>	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Clinico geral	18	8,57	13	16,25	31	10,69
Ortodontista	5	2,38	19	23,75	24	8,28
C. Buco-Maxilo-Facial	3	1,43	4	5	7	2,41
Próprio paciente	6	2,86	11	13,75	17	5,86
Acadêmico	20	9,52	5	6,25	25	8,62
Pronto Socorro Odontológico	131	62,38	23	28,75	154	53,10
Outros	27	12,86	5	6,25	32	11,03
Total	210	100,00	80	100	290	100,00

Para a avaliação radiográfica dos terceiros molares da amostra, foi empregada a radiografia periapical em 183 (63,10%) pacientes (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do total de pacientes de acordo com o exame radiográfico.

	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
GRADUAÇÃO						
Periapical	60	78,95	103	76,87	163	77,62
Panorâmico	16	21,05	31	23,13	47	22,38
Total	76	100	134	100	210	100
ESPECIALIZAÇÃO						
Periapical	09	31,03	11	21,57	20	25,00
Panorâmico	20	68,97	40	78,43	60	75,00
Total	29	100,0	51	100,0	80	100,0
TOTAL						
Periapical	69	65,71	114	61,62	183	63,10
Panorâmico	36	34,29	71	38,38	107	36,90
Total geral	105	100,0	185	100,0	290	100,0

As características dos terceiros molares estão apresentadas nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Distribuição relativa às características dos terceiros molares superiores extraídos

	Terceiros Molares Superiores Graduação		Terceiros Molares Superiores Especialização	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
POSIÇÃO				
A	51	27,72	13	14,29
B	115	62,50	29	31,87
C	18	9,78	49	53,85
Total	184	100	91	100
INCLINAÇÃO				
Mesio-angular	13	7,07	10	10,99
Disto-angular	26	14,13	15	16,48
Vertical	144	78,26	65	71,43
Horizontal	1	0,54	0	0
Trans-alveolar	0	0	0	0
Outros	0	0	1	1,10
Total	184	100	91	100
NÍVEL DE ERUPÇÃO				
Intra-ósseo	2	1,09	22	24,18
Sub-mucoso	46	25,00	51	56,04
Semi-irrompido	18	9,78	5	5,49
Irrompido	118	64,13	13	14,29
Total	184	100	91	100
FORMAÇÃO DA RAIZ				
Até 1/3	1	0,54	13	14,29
Entre 1/3 e 2/3	9	4,89	22	24,18
Mais de 2/3	174	94,57	56	61,54
Total	184	100	91	100
RELAÇÃO COM SEIO MAXILAR				
Distante (> 2mm)	64	34,78	20	21,98
Próximo sem relação	54	29,35	21	23,08
Próximo com íntima relação	66	35,87	50	54,95
Total	184	100	91	100

Tabela 5 – Distribuição relativa às características dos terceiros molares inferiores extraídos

	Terceiros Molares Inferiores Graduação		Terceiros Molares Inferiores Especialização	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
CLASSE				
I	49	24,38	15	17,24
II	127	63,18	56	64,37
III	25	12,44	16	18,39
Total	201	100	87	100
POSIÇÃO				
A	106	52,74	26	29,89
B	90	44,78	52	59,77
C	5	2,49	9	10,34
Total	201	100	87	100
INCLINAÇÃO				
Mesio-angular	49	24,38	45	51,72
Disto-angular	9	4,48	1	1,15
Vertical	122	60,7	22	25,29
Horizontal	20	9,95	15	17,24
Trans-alveolar	1	0,5	4	4,6
Outros	0	0	0	0
Total	201	100	87	100
NÍVEL DE ERUPÇÃO				
Intra-ósseo	5	2,49	15	17,24
Sub-mucoso	42	20,9	41	47,13
Semi-irrompido	103	51,24	25	28,74
Irrompido	51	25,37	6	6,9
Total	201	100	87	100
FORMAÇÃO DA RAIZ				
Até 1/3	2	1	10	11,49
Entre 1/3 e 2/3	19	9,45	19	21,84
Mais de 2/3	180	89,55	58	66,67
Total	201	100	87	100
RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR				
Distante (> 2mm)	73	36,32	19	21,84
Próximo sem relação	60	29,85	30	34,48
Próximo com íntima relação	68	33,83	38	43,68
Total	201	100	87	100

No total de 290 prontuários analisados foram encontrados 854 terceiros molares, sendo 406 superiores e 448 inferiores. Desse total, 816 (95,55%) foram indicados para extração (384 superiores e 432 inferiores). Observou-se uma média de 2,94 terceiros molares presentes por paciente.

A justificativa mais encontrada para extração dos terceiros molares foi a inclusão/impactação/retenção com 543 (66,54%) do total de indicações, seguida pela falta de antagonistas com 126 (15,44%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição de pacientes da graduação e especialização de acordo com as justificativas

JUSTIFICATIVAS	GRADUAÇÃO		ESPECIALIZAÇÃO	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
SUPERIORES				
Inclusão/Impactação/Retenção	135	49,82	80	70,80
Falta de antagonista	96	35,42	18	15,93
Infecção	2	0,74	2	1,77
Finalidade Ortodôntica	12	4,43	8	7,08
Cárie/Pulpite, dor, origem desconhecida	20	7,38	2	1,77
Outras	6	2,21	3	2,65
Total	271	100,00	113	100,00
INFERIORES				
Inclusão/Impactação/Retenção	223	73,11	105	82,68
Falta de antagonista	11	3,61	1	0,79
Infecção	9	2,95	3	2,36
Finalidade Ortodôntica	18	5,90	12	9,45
Cárie/Pulpite, dor, origem desconhecida	35	11,48	4	3,15
Outras	10	3,28	2	1,57
Total	305	100,00	127	100,00

Durante o período deste estudo, dos 816 terceiros molares indicados para extração, 563 (68,99%) foram extraídos e dentre estes, 385 (68,38%) por alunos da graduação e 178 (31,62%) por alunos da especialização distribuídos conforme os gráficos 1 e 2.

Para a realização das extrações foram realizados 364 procedimentos cirúrgicos, sendo 280 (76,92%) cirurgias nas clínicas da graduação, com uma média de 1,37 dentes extraídos por procedimento. O

tempo médio de duração dos procedimentos foi de 1 hora e 10 minutos, com média de 51 minutos para cada dente extraído.

Os alunos da especialização realizaram 84 (23,08%) cirurgias com uma média de 2,11 terceiros molares extraídos e tempo médio de 59 minutos, sendo gastos 28 minutos, em média, para cada dente extraído.

Gráfico 1 - Distribuição dos dentes removidos nos pacientes do curso da graduação.

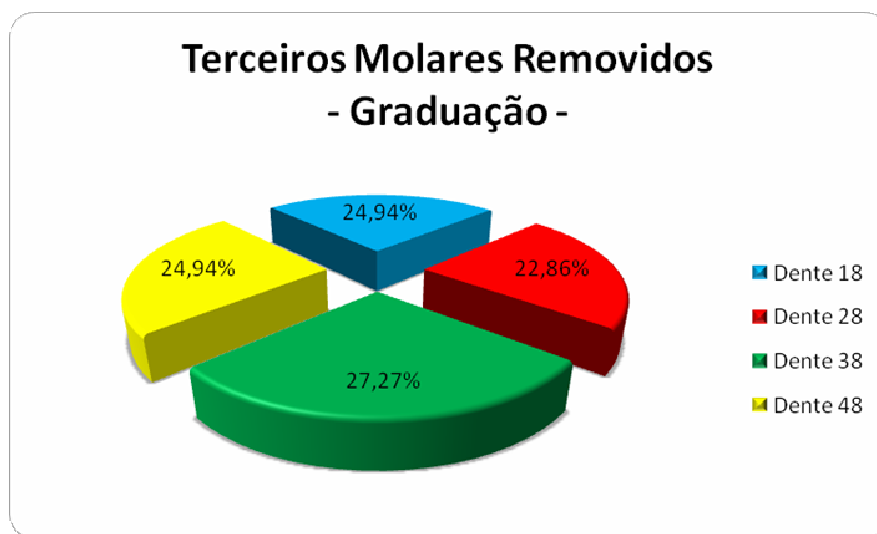
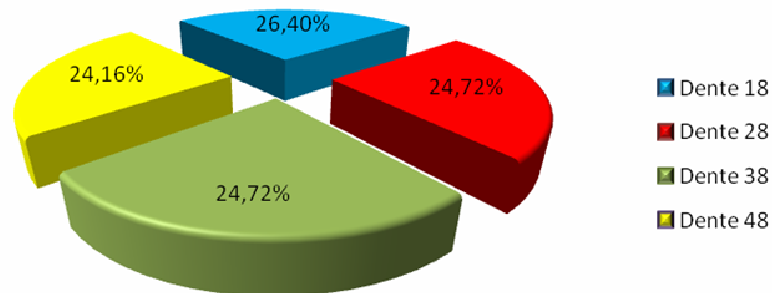


Gráfico 2 - Distribuição de dentes removidos nos pacientes do curso de especialização.

