

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

RUBENS WILLIAM DE FIGUEIREDO CUNHA
Cirurgião Dentista

DENTES INCLUSOS

Monografia apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba, para
obtenção do título de Especialista
em Cirurgia e Traumatologia Buco-
Maxilofaciais.

PIRACICABA

1997

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



1290004686

TCE/UNICAMP
C914d
FOP

RUBENS WILLIAM DE FIGUEIREDO CUNHA
Cirurgião Dentista

DENTES INCLUSOS

**Monografia apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba, para
obtenção do título de Especialista
em Cirurgia e Traumatologia Buco-
Maxilofaciais.**

Prof. Dr. Renato Mazzonetto

PIRACICABA

1997

Discipl. _____
AUTOR _____

FOP/UNICAMP
UNICAMP
A.d. Ed. _____
Ex. _____
4686

6P-124/2010
R\$ 11,00
13/04/2010
7017/100

Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca da FOP/UNICAMP

C914d Cunha, Rubens William de Figueiredo.
Dentes inclusos : terceiros molares / Rubens William de Figueiredo Cunha. - Piracicaba : [s.n.], 1997.
49f.
Orientador : Renato Mazzonetto.
Monografia (especialização) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
1. Dentes - Cirurgia. 2. Dentes - Extração. I. Mazzonetto, Renato. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.
19.CDD - 617.66

Índices para o Catálogo Sistemático

1. Extração dentária 617.66

Dedico este trabalho aos meus pais Rubens e Antonieta, exemplo de vida, pelo apoio prestado à minha esposa e filhos durante todo o meu afastamento.

Dedico também a você Tiana, esposa dedicada, compreensiva, e companheira. E aos nossos filhos Rubens Neto, Fabiana e Fernanda.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor *Sérgio Barbosa Maia Andrade*, por ter mostrado-me o caminho do aprendizado.

Ao Prof. Dr. *Renato Mazzonetto*, pelas oportunidades, orientação e compreensão nesta fase de minha formação.

Ao Prof. Dr. *Luis Augusto Passeri*, pelo acesso ao centro cirúrgico fora dos dias de oferecimento ao curso, pela transmissão com integridade de seus conhecimentos e ensinamentos, meus eternos agradecimentos.

Aos Profs.: Dr. *Ronaldo Célio Mariano*, Dr. *José Ricardo Albergaria Barbosa*, *Márcio de Moraes* e *Roger William Fernandes Moreira*, pela amizade, oportunidades e ensinamentos transmitidos.

Ao colega *Elísio Filho*, pela paciência e agradável convivência no transcorrer do curso.

Aos colegas do curso de Especialização: *Denise*, *Eliege*, *Emerson*, *Fábio Bussioli*, *Fábio Morello*, *José Luiz*, *Raquel*, *Rose* e *Regina* pela amizade e companheirismo.

Aos amigos *Alexandre*, *Carlos Eduardo*, *Eider*, *Edmur*, *José Flávio*, *Laureano*, *Luis Rabelo*, *Marcelo*, *Maria Cândida* e *Robson*, pela disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

À enfermeira *Alda Maria*, amiga, com carinho e amizade.

À THD *Sueli Cristina* profissional competente, pela paciência e amizade.

À *Marli Torres Vilar* pela correção do texto deste trabalho.

A *Deus* pela minha existência.

SUMÁRIO

1-Resumo.....	6
2-Introdução.....	7
3-Desenvolvimento	
3.1-Revisão da Literatura.....	9
3.2-Discussão.....	39
4-Conclusões.....	44
5-Summary.....	45
6-Referências Bibliográficas.....	46

1- RESUMO

Os terceiros molares que permanecem inclusos nas arcadas dentárias após passado seu período de erupção, podem apresentar problemas sintomatológicos ou patológicos. Assim ocorrendo devem ser removidos, após criteriosa avaliação do caso.

Já na ausência de sinais e sintomas, o diagnóstico torna-se acidental, através de radiografias de rotina.

Os fatores relacionados aos riscos e benefícios do tratamento cirúrgico são apresentados e discutidos neste trabalho.

O tratamento descrito pode envolver desde a preservação do dente incluso, com acompanhamento periódico do caso, até o procedimento cirúrgico para remoção do mesmo, com a escolha da técnica de acordo com o tipo de inclusão.

PALAVRAS CHAVES: Dentes inclusos, terceiros molares

2- INTRODUÇÃO

Dentes inclusos são todos os elementos dentários que, chegada a época normal de seu irrompimento, permanece entretanto imersos no interior dos tecidos. Quando a retenção é intra-óssea, estão recobertos por tecidos ósseos, ou quando a retenção é subgingival, recobertos parcial ou totalmente por mucosa gengival.

A diversificação na nomenclatura, é devida a tentativa dos autores em fornecer uma quantidade maior de informações, sendo chamados frequentemente de impactados, retidos, bem como outras denominações.

Para facilitar o estudo das inclusões dos terceiros molares, **Winter (1926)** estabeleceu quatro tipos básicos de inclusão, que comparam o tipo de angulação do longo eixo de um terceiro molar incluso em relação ao longo eixo do segundo molar, sendo vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, além de bucoversão ou linguoversão e invertida. Outro método para classificar a inclusão de terceiros molares inferiores é a classificação de **Pell & Gregory (1942)** que relaciona o terceiro molar com a borda anterior da mandíbula e a face distal do segundo molar, classe I, II e III; e examinando o terceiro molar em relação à profundidade relativa do osso, posição A, B, e C.

Para alguns autores, os dentes inclusos devem sempre ser removidos, pois assim pode-se prevenir algumas complicações que são deles consequências, como os cistos dentígeros, as reabsorções de raízes de dentes vizinhos, as lesões periodontais e pericoronarites, dentre outras. Outros autores afirmam, que os

dentes inclusos que estejam com anquilose alveolodentária, imersos em espessas camadas ósseas, em contiguidade anatômica com estruturas nobres, e pacientes com sérios problemas de saúde sistêmica, não devem ser removidos , a não ser em caráter excepcional, fazendo-se então o tratamento conservador através de controle radiográfico periódico do dente incluso.

3- DESENVOLVIMENTO

3.1- REVISÃO DE LITERATURA

3.1.1- ODONTOGÊNESE

Segundo **Aprille et al. (1975)**, os terceiros molares começam sua calcificação aos nove anos de idade, erupcionam entre dezoito e vinte e cinco anos de idade e terminam sua erupção dos vinte aos vinte e sete anos de idade.

São dentes bastante irregulares em sua forma e implantação, pois tendo sua calcificação tardia, erupcionam em maxilares que já estão nos limites de seu maior crescimento.

Quanto à sua morfologia, os terceiros molares superiores apresentam como forma coronária mais comum a triangular e trapezoidal com três cúspides. Suas raízes na maioria das vezes são em número de três, dilaceradas ou frequentemente fusionadas, cuja individualização é possível observar nos sulcos longitudinais na superfície radicular, podendo aparecer novas raízes relacionadas geralmente com a existência de cúspides suplementares, relata **Garino(1975)**.

Já os terceiros molares inferiores apresentam forma coronária com maior tamanho mesiodistal, podendo variar de acordo com o ângulo distovestibular. 40% dos casos possuem cinco cúspides com forma trapezoidal, semelhante ao primeiro molar inferior, 50% dos casos possuem quatro cúspides, com forma quadrangular semelhante ao segundo molar inferior; 10%

dos casos apresentam a forma triangular pela diminuição da cúspide distovestibular, ou outra forma com adição de cúspides ou tubérculos.

