

REMOÇÃO PRECOCE DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES - REVISÃO DE LITERATURA

EARLY REMOVAL OF LOWER MOLAR THIRD PARTIES - LITERATURE REVIEW

Letícia Souza Nascimento ¹

Yasmin Couceiro Rosa Carvalho ²

Orientador: Hudson Geraldo Ranã da Matta Fonseca ³

RESUMO

A extração do terceiro molar é muito comum na área odontológica, tendo como objetivo a prevenção de patologias futuras, sendo elas, lesão cariada na distal do elemento adjacente, pericoronarite, reabsorção radicular, cistos odontogênicos, doença periodontal entre outras patologias. Alguns fatores podem dificultar o ato cirúrgico, como a idade avançada do paciente, estruturas adjacentes como o canal mandibular, a morfologia, pois é um elemento que sofre alteração anatômica radicular e posição do elemento de acordo com a classificação de Winter e Pell e Gregory. Para a extração precoce a cronologia de erupção deve ser considerada, pois determina o melhor momento para a remoção do terceiro molar. O planejamento cirúrgico é de extrema importância, pois avaliará os riscos e benefícios da cirurgia. Foram selecionados 35 artigos publicados na língua inglesa, espanhola e portuguesa, entre o ano 2001 e 2020, nas seguintes bases de dados: (SciELO); PubMed); google acadêmico, utilizando como termos de busca em diferentes combinações: Dente serotino; Extração dentária; Dente impactado. Os cirurgiões dentistas devem avaliar cada situação individualmente, alguns autores acham mais vantajoso o acompanhamento em intervalos regulares do elemento quando assintomático, entretanto, estudos indicam que a extração tardia pode dificultar o procedimento cirúrgico, pois a rizogênese do elemento dentário estaria completa e podendo estar em íntimo contato com o canal mandibular. Com um bom criterioso exame clínico, radiográfico e planejamento, concluímos que a extração precoce dos terceiros molares inferiores tende a trazer benefícios aos pacientes, como a prevenção de patologias futuras.

Palavras-chaves: Dente serotino. Extração dentária. Dente impactado.

ABSTRACT

Third molar extraction is very common in dentistry, aiming to prevent future pathologies, such as carious lesions in the distal part of the adjacent element, pericoronitis, root resorption, odontogenic cysts, periodontal disease, among other pathologies. Some factors can make the surgical procedure difficult, such as the patient's advanced age, adjacent structures such as the mandibular canal,

¹ Aluna do curso de Odontologia da Rede Doctum-Serra; Email:

² Aluna do curso de Odontologia da Rede Doctum-Serra; Email:

³ Professor de Cirurgia Oral e Patologia da Rede Doctum-Serra.

morphology, as it is an element that undergoes root anatomical changes and the element's position according to the classification by Winter and Pell and Gregory. For early extraction, the eruption chronology must be considered, as it determines the best time to remove the third molar. Surgical planning is extremely important, as it will assess the risks and benefits of surgery. 35 articles published in English, Spanish and Portuguese were selected, between 2001 and 2020, in the following databases: (SciELO); PubMed); academic google, using as search terms in different combinations: serotino tooth; dental extraction; Impacted tooth. Dental surgeons should assess each situation individually, some authors find it more advantageous to monitor the element at regular intervals when asymptomatic, however, studies indicate that late extraction can make the surgical procedure difficult, as the root formation of the dental element would be complete and may be in intimate contact with the mandibular canal. With a good clinical examination, radiographic examination and planning, we conclude that the early extraction of lower third molars tends to bring benefits to patients, such as preventing future pathologies.

Keywords: Serotine tooth. Dental extraction. Impacted tooth.

1 - Introdução

O terceiro molar conhecido como o “dente siso” é o último dente a erupcionar, dessa forma a ocorrência de impação é alta, haja visto diversos fatores, tais como o tamanho do dente, presença de dente adjacente inapropriado, recobrimento de tecidos mole e ósseo e a falta de espaço no arco mandibular para sua erupção normal. A falta de espaço pode ser explicada através da evolução, havendo alterações nos hábitos alimentares, que passaram de uma dieta rudimentar para uma dieta mais pastosa, dessa forma fez com que os maxilares fossem menos desenvolvidos, ocasionando a ausência de espaço, especificamente entre o segundo molar inferior e o ramo mandibular ascendente, resultando na impação dentária do terceiro molar (GOMES et al., 2004; PRADO; SALIM, 2004; ANTUNES, 2014).

A extração dos terceiro molares é muito comum na área odontológica, sendo indicada para a prevenção de problemas futuros, sendo eles, cáries e problema periodontal na face distal dos segundo molares devido ao mal posicionamento, dificultando a higienização no local, acumulando resíduos alimentares e favorecendo a colonização de microrganismos; pericoronarite, que consiste em um processo inflamatório em terceiro molar que está parcialmente coberto pela gengiva; reabsorção radicular, causada pela pressão do dente incluso sobre a raiz do dente adjacente ou infecção; cistos odontogênicos, ocasionados pela degeneração cística

do folículo dentário; entre outros (KATO et al., 2010; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015; COSTA et al., 2013; STEED, 2014).