Terceiros Molares Removidos - Especialização-



A medicação mais prescrita foi a analgésica em 244 (87,14%) procedimentos na graduação e 74 (88,10%) na especialização (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7 - Distribuição relativa à farmacoterapia pré e pós-cirúrgica, nos pacientes do curso de graduação.

FARMACOTERAPIA	PRÉ-OPERATÓRIA		PÓS-OPERATÓRIA	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Antibiótico	12	4,29	101	36,07
AINES	1	0,36	78	27,86
AIES	5	1,79	7	2,50
Analgésico	1	0,36	244	87,14
Pacientes que não receberam nenhum tipo de medicação	18 (6,43 %)			
Total de procedimentos	280	100,00	280	100

Tabela 8 - Distribuição relativa à farmacoterapia pré e pós-cirúrgica, nos pacientes do curso de especialização.

FARMACOTERAPIA	PRÉ-OPERATÓRIA		PÓS-OPERATÓRIA	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Antibiótico	2	2,38	64	76,19
AINES	0	0,00	55	65,48
AIES	5	5,95	8	9,52
Analgésico	0	0,00	74	88,10
Pacientes que não receberam nenhum tipo de medicação	0			
Total de procedimentos	84	100,00	84	100,00

A incisão em envelope foi o acesso cirúrgico mais utilizado em todos os dentes avaliados, com um total de 215 (55,84%) acessos na graduação e 152 (85,39%) na especialização (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição relativa ao acesso cirúrgico nos pacientes da graduação e especialização.

ACESSO CIRÚRGICO	GRADUAÇÃO		ESPECIALIZAÇÃO	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Archer	40	10,39	20	11,24
Envelope	215	55,84	152	85,39
Sindesmotomia	130	33,77	6	3,37
Total	385	100,00	178	100,00

A extração por via alveolar foi a mais utilizada em 266 (69,09%) terceiros molares extraídos pelos alunos nas clínicas da graduação. Nas clínicas de especialização os terceiros molares superiores também foram mais extraídos por via alveolar 63 (69,23%), enquanto para os terceiros molares inferiores usou-se osteotomia e odontosecção em 63 (72,42%) dos casos (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição relativa ao método de extração dos dentes nos pacientes da graduação e especialização

EXTRAÇÃO DOS DENTES	GRADUAÇÃO		ESPECIALIZAÇÃO	
	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
SUPERIORES				
Ostectomia + Odontosecção	6	3,26	0	0,00
Ostectomia	17	9,24	28	30,77
Odontosecção	2	1,09	0	0,00
Extração via alveolar	157	85,33	63	69,23
Odontotectomia Parcial Intencional	2	1,09	0	0,00
Total	184	100,00	91	100,00
INFERIORES				
Ostectomia + Odontosecção	68	33,83	63	72,42
Ostectomia	20	9,95	11	12,64
Odontosecção	1	0,50	1	1,15
Extração via alveolar	109	54,23	11	12,64
Odontotectomia Parcial Intencional	3	1,49	1	1,15
Total	201	100,00	87	100,00

6. DISCUSSÃO

Os terceiros molares são os dentes com maior incidência de impacção (Winter, 1926; Kramer & Williams, 1970; Aitasalo *et al.*, 1972; Richardson & Dent, 1974; Peterson, 1992; Hattab *et al.*, 1995; Hattab, 1997; Olasoji & Odusanya, 2000; Obiechina *et al.*, 2001b; Basile & Gregori, 2004). A erupção tardia, diminuição do espaço disponível para os terceiros molares devido a um menor tamanho da maxila e mandíbula, além de fatores locais como obstrução mecânica da via de erupção, são as principais causas atribuídas à inclusão ou impacção dos terceiros molares (Archer, 1975; Raley *et al.*, 1977; Richardson, 1977; Olive & Basford, 1981; Ganss *et al.*, 1993; Hattab *et al.*, 1995; Sengupta *et al.*, 1999; Queiroz & Lino, 2001; Basile & Gregori, 2004).

Devido ao alto índice de impacção, aos transtornos relacionados ao não irrompimento e à imprevisibilidade da erupção desses dentes (Richardson & Dent, 1974; Venta *et al.*, 1991a; Venta & Schou, 2001), a remoção profilática tem sido defendida por vários autores (Liedholm *et al.*, 1999; Punwutikorn *et al.*, 1999; Peterson *et al.*, 2000; Queiroz & Lino, 2001; Bataineh *et al.*, 2002; Saglam & Tuzum, 2003; Rafetto, 2006). Esta conduta intensificou o número de extrações de terceiros molares dentro da prática odontológica, o que é comprovado pelo alto índice de pacientes que aguardam este tipo de procedimentos nos serviços de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial (Archer, 1975; Eliasson *et al.*, 1989; Girdler, 1990).

A remoção profilática dos terceiros molares assintomáticos sempre provocou controvérsia entre os cirurgiões e diante disso, estudos foram realizados pelos NIH, AAOMS e NICE com o objetivo de estabelecer parâmetros para a conduta frente aos terceiros molares não irrompidos. Inicialmente o NIH (1980) publicou critérios para sua extração, as quais sejam: infecção, lesões de cárie não restaurável, cistos, tumores e destruição de osso e dentes adjacentes (Rafetto, 2006). Baseados em novos estudos, a AAOMS (1994) e o NICE (2000) reviram esses critérios, estabelecendo algumas novas

indicações e aconselhando o abandono da remoção profilática de terceiros molares livres de patologias, exceto em situações específicas como previamente à cirurgia ortognática, para facilitar movimentos ortodônticos, promover estabilidade e em casos de anormalidades ortodônticas (comprimento do arco e discrepância de tamanho dentário) (Hill, 2006). Uma das justificativas para o tratamento conservador considera que toda remoção de terceiro molar levaria ao risco de dano temporário ou permanente ao nervo alveolar inferior e lingual, alveolite, infecção e hemorragia, bem como edema, dor e restrição de abertura de boca. Outra alegação é que tais pacientes seriam expostos a riscos cirúrgicos desnecessários (Kim *et al.*, 2006). Na linha oposta, a vertente favorável à extração profilática relata a prevenção de possíveis patologias associadas a esses dentes e a uma menor morbidade desse tipo de procedimento em pacientes jovens (Bishara & Andreasen, 1983; Alling & Catone, 1993).

As diversas pesquisas epidemiológicas encontradas na literatura abordando a incidência dos terceiros molares tendem a variar seus resultados de acordo com a região geográfica, condição sócio-econômica, cultura e religião, sendo que para a comparação entre os diferentes estudos, tais fatores devem ser considerados (Adekeye, 1980; al-Qurainy *et al.*, 1991; Zingg *et al.*, 1992; Ellis & Kittidumkerng, 1996; Zachariades *et al.*, 1998). No período de seis meses que compreendeu este estudo, 290 pacientes foram submetidos a cirurgias para extração de terceiros molares e foi possível observar que 185 (63,39%) eram do gênero feminino e 105 (36,21%) do gênero masculino. A maior procura por atendimento de saúde por pacientes do gênero feminino é uma tendência observada também em outros estudos de mesma natureza (Ferreira Júnior, 1997; Moreira, 1998; Haddad *et al.*, 1999; Nicholls, 2000; Brennan *et al.*, 2001). Este fato é geralmente justificado por uma maior preocupação por parte das mulheres em relação à saúde (Ferreira Júnior, 1997). Isto pode ser reafirmado, pois as indicações oriundas de processos agudos e dolorosos como cárie, pericoronarite ou doença periodontal aguda, que levam o paciente à procura de atendimento independente da relevância que a saúde bucal possa ter, não foram predominantes.

A idade média dos pacientes foi de 25 anos e 3 meses sendo a mínima de 12 anos e 3 meses e a máxima 59 anos e 7 meses. Segundo a faixa etária, observou-se que a maior frequência foi para pacientes entre 21 e 30 anos de idade com um total de 169 (58,28%) e quando somados os pacientes com idades entre 11 e 30 anos, estes totalizaram 251 (86,55%). Este resultado é semelhante aos obtidos nos trabalhos de Ong *et al.*, (1996), Liedholm *et al.*, (1999); Hattab & Alhaija, (1999); Bataineh *et al.*, (2002); Pádua, (2002), Farias *et al.*, (2003); Saglam & Tüzüm, (2003) e Hazza`a, (2006). No presente estudo o fato do maior número de indivíduos atendidos apresentarem idades entre 11 e 30 anos pode ser explicado pela época de erupção desses dentes, como também por ser nessa faixa etária que geralmente se procura por tratamento ortodôntico e por ser o período recomendado para a realização da cirurgia com menor morbidade (Bishara & Andreasen, 1983; Alling & Catone, 1993; Valladares Neto & Marquez, 1998).