Suas raízes são bastante irregulares, sendo mais frequentemente encontrada uma massa radicular que se assemelha a uma pirâmide quadrangular, cujas faces laterais se correspondem com a coroa. As faces vestibular e lingual possuem sulcos longitudinais, sendo o mais profundo o lingual. Suas raízes tem um desvio para distal, que se acentua na porção apical. As raízes podem também se apresentar em número de duas diferenciadas, com septo inter-radicular, com desvio para a distal variado, ou ainda multiradiculares. Quando aparece mais de duas raízes, corresponde a uma cúspide supranumerária ou bifurcação da raiz distal.

3.1.2- CAUSAS DAS INCLUSÕES

Graziani (1986) descreve que as inclusões dentárias mais frequentes ocorrem com os elementos dentários que erupcionam em época mais tardia, como os terceiros molares. À medida que os dentes permanentes vão surgindo, o desenvolvimento dos maxilares vão permitindo o seu alinhamento na arcada, e quando este desenvolvimento não é suficiente, os dentes são excessivamente juntos, oblíquos, em má posição ou, então, permanecem inclusos.

Outras causas locais que contribuem na gênese de uma inclusão dental são a falta de espaço na arcada, em virtude de menor desenvolvimento da maxila ou mandíbula, dentes muito

volumosos, obstáculo oferecido por dentes vizinhos, e resistência demasiada oferecida pelo tecido ósseo.

Como a maioria dos dentes inclusos é bem formada e diferenciada, parece que as enfermidades sistêmicas representam, na patogênese das inclusões dentárias, um fato que favorece o terreno para a obstrução mecânica da erupção, por agirem sobre o desenvolvimento ósseo. A hereditariedade desempenha papel preponderante, constatando-se isso pela frequência de dentes inclusos na variedade de membros de mesma família. Se um indivíduo recebe, entre outros caracteres hereditários um maxilar pequeno e dentes volumosos, estabelecem-se as mesmas condições locais que determinam as inclusões dentárias.

Uma teoria de muita lógica na explicação da existência dos dentes inclusos é a que considera, como consequência da evolução da espécie, a redução gradual dos maxilares. Maxilares cada vez menores são insuficientes, portanto, para conter os dentes que fazem por último a sua erupção. A falta de estímulo funcional para o desenvolvimento dos maxilares, decorrente das condições da civilização moderna, a modificação ou evolução dos hábitos alimentares, que não exigem grande esforço mastigatório, é hoje fator apontado como causa do menor desenvolvimento e da consequente frequência da inclusão dentária no homem moderno.

3.1.3- TIPOS DE INCLUSÕES

Segundo **Peterson et al. (1996)**, com uma cuidadosa classificação, o cirurgião dentista pode abordar a cirurgia proposta de forma ordenada, predizendo se algum acesso cirúrgico fora do

normal será necessário, ou se o paciente irá apresentar algum problema pós operatório.

A maioria das classificações resulta de análises radiográficas. Para a maioria das situações, a radiografia periapical proporciona detalhamento adequado, e deve ser a incidência mais empregada. A radiografia panorâmica mostra uma imagem mais exata da anatomia total da região e pode ser usada como um substituto.

Molares inferiores

a) Quanto à angulação:

Winter et al. (1926), classificaram os terceiros molares inferiores inclusos, comparando o tipo de angulação do longo eixo do mesmo, em relação ao longo eixo do segundo molar adjacente. Classificaram em vertical, horizontal, mesioangular e distoangular.

Um elemento dental está na posição vertical, quando o longo eixo do terceiro molar inferior incluído, está paralelo ao longo eixo do segundo molar adjacente. Segundo **Peterson et al. (1996)**, esta inclusão ocorre como a segunda maior frequência, responsabilizando-se por aproximadamente 38% de todas as inclusões, sendo a terceira em dificuldade de solução. **Deboni & Gregori (1990)**, relatam que em 209 dentes avaliados em radiografias, 49 dentes (23,4%), encontravam-se na posição vertical.

Um elemento dental está na posição mesioangular, quando o longo eixo do terceiro molar inferior incluído está em posição mesial, relacionando-se com o segundo molar inferior adjacente.

Para **Peterson et al. (1996)**, esta inclusão é reconhecida como a menos difícil de ser solucionada, e é a mais comumente encontrada, acometendo cerca de 43% de todos os dentes inclusos. **Deboni & Gregori (1990)**, relatam que em 209 dentes avaliados em radiografias, 98 dentes (46,9%) encontravam-se mesioangulares.

Um elemento dental está na posição distoangular, quando o longo eixo do terceiro molar inferior está em posição distal ao longo eixo do segundo molar inferior adjacente. Para **Peterson et al. (1996)**, são raras estas inclusões e afetam cerca de 6% de todos os terceiros molares inferiores inclusos. Este tipo de inclusão é a mais difícil de ser solucionada, porque o dente apresenta um eixo de saída no sentido do ramo mandibular. **Deboni & Gregori (1990)**, em 209 dentes avaliados em radiografias encontraram 14 dentes, 6,7%, na posição distoangular.

Um elemento dental está na posição horizontal, quando o longo eixo do terceiro molar inferior incluso, estiver perpendicular ao segundo molar inferior adjacente. De 209 dentes avaliados em radiografias, **Deboni & Gregori (1990)**, encontraram 44 dentes(21%), na posição horizontal.

Os terceiros molares inferiores também podem estar angulados em direção vestibular ou lingual. A cortical lingual da mandíbula se torna mais fina à medida que progride posteriormente, por isto, muitos terceiros molares inferiores inclusos estão angulados em direção lingual ou linguoversão. Ocasionalmente um dente pode estar angulado em direção vestibular ou vestibuloversão.

Morris & Jerman (1971), relatam que o posicionamento prevalente dos terceiros molares inclusos no adulto jovem, de

5.293 dentes inclusos observados, 4.863 eram terceiros molares inferiores cujas posições foram: 1.983 dentes(40,78%) vertical, 2.043 dentes(42,01%) mesio-angular, 416 dentes(8,56%) disto-angular, 375 dentes(7,71%) horizontal, 35 dentes(0,92%) vestibulo lingual transversa e 1 dente(0,02%) invertida.

b) Quanto à relação com o bordo anterior do ramo mandibular:

Um outro método para classificar a inclusão de terceiros molares inferiores inclusos, baseia-se na quantidade de dente incluso que está coberto por osso do ramo mandibular.

Pell & Gregory (1942), relacionando o terceiro molar inferior incluso, com a borda anterior do ramo da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior adjacente, classificaram em classe I, classe II e classe III.

Classe I, quando o espaço é suficiente para acomodar a coroa do terceiro molar inferior incluso.

Classe II, quando o espaço é menor que o diâmetro mesiodistal da coroa do terceiro molar inferior incluso.

Classe III, quando o terceiro molar inferior incluso encontra-se totalmente dentro do ramo mandibular.

Deboni & Gregori (1990) relatam que em 209 dentes avaliados em radiografias, 18 dentes(8,6%) encontravam-se em classe I, 169 dentes(80,8%) encontravam-se em classe II, e 22 dentes(10,5%) encontravam-se em classe III.

c) Quanto a sua relação com o plano oclusal do segundo molar inferior adjacente:

Completam o estudo **Pell & Gregory (1942)**, examinando a profundidade do terceiro molar inferior incluído, quando comparada com a altura do segundo molar inferior adjacente. Classificou em posição A, posição B, e posição C.

Posição A, sendo aquela na qual a superfície oclusal do terceiro molar inferior incluído está nivelada, ou quase nivelada, com o plano oclusal do segundo molar adjacente.

