

Ellen Mayara Souza Pires

Diagnóstico para extração de terceiros molares. Revisão de literatura.

Brasília  
2018



Ellen Mayara Souza Pires

Diagnóstico para extração de terceiros molares. Revisão de literatura.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. João Milki Neto

Brasília  
2018



Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos, esposo, professores  
e amigos que sempre me apoiaram em tudo.



## AGRADECIMENTOS

À Deus e a Nossa Senhora que me conduziram providenciando cada detalhe da minha vida com tanto amor e cuidado e por me capacitaram durante esses anos e me permitirem chegar até aqui.

Aos meus pais, Sérgio e Irenice, em especial ao meu pai que mesmo partindo tão cedo me deixou o exemplo da responsabilidade e dedicação aos estudos e toda lembrança do seu amor. À minha mãe, não tenho palavras para descrever toda minha gratidão e amor por segurar na minha mão e me ajudar em cada passo da minha vida. Eu te amo!

Aos meus irmãos, Hágata, que mesmo longe não deixou de rezar e torcer por mim, além de ser uma grande amiga, à Isabela que sempre me motivou mesmo nas horas mais difíceis, ao Thiago que sempre foi tão prestativo e amoroso comigo e em especial, à minha florzinha Cecília que é um dos amores da minha vida, trazendo alegria e muito amor desde o dia que chegou nas nossas vidas.

Ao meu companheiro de vida, Téo, um homem incrível que me enche de amor e positividade, que vibra com cada pequena vitória minha, que tem uma paciência admirável, que me mostra todos os dias que o amor é maior que todas as coisas e que tornou tudo tão mais leve desde o dia que entrou na minha vida. Obrigada meu amor, por me trazer paz na correria da vida e por todo apoio e ajuda. E à sua mãe, Júlia, que é uma inspiração de alegria e confiança, que por todos esses anos torceu por mim.

À minha querida amiga e dupla Day, que se tornou uma irmã com quem vivi tantos momentos de alegrias, angústias e risos, que me escutou nos momentos que eu mais precisei e que

tornou essa jornada muito mais divertida. Nossa amizade vai ser pra vida. Muito obrigada por cada dia que não me deixou desistir, por cada gesto que só comprovou o quanto seu coração é bom e o quanto tive sorte de partilhar tão intensamente essa fase da minha vida com você. E aos seus pais, os quais tenho muito carinho por terem contribuído para nossa chegada até aqui.

Aos meus queridos amigos Rafael, que é um irmão, obrigada por toda sua animação e alegria, foi um dos presentes da UnB te ter na vida. E Bárbara, que é uma amiga que trouxe tranquilidade e fé nos momentos mais tensos e compartilhou também de tantos momentos felizes, obrigada por tudo! À minha querida prima Kelly, que é uma amiga sem igual, jamais vou esquecer do início disso tudo, você foi fundamental para que eu não desistisse dos meus sonhos, obrigada por tudo, amiga. À todos os meus amigos de turma, em especial Gabriel, Tarsila, Michelly e Carol que de alguma forma fizeram isso tudo ser possível, minha gratidão para sempre. E a todos os meus amigos que sempre torceram e acreditaram em mim

Ao meu querido orientador Prof. Dr. João Milki que tanto admiro como profissional, sua paciência e carinho fez toda diferença, o senhor é um exemplo pra mim. Muito obrigada pela parceria e competência!

E à Universidade de Brasília, que me ensinou tanto sobre tudo, a minha eterna gratidão pela realização de um sonho que era estar aqui. Terei orgulho de levantar sua bandeira todas as vezes que me questionarem de onde vim.



## EPÍGRAFE

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena”.

Fernando Pessoa



## RESUMO

Pires, Ellen Mayara Souza. Diagnóstico para extração de terceiros molares. Revisão de literatura. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Este estudo tem por objetivo fazer uma revisão da literatura a respeito do diagnóstico para extração de terceiros molares bem como a predição de erupção de terceiros molares inferiores. Para realizar procedimentos dentro da odontologia como ciência que cura e previne doenças, um bom diagnóstico é essencial para embasar qualquer decisão. A extração de terceiros molares é um assunto que merece uma ampla discussão, é comum a realização dessa prática entre os cirurgiões dentistas sendo um dos procedimentos mais realizados na odontologia. Entretanto, o diagnóstico e as justificativas para essa prática são controversos, principalmente quando o caso não envolve patologias ou decisão ortodôntica fundamentada. Os terceiros molares são dentes de características únicas e estão descritos na maioria dos casos de impactação dentária. São variáveis no que diz respeito a sua formação, a morfologia de suas coroas e raízes, bem como seu curso de erupção e posição final no arco, podendo estar ou não presente na cavidade bucal. São os últimos dentes a entrarem na arcada e nem sempre há espaço biológico suficiente para erupcionarem adequadamente. A decisão errada de não tirar esses dentes, pode levar a problemas futuros.

Palavras-chave: Terceiros Molares; Diagnóstico; Extração; Dentes Inclusos; Patologia.



## ABSTRACT

Pires, Ellen Mayara Souza. Diagnosis for extraction of third molars. Literature review. 2018. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

This study aims to review the literature regarding the diagnosis of third molar extraction as well as the prediction of third molar lower eruption. To perform procedures within dentistry as a science that cures and prevents diseases, a good diagnosis is essential to base scientifically any decision. The extraction of third molars is a subject that deserves a wide discussion, this practice is common among dental surgeons being one of the most accomplished procedures in dentistry. However, the diagnosis and justifications for this practice are controversial, especially when the case does not involve pathologies or a reasoned orthodontic decision. The third molars are teeth of unique characteristics and are described in most cases of dental impaction. The morphology of its crowns and roots, as well as its eruption course and final position in the arch, may or may not be present in the oral cavity. They are the last teeth to enter the arcade and there is not always enough biological space to erupt properly. The wrong decision not to remove these teeth, can lead to future troubles.