Os estudos sobre extração de terceiros molares de Bruce *et al.*, (1980) e Osborn *et al.*, (1985) compararam as complicações trans-cirúrgicas e pós-cirúrgicas com a idade. Os resultados mostraram que houve acréscimo no número de ocorrências de complicações de acordo com o avanço da idade. Observou-se ainda que não existe uma padronização da estratificação por faixas etárias utilizadas em estudos desta natureza, o que dificulta comparações mais precisas dos dados (Bishara & Andreasen, 1983; Alling & Catone, 1993; Ong *et al.*, 1996; Godfrey, 1999; Sant'ana *et al.*, 2000; McCaul *et al.*, 2001; Pádua, 2002).

Analisando a procedência dos pacientes atendidos nas clínicas da UCOEI e CECTBMF, constatou-se que Uberlândia foi o município mais beneficiado pelos serviços prestados, com um total de 272 (93,79%) pacientes. Nota-se a pequena quantidade de pacientes advindos de outras cidades, porcentagem que se eleva no atendimento na clínica do curso de especialização, onde procedimentos de maior complexidade são realizados devido à posição de destaque da Faculdade de Odontologia da UFU como centro de excelência em Odontologia, favorecendo o fluxo de pacientes que não foram atendidos em outras instituições.

O Pronto Socorro Odontológico (PSO) da FOUFU foi responsável pela maioria dos encaminhamentos correspondendo a 154 (53,10%) e isto ocorreu, provavelmente, devido à facilidade de acesso dos pacientes a esse serviço de pronto atendimento e ao encaminhamento direto para as clínicas adequadas, como também ao contato dos pacientes com os alunos aptos a realizarem tais procedimentos. Tendo uma localização estratégica dentro do Hospital de Clínicas da UFU, e funcionando 24 horas, recebe pacientes de toda a região que contam com este serviço público de referência, inclusive para indicações de tratamento. Estes fatores certamente justificam que, no presente estudo, o PSO tenha se destacado como o principal responsável pela indicação das exodontias tanto na graduação (62,38%) como na especialização (28,75%). Nas clínicas de cirurgia da graduação (UCOEI III e IV) não são realizadas extrações de terceiros molares em pacientes com aparelho ortodôntico fixo, conforme critérios de complexidade dos atendimentos estabelecidos pela área. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Valladares & Marquez, (1998) onde, no grupo sócio-econômico baixo, atendidos em serviços públicos e gratuitos, os encaminhamentos foram feitos pelo clínico geral (43,3%), próprio paciente (20,6%) e pelo ortodontista (13%). No grupo econômico médio-alto, que procuraram atendimento particular ou conveniado, a ordem decrescente de encaminhamento foi ortodontista (34,2%), clínico geral (31,2%) e próprio paciente (4,5%). Na especialização (CECTBMF) a segunda indicação para a extração de terceiros molares foi de ortodontistas (23,8%), pois recebe os pacientes não atendidos na graduação, sendo também reconhecida pela complexidade dos atendimentos, o que a faz receber até pacientes de nível sócio econômico mais alto.

Vários autores têm destacado que a avaliação radiográfica dos terceiros molares é imperativa para o estabelecimento de terapêuticas de acompanhamento e de planejamento cirúrgico, como a possibilidade de prever com relativa precisão o grau de dificuldade do procedimento (Pell & Gregory, 1942; Archer, 1975; Deboni & Gregori, 1990; AlShamrani, 2001; Benediktsdottir *et al.*, 2003; Owotade *et al.*, 2003; Basile & Gregori, 2004). Neste estudo, a radiografia periapical foi empregada em 183 (63,1%) pacientes. Na clínica da

especialização, a radiografia panorâmica foi a mais utilizada em 60 (75%) pacientes enquanto na graduação a periapical foi utilizada em 163 (77,62%) pacientes. A radiografia panorâmica foi utilizada na maioria dos artigos revisados, tanto para avaliação da posição dos terceiros molares quanto das suas relações com estruturas adjacentes (Dachi & Howell, 1961; Kramer & Williams, 1970; Aitasalo *et al.*, 1972; Schersten *et al.*, 1989; Yamaoka *et al.*, 1995; Yamaoka *et al.*, 1996; Liedholm *et al.*, 1999; Sant'ana *et al.*, 2000; Kajii *et al.*, 2001; Obiechina *et al.*, 2001a; Farias *et al.*, 2003; Quek *et al.*, 2003; Saglam & Tuzum, 2003). Como relatou Monsour, (2000) a radiografia panorâmica tem se tornado bastante popular e de importante valor no diagnóstico odontológico devido à facilidade da técnica, baixa radiação necessária e possibilidade de examinar, ao mesmo tempo, as arcadas superior e inferior, a articulação têmporo-mandibular, canal mandibular e os seios maxilares. A maior utilização das radiografias periapicais pelos alunos da graduação deve-se a maior disponibilidade de aparelhos de raios-x periapicais. A maior utilização de radiografias panorâmicas por alunos da especialização foi devido à maior complexidade dos casos encaminhados e, ainda, ao fato de alguns pacientes já procurarem o serviço com esta radiografia em mãos.

Nos 290 prontuários analisados foram encontrados 854 terceiros molares, com uma média de 2,94 por paciente. Desse total, 816 (95,55%) foram indicados para extração, sendo 432 terceiros molares inferiores e 384 superiores. O número de terceiros molares por paciente foi semelhante ao de Vasconcelos *et al.*, (2000) e superior ao de Bataineh *et al.*, (2002) e Fuselier *et al.*, (2002). A maior incidência de impacções de terceiros molares inferiores foi relatada por Archer, (1975); Shersten *et al.*, (1989); Peterson *et al.*, (2000); Kajii *et al.*, (2001); Saglam & Tüzüm, (2003) e Quek *et al.*, (2003). Em contrapartida Dachi e Howell, (1961); Kramer & Williams, (1970) e Yamaoka *et al.*, (1996) encontraram a maxila com maior incidência de terceiros molares inclusos. Aitasalo *et al.*, (1972) e Hattab & Alhaija, (1999) não obtiveram diferença significativa entre inferiores e superiores.

A literatura apresenta diversos tipos de classificações dos terceiros molares visando correlacionar suas características clínicas e radiográficas

principalmente com o grau de dificuldade cirúrgica (Winter, 1926; Pell & Gregory, 1933; Archer, 1975; Peterson *et al.*, 2000; AlShamrani, 2001; Basile & Gregori, 2004), relação com as estruturas anatômicas (Lee & Dodson, 2000; Medeiros, 2003) e possibilidade de erupção destes dentes (Venta *et al.*, 1991b; Venta, 1993; Hattab, 1997; Venta *et al.*, 1997; Richardson, 1999). No entanto, as classificações propostas por Winter, (1926) e Pell & Gregory, (1933) são as mais conhecidas e utilizadas. De acordo com os critérios desses autores a maior frequência para os terceiros molares inferiores foi a classe II, tanto na especialização como na graduação, com 183 (63,54%), concordando com Deboni e Gregori, (1990) e Farias *et al.*, (2003) enquanto Lee e Dodson, (2000), Obiechina *et al.*, (2001) e Fuselier *et al.*, (2002); obtiveram maior predominância da classe I. O predomínio da classe II neste estudo deveu-se provavelmente, entre outros fatores, ao fato da instituição possuir um serviço de pronto socorro onde terceiros molares com patologia aguda e menor complexidade cirúrgica são removidos no próprio serviço e os procedimentos eletivos e de maior complexidade serem encaminhados para os últimos períodos da graduação (UCOEI III e IV) e para a clínica de especialização (CECTBMF).