Posição B, sendo aquela em que a superfície oclusal do terceiro molar inferior incluído, está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar inferior adjacente.

Posição C, sendo aquela onde a superfície oclusal do terceiro molar inferior incluído, está abaixo da linha cervical do segundo molar inferior adjacente.

Deboni & Gregori (1990), relatam que em 209 dentes avaliados em radiografias, 70 dentes(33,5%) encontravam-se na posição A; 111 dentes(53,1%) encontravam-se na posição B; e 28 dentes(13,5%) encontravam-se na posição C.

Molares superiores

Os sistemas de classificação para os terceiros molares superiores incluídos são essencialmente os mesmos dos terceiros molares inferiores incluídos.

a) Angulação:

No que diz respeito a angulação, segundo **Winter (1926)**, temos a inclusão vertical, mesioangular e distoangular.

Peterson et al. (1996) relatam ocorrência nos casos de inclusão vertical, em aproximadamente 63% dos casos de terceiros molares superiores inclusos, a inclusão distoangular em aproximadamente 25% dos casos, e a inclusão mesioangular em 12% dos casos. Raramente outras posições como a posição transversa, invertida ou horizontal são encontradas. Estas posições incomuns afetam menos de 1% dos terceiros molares superiores inclusos, afirmam.

b)Relação com o plano oclusal do segundo molar adjacente:

A classificação de **Pell & Gregory (1942)** também é usada para avaliar a profundidade de inclusão dos terceiros molares superiores inclusos, com relação ao segundo molar superior adjacente, sendo classificada em posição A, posição B, e posição C.

Posição A, quando a porção mais baixa do terceiro molar superior incluso se encontra à mesma altura do plano oclusal do segundo molar superior adjacente.

Posição B, quando a porção mais baixa do terceiro molar superior incluso fica situada entre os planos oclusal e cervical, do segundo molar superior adjacente.

Posição C, quando a porção mais baixa do terceiro molar superior incluso situa-se acima da linha cervical do segundo molar superior adjacente.

3.1.4- EXAME RADIOGRÁFICO

Weismann (1990) relatam que uma análise radiográfica completa do dente incluso obtida através de radiografias específicas, fornece informações importantes como a forma de retenção, relação com os dentes vizinhos, quantidade de osso que o envolve, relação com estruturas anatômicas (seios maxilares, ramo e basilar da mandíbula, canal mandibular, etc), número e forma das raízes, e a presença de lesões associadas.

A radiografia deve ser tomada de modo que contenha toda a estrutura anatômica dentária e parte da estrutura vizinha, com um bom contraste e pequena distorção, oferecendo assim intensa riqueza de detalhes. Para tanto, a melhor técnica radiográfica é a periapical, devendo-se considerar que a radiografia panorâmica é bastante útil, para se obter uma visão mais ampla do relacionamento do dente, com as estruturas anatômicas regionais, relatam **Deboni & Gregori (1990)**.

Além das radiografias periapical e panorâmica, a radiografia lateral da mandíbula, para **Graziani (1986)**, permite uma visão do conjunto e proporciona maior segurança quanto a verificação de possíveis condições patológicas, por exemplo, uma osteíte ou cisto folicular, e, principalmente, a origem de um processo inflamatório agudo. Possibilita também uma apreciação mais ampla das estruturas ósseas adjacentes, e por isso é de grande valor na elucidação do diagnóstico e no planejamento da operação cirúrgica.

Radiografias oclusais, da maxila ou da mandíbula, além do método de localização de Miller-Winter, idealizado por Miller em 1914, conhecida como técnica do ângulo reto. Toma-se primeiro uma radiografia periapical da região dos molares inferiores para

localizar o dente incluso no sentido da altura e largura, faltando a terceira dimensão, que é relacionamento vestibulo-lingual. Executa-se uma radiografia oclusal, usando-se um filme convencional 3x4, que é mantido em posição pelo paciente, com o leve fechamento da boca , **Freitas (1988)**.

3.1.5- CONSEQUÊNCIAS DE UMA INCLUSÃO DENTAL AO PACIENTE

Para **Nogueira et al. (1997)**, apesar de um dente incluso poder permanecer assintomático, sem causar nenhum incômodo ao paciente, uma série de problemas pode estar diretamente relacionada com a sua presença. As inclusões dentárias podem ocasionar transtornos relacionados às diferentes especialidades odontológicas. Porém, a presença de um dente incluso nem sempre indica que será necessária sua remoção.

Gregori et al. (1988), relatam que o dente incluso, na maioria das vezes, permanece assintomático, sendo quase sempre descoberto em um exame rotineiro de avaliação radiográfica.

Relatam ainda que assintomáticos são os dentes que permanecem no interior dos maxilares, sem provocar reações de caráter inflamatório, dores nevrálgicas, e sem exercer compressão nas estruturas anatômicas a eles contíguas. Muitas vezes entretanto, o dente incluso pode ser causa de complicações que podem assumir características de acentuada gravidade como:

a) Complicações neurológicas:

A sintomatologia é devida provavelmente à compressão sobre estruturas vasculares e nervosas. As zonas mais comuns para aparecimento de dores nevrálgicas se encontram-se relacionadas à zona de ação do nervo trigêmeo.

b) Complicações mecânicas:

O dente incluso pode com frequência obstruir o irrompimento de outro dente. Comum também a rizólise de dentes vizinhos, pela pressão exercida diretamente pelo dente incluso, ou pelo cisto dentífero que o envolve. Outra complicação mecânica é a fratura de mandíbula.

c) Complicações inflamatórias e infecciosas:

Em pacientes desdentados totais, o trauma provocado pela prótese que comprime os tecidos moles contra o dente incluso, pode provocar o aparecimento de desconfortáveis inflamações na área. Este mesmo mecanismo estimula a reabsorção do tecido ósseo que recobre o dente incluso, podendo desencadear os quadros de pericoronarites assépticas

d) Complicações císticas:

É a ocorrência de degeneração cística no saco pericoronário de dentes inclusos, que por permanecerem assintomáticos por longo tempo, pode atingir proporções razoáveis, reduzindo a resistência óssea, e invadindo outras regiões.

Nogueira et al.(1997), relatam que as consequências das inclusões dentárias estão relacionadas às alterações no alinhamento das arcadas, na integridade de estruturas dentárias vizinhas e na estabilidade das próteses, além de alterações nervosas, infecciosas e odontogênicas.

3.1.6- TIPOS DE TRATAMENTO

Proservação

Cooksey (1989), relata que não extrairia profilaticamente dentes inclusos, pois sabe-se que muitos terceiros molares permanecem no local por muitos anos.

Segundo **Peterson et al. (1996)**, todos os dentes inclusos devem ser removidos, a menos que uma contra-indicação específica justifique a sua permanência em posição. Quando os benefícios potenciais forem maiores que as complicações e riscos, o procedimento deve ser executado, da mesma forma quando os riscos forem maiores que os potenciais benefícios, o procedimento deve ser adiado. As contra-indicações para remoção de dentes inclusos basicamente envolvem o estado físico do paciente.

a) Extremos de idade:

O germe dentário do terceiro molar pode ser visto radiograficamente aos seis anos de idade. Sua retirada pode ser realizada entre os sete e nove anos de vida, com uma morbidade cirúrgica mínima, e por isso deve ser executada nessa faixa etária.

Contudo, não é possível prever corretamente, se o terceiro molar em formação se tornará incluso. O consenso é que a remoção precoce dos terceiros molares deve ser retardada, até que um correto diagnóstico da inclusão possa ser feito, relatam **Peterson et al.(1996)**.