Dentre as limitações da cirurgia dos terceiros molares, a idade é um fator complicador, visto que, pacientes com idade mais avançada tendem a ter maior densidade óssea, aumentando o risco de fratura e a resposta cicatricial do organismo é diminuída. Outro aspecto que interfere na realização da cirurgia preventiva é o risco de afetar estruturas adjacentes, dependendo da posição do dente, a extração do elemento pode lesionar o nervo mandibular (ANTUNES, 2014; SALMEN et al., 2016)

A erupção do terceiro molar é completada por volta dos 20 até 25 anos de idade. O estágio de Nolla foi criado para avaliar o processo de formação e erupção dos dentes permanentes e com isso pode-se determinar o melhor momento para a extração de um elemento dentário impactado, com o intuito de reduzir o trauma operatório e uma cirurgia mais facilitada para o operador (PRADO; SALIM, 2004; KRUGER; THOMSON; KONTHASINGHE ,2001; ANTUNES, 2014).

O planejamento é a forma de prevenção mais adequada e indispensável para a extração dos dentes impactados, com a finalidade de analisar os riscos e benefícios da cirurgia e informá-los ao paciente. A classificação de Winter e Pell & Gregory foi criada para facilitar a comunicação entre os cirurgiões-dentistas e tem como objetivo de classificar a angulação do longo eixo do terceiro molar impactado com relação ao longo eixo do segundo molar e também a relação entre o segundo molar inferior e a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula e profundidade do dente impactado comparado com a altura do segundo molar adjacente. Esse sistema de classificação orienta o cirurgião-dentista a fazer o plano de tratamento e conduta cirúrgica adequada, assim como uma boa anamnese, criterioso exame clínico e exame radiológico, preferencialmente as radiografias panorâmicas que evidenciam a relação com as estruturas anatômicas adjacentes tendo a previsibilidade de possíveis complicações e evitando-as (SALMEN et al., 2016; MATOS; VIEIRA; BARROS, 2017).

O presente trabalho é importante ser estudado para identificar as causas da extração precoce dos terceiros molares inferiores impactados. Esse tema tem a finalidade de pontuar os benefícios da extração precoce dos terceiros molares inferiores impactados a partir da cronologia dentária, sistema de classificação Winter

e Pell & Gregory, radiografia e as possibilidades de alterações patológicas que serão prevenidas a fim de evitar problemas patológicos futuros ao paciente.

2 - Metodologia

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *U.S National Library of Medicine* (PubMed); Google acadêmico. Foram selecionados 35 artigos que foram publicados na língua inglesa, espanhola e portuguesa entre os anos de 2001 a 2020, associados a livros e artigos clássicos. Utilizou-se como termos de busca em diferentes combinações: dente serotino; extração dentária; dente impactado. *Serotine tooth; Dental extraction; Impacted tooth*. Foram excluídos os artigos que abordavam terceiros molares superiores. Para o critério de inclusão usou-se artigos que abordavam os termos de buscas.

3 - Referencial teórico

O sistema estomatognático passou por variações no decorrer do desenvolvimento humano devido ao decréscimo da demanda funcional proveniente dos novos hábitos alimentares. Por consequência, ocorreu uma diminuição dos maxilares, causando uma impactação nos últimos elementos da arcada dentária devido à falta de espaço para uma erupção apropriada (SANTOS JÚNIOR et al., 2007).

A impactação ocorre devido a diversos fatores, tanto quanto pela falta de espaço adequado, como também o tamanho do dente influencia na sua erupção, recobrimento de tecido mole e ósseo e presença de dente adjacente inapropriado. Esses fatores interferem no processo eruptivo normal dos terceiros molares, principalmente dos inferiores (ANTES, 2016).

3.1 - Morfologia

A morfologia dos terceiros molares está diretamente ligada com o planejamento cirúrgico, uma vez que a anatomia radicular desse elemento é a que mais sofre alterações na dentição humana, podendo causar complicações na extração. O número de raízes também pode tornar a cirurgia mais simples ou mais complexa. Se o elemento não for removido ainda no seu período de formação a chance de fraturas de ponta de raiz é alta em virtude da anatomia radicular poder

apresentar uma curvatura. As raízes também podem ser separadas ou cônicas fusionadas, sendo estas mais fáceis de remover (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

As raízes dos terceiros molares têm grande influência no planejamento cirúrgico visto que têm grande relação com o canal mandibular, sendo necessário exames de imagem para a visualização dessa relação (LOPES; FREITAS, 2013).