Na graduação, a posição B foi a mais encontrada, com 62,50% (115) para os terceiros molares superiores e, para os inferiores, foi a posição A com 52,74% (106). Na especialização foi observado que para os terceiros molares superiores a posição C com 53,85% (49) foi a mais freqüente e para os inferiores, a posição B com 59,77% (52). A angulação vertical, na graduação com 144 (78,26%) terceiros superiores e 122 (60,70%) inferiores teve a maior frequência e na especialização predominou a vertical em 65 (71,43%) dos superiores e para os inferiores a méso-angular com 45 (51,72%). Quanto ao grau de erupção, na graduação os superiores encontravam-se irrompidos 118 (64,13%) e os inferiores semi-irrompidos 103 (51,24%) enquanto na especialização os submucosos foram maioria, com 92 (51,69%). Observando a relação entre as classificações dos terceiros molares e a dificuldade cirúrgica, observou-se um aumento da complexidade dos dentes extraídos da graduação para a especialização. Na especialização foram encontrados dentes mais

profundos, com inclinações menos favoráveis e com uma maior relação com estruturas nobres adjacentes aos mesmos.

Observando a formação da raiz, encontrou-se que as que apresentava mais de 2/3 de raízes formadas são predominantes, com 354 (91,95%) na graduação e 114 (64,04%) na especialização. O período ideal para extração dos terceiros molares é após a formação do primeiro terço da raiz e antes da formação do segundo terço, o que ocorre, normalmente, no final da adolescência, entre 16 e 18 anos (Alling & Catone, 1993; Andreasen *et al.*, 1997; Peterson *et al.*, 2000; Medeiros, 2003; Aguiar *et al.*, 2005).

O elevado grau de dificuldade da exodontia de alguns terceiros molares superiores tem sido relatado na literatura (Kinni *et al.*, 1986; Koerner, 1994; Lee & Wu, 1995), enfatizando a importância de sua relação com o seio maxilar (Kasle, 1971; Racey & Wallace, 1979; Garcia *et al.*, 2000). Neste estudo 35,87% dos terceiros superiores removidos na graduação e 54,95% da especialização apresentavam sinais sugestivos de íntimo contato com o seio maxilar.

Tem sido confirmado por vários autores (Kaeppler *et al.*, 1996; Pawelzik *et al.*, 2002; Blaeser *et al.*, 2003) a capacidade das radiografias em identificar os sete sinais radiográficos de íntima relação anatômica do terceiro molar com o nervo alveolar inferior, sugeridos por Rood e Shehab, (1990). Na graduação essa proximidade foi menos encontrada sendo a maior frequência a de dentes classificados como distantes, em 73 (36,32%). A relação próximo com íntima relação com o canal mandibular foi a mais encontrada nos terceiros inferiores extraídos na especialização 38 (43,68%) casos. Neste estudo, onde houve prevalência de pacientes entre 21 e 30 anos era realmente esperado um estágio mais avançado de formação da raiz, com conseqüente relação de intimidade entre as raízes dos terceiros molares com o seio maxilar e o canal mandibular.

A indicação para extração mais encontrada foi inclusão/impactação/retenção com 543 (66,54%) do total de justificativas seguida pela falta de antagonista com 126 (15,44%). A falta de antagonista foi uma característica marcante nas indicações de exodontia dos terceiros molares

superiores (Venta, 1993). Este trabalho confirma que os critérios adotados pela AAOMS e pelo NICE, mais conservadores, não tem sido aplicados na prática nesta instituição, sendo instituída uma posição mais profilática e intervencionista considerando, principalmente, que a extração em adultos jovens leva a uma menor morbidade. Vale a pena ressaltar que as instituições que estabeleceram parâmetros mais conservadores estão localizadas na Europa e na América do Norte onde a realidade em relação a saúde pública é completamente diferente da encontrada no Brasil, permitindo acompanhamento rigoroso daqueles pacientes através da realização de exames radiográficos de rotina e acompanhamento clínico. Nesses locais, grande parte dos procedimentos para extração de terceiro molar são realizados em ambiente hospitalar ou sob sedação venosa, o que muda significativamente o custo-benefício do procedimento.

A literatura destaca a incongruência a respeito da necessidade de exodontia de dentes não-irrompidos, principalmente dos terceiros molares (Bishara & Andreasen, 1983; Falconer & Roberts, 1992; Venta, 1993; Kostopoulou *et al.*, 1998; Godfrey, 1999). Varias são as situações que justificam a exodontia de um dente não irrompido assintomático, como por exemplo, a necessidade de mecânica de distalização, presença de lesões associadas a este dente, possibilidade de reabsorção do próprio dente ou de dentes adjacentes, a prevenção do aparecimento de lesões associadas à permanência deste dente como cistos e tumores, dor de origem desconhecida e problemas periodontais (Kostopoulou *et al.*, 1998; Godfrey, 1999). Ainda sobre as situações que justificam a indicação e realização de exodontias dos terceiros molares, destaca-se a falta de espaço para o seu correto irrompimento (Bishara & Andreasen, 1983; Yamaoka *et al.*, 1999). Outro fator que pode ter interferido na maior concentração de indicações de dentes não irrompidos devido à falta de espaço é o declínio da incidência de cárie nos últimos anos, levando a um menor número de extrações nos arcos dentários, diminuindo assim o espaço disponível para seu irrompimento (Atherton *et al.*, 1999).

Do total de 816 terceiros molares indicados para extração, 385 (68,38%) foram extraídos na graduação e 178 (31,62%) na clínica de especialização, realizados em 364 procedimentos cirúrgicos. Em média, os dentes extraídos em cada cirurgia, na clínica da graduação, foi 1,37 num tempo de 1 hora e 10 minutos (51 minutos/dente). No curso de especialização a média de dentes extraídos foi de 2,11 com duração média de 59 minutos (28 minutos/dente). Os alunos da especialização extraíram mais dentes por procedimento em um tempo menor, fato explicado pelo nível de aprimoramento dos mesmos, maior experiência e até pelo nível de interesse pela especialidade, já que se propuseram a aperfeiçoar-se nesta área específica.

Em relação à farmacoterapia utilizada, predominou a utilização de medicação pós-operatória sendo mais prescrito analgésico em 244 (87,14%) procedimentos da graduação e 74 (88,10%) da especialização. Também se pôde observar uma maior frequência de utilização de todas as classes de medicamentos nas clínicas da especialização. Foi encontrado que em 18 (6,43%) procedimentos realizados na graduação nenhuma medicação pré ou pós-operatória foi administrada e que em 64 (76,19%) procedimentos cirúrgicos na especialização foi realizada terapia antibiótica no pós-operatório. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Maia e Valença, (1994) onde 89,19% dos cirurgiões dentistas prescreveram medicações em pacientes submetidos à cirurgias odontológicas. O alto índice de utilização de antibióticos pelos alunos da especialização pode estar relacionado à maior complexidade das extrações e ao maior número de ostectomias realizadas que, como sustentam Kaziroti, (1984), Macgregor & Addy, (1980) e Bystedt *et al.*, (1980), em cirurgias traumáticas ou quando existe uma maior dificuldade de remoção do terceiro molar pode-se optar pela utilização de terapêutica antimicrobiana pós-operatória. No entanto, os dados relativos ao emprego de medicação pré e pós-operatória evidenciaram ausência de um protocolo terapêutico estabelecido nas clínicas de cirurgia. Em parte isto acontece pela dificuldade econômica dos pacientes em adquirirem medicações e pela impossibilidade da instituição em fornecê-los.

Quando avaliado o acesso cirúrgico aos terceiros molares, a incisão em envelope foi a mais utilizada tanto na graduação, em 215 (55,84%), quanto na especialização, em 152 (85,39%). Provavelmente devido ao nível de erupção destes dentes, o retalho tipo envelope tem sido preconizado para a maioria dos terceiros molares não irrompidos nas posições A e B, visando eliminar a possibilidade de um defeito cicatricial quando se faz uma incisão relaxante, por requerer menor deslocamento muco-periosteal e facilitar a sutura.

A extração por via alveolar foi a mais utilizada tanto para os terceiros molares superiores como para os inferiores nas clínicas de graduação, com 266 (69,09%). Na especialização, para os terceiros molares superiores, foi mais freqüente a cirurgia por via alveolar em 63 (69,23%) dentes, sendo que para os dentes inferiores, a ostectomia associada à odontosecção foram mais empregados em 63 (72,42%). Devido principalmente à maleabilidade do osso maxilar, a utilização de ostectomia com ou sem odontosecção é muito pouco utilizada nas extrações de terceiros molares superiores. Estes dentes podem ser facilmente deslocados por uma pressão firme e constante, que dilata o alvéolo e permite a sua remoção. Já nos inferiores, o predomínio de osso cortical, a presença da linha oblíqua e do ramo mandibular associados à falta de espaço no arco, encontrados principalmente nos terceiros molares na classe II e nas posições B e C, resultam na necessidade de remoção óssea, com ou sem odontosecção, para a extração destes dentes. Estes procedimentos, inclusive, estão indicados também com a finalidade de evitar fratura no ângulo mandibular e lesão do nervo alveolar inferior durante a extração.