Kruger et al. (1984), descrevem que o jovem que deva perder todos os seus dentes para a confecção de dentadura, deve ter seus terceiros molares superiores inclusos mantidos, pois irão auxiliar na formação das tuberosidades. Desde que se informe o paciente, a dentadura poderá ser feita por sobre o dente incluso, de modo quando começar a aparecer sobre a mucosa, venha a ser extraído.

A contra indicação mais comum à retirada de dentes inclusos, segundo **Peterson et al. (1996)**, é a idade avançada. À medida que a idade do paciente avança, o osso se torna altamente calcificado, desta forma menos flexível, sendo pouco provável que se dilate sob as forças de uma extração dentária. Da mesma forma, com a idade, os pacientes respondem menos favoravelmente e com mais sequelas pós-operatórias. Portanto, em um paciente mais idoso, normalmente acima dos cinquenta anos, com um dente incluso que não mostra sinais de doença, e apresenta uma camada de osso de cobertura moderadamente espessa, não se deve proceder à remoção.

b) Condições médicas comprometidas:

Como os extremos de idade, um estado clínico comprometido contra-indica a remoção de um dente incluso para **Peterson et al. (1986)**. Frequentemente o estado clínico

comprometido e a idade avançada caminham juntos. Se o dente incluso está assintomático, sua remoção deve ser vista como eletiva. Se a função cardiovascular, respiratória e as defesas de combate à infecção estão comprometidas, ou se o paciente apresenta uma coagulopatia adquirida ou ainda se o dente se tornar sintomático, o cirurgião deve trabalhar junto com o médico do paciente, para remover o dente com a menor seqüela operatória e pós operatória possível.

c) Possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes:

Se o dente incluso se encontra em uma área, em que a remoção pode por seriamente em risco nervos, dentes adjacentes, ou trabalhos protéticos previamente construídos, pode ser prudente deixar o dente no lugar, relatam **Peterson et al. (1996)**.

Indicações para remoção dos dentes inclusos:

Moreira (1991), relata uma série de complicações associadas às inclusões dentárias, justificando com isso o fato de alguns autores indicarem a remoção de qualquer dente incluso.

Segundo **Nese (1994)**, na atualidade, as indicações de extração dos terceiros molares são as seguintes: infecção, formação de cisto, reabsorção de dentes adjacentes, tumores, interferência no tratamento ortodôntico, presença de um dente em linha de fratura, antes de irradiações, interferência na confecção de próteses e persistência de dor de causa desconhecida.

Peterson et al. (1996), afirmam que a extração precoce reduz a morbidade pós operatória e permite uma melhor cicatrização. Pacientes mais jovens toleram melhor o procedimento e se recuperam mais rapidamente, com pouca interferência em suas vidas diárias. O período ideal para a remoção de terceiros molares inclusos é após a formação do primeiro terço radicular, e antes da formação do segundo terço radicular, normalmente durante o final da adolescência, entre dezesseis e dezoito anos.

Se um dente incluso for deixado no processo alveolar, existe uma grande probabilidade de que um ou mais problemas de uma série ocorrerão, afirmam **Lysell (1988)**, e para prevenir-los isso, os dentes inclusos devem ser removidos.

a) Prevenção da doença periodontal:

Dentes erupcionados próximos a dentes inclusos estão sujeitos a problemas periodontais. A mera presença de um terceiro molar inferior incluso, diminui a quantidade de osso presente na face distal de um segundo molar adjacente.

Para **Marmary et al. (1986)**, pela remoção precoce dos terceiros molares, a doença periodontal pode ser evitada, e há uma grande probabilidade de cicatrização e preenchimento ósseo da área previamente ocupada pela coroa do terceiro molar.

b) Prevenção de pericoronarite:

Quando um dente se encontra parcialmente incluso com uma grande quantidade de tecido mole recobrendo as superfícies

axial e oclusal, o paciente apresenta um ou mais episódios de pericoronarite.

Relatam **Peterson et al. (1996)**, que a prevenção de pericoronarite pode ser alcançada pela remoção dos terceiros molares inclusos, antes que eles perfurem a mucosa oral e se tornem visíveis. Embora a incisão do tecido mole circundante, ou a operculectomia, venha sendo defendida como um método para prevenir pericoronarites, sem se ter de remover o dente incluso, é um método muito doloroso e comumente não funciona. O excesso de tecido mole tende a recidivar, pois ele recobre o dente incluso e causa novo crescimento do opérculo.

A grande maioria dos casos de pericoronarite pode ser prevenida apenas pela extração do dente.

c) Razões ortodônticas:

Para **Howe (1990)**, os ortodontistas têm opiniões divididas com relação ao valor de remoção profilática dos germes dentários do terceiros molares mandibulares em crianças, nas quais há uma marcante desproporção entre o tamanho do dente e o da mandíbula.

Segundo **Peterson et al. (1996)**, em pacientes que necessitam de retratação do segundo e primeiro molares através de técnicas ortodônticas, a presença de um terceiro molar pode interferir no tratamento. Desta forma é recomendada a extração de terceiros molares inclusos, antes que a terapia ortodôntica seja indicada.

Uma outra consideração para **Richardson (1989)**, é que após a conclusão do tratamento ortodôntico, pode haver

apinhamento dos incisivos inferiores. Isso vem sendo atribuído às forças mesiais, transmitidas aos molares e pré-molares pelos terceiros molares inclusos, principalmente nas inclusões de inclinação mesial.

d) Prevenção da fratura de mandíbula:

Peterson et al. (1996), afirmam que um terceiro molar incluso na mandíbula ocupa espaço que normalmente seria ocupado por osso. Isso pode enfraquecer a mandíbula e fazer com que ela se torne suscetível a fraturas. Se a mandíbula sofre fratura através da área de um terceiro molar incluso, o dente frequentemente é removido antes da redução da fratura, e a fixação intermaxilar é aplicada.

e) Prevenção de cistos e tumores odontogênicos:

Embora a incidência geral de cistos e tumores odontogênicos ao redor de dentes inclusos não seja alta, a grande maioria das condições patológicas envolvendo os terceiros molares mandibulares está associada a dentes inclusos. Desta forma é recomendado que os dentes inclusos sejam removidos, para prevenir a ocorrência de cistos e tumores.

f) Prevenção da dor de origem desconhecida:

Eventualmente alguns pacientes vão ao dentista, se queixando de dor na região retromolar da mandíbula, sem razão evidente. Caso condições como a síndrome da dor e disfunção

miofacial, e desarranjos articulares temporomandibulares sejam excluídos, e o paciente apresente um dente incluído, a extração do dente, algumas vezes, põe fim à dor, relatam **Peterson et al. (1996)**.

g) Prevenção da reabsorção radicular:

Eventualmente um dente incluído pode causar pressão suficiente sobre a raiz do dente adjacente para causar reabsorção. A remoção do dente incluído pode resultar na recuperação do dente adjacente, pela reparação cementária. A terapia endodôntica pode ser necessária para salvar estes dentes, com afirmam **Peterson et al. (1996)**.

h) Dentes incluídos sob próteses dentárias:

Segundo **Howe (1990)**, conforme a reabsorção da mandíbula progride, alguns dentes incluídos tornam-se mais superficiais, podendo até interferir com o ajuste de uma dentadura inferior total, ou causar dor devido à cárie ou infecção gengival. Esses dentes devem ser removidos, tão logo a inflamação gengival tenha sido efetivamente tratada.