3.2 - Cronologia de erupção

Os terceiros molares são os últimos dentes a realizar o processo eruptivo de acordo com a cronologia dental. A erupção desse elemento ocorre no final da adolescência, entre os 17 anos, ou no começo da fase adulta, por volta dos 20 anos de idade. Entretanto, em alguns pacientes a erupção pode ocorrer antes da idade adequada ou também pode continuar até ou após os 25 anos de idade e essas alterações vão depender do desenvolvimento de cada indivíduo (CHIZOTTI *apud* PEREIRA; FERREIRA, 2008; GOMES, 2010).

Para a extração dos terceiros molares é aconselhável que o procedimento cirúrgico seja realizado antes da rizogênese completa do elemento, na fase da adolescência. Além disso, pacientes mais jovens possuem ossos menos densos e a formação da raiz ainda está incompleta (PRADO; SALIM, 2004).

De acordo com Estágio de Nolla, termo usado para classificar o período de desenvolvimento do dente, o melhor momento para a remoção cirúrgica do terceiro molar é quando a raiz está com $\frac{1}{3}$ de formação, conceituado como estágio 7 de Nolla e antes do estágio 8, onde $\frac{2}{3}$ da raiz está formada (PRADO; SALIM, 2004).

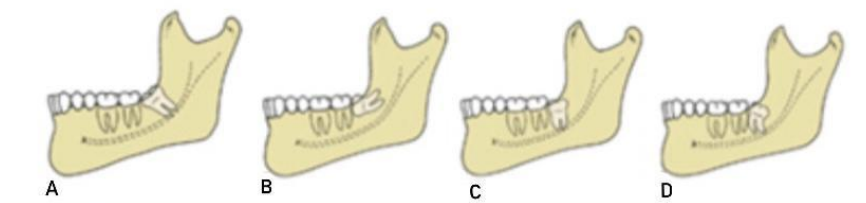
3.3 Sistemas de classificações de terceiros molares impactados

O sistema de classificação foi criado com intuito de facilitar a comunicação entre os cirurgiões-dentistas e classificar a posição do terceiro molar a fim de avaliar o grau de complexidade da extração e o prognóstico dos casos (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

A classificação de Winter (figura 1) tem o objetivo de avaliar a inclinação do longo eixo do terceiro molar em relação ao longo eixo do segundo molar. Quando o terceiro molar está paralelo ao longo eixo do segundo molar é definido como angulação vertical, esta é a segunda impactação mais frequente e também a terceira com mais facilidade durante a extração; caso a coroa do terceiro molar esteja inclinada para a face mesial em direção do segundo molar é classificado como

mesioangular, considerado a impaction mais frequente e com menor dificuldade na extração; quando a coroa do terceiro molar estiver inclinado para posterior, para distal, é definido como distoangular, é considerado uma impaction mais rara e mais complexa para extração, pois o dente está voltado para o ramo mandibular; quando o terceiro molar está perpendicular ao longo eixo do segundo molar é classificado como horizontal, no qual sua remoção também é complexa e de menor frequência; e quando a coroa do terceiro molar estiver voltado para a face vestibular é chamado de vestibuloangular ou onde a coroa está voltada para a lingual é chamado de linguoangular (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

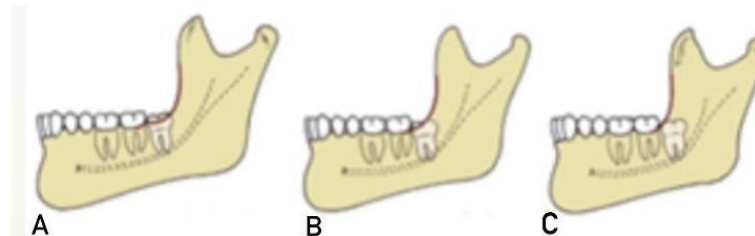
Figura 1- Classificação criada por Winter que demonstra a angulação do terceiro molar impactado com relação ao longo eixo do dente adjacente. (A) impaction mesioangular; (B) impaction horizontal; (C) impaction vertical; (D) impaction distoangular.



Fonte: Hupp, Tucker, Ellis (2015, p.)

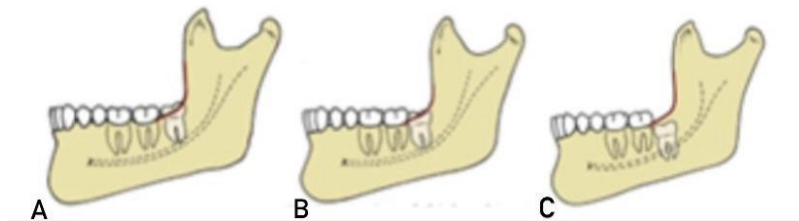
O sistema de classificação criado por Pell & Gregory (figura 2 e 3) tem objetivo de classificar o terceiro molar inferior com a borda anterior do ramo mandibular ascendente e a relação da profundidade de inclusão do dente no plano vertical. A relação do terceiro molar inferior com o ramo mandibular pode se classificar em (figura 2): Classe 1, quando o dente está anterior ao ramo mandibular; Classe 2, é considerado quando o dente está parcialmente coberto pelo ramo mandibular; Classe 3, quando o dente completamente coberto pelo ramo mandibular. Quanto a relação com a profundidade (impaction) do terceiro molar relacionado com a altura do segundo molar, no qual visa estabelecer a dificuldade de remoção do elemento, pois quanto mais profundo o dente, maior será a dificuldade, logo podem ser classificado em (figura 3): Classe A, o terceiro molar deve estar no nível ou próximo ao plano do segundo molar; Classe B, quando a oclusal do terceiro molar estiver entre a linha cervical e o plano oclusal do segundo molar; Classe C, a oclusal do terceiro molar deve estar abaixo da linha cervical do segundo molar (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