Key-words: Third molars; Diagnosis; Extraction; Teeth Included; Pathology.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	20
Abstract .....	21
Introdução.....	22
Metodologia .....	23
Revisão de Literatura .....	24
Discussão .....	31
Conclusão.....	33
Referências .....	35
Normas da Revista.....	39





## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico: PIRES, Ellen Mayara Souza; MILKI NETO, J Diagnóstico para extração de terceiros molares. Revisão de literatura.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Dental Press.



## FOLHA DE TÍTULO

Diagnóstico para extração de terceiros molares. Revisão de literatura.

Diagnosis for extraction of third molars. Literature review.

Ellen Mayara Souza Pires<sup>1</sup>

João Milki Neto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professor Adjunto de Cirurgia BucoMaxiloFacial da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. João Milki Neto

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: [jmilki@gmail.com](mailto:jmilki@gmail.com) / Telefone: (61) 32451266

## RESUMO

Diagnóstico para extração de terceiros molares. Revisão de literatura.

### Resumo

Este estudo tem por objetivo fazer uma revisão da literatura a respeito do diagnóstico para extração de terceiros molares bem como a predição de erupção de terceiros molares inferiores. Para realizar procedimentos dentro da odontologia como ciência que cura e previne doenças, um bom diagnóstico é essencial para embasar qualquer decisão. A extração de terceiros molares é um assunto que merece uma ampla discussão, é comum a realização dessa prática entre os cirurgiões dentistas sendo um dos procedimentos mais realizados na odontologia. Entretanto, o diagnóstico e as justificativas para essa prática são controversos, principalmente quando o caso não envolve patologias ou decisão ortodôntica fundamentada. Os terceiros molares são dentes de características únicas e estão descritos na maioria dos casos de impação dentária. São variáveis no que diz respeito a sua formação, a morfologia de suas coroas e raízes, bem como seu curso de erupção e posição final no arco, podendo estar ou não presente na cavidade bucal. São os últimos dentes a entrarem na arcada e nem sempre há espaço biológico suficiente para erupcionarem adequadamente. A decisão errada de não tirar esses dentes, pode levar a problemas futuros.

Palavras-chave: Terceiros Molares; Diagnóstico; Extração; Dentes Inclusos; Patologia.

## ABSTRACT

Diagnosis for extraction of third molars. Literature review.

### Abstract

This study aims to review the literature regarding the diagnosis of third molar extraction as well as the prediction of third molar lower eruption. To perform procedures within dentistry as a science that cures and prevents diseases, a good diagnosis is essential to base scientifically any decision. The extraction of third molars is a subject that deserves a wide discussion, this practice is common among dental surgeons being one of the most accomplished procedures in dentistry. However, the diagnosis and justifications for this practice are controversial, especially when the case does not involve pathologies or a reasoned orthodontic decision. The third molars are teeth of unique characteristics and are described in most cases of dental impaction. The morphology of its crowns and roots, as well as its eruption course and final position in the arch, may or may not be present in the oral cavity. They are the last teeth to enter the arcade and there is not always enough biological space to erupt properly. The wrong decision not to remove these teeth, can lead to future troubles.

Keywords: Third molars; Diagnosis; Extraction; Teeth Included; Pathology.

## INTRODUÇÃO

A idade média da completa erupção dos terceiros molares é por volta dos 18 anos, podendo continuar até os 24.<sup>1</sup> Em 1926, George Winter classificou esses dentes quanto às suas angulações podendo ser verticais, mesio-angulados, disto-angulados, horizontais, invertidos e ainda em línguo-versão ou vestibulo-versão.<sup>2</sup> Mais tarde, Pell e Gregory, classificaram os terceiros molares inferiores de acordo com suas posições relacionando a superfície oclusal dos terceiros molares inferiores com o segundo molar adjacente (Posição A,B,C).<sup>3</sup>

É frequente a extração de terceiros molares, as razões são claras, mostrando alto índice de impactação associadas com patologias como pericoronarite que é um estado inflamatório envolvendo o tecido mole ao redor do dente em erupção,<sup>4</sup> cáries envolvendo terceiros e às vezes segundos molares, problemas periodontais e maior predisposição para desenvolvimento de cistos odontogênicos<sup>5</sup>. Apesar de bem pautada na literatura as justificativas para extração desses dentes, há inúmeras controvérsias sobre como proceder frente a decisão de extrair ou não um terceiro molar.

Muitos autores concordam que a melhor alternativa para dentes impactados é a extração, outros discordam dessa prática considerando-a arbitrária. Em um estudo sobre as indicações usadas para extração de terceiros molares mandibulares, a remoção profilática foi uma das considerações mais citadas, justificada pela prevenção de patologias como cistos, tumores e infecções. A posição de alguns autores é que o benefício da cirurgia profilática se sobrepõe sobre a dúvida desses dentes de apresentarem ou não futuras patologias.<sup>5,6</sup>