Este trabalho evidenciou características inerentes às clínicas de cirurgia da graduação e especialização da FOUFU, onde predominou a indicação profilática para extração de terceiros molares assintomáticos em pacientes jovens. Observou-se uma evolução gradual no nível de complexidade em relação à graduação e especialização bem como diferenças no número de dentes extraídos e tempo cirúrgico. No entanto, não houve padronização na terapêutica medicamentosa pré e pós-operatória e os dados relativos à evolução pós-operatória não foram considerados.

Levantamentos epidemiológicos de segmentos específicos de uma especialidade podem contribuir para formar o perfil das instituições de ensino, com o objetivo de aprimoramento e divulgação.

7. CONCLUSÕES

A partir dos dados obtidos relativos aos terceiros molares, pode-se concluir que:

- O perfil dos pacientes atendidos nas clínicas da UCOEI e CECTBMF se caracteriza por pacientes do gênero feminino, entre 21 e 30 anos, residentes em Uberlândia, encaminhados pelo Pronto Socorro Odontológico e a principal indicação devida a inclusão/impactação/retenção;
- Para os dentes superiores a posição B foi a mais freqüente na graduação e a C na especialização. Nos inferiores predominavam a posição A e classe II na graduação e posição B e classe II na especialização;
- Foram extraídos 1,37 dentes por procedimento na graduação e 2,11 na especialização e, em média, foram extraídos mais dentes em um menor tempo na especialização (28 minutos/dente) em relação a graduação (51 minutos/dente);
- A incisão em envelope foi a mais empregada na graduação e na especialização. A extração por via alveolar foi predominante entre todos os dentes superiores e inferiores extraídos na graduação e na especialização enquanto, a ostectomia associada a odontosecção foi mais freqüente para os dentes inferiores.

REFERÊNCIAS

1. Adekeye EO. The pattern of fractures of the facial skeleton in Kaduna, Nigeria. A survey of 1,447 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1980 Jun;49(6):491-5.
2. Aguiar ASW, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** 2005;5(3):57-64.
3. Aitasalo K, Lehtinen R, Oksala E. An orthopantomographic study of prevalence of impacted teeth. **Int J Oral Surg.** 1972;1(3):117-20.
4. al-Qurainy IA, Stassen LF, Dutton GN, Moos KF, el-Attar A. The characteristics of midfacial fractures and the association with ocular injury: a prospective study. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 1991 Oct;29(5):291-301.
5. Alling CC, Catone GA. Management of impacted teeth. **J Oral Maxillofac Surg.** 1993 Jan;51(1 Suppl 1):3-6.
6. Almeida FM, Andrade ED, Ranalli J, Arato L. Sugestão de um protocolo farmacológico para o controle da dor decorrente da exodontia de terceiros molares inferiores inclusos. **Rev. Paulist. Odontol.** 2000;22(1):10-6.
7. AlShamrani SM. Inverted and impacted maxillary third molar. Report of two cases. **Odontostomatol Trop.** 2001 Jun;24(94):15-7.
8. Andrade ED, Ranalli J, Volpato MC. Uso de medicamentos na prevenção e controle da dor. **Terapeutica medicamentosa em Odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica.** São Paulo, Artes Médicas: 2002 p.45-64.
9. Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM. **Textbook and color atlas of tooth impactions.** Copenhagen: Munksgaard; 1997.
10. Archer WH. **Impacted teeth.** 5 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1975.
11. Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 1: Their prevalence over a 10-year period. **Br Dent J.** 1999 Jan 23;186(2):72-9.

12. Ay S, Agar U, Bicakci AA, Kosger HH. Changes in mandibular third molar angle and position after unilateral mandibular first molar extraction. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2006 Jan;129(1):36-41.
13. Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Ver. Saúde Públ**. 1997 out;31(5).
14. Basile JN, Gregori C (2004). Dentes inclusos. **Cirurgia buco-dento-alveolar**. São Paulo, Sarvier: p.140-58.
15. Bataineh AB, Albashaireh ZS, Hazza'a AM. The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making. **Quintessence Int**. 2002 Sep;33(8):613-7.
16. Beeman CS. Third molar management: a case for routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. **J Oral Maxillofac Surg**. 1999 Jul;57(7):824-30.
17. Benediktsdottir IS, Hintze H, Petersen JK, Wenzel A. Accuracy of digital and film panoramic radiographs for assessment of position and morphology of mandibular third molars and prevalence of dental anomalies and pathologies. **Dentomaxillofac Radiol**. 2003 Mar;32(2):109-15.
18. Bishara SE, Andreasen G. Third molars: a review. **Am J Orthod**. 1983 Feb;83(2):131-7.
19. Blaeser BF, August MA, Donoff RB, Kaban LB, Dodson TB. Panoramic radiographic risk factors for inferior alveolar nerve injury after third molar extraction. **J Oral Maxillofac Surg**. 2003 Apr;61(4):417-21.
20. Blakey GH, Marciani RD, Haug RH, Phillips C, Offenbacher S, Pabla T, *et al*. Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars. **J Oral Maxillofac Surg**. 2002 Nov;60(11):1227-33.
21. Brennan DS, Spencer AJ, Szuster FS. Provision of extractions by main diagnoses. **Int Dent J**. 2001 Feb;51(1):1-6.
22. Brickley M, Shepherd J, Mancini G. Comparison of clinical treatment decisions with US National Institutes of Health consensus indications for lower third molar removal. **Br Dent J**. 1993 Aug 7;175(3):102-5.
23. Bruce RA, Frederickson GC, Small GS. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. **J Am Dent Assoc**. 1980 Aug;101(2):240-5.
24. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. **J Oral Maxillofac Surg**. 2003 Dec;61(12):1379-89.

25. Bystedt H, Nord CE, Nordenram A. Effect of azidocillin, erythromycin, clindamycin and doxycycline on postoperative complications after surgical removal of impacted mandibular third molars. **Int J Oral Surg**. 1980 Jun;9(3):157-65.
26. Chandler LP, Laskin DM. Accuracy of radiographs in classification of impacted third molar teeth. **J Oral Maxillofac Surg**. 1988 Aug;46(8):656-60.
27. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1993 Oct;76(4):412-20.
28. Curran JB, Kennett S, Young AR. An assessment of the use of prophylactic antibiotics in third molar surgery. **Int J Oral Surg**. 1974;3(1):1-6.
29. Dachi SF, Howell FV. A survey of 3, 874 routine full-month radiographs. II. A study of impacted teeth. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1961 Oct;14:1165-9.
30. Deboni MC, Gregori C. [Predominant position of impacted lower third molars]. **Rev Odontol Univ Sao Paulo**. 1990 Apr-Jun;4(2):87-91.
31. Dionne RA, Gordon SM, Rowan J, Kent A, Brahim JS. Dexamethasone suppresses peripheral prostanoid levels without analgesia in a clinical model of acute inflammation. **J Oral Maxillofac Surg**. 2003 Sep;61(9):997-1003.
32. Dunne CM, Goodall CA, Leitch JA, Russell DI. Removal of third molars in Scottish oral and maxillofacial surgery units: a review of practice in 1995 and 2002. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 2006 Aug;44(4):313-6.
33. Eliasson S, Heimdahl A, Nordenram A. Pathological changes related to long-term impaction of third molars. A radiographic study. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 1989 Aug;18(4):210-2.
34. Ellis E, 3rd, Kittidumkerng W. Analysis of treatment for isolated zygomaticomaxillary complex fractures. **J Oral Maxillofac Surg**. 1996 Apr;54(4):386-400; discussion -1.
35. Emery RW, Guttenberg SA. Management priorities and treatment strategies for medical emergencies in the dental office. **Dent Clin North Am**. 1999 Jul;43(3):401-19, v.
36. Falconer DT, Roberts EE. Report of an audit into third molar exodontia. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 1992 Jun;30(3):183-5.
37. Farias JG, Santos FAP, Campos PSF, Sarmento 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 jul./dez;3(2):15-9.