Figura 2- Classificação de Pell e Gregory que demonstra a relação entre o segundo molar inferior e a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula (A) Classe 1: terceiro molar está fora do ramo mandibular; (B) Classe 2: terceiro molar está parcialmente inserido no ramo mandibular; (C) Classe 3: terceiro molar está completamente inserido no ramo mandibular.



Fonte: Hupp, Tucker, Ellis (2015, p.)

Figura 3- Classificação de Pell e Gregory que visa demonstrar profundidade do dente impactado quando comparado com a altura do dente adjacente (A) Classe A: terceiro molar deve estar no nível ou próximo ao plano do segundo molar; (B) Classe B: oclusal do terceiro molar estiver entre a linha cervical e o plano oclusal do segundo molar; (C) Classe C: oclusal do terceiro molar deve estar abaixo da linha cervical do segundo molar.



Fonte: Hupp, Tucker, Ellis (2015, p.)

3.4 - Exame Radiográfico

A radiografia é um recurso primordial que fornece um diagnóstico por imagem precoce a fim de um ideal planejamento do caso e para prevenir possíveis complicações na intervenção cirúrgica (SILVA; PASSOS, 2015)

A radiografia panorâmica fornece uma imagem bidimensional, no qual o ideal é fornecer uma imagem próxima ao tamanho real do paciente, mas pode haver algumas incertezas relacionadas a fidelidade como forma e tamanho, pois é possível ocorrer distorções, sobreposição das estruturas ou até mesmo ficar uma imagem borrada devido à falta de foco. Mas possibilita uma visão do complexo maxilomandibular inteiro e relação dos terceiros molares com as estruturas adjacentes como a proximidade com o canal mandibular, quantidade de osso ao

redor do elemento; sua posição; relação com os dentes vizinhos; formação e erupção; se está presente ou não; assimetria mandibular além disso, é fundamental para identificar lesões ósseas e lesões de origem cariiosa maiores (SILVA; PASSOS, 2015).

Outro exame que pode ser solicitado pelo cirurgião-dentista para um excelente planejamento e que traz uma imagem nítida é a tomografia computadorizada de feixe cônico. Esse exame exhibe uma imagem tridimensional da região do canal mandibular e as raízes do elemento dentário, onde fornecerá com detalhes a íntima relação topográfica dessas estruturas, o que as radiografias tradicionais não podem proporcionar e conceder informações adequadas para um bom planejamento do caso e avaliação dos riscos que a cirurgia pode trazer, pois sem uma imagem nítida e adequada há a possibilidade de lesionar o nervo alveolar inferior. Com tudo, o dentista deve apresentar para o paciente o mais adequado planejamento cirúrgico e os seus riscos (SILVA et al., 2018).

3.5 - Doenças prevenidas com a extração do terceiro molar

3.5.1 - Pericoronarite

É um processo inflamatório que acomete os tecidos moles ao redor da coroa de um elemento parcialmente erupcionado, muito comum em terceiros molares inferiores. Essa inflamação ocorre devido ao revestimento de tecido gengival na superfície do dente afetado, o que resulta no acúmulo de alimentos e favorece a proliferação de bactérias causando dor, halitose, sangramento e trismo (CANDIDO et al., 2014).

Cerca de 25 a 30% de terceiros molares inferiores são extraídos devido a pericoronarite, Lysell & Rohlin (1988). A pericoronarite é ainda a principal razão para a exodontia de terceiros molares mandibulares inclusos depois dos 20 anos de idade (ANTUNES, 2014).

O tratamento para pericoronarite leve é a desinfecção da região inflamada com peróxido de hidrogênio ou digluconato de clorexidina 0,12% e higienização intensa até a regressão da inflamação. Quando o processo inflamatório está mais avançado, onde o paciente tem sinais de edema, trismo e supuração local, além do tratamento com soluções antissépticas é necessário prescrever terapia antibiótica por 7 dias. É necessário tratar a infecção previamente a intervenção cirúrgica, caso a

pericoronarite for recorrente, a extração deve ser feita sobre terapia antibiótica, estendendo para o pós-operatório (ANTUNES, 2014).