Com o intuito de prever a posição dos terceiros molares inferiores impactados ou não, Garg, et al. (2006)<sup>7</sup> usou medições lineares e angulares e imagens radiográficas panorâmicas

digitais de pacientes livres de qualquer intervenção cirúrgica ou ortodôntica para analisar nove variáveis (3 lineares, 4 angulares e 2 índices) que foram determinadas e medidas bilateralmente tais como largura mesiodistal, os espaços de erupção inferior e o espaço de erupção inferior em relação ao ramo, ângulo  $\alpha$  (feito pela junção da linhas que se estende pelo longo eixo do terceiro molar inferior e do plano goníaco), ângulo  $\beta$  (entre o longo eixo do segundo e terceiro molares inferiores), ângulo- $\gamma$  (formado entre o longo eixo do segundo molar inferior e o plano mandibular), ângulo  $G_0$  (feito entre os planos do ramo mandibular) e relações de largura e espaço das distais dos segundos molares e o ramo. Entre as variáveis, a que media os espaços de erupção inferior seria a de maior significância prevendo em um grupo de terceiros molares parcialmente irrompidos, sua futura posição.<sup>7</sup>

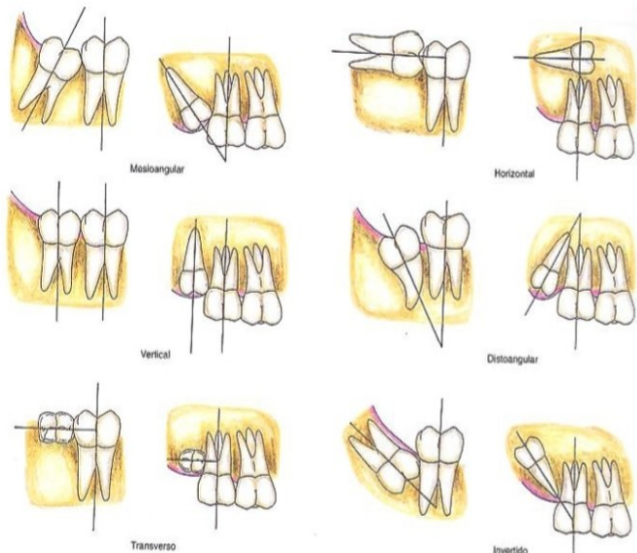
## METODOLOGIA

Este estudo foi baseado em uma revisão de literatura no qual se avaliou artigos sobre a classificação, características e diagnóstico para extração de terceiros molares maxilares e mandibulares bem como a predição de erupção dos terceiros molares inferiores. Foram considerados artigos de revisões da literatura, relato de casos e pesquisas clínicas sem restrições de datas de publicação ou idiomas, além também, do levantamento cruzado de outras referências advindas dos artigos estabelecidos. A pesquisa foi realizada através de bases de dados como PubMed, Scielo, Capes e BVS. Os descritores utilizados foram: terceiros molares; diagnóstico; predição; erupção; angulação e avaliação. As buscas incluíram: 4 artigos de classificação dos terceiros molares, 20 artigos sobre as indicações de extração dos terceiros e 5 artigos sobre predição da erupção dos terceiros molares inferiores.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### CLASSIFICAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES

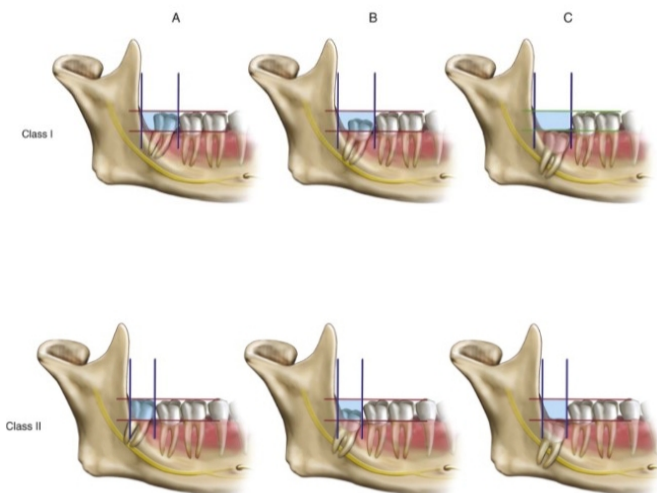
A classificação de George Winter (1926), vai de acordo com a inclinação do longo eixo do terceiro molar não irrompido em relação ao longo eixo do segundo molar. Quando vertical, inclinação paralela ao segundo molar, mesio-angular quando a coroa estiver mais próxima da raiz do segundo molar e quando mais distal, posição disto-angular, horizontal se caso estiver perpendicular ao segundo molar em seu longo eixo e, caso os dentes estejam inclinados lingual ou vestibular, são classificados respectivamente como linguoversão e vestibuloversão.<sup>2</sup>

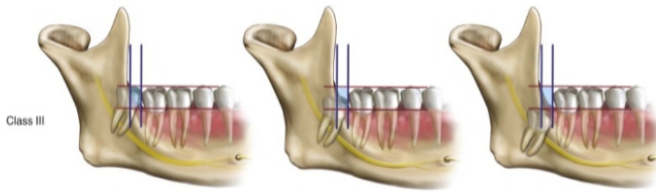


Referência: <https://docplayer.com.br/12239249-Avaliacao-da-indicacao-de-extracao-dos-terceiros-molares-numa-populacao-portuguesa.html>