38. Fattah CMRS, Aranega AM, Leal CR, Martinho J, Costa AR. Controle da dor pós-operatória em cirurgia bucal: revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**. 2005 Jul/Dez;26(2):56-62.
39. Ferreira Júnior O. **Contribuição social do serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru**. [Dissertação] Bauru: Faculdade de Odontologia/Universidade de São Paulo; 1997.
40. Freisfeld M, Drescher D, Kobe D, Schuller H. Assessment of the space for the lower wisdom teeth. Panoramic radiography in comparison with computed tomography. **J Orofacc Orthop**. 1998;59(1):17-28.
41. Fu JY, Masferrer JL, Seibert K, Raz A, Needleman P. The induction and suppression of prostaglandin H₂ synthase (cyclooxygenase) in human monocytes. **J Biol Chem**. 1990 Oct 5;265(28):16737-40.
42. Fuselier JC, Ellis EE, 3rd and Dodson TB. Do mandibular third molars alter the risk of angle fracture? **J Oral Maxillofac Surg**. 2002 May;60(5):514-8.
43. Ganss C, Hochban W, Kielbassa AM, Umstadt HE. Prognosis of third molar eruption. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1993 Dec;76(6):688-93.
44. Garcia AG, Sampedro FG, Rey JG, Vila PG, Martin MS. Pell-Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 2000 Dec;38(6):585-7.
45. Girdler NM. The unpredictability of impacted third molar development--the danger of passive observation. **Br Dent J**. 1990 Feb 10;168(3):92.
46. Godfrey K. Prophylactic removal of asymptomatic third molars: a review. **Aust Dent J**. 1999 Dec;44(4):233-7.
47. Goldbaum M. [Epidemiology and health services]. **Cad Saúde Pública**. 1996;12 Suppl 2:95-8.
48. Guedes-Pinto AC. Erupção dentária. São Paulo, Ed. Santos; (2003) p.19-38.
49. Haddad I, Haddadin K, Jebrin S, Ma'ani M, Yassin O. Reasons for extraction of permanent teeth in Jordan. **Int Dent J**. 1999 Dec;49(6):343-6.
50. Haidar Z, Shalhoub SY. The incidence of impacted wisdom teeth in a Saudi community. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 1986 Oct;15(5):569-71.

51. Halpern LR, Dodson TB. Does prophylactic administration of systemic antibiotics prevent postoperative inflammatory complications after third molar surgery? **J Oral Maxillofac Surg**. 2007 Feb;65(2):177-85.
52. Happonen RP, Backstrom AC, Ylipaavalniemi P. Prophylactic use of phenoxymethylpenicillin and tinidazole in mandibular third molar surgery, a comparative placebo controlled clinical trial. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 1990 Feb;28(1):12-5.
53. Hattab FN. Positional changes and eruption of impacted mandibular third molars in young adults. A radiographic 4-year follow-up study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1997 Dec;84(6):604-8.
54. Hattab FN, Alhaija ES. Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1999 Sep;88(3):285-91.
55. Hattab FN, Rawashdeh MA, Fahmy MS. Impaction status of third molars in Jordanian students. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1995 Jan;79(1):24-9.
56. Hazza'a AM, Albashaireh ZS and Bataineh A. The relationship of the inferior dental canal to the roots of impacted mandibular third molars in a Jordanian population. **J Contemp Dent Pract**. 2006 May 1;7(2):71-8.
57. Hill CM. Removal of asymptomatic third molars: an opposing view. **J Oral Maxillofac Surg**. 2006 Dec;64(12):1816-20.
58. Hugoson A, Kugelberg CF. The prevalence of third molars in a Swedish population. An epidemiological study. **Community Dent Health**. 1988 Jun;5(2):121-38.
59. Jaquiere C, Pajarola GF, Sailer HF, Lambrecht JT. [The extraction of retained mandibular wisdom teeth (I). The indications and preoperative diagnosis]. **Schweiz Monatsschr Zahnmed**. 1994;104(12):1510-9.
60. Kaeppler G, Meyle J, Schulte W. Radiographic imaging of the hard palate and maxillary third molars with spiral tomography: a novel technique of patient positioning. **Quintessence Int**. 1996 Jul;27(7):455-63.
61. Kahl B, Gerlach KL, Hilgers RD. A long-term, follow-up, radiographic evaluation of asymptomatic impacted third molars in orthodontically treated patients. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 1994 Oct;23(5):279-85.
62. Kajii T, Imai T, Kajii S, Iida J. Presence of third molar germs in orthodontic patients in Japan. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2001 Mar;119(3):245-50.

63. Kasle MJ. Radiographic technique for difficult maxillary third molar views. **J Am Dent Assoc.** 1971 Nov;83(5):1104-5.
64. Kazirolu GS. Metronidazole (Flagyl) and Arnica Montana in the prevention of post-surgical complications, a comparative placebo controlled clinical trial. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 1984 Feb;22(1):42-9.
65. Kim DS, Lopes J, Higgins A, Lopes V. Influence of NICE guidelines on removal of third molars in a region of the UK. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 2006 Dec;44(6):504-6.
66. Kim TW, Artun J, Behbehani F, Artese F. Prevalence of third molar impaction in orthodontic patients treated nonextraction and with extraction of 4 premolars. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** 2003 Feb;123(2):138-45.
67. Kinni ME, Caputo AA, Matyas J, Henson JL. Stresses developed during typical impacted maxillary third molar extractions. **Quintessence Int.** 1986 Jan;17(1):5-8.
68. Koerner KR. The removal of impacted third molars. Principles and procedures. **Dent Clin North Am.** 1994 Apr;38(2):255-78.
69. Kostopoulou O, Brickley MR, Shepherd JP, Newcombe RG, Knutsson K, Rohlin M. Intra-observer reliability regarding removal of asymptomatic third molars. **Br Dent J.** 1998 Jun 13;184(11):557-9.
70. Kramer RM, Williams AC. The incidence of impacted teeth. A survey at Harlem hospital. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1970 Feb;29(2):237-41.
71. Kruger E, Thomson WM, Konthasinghe P. Third molar outcomes from age 18 to 26: findings from a population-based New Zealand longitudinal study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2001 Aug;92(2):150-5.
72. Kugelberg CF, Ahlstrom U, Ericson S, Hugoson A, Kvint S. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. A prospective study. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 1991 Feb;20(1):18-24.
73. Kullman L, Johanson G, Akesson L. Root development of the lower third molar and its relation to chronological age. **Swed Dent J.** 1992;16(4):161-7.
74. Lee JT, Dodson TB. The effect of mandibular third molar presence and position on the risk of an angle fracture. **J Oral Maxillofac Surg.** 2000 Apr;58(4):394-8; discussion 9.

75. Lee L, Wu LC. Transantral approach to the deeply placed, unerupted maxillary third molar. **J Oral Maxillofac Surg**. 1995 Aug;53(8):969-70.
76. Liedholm R, Knutsson K, Lysell L, Rohlin M. Mandibular third molars: oral surgeons' assessment of the indications for removal. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 1999 Dec;37(6):440-3.
77. Macgregor AJ, Addy A. Value of penicillin in the prevention of pain, swelling and trismus following the removal of ectopic mandibular third molars. **Int J Oral Surg**. 1980 Jun;9(3):166-72.
78. Maia LC, Valença AMG. Estudo comparativo do efeito da dipirona, paracetamol e ácido acetilsalicílico sobre o sistema cardiovascular, alívio da dor e sangramento em cirurgias odontológicas eletivas: um estudo in vivo. **Âmbito odontol**. 1994;3(17):3-16.
79. McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: a 15-year follow-up study. **Br Dent J**. 2001 Jun 23;190(12):658-62.
80. McDonald RE, Avery DR. **Erupção dos dentes**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
81. Medeiros PJ. **Cirurgia dos dentes inclusos: Extração e Aproveitamento**. São Paulo: Ed. Santos; 2003.
82. Mitchell DA. A controlled clinical trial of prophylactic tinidazole for chemoprophylaxis in third molar surgery. **Br Dent J**. 1986 Apr 19;160(8):284-6.
83. Monsour PA. Getting the most from rotational panoramic radiographs. **Aust Dent J**. 2000 Jun;45(2):136-42; quiz 4-5.
84. Moreira RWF. Perfil dos pacientes submetidos a exodontia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP. **Revista de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**. 1998 jul./dez.;3(2):33-9.
85. Munro IR, Boyd JB, Wainwright DJ. Effect of steroids in maxillofacial surgery. **Ann Plast Surg**. 1986 Nov;17(5):440-4.
86. Nemcovsky CE, Libfeld H, Zubery Y. Effect of non-erupted 3rd molars on distal roots and supporting structures of approximal teeth. A radiographic survey of 202 cases. **J Clin Periodontol**. 1996 Sep;23(9):810-5.
87. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
88. Nicholls C. A 12-year retrospective audit study of tooth loss in a general dental practice. **Br Dent J**. 2000 Jul 22;189(2):98-9.