Quando um paciente tem uma região edêntula reabilitada, os dentes incluídos naquela área devem ser removidos, antes que a restauração protética seja construída. Se a extração for adiada, o paciente se tornará mais velho e com maior probabilidade de se encontrar em uma condição de saúde mais precária. Além disso, a mandíbula pode se tornar atrofica, com um aumento da

probabilidade de fratura durante a remoção do dente, para **Peterson et al. (1996)**.

Remoção cirurgica dos dentes inclusos

Para **Gregori et al. (1988)**, o tratamento a ser dado a um dente incluso é sempre cirúrgico, sendo o exame radiográfico o elemento indispensável para selecionar, seja qual for, a técnica a ser adotada. Uma vez concluído pela necessidade e oportunidade que o dente deve receber um tratamento, são cinco as opções apresentadas: exposição do dente visando irrompimento por processo natural, exposição do dente associada com ativação do irrompimento pelo uso de recursos ortodônticos, reposicionamento dentário, transplante dentário e a avulsão.

a) Avaliação pré-operatória:

Para **Aprille et al. (1975)** a extração do terceiro molar mandibular incluso é um ato cirúrgico que requer um estudo radiográfico seriado pré-operatório, condicionado à posição do dente, sua morfologia coroa-radicular, e as relações extrínsecas com as estruturas da região topográfica a que pertence.

A avaliação pré-operatória cuidadosa permitirá adequado planejamento da cirurgia subsequente. A radiografia deverá ser meticulosamente estudada, para localizar a inclusão e para determinar o formato, número e inclinação das raízes. A relação do dente com o canal mandibular deve ser observada, para que o paciente possa ser prevenido sobre uma eventual parestesia pós-operatória. A presença de uma restauração grande, especialmente

uma velha restauração de amálgama no segundo molar adjacente, deverá propiciar a observação ao paciente, de que o cirurgião está consciente da situação, e tentará evitar um dano à restauração, durante a cirurgia, segundo **Kruger et al.(1984)**.

Gregori et al.(1988), relatam que o primeiro cuidado deve ser o completo exame radiográfico, por ser fundamental para o diagnóstico e também para a cirurgia. O pré-operatório deve ser feito como de rotina para todas as intervenções cirúrgicas buco-dentoalveolares.

Weismann (1990), relata que o exame físico do paciente e a anamnese, fazem parte de uma rotina importante para o conhecimento das condições físicas e psíquicas em que se encontra o mesmo, alertando o profissional quanto aos cuidados pré, trans e pós-operatórios a serem tomados, e à época indicada para a realização da cirurgia.

Howe (1990), relata que a maioria dos fatores locais que causam dificuldades, pode ser diagnosticada pela interpretação cuidadosa da radiografia pré-operatória. Não é possível planejar a remoção de um terceiro molar mandibular incluso, a menos que se disponha de uma radiografia precisa, que mostre todo o dente e suas estruturas de revestimento.

Alguns autores como **Archer (1975)**; **Kruger (1984)**, **Kaminishi et al. (1979)**; **Laskin (1971)**; **Pell & Gregory (1942)** e **Cioffi et al. (1986)**, relatam que a dificuldade principal para a remoção cirúrgica de dentes inclusos é a obtenção de espaço suficiente à sua movimentação preservando, ao mesmo tempo, íntegros e protegidos os tecidos circunvinhos.

b) Remoção de terceiro molar inferior:

A *anestesia* usada é a pterigo-mandibular, com complementação adequada.

A *incisão*, para se ganhar acesso à área e visualizar o osso de revestimento a ser removido, deve proporcionar rebater um retalho mucoperiósteo adequado.

O retalho deve ser de dimensão apropriada para permitir o posicionamento e a estabilização de afastadores e de instrumentos para a remoção óssea.

Para **Koerner (1994)**, quanto à forma, o retalho deve ser largo, de modo que promova visibilidade, variando de acordo com a anatomia, podendo ser em envelope curto ou longo.

Retalho em envelope curto, inicia com a incisão distal próxima à linha oblíqua externa, e vem à frente na parte média do segundo molar adjacente. Se a incisão for muito por lingual, pode-se afetar a artéria retromolar ou causar injúria ao nervo lingual, podendo levar a parestesia. Com a incisão distal completa, incisiona-se a face livre anterior do segundo molar, terminando na papila mesial.

O retalho em envelope longo é usado para inclusões mais profundas. Na parte distal do segundo molar adjacente, a incisão é igual, mas na vestibular, a incisão vai até a mesial do primeiro molar.

O retalho em envelope é a técnica preferencial, mais fácil de ser fechado e cicatriza melhor, relata **Peterson et al. (1996)**.

Se o cirurgião necessita de um acesso maior, o que pode dilacerar o retalho em envelope, deve usar uma incisão angular, que inicia-se em um ponto na parte inferior da face anterior do ramo da mandíbula, caminhando no meio da fibromucosa que recobre o dente incluso até a distal do segundo molar adjacente, quando então angula-se a incisão para baixo, em direção ao fundo de vestibulo. Se necessário um relaxamento maior do retalho, com finalidade de se obter um campo operatório maior, contorna-se a face vestibular do segundo molar, angulando o extremo anterior da incisão na altura da face mesial deste dente, ou então, na distal do primeiro molar. Deve-se evitar o meio da papila gengival.

A incisão deve ser feita com lâmina de bisturi, mantendo-a firmemente em contato com o osso ao longo de toda a incisão, para que a mucosa e o periósteo sejam totalmente incisados. Essa incisão deve ser planejada de forma que possa ser fechada sobre osso sólido, em vez de se fazer sobre o defeito ósseo.

Para **Graziani (1986)**, a incisão para intervenção em um terceiro molar incluso deve ser delineada de maneira a proporcionar a exposição de um campo operatório, sem lesão de estruturas importantes e sem descolamentos excessivos. Um cuidado a ser tomado é evitar o descolamento para o lado lingual, e quando absolutamente necessário, que seja esse descolamento o mínimo possível e bastante prudente, limitando-se apenas à parte superior do rebordo alveolar.

Na *divulsão*, o retalho mucoperiosteó é deslocado, iniciando-se pelo ângulo da incisão, acompanhando o traçado incisional, onde é mantido por meio de afastadores.

Uma vez exposto o campo operatório, passamos à *osteotomia*, que poderá ser feita com cinzel e martelo, ou com brocas cirúrgicas montadas em peça de mão para micromotor ou turbina de alta rotação.

Ao empregar brocas, a irrigação concomitante deverá ser contínua e abundante, mantendo sempre a broca refrigerada. Quando se emprega cinzéis, estes deverão ser corretamente posicionados e estando sempre bem afiados. Durante o impacto do martelo, a mandíbula deverá ser apoiada em sua basilar, relata **Weismann (1990)**.

O osso encontrado sobre as faces oclusal, vestibular e distal, abaixo da linha cervical do dente incluso, deve ser removido. De acordo com a profundidade da inclusão, forma das raízes, e angulação do dente, varia a quantidade de osso a ser removida. Feito isso, buscamos um ponto de apoio para a alavanca e aplicamos uma força controlada para extrair o dente. Caso não se consiga extraí-lo nessa fase, passamos de imediato para a odontosseção.

Nos casos de germes dentários, para **Gregori et al. (1988)**, após a divulsão dos retalhos, deve-se praticar a osteotomia em uma pequena faixa da vestibular, acompanhando o sentido ocluso-radicular, em toda extensão da coroa dentária. Desse modo, a estrutura óssea ainda contribui para manter fixo o germe, pois somente uma pequena porção de sua parede óssea foi removida. Com uma broca, perfura-se a coroa até que se atinja a polpa dentária onde introduz-se um instrumento como elevador apical, que dará uma fixação ao dente, para que se complete a osteotomia suficiente para permitir a sua remoção.