3.1.2 - Cárie dentária

Na situação de um terceiro molar parcialmente erupcionado ou impactado, geralmente na inclinação mesioangular impede que o paciente realize uma higienização oral eficiente na região do elemento. Em consequência da dificuldade de escovação ocorre o acúmulo e proliferação das bactérias causadoras da cárie dentária, no qual a lesão cariosa desenvolve tanto na face oclusal do terceiro molar e na cervical do segundo molar (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

3.1.3 - Doença periodontal

Devido a impactação do terceiro molar há uma diminuição óssea na região entre a face distal do segundo molar com a face oclusal do terceiro molar. Por ser o último dente da arcada tem-se uma dificuldade de higienizar o local, com isso favorece a colonização das bactérias responsáveis pela doença periodontal e conseqüentemente uma inflamação da região. Essas bactérias podem migrar para a região do ligamento periodontal, no qual resulta no desenvolvimento da periodontite, havendo comprometimento das estruturas de suporte do elemento dentário, fazendo com que ocorra a perda do dente e sendo possível vir a desenvolver proporções maiores que podem comprometer estruturas adjacentes, como a perda óssea. Portanto a extração precoce pode ser considerada para prevenir a doença periodontal (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

3.1.4 - Reabsorção radicular

A reabsorção radicular pode ser um processo fisiológico e patológico. Para o diagnóstico é necessário o exame por imagem, que vai constatar uma área radiolúcida. O processo patológico pode ser oriundo de pressões excessivas que um dente impactado pode exercer sobre a raiz de um dente adjacente por tentar erupcionar como por exemplo, o terceiro molar impactado sobre o segundo molar; traumas; infecções nos tecidos periodontais ou pulpar. A reabsorção pode levar a perda de cemento, osso e dentina, no qual pode causar danos irreversíveis à estrutura dentária, logo esse processo depende de fatores que estimulam as células

osteoclásticas Gunraj (1999), como a infecção e pressão. Quando a causa é removida essa reabsorção é cessada e o plano de tratamento pode consistir em um tratamento endodôntico ou extração (FUSS; TESIS; LIN, 2003; ENDO et al., 2015).

3.1.5 - Cistos odontogênicos

O folículo dental, conhecido também como saco dentário, tem a função de proteger e originar os tecidos de suporte dental. Quando o elemento está impactado, o folículo dentário pode sofrer degeneração cística, formando um cisto odontogênico. Esse cisto é originado da separação do folículo que está presente em torno da coroa do elemento e forma uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte (epitélio interno e externo do esmalte que forma um revestimento) e o esmalte do dente, a qual é preenchida por fluido ou um material com aspecto mole (CALIENTO; MANNARINO; HOCHULI-VIEIRA, 2013).

É possível destacar os cistos relacionados aos dentes inclusos, no qual são: cisto dentígero ou folicular que se origina da separação do folículo que fica ao redor da coroa do dente em que se trata, e queratocisto, derivado do órgão do esmalte ou da lâmina dental e afeta com mais frequência a região posterior da mandíbula (ACIOLE et al., 2010; CALIENTO; MANNARINO; HOCHULI-VIEIRA, 2013).

3.1.6 - Considerações ortodônticas

A extração de um terceiro molar inferior não tem indicação quando se trata de prevenir o apinhamento dos dentes inferiores, porção anterior. Os terceiros molares não possuem a capacidade de empurrar os dentes adjacentes e conseqüentemente apinha-los, o que acontece é, a remodelação óssea que ocorre durante a vida adulta, gerando assim uma pequena redução do espaço no arco dentário para acomodar os dentes ou devido a recidiva do apinhamento após o tratamento ortodôntico, onde pode haver o uso inadequado da barra de contenção ou até mesmo não usá-la, por isso não há necessidade de indicação de remoção profilática do terceiro molar quando se trata de apinhamento do arco. Mas há a existência de outros motivos que levam à remoção precoce dos sisos, como por exemplo pacientes que precisam realizar o tratamento ortodôntico, no qual tenha a necessidade de realizar tracionamento dos dentes para distal (HEYMANN; GRAUER; SWIFT, 2012; JANSON et al., 2013; PITHON et al., 2017).

3.6 Contraindicações para exodontia

3.6.1 - Idade avançada

Com o avançar da idade o osso torna-se mais calcificado e com maior densidade e conseqüentemente torna-se menos flexível, o que acarreta a maior remoção óssea para o dente ser extraído do alvéolo. Os idosos podem apresentar mudanças nos sistemas do organismo como: alterações nos vasos sanguíneos; nas estruturas da pele; no metabolismo do colágeno e a resposta inflamatória é diminuída, desta forma irá ter uma velocidade de cicatrização mais demorada (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

Todas essas mudanças no idoso citado fazem com que haja uma recuperação pós-operatória mais complicada, por exemplo: em um paciente jovem o pós-operatório pode haver edema e desconforto nos primeiros dois dias e em paciente mais velho a recuperação pode levar até 5 dias. A extração também está contraindicada em casos em que o paciente possui uma idade superior a 35 anos e o dente impactado estiver coberto por osso e não manifestar sinais de patologias associadas, mas é necessário realizar consultas periódicas com o cirurgião-dentista para acompanhar esse elemento impactado radiograficamente com o intuito de assegurar que não haja nenhuma patologia desenvolvida com o decorrer do tempo (ANTUNES, 2014; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

3.6.2 - Riscos para as estruturas adjacentes

De acordo com a posição do elemento dentário a remoção cirúrgica não se encontra indicada em alguns casos, o que pode acarretar luxações de dentes adjacentes devido ao uso de força inadequada com os instrumentais, usando o elemento ao lado como ponto de apoio e não o osso (ANTUNES, 2014).