Em 1933 Pell e Gregory, classificaram os terceiros molares inferiores de acordo com suas posições relacionando a superfície oclusal dos terceiros molares inferiores com o segundo molar adjacente (Posição A, B, C). Posição A, se a oclusal do terceiro molar estiver no mesmo plano que o segundo molar. Posição B, se essa face aparecer entre a oclusal e cervical do segundo molar e posição C, se essa face estiver mais apical que a cervical do segundo molar. E quanto ao diâmetro mesio-distal do terceiro molar em relação à borda anterior do ramo da mandíbula (Classe I, II e III), onde classe I, o terceiro molar se encontra totalmente posicionado a frente do ramo mandibular, classe II, seu diâmetro mesio-distal está parcialmente coberto pelo ramo mandibular e classe III, esse diâmetro está completamente coberto pelo ramo mandibular. Essa classificação diz respeito tanto a profundidade de inclusão destes dentes assim como a inclusão dentro do ramo da mandíbula. A associação das duas classificações é de total utilidade para a comunicação entre os cirurgiões dentistas bem como para o diagnóstico.<sup>3</sup>





Referência: <https://pocketdentistry.com/impacted-teeth-3/>

## INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES

As indicações para extração desses dentes são bem estabelecidas quando associadas a doenças, riscos ou situações clínicas desfavoráveis como cáries extensas, doenças periodontais que estão associadas à dificuldade de alcance do paciente para higienização; patologias pulpares ou periapicais; celulite; osteomielite; cistos; reabsorções externas ou de seus dentes contíguos, questões ortodônticas de manejo de espaço ou por não apresentarem função oclusal.<sup>5,9</sup>

As doenças periodontais tem sido um dos principais motivos para extração de terceiros molares, a pericoronarite é uma das patologias mais frequentes em relação ao processo de erupção desses dentes. É um estado inflamatório que pode ou não ser infeccioso envolvendo o tecido que cobre a coroa do dente, sendo mais comum em terceiros molares inferiores semi-inclusos.<sup>9</sup> Existe uma confusão na definição dessa patologia sendo confundida com periodontites menores associadas também ao processo de erupção. Isso gera um diagnóstico errado que tende a extração.<sup>5</sup>

Quanto ao processo cariogênico, Santosh (2015)<sup>11</sup> afirmou em seu estudo que essa condição demanda uma porcentagem de pelo menos 15% nas justificativas das extrações de terceiros molares podendo aumentar com o avanço da idade. Essa

situação clínica geralmente requer uma solução mais extrema por conta do pouco espaço para higienização e dificuldade de restauração.<sup>11</sup>

Os riscos de fratura mandibular na presença de terceiros molares impactados têm sido considerados para o diagnóstico de extração se tratando de jovens e adultos que praticam esportes de contato físico. A mandíbula é um dos ossos da face mais fraturados, e especificamente algumas de suas porções são ainda mais fracas, como o ângulo, processo condilar e o mento. A presença dos terceiros molares aumentam os riscos de fratura porque enfraquecem a região do ângulo através da diminuição da área da secção transversal do osso.<sup>12</sup>

Um outro motivo que tem sido questionado por autores sobre a justificativa de se retirar ou não um terceiro molar, é a associação desses dentes com o apinhamento ântero-inferior. Essa condição está relacionada à falta de espaço no arco para acomodar os dentes de forma harmônica. É mais comum durante a adolescência e geralmente coincide com o período de erupção dos terceiros molares na arcada.<sup>13</sup>

Van der Linden, em 1974<sup>14</sup> classificou esse apinhamento de acordo com a sua origem e destacou três situações: apinhamento primário, secundário e terciário. No primário, diz respeito a questões genéticas de tamanho dos dentes e maxilares; o secundário, fatores etiológicos ambientais e o terciário relacionou com o processo de crescimento tardio da mandíbula tornando a face mais reta, verticalizando os incisivos.<sup>14</sup>

O apinhamento do arco inferior tem um cunho multifatorial e está associado a uma combinação de fatores agindo de maneira simultânea que interferem na aglomeração dos dentes anteriores inferiores, tais como: crescimento mandibular tardio que é a situação já mostrada por Van der Linden, estruturas esqueléticas e padrão de crescimento, forças periodontais e estrutura do próprio dente.<sup>12,13</sup>

Embora haja controvérsias sobre a real necessidade de fazer extrações profiláticas de terceiros molares, a permanência desses dentes não estão associadas à apinhamento dos incisivos inferiores.<sup>14</sup>

A Associação Americana de Cirurgia Oral e Maxilofacial, após realizarem ensaios clínicos com terceiros molares, concluíram que a presença desses dentes pode gerar futuros problemas de saúde em adultos e por isso sugere ser mais seguro fazer a extração. Em controvérsia, o Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha e seu associado Instituto Nacional de Excelência Clínica, recomenda que a extração profilática de terceiros molares impactados não deve ser continuada.<sup>15</sup>

O estudo radiográfico desses dentes é imprescindível para se analisar qual seu curso e qual sua condição atual na boca do paciente. Radiografias panorâmicas dão uma visão geral enquanto periapicais trazem mais detalhes. Com essas radiografias é possível analisar com detalhes a coroa, raízes e a relação com o segundo molar e suas estruturas circundantes.<sup>16</sup>

Um dente incluso, que é aquele que não conseguiu se posicionar na arcada após o período normal pode muitas vezes está relacionado a cistos e tumores. Os terceiros molares são dentes onde essa condição ocorre com maior freqüência.<sup>17</sup> Odontomas, cistos dentígeros, tumores odontogênicos ceratocísticos e ameloblastomas são patologias que podem apresentar-se ou estarem associadas a esses dentes.<sup>18</sup>

Em virtude dos muitos problemas causados pelos terceiros molares inclusos, a remoção profilática desse dente é uma alternativa considerável. A exodontia está indicada quando apresenta um quadro clínico e radiográfico em que a erupção não ocorrerá e quando estiverem associados a processos infecciosos.<sup>16</sup>