Para **Koerner (1994)**, em pessoas jovens, o excesso de osso se dissipa pelo folículo, ligamento periodontal e pelo osso elástico em volta. Já em pessoas velhas, onde o osso preencheu todo o espaço folicular, o ligamento atrofiou e o osso se tornou denso e esclerótico. Há riscos de fratura de mandíbula.

Na *odontossecação*, se faz o seccionamento do dente em partes, possibilitando que partes desse dente sejam removidas separadamente, através da abertura conseguida pela remoção óssea. A direção na qual o dente incluso deverá ser dividido, depende basicamente da sua angulação. A clivagem do dente pode ser feita com brocas ou cinzel e martelo. Quando se utiliza brocas, o dente é seccionado até três quartos do diâmetro em direção à face lingual. Um extrator fino é usado na fenda feita pela broca e girada para dividir o dente. A broca não deve ser usada para seccionar o dente completamente em direção à face lingual, isso aumenta a possibilidade de injúria ao nervo lingual, de acordo com **Peterson et al. (1996)**.

Para **Weismann (1990)**, a clivagem do dente será feita de diversas maneiras, conforme a posição em que o mesmo se encontra. Os cortes deverão dividir o dente em dois fragmentos: coroa e raiz, ou mesial e distal. Se isso for difícil de ser conseguido, seccionamos em primeiro lugar a parte do dente que se impacta no osso ou no dente vizinho, depois então, dividimos o dente em quantos fragmentos forem necessários.

A *remoção do dente* é feita após a osteotomia adequada, secção de forma apropriada. Cria-se um caminho livre de interferências para a remoção do dente, que é feito, por meio de

extratores. Os extratores não estão destinados a aplicação de forças excessivas, mas sim, à aplicação de forças sobre o dente ou suas raízes em direção adequada. A aplicação de forças excessivas pode resultar na fratura do dente, de uma grande porção da cortical vestibular, do segundo molar adjacente ou até mesmo da própria mandíbula. Alguns cirurgiões utilizam uma cureta periapical para remover raízes seccionadas de dentro de alvéolos.

Após a *remoção do dente*, passa-se à fase de preparo da loja óssea. Deve-se irrigar a loja cirúrgica com soro fisiológico e aspirar para remoção de esquirolas ósseas e todo e qualquer detrito que tenha penetrado no interior da loja. As bordas da loja serão limadas ou aparadas com pinça goiva, para que não permaneçam espículas ósseas.

Tomar cuidado especial de irrigar abaixo do retalho mucoso.

Em casos de lesões associadas, uma curetagem delicada do alvéolo deverá ser feita para remover os fragmentos da lesão, tendo-se o cuidado de não traumatizar o plexo vâsculo-nervoso alveolar inferior, quando este se encontra próximo.

Quando o saco pericoronário não vier aderido à coroa do dente, uma pinça hemostática tipo mosquito deve ser utilizada para remover alguns remanescentes do folículo dentário. Uma vez preso, este é elevado com uma pressão lenta e contínua, até que se desprenda dos tecidos moles e duros à sua volta.

Antes do fechamento final da loja óssea, uma irrigação final e uma cuidadosa inspeção devem ser feitas.

A *sutura* pode ser feita com pontos isolados, utilizando-se para isso fios adequados, comumente usados em cirurgia bucal. Se o retalho foi bem dimensionado e não foi traumatizado durante a cirurgia, ele irá se reposicionar bem próximo à posição original. Comumente três a quatro pontos são necessários para fechar uma incisão em envelope. Se uma incisão relaxante foi utilizada, deve-se direcionar as atenções para o fechamento desta parte da incisão.

Complicações operatórias, relatam **Weismann (1990)**, podem ocorrer na remoção de terceiros molares inferiores inclusos. Fratura da mandíbula, fratura da raiz do dente incluso, fratura da tábua óssea lingual, lesão do nervo alveolar inferior ou lingual com parestesia das respectivas regiões, luxação e avulsão do dente vizinho e desgaste da raiz do dente vizinho.

c) Remoção do terceiro molar superior:

Esse dente comumente não oferece dificuldade para sua remoção cirúrgica. Na maioria das vezes encontra-se na posição vertical, e sua face vestibular é quase sempre recoberta por uma fina lâmina de osso cortical que facilita sua remoção.

A *anestesia* usada é a regional pós-tuber do nervo palatino póstero-superior, complementada por infiltrações de anestésico no fundo do sulco vestibular à altura do primeiro molar, e do lado palatino.

A *incisão* mais utilizada é a angular, que inicia-se na parte mais posterior do tuber até a distal do segundo molar adjacente, contornando a coroa desse dente pela face vestibular e chegando próximo a sua face mesial, quando então faz-se um ângulo seguindo com a incisão obliquamente para cima em direção ao fundo de vestibulo, relata **Weismann (1990)**.

A incisão usada também pode ser em envelope, que se estende posteriormente da região distovestibular do segundo molar adjacente, até a face mesial do primeiro molar.

Na *divulsão*, o retalho mucoperiósteo é deslocado e tracionado, sem tensão excessiva, expondo a cortical vestibular.

A *osteotomia* é feita geralmente através de pressão manual usando cinzel ou uma rugina com ponta fina e ligeiramente afiada.

Inicialmente o osso é removido sobre a face vestibular do dente, até abaixo da linha cervical, expondo toda sua coroa clínica. A seguir remove-se o osso sobre a face mesial do dente, para permitir um ponto de apoio adequado para colocação de um extrator e a liberação do dente **Peterson et al. (1996)**.

Casos mais complexos podem exigir osteotomias mais complexas.

Os dentes superiores raramente são seccionados, porque o osso que os recobre é comumente mais fino e relativamente mais elástico. Onde o osso é mais espesso e menos elástico, remove-se mais osso em vez de clivagem do dente. Em nenhuma circunstância deve-se utilizar cinzel e martelo para seccionar

dentes na maxila, devido à grande possibilidade de deslocamento do dente para dentro do seio maxilar.

A *remoção do dente* é realizada com um extrator, que luxa o dente no sentido distovestibular. Cuidados com a pressão excessiva mais anteriormente, para evitar danos à raiz do segundo molar superior adjacente. Se a inclusão for mesioangular, deve-se pressionar com os dedos a tuberosidade da maxila, para que, se ocorrer uma fratura, as medidas necessárias possam ser tomadas.

Após a remoção do dente, passa-se à fase de reparo da loja óssea. Lavar com soro fisiológico ou água destilada e aspirar para a remoção de esquiolas ósseas. As bordas da loja serão acertadas para que não permaneçam espículas ósseas. É necessário irrigar abaixo do retalho mucoso.

Quando o saco pericoronário não vier aderido à coroa do dente, com uma pinça hemostática tipo mosquito, remove-se alguns remanescentes do folículo dentário. Uma vez preso o folículo, esse é elevado, e com uma pressão lenta e contínua até que se desprenda dos tecidos moles e duros à sua volta.

Antes do fechamento final da loja óssea, uma irrigação final e inspeção devem ser feitos.

A *sutura* pode ser feita com pontos isolados, utilizando para isso fios adequados comumente usados em cirurgia bucal. Se o retalho foi bem dimensionado, e não foi traumatizado durante a cirurgia, ele irá se reposicionar bem próximo à posição original. Comumente três pontos são necessários para fechar uma incisão em envelope. Se a incisão relaxante foi utilizada, deve-se direcionar as atenções para o fechamento dessa parte da incisão.