Outro fator limitante são as condições das estruturas ósseas que dependendo do paciente, a existência de infecções crônicas ou intensas podem desmineralizar ou destruir o osso. O sexo também influencia, sendo que as fraturas em homens podem ocorrer supostamente pela maior força de mastigação. Já nas mulheres a ocorrência

maior de osteoporose e a diminuição da elasticidade óssea é uma justificativa para a ocorrência das fragmentações ósseas (ANTUNES, 2014).

Há uma comunicação próxima entre o elemento dentário e o canal mandibular, no qual pode ocorrer lesão do nervo alveolar inferior durante a extração do dente. Essa lesão consiste na insensibilidade da área inervada, no qual a lesão pode ser permanente ou temporária. Os sintomas que o paciente pode relatar são: sensações de dormência, formigamentos, sensibilidade modificada às sensações térmicas e ausência de sensibilidade. A incidência de parestesia do nervo é em torno de 0,4 - 8,4% dos casos documentados por Da Rosa, Escobar, Brusco (2007). Os casos de retornos sensitivos são de 96%, no qual se resolve espontaneamente no período de 24 meses Flores (2010). E para o tratamento pode ser administrado medicamentos; utilização de laser terapia de baixa intensidade e até mesmo cirurgia. Logo, o planejamento é a melhor forma de evitar a parestesia, por conseguinte: um adequado planejamento cirúrgico, no qual inclui também conhecimento anatômico; técnica de execução cirúrgica correta e a utilização de radiografia, fazendo com que diminua a chance de alterar a sensibilidade do paciente. É importante sempre conversar com o paciente no pré-operatório sobre a possibilidade de ocorrer a parestesia, assim visto uma íntima relação entre o elemento dentário e o canal mandibular (LOPES; FREITAS, 2013).

3.6.3 - Comprometimento sistêmico

Em pacientes com comprometimento sistêmico com quadro não controlado, onde o terceiro molar seja assintomático, é contraindicado a remoção precoce do elemento. Pacientes portadores de doenças cardíacas, diabéticos ou pacientes com seu sistema imunológico comprometido, são pacientes que devem realizar apenas procedimentos de urgência. Pacientes com doenças cardíacas quando submetidos a uma intervenção no qual gera dor, isso acarretará um estresse para o organismo, onde irá aumentar a secreção endógena de epinefrina e norepinefrina pelas adrenais em até 40 vezes, se comparada ao indivíduo em repouso, atingindo assim níveis sanguíneos mais altos se comparados após a aplicação de um tubete de anestésico. Devido a secreção endógena de epinefrina e norepinefrina para o sangue tem-se o aumento do trabalho cardiovascular, no qual ocorrerá consumo de oxigênio pelo miocárdio. Resultando em angina do peito, arritmias ou até mesmo infarto do miocárdio. Doenças, como diabetes e pacientes imunossupressores, são mais

suscetíveis às infecções crônicas. Devido a isso, quando submetidos às intervenções cirúrgicas envolvendo tecidos moles e duros é necessário o uso de antibiótico para a prevenção de infecções e para a contribuição da cicatrização do tecido. Caso o terceiro molar se torne sintomático, o dentista deve trabalhar com o médico do paciente, para minimizar problemas na hora da cirurgia e no pós-cirúrgico (ANTUNES, 2014; DE ANDRADE, 2014; COSTA et al., 2016).

4 - Discussão

Tendo o domínio de todas as indicações da remoção precoce dos terceiros molares inferiores, o cirurgião dentista deve avaliar cada situação analisando os prós e os contras das cirurgias. Segundo Garrocho-Rangel et al. (2018) a extração precoce dos terceiros molares devido às chances de patologias no futuro, tais como cárie na distal do segundo molar, cistos, tumores, pericoronarite, entretanto o autor argumenta que, a remoção de um terceiro molar impactado assintomático é questionável, visto que os pacientes podem ser submetidos ao estresse pós-cirúrgico e gastos desnecessários, sendo mais vantajoso a observação em intervalos regulares desse elemento. De acordo com Gomes et al. (2004), a permanência desses elementos apresenta possíveis complicações ao longo do tempo, e a extração tardia pode dificultar o procedimento cirúrgico, sendo assim, entende-se que a remoção precoce desses elementos é a melhor conduta a ser tomada, posto que, quando o elemento retido ainda possui rizogênese incompleta e conseqüentemente não tem relação com canal mandibular os riscos de complicações cirúrgicas diminuem. A remoção dos terceiros molares inferiores quando já com a rizogênese completa tende a ter mais riscos de parestesia definitiva ou temporária. A melhor forma de evitar essa situação, é tomando medidas preventivas, tais como a remoção do elemento quando o indivíduo está na fase de adolescência e o dente ainda não está em rizogênese completa e sua posição não está em íntimo contato com o canal mandibular; outra forma de prevenir é avaliando a radiografia panorâmica previamente a cirurgia, construindo um plano de tratamento adequado para cada paciente, visando identificar a classificação do elemento de acordo com Winter e Pell & Gregory, estudando a complexidade cirúrgica.