## PREDIÇÃO POSICIONAL DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES

Hattab et al. (1999)<sup>19</sup>, avaliou o espaço de erupção dos terceiros molares mandibulares de 134 estudantes, livres de tratamento ortodôntico e com todos os dentes mandibulares em boca, com exceção dos terceiros molares. Dos 134 indivíduos, constatou-se um total de 213 terceiros molares, onde 101 desses dentes eram mesialmente impactados. As medições incluíram: angulação do dente, nível de erupção, desenvolvimento da raiz, largura da coroa mesiodistal, o espaço retromolar e o ângulo gonial. Concluíram que se o ângulo de inclinação em relação aos segundos molares fosse maior que 55 graus eram considerados horizontalmente impactados. Dos 101 dentes mesialmente impactados, 66% irromperam parcialmente e 44% continuaram totalmente impactados. Quando a relação de espaço entre a largura da coroa e o retromolar era maior que 1cm, um número significativo de molares irrompeu.<sup>19</sup>

Oliveira et al. (2017)<sup>20</sup> avaliando a relação entre terceiros molares inclusos e o padrão de crescimento facial, utilizando-se de radiografia panorâmica e telerradiografia em norma lateral, constatou-se que variados fatores estão correlacionados para o diagnóstico quanto à impactação ou não de um terceiro molar, como a velocidade de maturação desses dentes ou o tamanho da dentição em relação aos ossos maxilares e que embora essa taxa de terceiros molares impactados seja mais observada em padrões faciais dolicocefálicos (perfil facial mais longo e estreito), não há significância.<sup>20</sup>

Shiller, (1979)<sup>21</sup> realizou um estudo demonstrando a evolução de terceiros molares em uma amostra de indivíduos. Foram feitas radiografias interproximais rotineiras e após um ano foram repetidas radiografias similares e analisadas as que mostravam impactação mesio-angular de terceiros molares mandibulares. A inclinação da superfície oclusal do terceiro molar foi medida em

relação à superfície oclusal do segundo molar. Foram registradas as angulações de 5° a um máximo de 65°. Os dentes que ultrapassavam o valor de 70° foram considerados horizontalmente impactados, os que apresentavam menores angulações iniciais, inferiores a 65° tornaram-se menos impactados. Houve uma relação com significativa relevância entre a idade e a mudança da inclinação. Pacientes com 18 anos mostraram diminuição de inclinação totalizando um valor de 43% dos molares impactados. Algumas hipóteses podem ser salientadas como a continuação do crescimento mandibular aumentando o espaço retromolar até certo ponto mesmo o indivíduo já numa faixa etária adulta.<sup>21</sup>

Ventä et al. (1997)<sup>22</sup> criaram uma maneira de prever a erupção de terceiros molares inferiores. Se tratava de um dispositivo transparente para usar sobrepondo-o à tomografias panorâmicas de indivíduos com vinte anos. O dispositivo mostrou que, metade dos terceiros molares erupcionaram aos vinte e seis anos e a outra metade continuou impactada. O ponto para prever o percurso desses dentes foi a intersecção de linhas de referência: uma horizontal desenhada através dos pontos mais superiores da superfície oclusal do primeiro e segundo molares e outra perpendicular a esta linha que era tangencial à superfície distal do segundo molar, essas linhas foram relacionadas com a borda anterior do ramo ascendente. Como resultado, nos casos que houveram mais espaço mesiodistal inicialmente, medidos através das intersecções, aconteceu o irrompimento em relação aos que não tinham muito espaço. Terceiros molares que tinham larguras mesiodistais médias de 15,4 mm permaneceram impactados, enquanto que, embora pouca diferença, os que possuíam 15,1mm foram irrompidos.<sup>22</sup>

Ay et al. (2006)<sup>23</sup> investigando a mudança na posição e angulação de terceiros molares inferiores, constataram que após a extração do primeiro molar, o espaço mandibular aumentou e o terceiro molar movimentou-se para uma posição melhor,

mostrando que a erupção favorável dos terceiros molares está intimamente ligada a quanto de espaço esse dente tem ou não para irromper.<sup>23</sup>

## DISCUSSÃO

A literatura mostrou que os terceiros molares são dentes bastante singulares, e sendo os últimos dentes a irromperem, podem gerar diversas situações clínicas bucais. Apresentam características únicas de sua morfologia e seu curso de erupção além do seu impacto na cavidade bucal. São classificados convencionalmente pela sua posição na arcada.<sup>2,3</sup> O Diagnóstico para extração desses dentes é muitas vezes controverso e requer entendimento dos riscos e benefícios que a manutenção desses dentes na arcada apresentam.

Quando não existem patologias associadas à erupção desses dentes, há uma controvérsia sob a decisão de extrair ou não os terceiros molares. Isso porque quando relacionados a alguma condição clínica que interrompe o curso normal de erupção como impactações, reabsorções, cistos ou que causam desconforto ao paciente como pericoronarites e dificuldade de higienização, a indicação para exodontia é indiscutível.<sup>5,9</sup>

As doenças periodontais são as grandes responsáveis pela maioria dos diagnósticos de extração dos terceiros molares tendo a pericoronarite como um dos processos inflamatórios mais frequentes. Apesar de muitas vezes essa inflamação ser confundida com outras doenças periodontais.

A cárie também é uma doença que atinge esses dentes e pode provocar muito incomodo requerendo intervenções mais invasivas, além da proximidade com os segundos molares, podendo gerar cárie também nesses dentes.<sup>11</sup>

A associação de terceiros molares com apinhamento dos incisivos inferiores é negada.<sup>13</sup> Sua distância e força para causar tal efeito é insignificante, mesmo em casos de patologias. O que

ficou evidente é que essa condição é multifatorial, não relacionada apenas à erupção dos terceiros molares, mas também ao crescimento residual da mandíbula ou mesmo questões genéticas de crescimento mandibulares.