89. NIH. NIH consensus development conference for removal of third molars. **J Oral Surg.** 1980 Mar;38(3):235-6.
90. Novaes HM. [Epidemiology and assessment of health care services: new research trends]. **Cad Saúde Pública.** 1996;12 Suppl 2:7-12.
91. Obiechina AE, Arotiba JT, Fasola AO. Third molar impaction: evaluation of the symptoms and pattern of impaction of mandibular third molar teeth in Nigerians. **Odontostomatol Trop.** 2001a Mar;24(93):22-5.
92. Obiechina AE, Oji C, Fasola AO. Impacted mandibular third molars: depth of impaction and surgical methods of extraction among Nigerians. **Odontostomatol Trop.** 2001b Jun;24(94):33-6.
93. Odusanya SA, Abayomi IO. Third molar eruption among rural Nigerians. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1991 Feb;71(2):151-4.
94. Olasoji HO, Odusanya SA. Comparative study of third molar impaction in rural and urban areas of South-Western Nigeria. **Odontostomatol Trop.** 2000 Jun;23(90):25-8.
95. Olive R, Basford K. Reliability and validity of lower third molar space-assessment techniques. **Am J Orthod.** 1981 Jan;79(1):45-53.
96. Ong G, Yeo JF, Bhole S. A survey of reasons for extraction of permanent teeth in Singapore. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1996 Apr;24(2):124-7.
97. Osborn TP, Frederickson G, Jr., Small IA and Torgerson TS. A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. **J Oral Maxillofac Surg.** 1985 Oct;43(10):767-9.
98. Otuyemi OD, Ugboko VI, Ndukwe KC, Adekoya-Sofowora CA. Eruption times of third molars in young rural Nigerians. **Int Dent J.** 1997 Oct;47(5):266-70.
99. Owotade FJ, Fatusi OA, Ibitoye B, Otuyemi OD. Dental radiographic features of impacted third molars and some management implications. **Odontostomatol Trop.** 2003 Sep;26(103):9-14.
100. Padua JM. Incidência de alveolite seca após exodontia de dentes irrompidos. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.** 2002 jun/ago;56(4):283-7.
101. Pajarola GF, Gratz KW, Sailer HF, Eichmann A, Makek M. [The recognition and treatment of mouth mucosal diseases (II). Hyperkeratosis, leukoplakia, erythroplakia, lichenoid changes and erosions of the mouth mucosa]. **Schweiz Monatsschr Zahnmed.** 1995;105(11):1446-56.

102. Pajarola GF, Jaquier C, Lambrecht JT, Sailer HF. [The extraction of retained mandibular wisdom teeth (II). The surgical technic, follow-up and complications]. **Schweiz Monatsschr Zahnmed.** 1994;104(12):1520-34.
103. Pajarola GF, Sailer HF. [The surgical removal of the lower wisdom teeth. Is open follow-up care still up-to-date?]. **Schweiz Monatsschr Zahnmed.** 1994;104(10):1202-9.
104. Pawelzik J, Cohnen M, Willers R, Becker J. A comparison of conventional panoramic radiographs with volumetric computed tomography images in the preoperative assessment of impacted mandibular third molars. **J Oral Maxillofac Surg.** 2002 Sep;60(9):979-84.
105. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars — classification and modified techniques for removal. **Dent. Digest.** 1933;39.
106. Pell GJ, Gregory GT. Report on a ten-year study of a tooth division technique for removal of impacted teeth. **Am. J. Orthod.** 1942;28:660-6.
107. Peterson LJ. Rationale for removing impacted teeth: when to extract or not to extract. **J Am Dent Assoc.** 1992 Jul;123(7):198-204.
108. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. **Contemporary oral and maxillofacial surgery.** 2 ed. St Louis: Mosby; 2000.
109. Pinto V. **Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo; Ed. Santos; 2000.
110. Poeschl PW, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery--a necessity? **J Oral Maxillofac Surg.** 2004 Jan;62(1):3-8; discussion 9.
111. Polk HC, Jr., Lopez-Mayor JF. Postoperative wound infection: a prospective study of determinant factors and prevention. **Surgery.** 1969 Jul;66(1):97-103.
112. Punwutikorn J, Waikakul A, Ochareon P. Symptoms of unerupted mandibular third molars. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 1999 Mar;87(3):305-10.
113. Queiroz RR, Lino AP. Estudo de métodos de diagnóstico indicativos de extrações de terceiros molares inferiores. **Rev. paul. odontol.** 2001;23(2).
114. Quek SL, Tay CK, Tay KH, Toh SL, Lim KC. Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 2003 Oct;32(5):548-52.

115. Racey GL, Wallace WR. Surgical techniques for the removal of impacted maxillary third molars. **Dent Clin North Am.** 1979 Jul;23(3):427-38.
116. Rafetto LK. Removal of asymptomatic third molars: a supporting view. **J Oral Maxillofac Surg.** 2006 Dec;64(12):1811-5.
117. Rajasuo A, Murtomaa H, Meurman JH. Comparison of the clinical status of third molars in young men in 1949 and in 1990. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1993 Dec;76(6):694-8.
118. Raley L, Chapnick P, Baker G. The impacted third molar. **Dent J.** 1977 Aug;43(8):364-6.
119. Richardson ME, Dent M. Some aspects of lower third molar eruption. **Angle Orthod.** 1974 Apr;44(2):141-5.
120. Richardson ME. The etiology and prediction of mandibular third molar impaction. **Angle Orthod.** 1977 Jul;47(3):165-72.
121. Richardson ME. Prophylactic extraction of lower third molars: setting the record straight. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** 1999 Jan;115(1):17A-8A.
122. Richardson ME, Richardson A. Lower third molar development subsequent to second molar extraction. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** 1993 Dec;104(6):566-74.
123. Robinson PP, Smith KG. Lingual nerve damage during lower third molar removal: a comparison of two surgical methods. **Br Dent J.** 1996 Jun 22;180(12):456-61.
124. Rood JP, Shehab BA. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 1990 Feb;28(1):20-5.
125. Saglam AA, Tuzum MS. Clinical and radiologic investigation of the incidence, complications, and suitable removal times for fully impacted teeth in the Turkish population. **Quintessence Int.** 2003 Jan;34(1):53-9.
126. Sandhu S, Kaur T. Radiographic evaluation of the status of third molars in the Asian-Indian students. **J Oral Maxillofac Surg.** 2005 May;63(5):640-5.
127. Sant'ana E, Ferreira Júnior O, Pizan CR. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos. **BCI Rev. Bras. Cir. Implant.** 2000;7(27):42-5.
128. Santamaria J, Arteagoitia I. Radiologic variables of clinical significance in the extraction of impacted mandibular third molars. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 1997 Nov;84(5):469-73.

129. Sarnat H, Kaffe I, Porat J, Amir E. Developmental stages of the third molar in Israeli children. **Pediatr Dent**. 2003 Jul-Aug;25(4):373-7.
130. Schersten E, Lysell L, Rohlin M. Prevalence of impacted third molars in dental students. **Swed Dent J**. 1989;13(1-2):7-13.
131. Sengupta A, Whittaker DK, Barber G, Rogers J, Musgrave JH. The effects of dental wear on third molar eruption and on the curve of Spee in human archaeological dentitions. **Arch Oral Biol**. 1999 Nov;44(11):925-34.
132. Shepherd JP, Brickley M. Surgical removal of third molars. **BMJ**. 1994 Sep 10;309(6955):620-1.
133. Smith GS, Barss P. Unintentional injuries in developing countries: the epidemiology of a neglected problem. **Epidemiol Rev**. 1991;13:228-66.
134. Sollero L. [Observations on the use of preparations with a pyramide and dipyrone base]. **Hospital (Rio J)**. 1965 Sep;68(3):513-9.
135. Spencer AJ, Brennan DS, Szuster FS, Goss AN. Service-mix of oral and maxillofacial surgeons in Australia and New Zealand. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 1993 Oct;22(5):310-3.
136. Susarla SM, Dodson TB. Estimating third molar extraction difficulty: a comparison of subjective and objective factors. **J Oral Maxillofac Surg**. 2005 Apr;63(4):427-34.
137. Tetsch P, Wagner W. **Operative extraction of wisdom teeth**. London: Wolfe medical publications Ltd.; 1985.
138. Valladares Neto J, Marquez IM. Perfil das indicações de exodontias de terceiros molares: influência da estratificação sócio-econômica. **Rev. ABO Nac**. 1998 ago./set;6(4):235-40
139. Venta I. Predictive model for impaction of lower third molars. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1993 Dec;76(6):699-703.
140. Venta I, Murtomaa H, Turtola L, Meurman J, Ylipaavalniemi P. Assessing the eruption of lower third molars on the basis of radiographic features. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 1991a Aug;29(4):259-62.
141. Venta I, Murtomaa H, Turtola L, Meurman J, Ylipaavalniemi P. Clinical follow-up study of third molar eruption from ages 20 to 26 years. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1991b Aug;72(2):150-3.
142. Venta I, Murtomaa H, Ylipaavalniemi P. A device to predict lower third molar eruption. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1997 Dec;84(6):598-603.