De acordo com Prado & Salim (2004) a melhor hora de remover os terceiros molares é na adolescência, sendo uma pauta de discussão, visto que alguns

profissionais defendem a extração desses elementos apenas quando há uma patologia ou um risco associado.

A extração precoce traz uma boa resposta cicatricial no pós-operatório, pois em pacientes jovens possui uma recuperação mais rápida e suporta melhor o procedimento. Os autores Chizotti, *apud* Pereira & Ferreira (2008) e Gomes (2010), afirmam que a extração do terceiro molar em paciente com idade menor que 20 anos traria menos riscos de fraturas ósseas, pois a raiz do elemento dentário não apresenta completamente formado e também o ato cirúrgico é mais fácil de ser executado pelo cirurgião dentista. De acordo com Hupp, Ellis, Tucker (2015) nos pacientes mais idosos, que costumam apresentar o osso mais calcificado e que conseqüentemente traz dificuldade ao procedimento, a cicatrização e ao pós-operatório. A remoção precoce reduz a morbidade pós-operatória e favorece a cicatrização. A extração está contraindicada quando o paciente possui uma idade superior a 35 anos e o dente encontra-se impactado e revestido por osso e sem sinais de patologias associadas. Entretanto, alguns estudos mostram alterações patológicas associadas ao elemento dentário em indivíduos com 37,2 anos em média. Logo, em pacientes com uma idade avançada pode ocorrer alterações patológicas e isso pode trazer uma dificuldade durante a extração do elemento e com isso pode haver complicações no pós-operatório, conforme Gomes et al. (2004). Sendo assim, considera-se que a extração preventiva é relevante, visto que, as patologias podem surgir em pacientes em idade avançada.

5 - Conclusão

Diante da literatura levantada e discutida, pode-se concluir que a extração dos terceiros molares inferiores precocemente a sua erupção só acarreta vantagens ao paciente ao longo do tempo já que esses elementos podem sofrer alterações patológicas quando o indivíduo já está em idade superior a 25 anos, o que torna a cirurgia mais complexa e com maiores riscos de complicações.

Compete ao cirurgião-dentista encorajar e orientar os pacientes sobre a importância da extração precoce dos terceiros molares, frisando as possíveis complicações que a permanência desse elemento pode causar, como a pericoronarite, cárie, cistos odontogênicos, reabsorções radiculares e doenças periodontais como citado no presente trabalho.

Com um criterioso planejamento, agregado de um bom exame clínico e radiográfico, concluímos que a extração precoce dos terceiros molares só tende a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, prevenindo problemas futuros.

Rerefências

ACIOLE, G. T. dos S. et al. Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Relato de caso clínico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.**, Camaragibe. v. 10, n. 1, p. 43-48, 2010.

ANTUNES, H. D. A. **Complicações associadas à extração de terceiros molares inclusos**. 2014; 84f. Tese de Doutorado. (Mestrado em Medicina Dentária) – Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde – Porto, 2014.

ANTES, G. B. **Terceiro molar inferior retido - como e quando preservar?** relato de caso. 2016; 31f. Monografia. (Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, 2016.

CALIENTO, R.; MANNARINO, F. S.; HOCHULI-VIEIRA, E. Cisto dentífero: modalidades de tratamento. **Rev. Odontol. UNESP.**, Marília. v. 42, n. 6, p. 458-462, 2013.

CANDIDO, N. B. et al. Pericoronarite: diagnóstico e tratamento. **Rev. Odontol. UNESP.**, Marília. v. 43, n. Especial, p. 0, 2014.

COSTA, M. G. et al. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. **Braz. Oral Res.**, São Paulo. v. 27, n. 2, p. 183-188, 2013.

COSTA, R. M. et al. O paciente diabético na clínica odontológica: diretrizes para o acolhimento e atendimento. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde.**, João Pessoa. v. 20, n. 4, p. 333-340, 2016.

CHIZOTTI, A. A Pesquisa em Ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1992 apud PEREIRA R. J; FERREIRA F. Estudo dos Terceiros Molares numa População de Consulta Clínica em Gandra. **Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.**, Lisboa. v. 49, n. 2, p. 87-92, 2008;

DA ROSA, F. M.; ESCOBAR, C. A. B.; BRUSCO, L. C. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. **RGO.**, Porto Alegre. v. 55, n. 3, p. 291-295, 2007.