O uso da radiografia como ferramenta para o diagnóstico é incontestável, uma vez que auxilia na confirmação da posição, curso de erupção, condição óssea e patológica do dente e da região onde está inserido.<sup>15</sup>

Os terceiros molares podem estar associados a patologias como odontomas, ameloblastomas, cistos dentígeros e tumores odontogênicos ceratocístico.<sup>17</sup> Ainda que a porcentagem desses casos seja rara, o benefício da prevenção é maior que o risco de se manter um terceiro molar potencialmente capaz de causar uma patologia. Em virtude disso, a remoção profilática é uma alternativa viável dentro do processo de diagnóstico. Existem diversas maneiras de realizar a predição e conseqüentemente o diagnóstico dos dentes impactados

Hattab et al (1992)<sup>19</sup>, avaliando o espaço de erupção dos terceiros molares inferiores concluíram que é possível prever quando um terceiro molar vai erupcionar ou não.<sup>19</sup> Os benefícios que esse tipo de abordagem traz ao possibilitar que antes mesmo da formação completa do dente, já se saiba da sua futura posição é de grande importância para o diagnóstico sobre a extração desses dentes.

Assim como Ventä et al (1997)<sup>22</sup> que também criaram uma maneira para prever a posição de terceiros molares inferiores se tratando de um dispositivo transparente para sobrepor as radiografias no qual era possível visualizar o percurso dos terceiros molares pela intersecção de linhas horizontais e a borda anterior do ramo ascendente.<sup>22</sup> Isso mostra que a capacidade de prever sobre a futura posição de um dente é possível de variadas maneiras, sendo mais uma ferramenta de auxílio no diagnóstico e na conduta do cirurgião dentista.



Para diagnóstico e decisão sobre extrair ou não um terceiro molar, é necessário entendimento sobre as condições clínicas e radiográficas que um paciente apresenta bem como levar em consideração toda sua trajetória clínica, necessidades e opinião.

## CONCLUSÃO

Apesar da pouca porcentagem de casos envolvendo patologias e terceiros molares inclusos, a melhor alternativa para se evitar futuras complicações é a extração profilática, principalmente se existe a possibilidade de prever se esses dentes ficarão inclusos ou não. Os benefícios da extração profilática são maiores do que supor que pode não ocorrer nenhuma alteração futura.



## REFERÊNCIAS

1. ALMPANI, Konstantinia. Role of third molars in orthodontics. **World Journal Of Clinical Cases**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.132-132, 2015. Baishideng Publishing Group Inc.. <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v3.i2.132>.
2. WINTER, GB. Impacted mandibular third molar. St.Louis: American Medical Book; 1926.
3. PELL GJ, Gregory BT. Impacted mandibular third molars classification and modified technique for removal. *Dental Dig.* 1933;39:330-8.
4. CÂNDIDO N.B., et al. Ponzoni D: Pericoronarite: diagnóstico e tratamento. **Rev Odontol**, São Paulo, v. 43, n. 86, p.0-0, jun. 2014.
5. COSTA, Moacir Guilherme da et al. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. **Brazilian Oral Research**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.183-188, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-83242013000100024>.
6. LYSELL, Leif; ROHLIN, Madeleine. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. **International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.161-164, jun. 1988. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0901-5027\(88\)80022-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0901-5027(88)80022-5).
7. GARG, Ranjana et al. Early prediction of mandibular third molar eruption/impaction using linear and angular measurements on digital panoramic radiography: radiographic study. **Indian Journal Of Dentistry**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.66-69, 2016. Med know. <http://dx.doi.org/10.4103/0975-962x.184644>.

8. TRENTO CL, Zini MM, Moreschi E, Zamponi M, Gottardo DV, Cariani JP. Localização e classificação de terceiros molares: análise radiográfica. *Interbio*. 2009; 3(2): 18-26.
9. KANDASAMY, S; RINCHUSE, Dj; RINCHUSE, Dj. The wisdom behind third molar extractions. **Australian Dental Journal**,[s.l.], v. 54, n. 4, p.284-292, dez. 2009. Wiley-Blackwell.<http://dx.doi.org/10.1111/j.18347819.2009.01152.x>.
10. PINTO, J. R.; Tanaka, E. E.; Martins, L.P.; Stabile, G. A. V. Pericoronarite relacionada com tonsilite recorrente: revisão da literatura e relato de um caso. *Rev. odontol. ciênc.* 2005; 20(47): 88-92.
11. SANTOSH, P. Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. **Annals Of Medical And Health Sciences Research**, University, Sakakah, Al Jouf, Kingdom Of Saudi Arabia., v. 5, n. 4, p.229-234, ago. 2015
12. ADEYEMO, Wasiu Lanre. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [s.l.], v. 102, n. 4, p.448-452, out. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.08.015>.
12. CARDOSO, Randerson Menezes et al. O dilema do cirurgião-dentista na decisão da extração dos terceiros molares. **Cro**, Recife, v. 2, n. 11, p.103-108, abr./jun. 2012.
13. SILVA, Luiz Carlos Ferreira da et al. Relação entre terceiros molares inferiores e apinhamento ântero-inferior: uma revisão atual. **Int J Dent**, Recife, v. 3, n. 9, p.148-154, jul./set. 2010.