Algumas considerações referentes à remoção de terceiros molares superiores inclusos segundo **Gregori et al. (1990)** devem ser observadas. Dentro do possível deve ser preservada a tuberosidade, e dispensar cuidados para que o dente não seja empurrado para regiões anatômicas circunvizinhas. É importante a visualização do dente, que às vezes pode estar obstruída pela projeção da apófise coronóide, sob a mucosa jugal, que pode ser afastada, solicitando ao paciente que feche a boca parcialmente, quando então a estrutura é deslocada para trás.

Das regiões anatômicas circunvizinhas devemos considerar os seios maxilares, o espaço periamigdaliano, e o espaço esfenopalatino.

Dentro das complicações operatórias **Weismann (1990)**, relatam que os acidentes que podem ocorrer com a remoção de terceiros molares superiores, são a luxação do dente vizinho ou fratura de sua coroa, o deslocamento do dente incluso para o interior do seio maxilar ou fossa pterigomaxilar, a laceração da mucosa do palato mole por deslocamento brusco da ponta do extrator, deglutição do dente removido, a fratura da tuberosidade maxilar e fratura de uma raiz do dente incluso.

Nos cuidados pós cirúrgicos, alguns dos pacientes que se submetem a cirurgia de dente incluso relatam pós operatório desconfortável, em virtude de edema local, que algumas vezes dificultam a mastigação, deglutição e mesmo a fala. Apesar da reação pós-operatória ser individual, fatores como: o aumento do tempo de cirurgia, maior osteotomia, traumatismos excessivos aos tecidos duros através de alavancas, necrose pelo uso de brocas mal irrigadas, traumatismos excessivos aos tecidos moles através

do uso incorreto de afastadores, contribuem para um pós-operatório mais comprometido.

O uso de medicação adequada como analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos são importantes para amenizar maiores transtornos nesta fase, relatam **Weismann (1990)**.

3.2- DISCUSSÃO

Podemos definir que dentes inclusos, como sendo são todos os elementos dentários, que chegada a época normal de seu irrompimento, permanecem entretando, imersos no interior dos tecidos, como dizem **Gregori et al. (1988)**.

Com relação à etiologia de inclusão dos terceiros molares, citamos, como relatam **Nogueira et al. (1997)**, os fatores locais (mecânicos e embriológicos) e gerais (hereditariedade, doenças sistêmicas e síndromes). Também a falta de estímulo funcional para desenvolver os maxilares, são consequências da inclusão dentária no homem moderno, com diz **Graziani (1986)**.

Peterson et al. (1996) afirmam, que com uma cuidadosa classificação do dente incluído, utilizando-se para isto de vários sistemas, poderemos abordar a cirurgia proposta, de forma ordenada, predizendo se algum acesso cirúrgico fora do normal será necessário.

De acordo com os sistemas de classificação de inclusões para os molares inferiores, consideramos, acompanhando **Winter (1926)**, a inclusão mesioangular como a mais fácil de ser solucionada, acometendo 43% de todos os terceiros molares inclusos, a inclusão horizontal rara e mais difícil do que a mesioangular sendo vista em apenas 3%, já a inclusão vertical, a segunda mais comum, com 38% dos casos, e é a segunda mais difícil de ser solucionada, isto deve-se por estar a porção distal do dente esta coberta com osso da região anterior do ramo da mandíbula, e a inclusão distoangular mais rara entre todas, e mais

difícil de ser resolvida cirurgicamente, ocorre em 6% dos casos, como afirmam **Peterson et al. (1996)**.

Na classificação de **Pell & Gregory (1942)**, para os molares inferiores, consideramos a inclusão distoangular com relação de ramo mandibular classe III e profundidade de posição C, a mais difícil de ser solucionada.

De acordo com os sistemas de classificação de inclusões para terceiros molares superiores, consideramos a inclusão vertical com 63% dos casos e a distoangular em 25% dos casos, como sendo as mais fáceis de serem removida cirurgicamente, enquanto a inclusão mesioangular em 12% dos casos, são as mais difíceis de serem removida cirurgicamente, como afirmam **Peterson et al. (1996)**.

Consideramos que para a maioria das situações, a radiografia periapical proporciona detalhes adequados, e deve ser a incidência mais empregada. Já a radiografia panorâmica oferece uma imagem mais exata da anatomia total da região, de acordo com **Peterson et al. (1996)**.

Deboni & Gregori (1990) afirmam, que também através do exame radiográfico podemos avaliar o terceiro molar incluso: com relação ao seu estágio de irrompimento, à sua conformação anatômica, ao número e à forma de suas raízes, a sua posição em relação a estruturas vizinhas e a existência de patologias associadas.

Como tipo de tratamento podemos optar pela manutenção de um dente incluso assintomático como relatam **Nogueira et al. (1997)**, porém é importante que seja feita rigorosa preservação do caso, tanto clínica quanto radiográfica, evitando dessa forma problemas posteriores. De maneira geral, quanto mais precoce for

o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento, menores serão os danos causados.

Carvalho et al. (1979), afirmam que em análise feita em três mil e setecentos e trinta e três prontuários odontológicos em pacientes portadores de dentes inclusos, 69,5% apresentavam algum transtorno na seguinte ordem decrescente de frequência: dor localizada, apinhamento dental, pericoronarite, cisto dentígero, dor atípica, trauma protético, fístula, queda de cabelo e fratura mandibular, razão pela qual indicamos sua remoção.

Cooksey (1989), relata que não extrairia terceiros molares inclusos profilaticamente, pelo fato de muitos desses dentes permanecem no local por muitos anos, sem complicações.

As contra indicações que consideramos para a remoção dos terceiros molares inclusos são: os extremos de idade, comprometimento das condições médicas do paciente, e possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes, como afirmam **Peterson et al. (1996)**.

Também contra indicamos a remoção de terceiros molares inclusos com anquilose alveolodentária, que estão imersos em espessas camadas de tecido ósseo como relatam **Gregori et al. (1988)**.

Indicamos para a remoção dos terceiros molares inclusos: pericoronarites, formação de abscessos, reabsorção do segundo molar adjacente, procedimentos ortodônticos, interferência na confecção de próteses, dentes em linha de fratura e persistência de dor de causa desconhecida, como cita **Nese (1994)**.

Peterson et al. (1996), afirmam que o período ideal para remoção dos terceiros molares inclusos é após a formação do

primeiro terço radicular, e antes da formação do segundo terço, normalmente durante o final da adolescência entre 16-18 anos.

Recomendamos a remoção dos terceiros molares inclusos antes que eles perfurem a mucosa oral e se tornem visíveis, prevenindo assim pericoronarites como relatam **Peterson et al. (1996)** como também a remoção precoce também reduz a morbidade pós operatória e permite uma melhor cicatrização, afirmam os mesmos autores.

A grande maioria dos tratamentos de dentes inclusos é feita cirurgicamente, em que pese o fato de que cada dente incluso comporte um planejamento peculiar como relatam **Gregori et al. (1988)**.

Deve-se proceder o cuidadoso exame e anamnese do paciente, a fim de que se possa optar pelos cuidados a serem tomados no pré, trans e pós-operatório, conforme afirmam **Weismann (1990)**.

Para terceiros molares inferiores inclusos, de acordo com o tipo de inclusão escolheremos a técnica cirúrgica adequada. A incisão deve proporcionar uma boa exposição do campo operatório, sem deslocamentos excessivos, como relata **Graziani (1986)**.