DE ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3ª ed. Artes Médicas Editora, São Paulo, 2014; 250p.

ENDO, M. S. et al. Reabsorção radicular interna e externa: diagnóstico e conduta clínica. **Arq. MUDI.**, [S.l.], v. 19, n. 2-3, p. 43-52, 2015.

FUSS, Z.; TESIS, I.; LIN, S. Root resorption—diagnosis, classification e and treatment choices based on stimulation factors. **Dent. Traumatol.**, Copenhagen. v. 19, n. 4, p. 175-182, 2003.

FLORES, F. W. et al. Relação entre os terceiros molares inferiores com o nervo alveolar inferior. **Int. J. Dent.**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 211-214, 2010.

GARROCHO-RANGEL, A. et al. Prophylactic Extraction of Third Molars: Evidence-Based Dentistry. **Odovtos – Int. J. Dent. Sci.**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 10-15, 2018.

GOMES, L. C. **Relação dos terceiros molares inferiores inclusos com o canal mandibular**: aspectos anatômicos e imaginológicos. 2010; 53f. Monografia. (Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, 2010.

GOMES, A. C. A. et al. Terceiros molares: o fazer? **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial.**, São Pulo. v. 4, n. 3, p. 137-143, 2004.

GUNRAJ, M. N. Dental root resorption. **Oral Surg. Oral Medic. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, [S.l.], v. 88, n. 6, p. 647-653, 1999.

HEYMANN, G. C.; GRAUER, D.; SWIFT, E. J. JR. Contemporary approaches to orthodontic retention. **J. Esthet. Restor. Dent.**, Hamilton. v. 24, n. 2, p. 83-87, 2012. Doi: 10.1111/j.1708-8240.2012.00509.x.

HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.; ELLIS, E. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, 692p.

JANSON, G.; et al. **Introdução à ortodontia**. São Paulo: Editora Artes Médicas, São Paulo, 2013; 160p.

KATO, R. B. et al. Acidentes e complicações associadas a cirurgia dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-facial.**, São Paulo. v. 10, n. 4, p. 45-54, 2010.

KRUGER, E.; THOMSON, W. M.; 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.**, St. Louis. v. 92, n. 2, p. 150-155, 2001.

LOPES, G. B.; FREITAS, J. B. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares. **Arq. Bras. Odontol.**, [S.l.]. v. 9, n. 2, p. 35-40, 2013.

LYSELL, L.; ROHLIN, M.. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen. v. 17, n. 3, p. 161-164, 1988. Doi: 10.1016/s0901-5027(88)80022-5.

MATOS, A.; VIEIRA, L.; BARROS, L. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Psicol. Saúde debate.**, Patos de Minas. v. 3, n. 1, p. 34-49, 2017.

PRADO, R.; SALIM, M. A. A. Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. Ed. Guanabara kogan, 2004, 576p.

PITHON, M. M. et al. Influence of the presence, congenital absence, or prior removal of third molars on recurrence of mandibular incisor crowding after orthodontic treatment: Systematic review and meta-analysis. **J. World Federat. Orthod.**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 50-56, 2017.

PEREIRA R. J; FERREIRA F. Estudo dos Terceiros Molares numa População de Consulta Clínica em Gandra. **Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.**, Lisboa. v. 49, n. 2, p. 87-92, 2008. Doi: 10.1016/s1646-2890(08)70039-6.

SANTOS JÚNIOR, P. V. et al. Terceiros molares inclusos mandibulares: incidência de suas inclinações, segundo classificação de Winter: levantamento radiográfico de 700 casos. **RGO.**, Porto Alegre. v. 55, n. 2, p. 143-147, 2007.

SALMEN, F. S. et al. Third molar extractions: a retrospective study of 1178 cases. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre. v. 64, n. 3, p. 250-255, 2016.

SILVA, N. R. de A.; PASSOS, A. G. Radiografia panorâmica para extração dos terceiros molares inferiores. p. 8, 2015. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/b684b61a3b75a0c97450418ab8a35181.pdf. Acesso em: 7 nov. 2021.

SILVA, D. F. B. et al. Tomografia computadorizada de feixe cônico como exame complementar norteador em exodontia de terceiro molar semi-incluso e impactado próximo ao canal mandibular: relato de caso. **Arch. Health. Invest.**, Araçatuba. v. 7, n. 6, p. 217-219, 2018. Doi: 10.21270/archi.v7i6.3005.

STEED, M. B. The indications for third-molar extractions. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago. v. 145, n. 6, p. 570-573, 2014.

TAZIMA, M. DE F. G. S.; VICENTE, Y. A. DE M. V. A.; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. **Medicina.**, Ribeirao Preto. v. 41, n. 3, p. 259, 2008. Doi:10.11606/issn.2176-7262.v41i3p259-264