- 14 Van der Linden, F. P. G. M. (1974). Theoretical and practical aspects of crowding in the human dentition. *The Journal of the American Dental Association*, 89(1), 139–153.
- 15 BAGHERI, Shahrokh C.; KHAN, Husain Ali. Extraction Versus Nonextraction Management of Third Molars. **Oral And Maxillofacial Surgery Clinics Of North America**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.15-21, fev. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2006.11.009>.
- 16 ESCODA CG, Penalva MP, Vivancos VV, Aytés LB. Cordales Incluídos. Patología, Clínica y Tratamiento Del Tercer Molar Incluido. In: Escoda CG, Aytés LB. *Cirurgia Bucal*. Madrid: Editora Ergon, 199. P. 369-401.
- 17 RIBEIRO, Eliza Toscano et al. Dentes inclusos associados a cistos e tumores odontogênicos: condutas terapêuticas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 2, n. 17, p.78-88, abr./jun. 2015.
- 18 NEVILLE BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. São Paulo: Elsevier; 2010.
- 19 HATTAB, Faiez N. et al. Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space. **Jordan University Of Science And Technology**, Jordan, v. 88, n. 3, p.285-291, set. 1999.
- 20 OLIVEIRA, Câmara Amanda de et al. Correlação entre Padrões de Crescimento Facial e Terceiros Molares Inclusos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.239-244, 2017. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2017.21.03.07>.
- 21 SHILLER, William R. Positional changes in mesio-angular impacted mandibular third molars during a year. **Jada**, GreatLakes, v. 99, p.460-464, set. 1979.

- 22 VENTÄ, Irja; MURTOMAA, Heikki; YLIPAAVALNIEMI, Pekka. A device to predict lower third molar eruption. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, AndEndodontology**, [s.l.], v. 84, n. 6, p.598-603, dez. 1997. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104\(97\)90358-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104(97)90358-9).
- 23 AY, S., Açar, U., Bıçakçı, A. A., & Köşger, H. H. (2006). Changes in mandibular third molar angle and position after unilateral mandibular first molar extraction. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 129(1), 36–41. doi:10.1016/j.ajodo.2004.10.010

## NORMAS DA REVISTA

Revista: Revista Clínica Dental Press.

Dentre os principais objetivos da Revista Dental Press, tem considerável destaque a tarefa de preservar a idoneidade dos artigos publicados, valorizando-os perante a classe odontológica. Por esta razão, todo artigo recebido pela Editora passa pelo processo descrito abaixo:

- 1) O artigo é submetido pelo sistema ScholarOne Manuscripts: <http://dpjo.dentalpresspub.com/>.
- 2) O Editor seleciona 3 profissionais, dentre todos os consultores e colaboradores da Revista, para avaliar o artigo. Nesta etapa entra em vigor o sistema "duplo cego": o nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não ficam cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra.
- 3) Junto com o artigo, cada consultor recebe um questionário no próprio sistema on-line que permitirá suas observações e determinará a publicação ou não do artigo. Ao devolver o questionário preenchido, cada consultor escolhe se deseja ver novamente o artigo - já corrigido - ou se não há necessidade desse retorno. Antes do envio da correção ao autor, o Editor analisará as informações dos consultores.
- 4) O artigo será selecionado para publicação somente mediante aprovação dos dois consultores. Em caso de uma reprovação, será enviado para um terceiro consultor.

5) já corrigido pelo autor e aprovado pelos consultores e pelo Editor, o artigo será submetido à correção da bibliografia e das normas de Vancouver, procedimento feito pela bibliotecária da empresa.

6). Uma equipe de diagramadores e profissionais de editoração encarrega-se, a partir dessa etapa, de adequar o artigo aos critérios gráficos da Revista.

7) Devidamente diagramado e revisado, o artigo é enviado ao Conselho Científico da Revista que revisará a obra, observando colocação de fotos, gráficos, texto, abstracts, unitermos e demais componentes.

8) Finalmente o artigo é enviado ao autor, que fará suas últimas observações. Somente nesta etapa do processo, os autores são informados sobre a edição na qual seu artigo será publicado.

9) Artigos e demais materiais de cada edição são reunidos, formando uma "boneca" da Revista que é revisada página por página, foto por foto, letra por letra pelo editor de arte da Revista - que assume o papel de "Ombudsman".

10) Somente após serem feitas as derradeiras correções no "boneco", iniciam-se as etapas gráficas e de impressão propriamente ditas.

## FLUXOGRAMA DOS ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

- 1) Submissão do Artigo pelo sistema on-line.
- 2) Análise o Artigo pelo Editor.
- 3) Seleção de dois consultores.



- 4) Envio do artigo aos consultores.
- 5) Em caso de reprovação, envio para um terceiro consultor.
- 6) Editor analisa as correções solicitadas (caso tenham) pelo avaliador.
- 7) Envio para autores (caso tenha correções).
- 8) Reenvio aos consultores (caso solicitado).
- 9) Com a aprovação final do Editor, será pré-selecionado para uma edição.
- 10) Submetido à correção bibliográfica e normalização.
- 11) Diagramado de acordo com os critérios da revista.
- 12) Revisão da diagramação.
- 13) Envio para aprovação do autor.
- 14) Fechamento da edição.
- 15) Última correção editorial.
- 16) Produção gráfica.

## FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

### 1. Página de Título

- Deve incluir o título em inglês, um resumo e palavras-chave.
- Informações sobre os autores devem ser fornecidas em uma página separada, incluindo os nomes completos dos autores, graus acadêmicos, afiliações institucionais e cargos administrativos. Além disso, o nome, endereço, números de telefone e e-mail do autor correspondente devem ser fornecidos. Esta informação não é disponibilizada aos revisores.