Após a divulsão do retalho, passamos à osteotomia, onde devemos usar uma turbina e brocas de alta rotação, sempre muito bem irrigadas. Caso seja necessário a odontosseção, esta deve ser feita sempre com turbina de brocas de alta rotação bem irrigada, conforme **Weismann (1990)**. No momento realizamos a toaleta da cavidade e suturamos adequadamente.

Para **Weismann (1990)**, na remoção de terceiros molares inferiores inclusos, devemos ter maiores cuidados a fim de que sejam evitadas fraturas de mandíbula, fraturas da tábua lingual,

lesões do nervo lingual ou nervo alveolar inferior e desgastes da raiz do dente vizinho.

O pós operatório, como relatam **Weismann (1990)**, pode ser amenizado quando usamos analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos, acompanhados de cuidados pós cirúrgicos.

Para os terceiros molares superiores inclusos, na osteotomia usamos um cinzel afiado, e através de pressão manual, expomos toda sua coroa clínica, procedendo à sua remoção.

Como relatam **Gregori et al. (1990)**, devemos ter cuidados para que o terceiro molar superior incluso não seja empurrado para regiões anatômicas vizinhas, como também devemos preservarmos a tuberosidade maxilar.

4- CONCLUSÕES

De acordo com a literatura consultada:

1- Os terceiros molares inclusos podem permanecer nas arcadas dentais com ausência de sinais e sintomas.

2- O paciente portador de terceiros molares inclusos deve ser avaliado clínica e radiograficamente , para que um diagnóstico correto possa ser feito.

3- O tratamento pode ser feito através da remoção dos terceiros molares inclusos, ou a preservação com acompanhamento radiográfico e exame clínico periódicos.

4- Deve-se analisar os riscos e benefícios da remoção cirúrgica dos terceiros molares inclusos. Optando pela cirurgia, deve o profissional escolher a técnica mais indicada para cada caso.

5- SUMMARY

The impacted third molars may present syntomatologic or pathologic problems, in this case should be removed, after criterious avalvation.

In case of assyntomatic third molar, the diagnostic in acidental by routine x-ray.

This work presents the risk and benefits of the surgical procedure.

The treatment can be only the follow-up of the impacted teeth, or the surgical procedure, where the techninque will depend on the type of inclusion.

KEY WORDS: Impacted teeth, third molar

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ACHER, W.H. Oral sugery. Philadelphia: Sauders, 1975. p.250-390.
- 2 - APRILLE H., FIGÚN M.E., GARINO R.R. Arquitectura y topografia alveolodentária. In: _____, _____. _____ . Anatomia odontológica. 5ed. Buenos Aires: El Ateneu, 1975. cap.9, p.519-561.
- 3 - _____, _____, _____. Anatomia aplicada a la odontoestomatologia. In: _____, _____. _____ . Anatomia odontológica. 5ed. Buenos Aires: El Ateneu, 1975. cap.10, p.669-694.
- 4 - CARVALHO, C.P. et al. Dentes inclusos. Ocorrência de extração e de transtornos. RGO, Porto Alegre, v.27, n.4, p.264-267, out.dez. 1979.
- 5 - CIOFFI, G.A Diagnostic, prognostic and treatment planning considerations, Dent. Clin. N. Am., Philadelphia, v.30, n. 3, p. 573-601, july, 1994.
- 6 - COOKSEY, M.W. Assessment and treatment. Br. dent. J., London, v. 166, n. 8, p. 283, april, 1989.
- 7 - DEBONI, M.C..Z., GREGORI, C. Aferição das posições prevalentes dos terceiros molares inferiores inclusos. Revta. odont. Univ. SPaulo, São Paulo, v. 4, n.2, p. 87-91, abril/junho, 1990.
- 8 - FREITAS, A., VAROLI, O.J., TORRES, C.A. Técnica radiografia intrabuciais. In: _____, _____,

- _____. Radiologia odontológica. São Paulo: Artes Médicas, cap.3, p.93-193.
- 9 - GARINO, R.R. Sistema dentário. In: APRILLE, H., FIGUN, M.E., GARINO, R.R. Anatomia odontológica. 5ed. Buenos Aires: El Ateneu, 1975. cap.8, p.302-417.
- 10- GRAZIANI, M. Cirurgia dos dentes inclusos. In:_____. Cirurgia buco-maxilo-facial. 7ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. cap.12, p.216-256.
- 11- GREGORI, C. Dentes inclusos In: _____. Cirurgia buco-dento-alveolar. São Paulo: Sarvier, 1996. cap.13, p.138-156.
- 12- HOWE, L.G. Conduta nos terceiros molares mandibulares impactados. In:_____. Cirurgia oral menor. 3ed. São Paulo: Editora Santos, cap.5, p.109-143.
- 13- KAMINISHI, R.M. et al. Surgical removal of impacted mandibular third molar. Dent. clin. N. Am., Philadelphia, v.23, n.3, p. 413-425, july, 1979.
- 14- KOERNER, K.R. The removal of impacted thir molars. Dental clinics clin. N. Am., Philadelphia, v.30, n. 3, p. 225-277, apr. 1994.
- 15- KRUGER, G.O. Dentes inclusos. In: _____. Cirurgia bucal e maxilo-facial. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. cap.6, p.57-70.
- 16- LASKIN, D.M. Evalvation of thir molar problem. J. Amer. dent. ass., Chicago, v. 82, p. 824-829, apr., 1971.
- 17- LYSELL, L. A Study of Indications Used For Removal of The Mandibular Third Molar, Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 17: 161, 1988.

- 18- MARMARY, J. et al. Alveolar bone repair following extraction of impacted mandibular third molars. Oral Surg. Saint Louis, v. 61, n.4, p. 324, april, 1986.
- 19- MOREIRA, J.G.C. Cirurgia dos dentes retidos. In: Colombini, N.E.P. Cirurgia maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face. São Paulo: Pancast, 1991. cap.9, p.175-194.
- 20- MORRIS, C.R. , JERMAN, C. Panoramic radiographic survey: a study of embedded thir molals. J. oral Surg., Philadelphia, v. 29, n.2, p. 122-125, feb., 1971.
- 21- NESSE, J.P.C. Terceiros molares. Indicações para su extraccions. Odontologia uruguaya, n.1, p.17-22, dez. 1994. Apud NOGUEIRA, A.S. et al. op. cit. Ref. 22.
- 22- NOGUEIRA, A.S. et al. Principais transtornos ocasionados por dentes inclusos. Revta Ass. paul. Cirurg. dent., São Paulo, v.51,n.3, p. 247-249, maio/junho, 1997.
- 23- OLIVEIRA, M.G. Dentes inclusos. Revista fac. odontol. , Porto Alegre, v. 27, p. 37-48, 1985.
- 24- PELL, G.L. & GREGORY, G. Report on ten year study of tooth division techniqe for removal of impacted teeth. Am. J. Orthod. oral Surg., Saint Louis, v.28, p. 660, nov., 1942.
- 25- PETERSON, J.L. et al. Normas de conduta em dentes impactados. In: _____. Cirurgia Oral e Maxilofacial contemporânea. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, cap.9, p.201-232.
- 26- RICHARDSON, M.E. The role of the third in the cause of late lower arch crowding. Am J. Orthod. dentofac. Orthop., Saint Louis, v. 95, n.2, p. 79, feb., 1989.

- 27- WEISMANN, R. Dentes retidos. In: Zanini, S.A. Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial. Rio de Janeiro: Revinter, 1990. cap.16, p.219-235.
- 28 - WINTER, G.B. Impact mandibular third molar. american medical, 1926. p. 1-26. Apud DEBONI, M.C.Z., GREGORI, C. op. cit. ref. 7.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
BIBLIOTECA