143. Venta I, Schou S. Accuracy of the Third Molar Eruption Predictor in predicting eruption. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2001 Jun;91(6):638-42.
144. Wannmacher L, Ferreira MBC. **Farmacologia clínica para dentistas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
145. Wenzel A, Aagaard E, Sindet-Pedersen S. Evaluation of a new radiographic technique: diagnostic accuracy for mandibular third molars. **Dentomaxillofac Radiol.** 1998 Sep;27(5):255-63.
146. Winter GB. **Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar.** A. M. B. Company, editor. St Louis; 1926.
147. Yamaoka M, Furusawa K, Fujimoto K, Uematsu T. Completely impacted teeth in dentate and edentulous jaws. **Aust Dent J.** 1996 Jun;41(3):169-72.
148. Yamaoka M, Furusawa K, Hayama H, Kura T. Relationship of third molar development and root angulation. **J Oral Rehabil.** 2001 Feb;28(2):198-205.
149. Yamaoka M, Furusawa K, Ikeda M, Hasegawa T. Root resorption of mandibular second molar teeth associated with the presence of the third molars. **Aust Dent J.** 1999 Jun;44(2):112-6.
150. Yamaoka M, Furusawa K, Yamamoto M. Influence of adjacent teeth on impacted third molars in the upper and lower jaws. **Aust Dent J.** 1995 Aug;40(4):233-5.
151. Yuasa H, Kawai T, Sugiura M. Classification of surgical difficulty in extracting impacted third molars. **Br J Oral Maxillofac Surg.** 2002 Feb;40(1):26-31.
152. Zachariades N, Meztis M, Anagnostopoulos D. Changing trends in the treatment of zygomaticomaxillary complex fractures: a 12-year evaluation of methods used. **J Oral Maxillofac Surg.** 1998 Oct;56(10):1152-6; discussion 6-7.
153. Zingg M, Laedrach K, Chen J, Chowdhury K, Vuillemin T, Sutter F, *et al.* Classification and treatment of zygomatic fractures: a review of 1,025 cases. **J Oral Maxillofac Surg.** 1992 Aug;50(8):778-90.
154. Zoccola GC, Calogiuri PL, Ciotta D. [304 lower third molars: anatomotopographical position and root morphology]. **Minerva Stomatol.** 1988 Nov;37(11):905-9.

ANEXOS

Anexo 1

Ficha Cirúrgica – Terceiros Molares

Data da ficha:...../...../.....

Prontuário:.....

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Data Nascimento:...../...../.....

Idade: anos meses

Procedência:

☐ Uberlândia

☐ Outras localidades

Encaminhado por:

☐ Clínico Geral

☐ Ortodontista

☐ Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

☐ Próprio paciente

☐ Acadêmico

☐ PSO

☐ Outros

Exame Radiográfico:

☐ Periapical

☐ Panorâmico

☐ Oclusal

☐ Outros

3^{as} molares presentes:

☐ 18

☐ 28

☐ 38

☐ 48

☐ Outros:.....

Dente(s) a remover:

☐ 18

☐ 28

☐ 38

☐ 48

☐ Outros:.....

Justificativa:

☐ Inclusão/Impactação/Retenção----- ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

☐ Falta de antagonista ----- ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

☐ Infecção ----- ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

☐ Finalidade Ortodôntica----- ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

☐ Cárie/pulpite ou dor de origem desconhecida---- ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

☐ Outras ----- ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

Terceiros Molares Inferiores:

☐ 38 Classe: ☐ I ☐ II ☐ III

Posição: ☐ A ☐ B ☐ C

Inclinação: ☐ Mesio-angular ☐ Disto-angular ☐ Vertical

☐ Horizontal ☐ Trans-alveolar ☐ Outros

Formação da raiz: ☐ até 1/3 de raiz formada

☐ entre 1/3 e 2/3 de raiz formada

☐ mais de 2/3 de raiz formada

Relação c/ canal mandibular: ☐ Distante(>2mm) ☐ Próximo s/ relação

☐ Próximo c/ íntima relação

Nível de erupção: ☐ Intra-ósseo ☐ Sub-mucoso

☐ Semi-irrompido ☐ irrompido

- ☐ 48 **Classe:** ☐ I ☐ II ☐ III
Posição: ☐ A ☐ B ☐ C
Inclinação: ☐ Mesio-angular ☐ Disto-angular ☐ Vertical
☐ Horizontal ☐ Trans-alveolar ☐ Outros
Formação da Raiz: ☐ até 1/3 de raiz formada
☐ entre 1/3 e 2/3 de raiz formada
☐ mais de 2/3 de raiz formada
Relação c/ canal mandibular: ☐ Distante(>2mm) ☐ Próximo s/ relação
☐ Próximo c/ íntima relação
Nível de erupção: ☐ Intra-ósseo ☐ Sub-mucoso
☐ Semi-irrompido ☐ irrompido

Terceiros Molares Superiores:

- ☐ 18 **Posição** ☐ A ☐ B ☐ C
Inclinação ☐ Mesio-angular ☐ Disto-angular ☐ Vertical
☐ Horizontal ☐ Trans-alveolar ☐ Outros
Formação da Raiz ☐ até 1/3 de raiz formada
☐ entre 1/3 e 2/3 de raiz formada
☐ mais de 2/3 de raiz formada
Relação com seio maxilar: ☐ Distante(>2mm) ☐ Próximo s/ relação
☐ Próximo c/ íntima relação
Nível de erupção ☐ Intra-ósseo ☐ Sub-mucoso
☐ Semi-irrompido ☐ irrompido
-

- ☐ 28 **Posição:** ☐ A ☐ B ☐ C
Inclinação: ☐ Mesio-angular ☐ Disto-angular ☐ Vertical
☐ Horizontal ☐ Trans-alveolar ☐ Outros
Formação da Raiz: ☐ até 1/3 de raiz formada
☐ entre 1/3 e 2/3 de raiz formada
☐ mais de 2/3 de raiz formada
Relação com seio maxilar: ☐ Distante(>2mm) ☐ Próximo s/ relação
☐ Próximo c/ íntima relação
Nível de erupção: ☐ Intra-ósseo ☐ Sub-mucoso
☐ Semi-irrompido ☐ irrompido

Anexo 2

FICHA CIRÚRGICA

Prt:.....

Data:...../...../.....

Dente(s) removidos:

☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48 ☐ Outros:.....

Farmacoterapia:

☐ Antibiótico	☐ pré ☐ pós	Via ☐ Oral ☐ IM ☐ EV
☐ AINES	☐ pré ☐ pós	Via ☐ Oral ☐ IM ☐ EV
☐ Antiinflamatório esteroideal	☐ pré ☐ pós	Via ☐ Oral ☐ IM ☐ EV
☐ Analgésico	☐ pré ☐ pós	Via ☐ Oral ☐ IM ☐ EV

Anestesia:

☐ Nervo alveolar inferior/lingual/bucal - Dentes ☐ 38 ☐ 48
Técnica: ☐ Jorgensen & Hayden modificada ☐ das três posições ☐ outras

☐ Nervo alveolar superior posterior/palatino maior – Dentes ☐ 18 ☐ 28

Acesso Cirúrgico:

☐ Archer	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
☐ Envelope	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
☐ Sindesmotomia:	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

Extração:

☐ Ostectomia + Odontosecção:-----	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
☐ Ostectomia: -----	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
☐ Odontosecção: -----	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
☐ Extração via alveolar:-----	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
☐ Odontectomia Parcial Intencional:-----	Dente(s):	☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48

Tempo Cirúrgico:

Início..... Término..... Duração.....

Planejamento:

.....
.....
.....
.....
..... (Caso necessário continuar no verso)

Pós Operatório:

Data:...../...../.....

☐ 18.....
☐ 28.....
☐ 38.....
☐ 48.....

Anexo 3



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 278/06

Registro CEP: 097/06

Projeto Pesquisa: "Avaliação anatômica de terceiros molares extraídos nas clínicas da UFU"

Pesquisador Responsável: Iris Malogoni Marquez

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

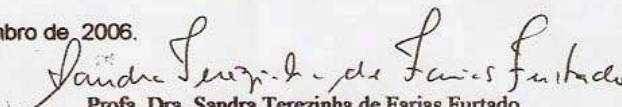
O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

Data para entrega do Relatório Final: dezembro/2006

Uberlândia, 18 de setembro de 2006.


Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.