### 2. Resumo

- Preferência é dada aos resumos estruturados em inglês com 250 palavras ou menos.
- Os resumos estruturados devem conter as seguintes

seções: INTRODUÇÃO: delineando os objetivos do estudo; MÉTODOS, descrevendo como o estudo foi realizado; RESULTADOS, descrevendo os resultados primários e CONCLUSÕES, relatando as conclusões dos autores com base nos resultados, bem como as implicações clínicas.

- Os resumos em inglês devem ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, ou descritores, que devem obedecer ao MeSH.

### 3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas da Ilustração.

- Os textos devem conter no máximo 4.000 palavras, incluindo legendas, resumo e referências.

- As ilustrações e tabelas devem ser enviadas em arquivos separados (veja abaixo).

- Inserir as legendas de ilustrações também no documento de texto para ajudar com o layout do artigo.

### 4. Ilustrações

- As imagens digitais devem estar em JPG ou TIF, CMYK ou escala de cinza, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpi de resolução.

- As imagens devem ser enviadas em arquivos separados.

- No caso de uma determinada ilustração ter sido publicada anteriormente, a legenda deve dar crédito total à fonte original.

- O (s) autor (es) deve (m) certificar-se de que todas as ilustrações são citadas no texto.

### 5. Gráficos e traçados cefalométricos

- Arquivos contendo as versões originais de gráficos e traçados devem ser submetidos.
- Não é recomendado que tais gráficos e traçados sejam enviados somente em formato de imagem bitmap (não editável).
- Os desenhos podem ser melhorados ou reprojetados pelo departamento de produção da revista, a critério do Conselho Editorial.

## 6. Tabelas

- As tabelas devem ser auto-explicativas e devem complementar, não duplicar o texto.
- Deve ser numerado com algarismos arábicos na ordem em que são mencionados no texto.
- Um breve título deve ser fornecido para cada tabela.
- No caso de uma tabela ter sido publicada anteriormente, uma nota de rodapé deve ser incluída dando crédito à fonte original.
- As tabelas devem ser submetidas como arquivos de texto (Word ou Excel, por exemplo) e não em formato gráfico (imagem não editável).

## 7. Atribuição de direitos autorais

- Todos os manuscritos devem ser acompanhados da seguinte declaração escrita assinada por todos os autores: "Uma vez publicado o artigo, o (s) autor (es) abaixo assinado (s) cede todos os direitos autorais do manuscrito à Dental Press International. O (s) autor (es) abaixo assinado (s) garante (m) que este é um artigo original e que não infringe nenhum direito de propriedade ou direitos de propriedade de terceiros, não está sob consideração para publicação por outro periódico e não foi publicado anteriormente, seja impresso ou

eletronicamente. Eu (nós) por meio deste documento assino esta declaração e aceito total responsabilidade pela publicação do artigo supracitado. "

- Este documento de atribuição de direitos autorais deve ser digitalizado ou digitalizado e enviado através do site \*, juntamente com o artigo.

#### 8. Comitês de Ética

- Os artigos devem, quando pertinente, referir-se a pareceres dos Comitês de Ética.

#### 9. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem aparecer na lista de referências.

- Todas as referências listadas devem ser citadas no texto.

- Para a conveniência dos leitores, as referências devem ser citadas no texto apenas por seus números.

- As referências devem ser identificadas no texto por algarismos arábicos sobrescritos e numeradas na ordem em que são mencionadas no texto.

- As abreviaturas dos títulos das revistas devem obedecer aos padrões das publicações "Index Medicus" e "Index to Dental Literature".

- Autores são responsáveis pela precisão de referência, que deve incluir todas as informações necessárias para sua identificação.

- As referências devem ser listadas no final do texto e estar em conformidade com as Normas de Vancouver ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

- O limite de 30 referências não deve ser excedido.

- Os seguintes exemplos devem ser usados:

Artigos com um a seis autores:

Sterrett JD, Oliver T, Robinson F, Fortson W, Knaak B, Russell CM. Razão largura / comprimento das coroas clínicas normais da dentição anterior maxilar no homem. J Clin Periodontol. Mar de 1999; 26 (3): 153-7.

Artigos com mais de seis autores

De Munck J, Van Landuyt K, Peumans M., Poitevin A, Lambrechts P, Braem M, et al. Uma revisão crítica da durabilidade da adesão ao tecido dentário: métodos e resultados. J Dent Res. Fevereiro de 2005; 84 (2): 118-32.

Capítulo do livro

Kina S. Preparos dentários com finura protética. Em: Kina S, Brugnera A. Invisível: restaurações cerâmicas. Maringá: Dental Press; 2007. cap. 6, p. 223-301.

Capítulo de livro com o editor

Breedlove GK, Schorfheide AM. Gravidez adolescente. 2ª ed. Wiczorek RR, editor. White Plains (NY): Serviços de Educação March of Dimes; 2001.

Dissertação, tese e trabalho de

conclusão de curso Beltrami LER. Braquetes com sulcos retentivos na base, colados clinicamente e removidos em laboratórios por testes de tração, cisalhamento e torção. [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 1990.

Formato digital

Câmara CALP. Estética em Ortodontia: Diagramas de Referências Estéticas Dentárias (DRED) e Faciais (DREF). Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2006 nov-

dez; 11 (6): 130-56. [Acesso em 12 de junho de 2008]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/dpress/v11n6/a15v11n6.pdf](http://www.scielo.br/pdf/dpress/v11n6/a15v11n6.pdf) .

Ressaltamos ainda que não há cobrança de taxas (APC - Article Processing Charge) para submissão, avaliação ou publicação dos artigos.