



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



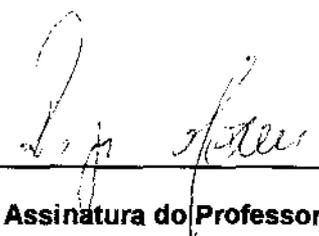
"Exodontia De Terceiros Molares Na Visão Do Cirurgião Buco Maxilo Facial".

Trabalho de Conclusão de Curso

Aluna: Heloisa Lima Monteiro

Orientador: Prof. Dr. Roger William Fernandes Moreira

TCC 425



Assinatura do Professor

Piracicaba – SP

2007

Heloisa Lima Monteiro

“Exodontia De Terceiros Molares Na Visão Do Cirurgião Buco Maxilo Facial”.

Monografia apresentada ao
Curso de Odontologia da
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba – UNICAMP, para
obtenção do Diploma de
Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Roger William Fernandes Moreira

Piracicaba

2007

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chegada
M764e
Vol. Ex.
Tombo BC

C.T. 787432

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

M764e Monteiro, Heloisa Lima.
Exodontia de terceiros molares na visão do cirurgião buco
maxilo facial. / Heloisa Lima Monteiro. -- Piracicaba, SP :
[s.n.], 2007.
34f. : il.

Orientador: Roger William Fernandes Moreira.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Dentes - Extração. 2. Dentes – Cirurgia. 3.
Qualificações profissionais. 4. Cirurgião-Dentista. Moreira,
Roger William Fernandes. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III.
Título.

(mg/fop)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família. Muitos foram os obstáculos e dificuldades que passamos até chegar aqui. Abdicaram muitas vezes de suas vontades, sempre me colocando em primeiro plano. Cercaram-me de oportunidades e me deram as ferramentas necessárias para atingir as metas. Estiveram comigo durante todos os anos de minha vida, são responsáveis por meu crescimento, educação e formação. Sou privilegiada por tê-los ao meu lado.

Demonstro meu carinho aos muitos amigos que me ajudaram muito nessa jornada, fascinante e penosa, que é a graduação em Odontologia.

AGRADECIMENTOS

À Elza (mãe), Martinho (pai) e Sérgio (irmão), pela ajuda nesta grande fase da minha vida que um dia significou a concretização de um sonho, mas hoje me representa o início de uma caminhada.

Ao Prof. Dr. Roger William Fernandes Moreira, pela compreensão, oportunidade e liberdade dada a mim.

Aos alunos de pós-graduação Renato Sawazaki e Eduardo Serena Gómez, pelo apoio e horas dispensadas a mim.

Às amigas Flavia, Barbara e Luciana, pelas manhãs, noites e madrugadas de muita alegria, pelo companheirismo incondicional nas horas mais difíceis durante esses 4 anos. Aos novos amigos (Ivan, Raul e Macaco), e também aos velhos, (Maycon, Boy, Du e Cigano), pelos vários momentos de descontração e carinho.

SUMÁRIO

Dedicatória	2
Agradecimentos	3
Lista de Tabelas.....	5
Lista de Gráficos.....	6
Lista de Abreviaturas em Latim.....	7
Resumo.....	8
Introdução.....	9
Desenvolvimento.....	12
Conclusões.....	22
Referências Bibliográficas	23
Anexos.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Nível de Pós-Graduação	13
Tabela 2. Tempo de Experiência.....	13
Tabela 3. Faixa Etária Ideal Para Exodontia de Terceiros Molares Superiores.....	14
Tabela 4. Faixa Etária Ideal Para Exodontia de Terceiros Molares Inferiores.....	14
Tabela 5. Principais Motivos Para Indicação De Exodontia De Terceiros Molares.....	15
Tabela 6. Exodontia de terceiros molares ipsilaterais em oclusão.....	16
Tabela 7. Complicações Mais Frequentes.....	16
Tabela 8. Terceiro Molar Parcialmente Erupcionado e Com Pericoronarite.....	17
Tabela 9. Faixa Etária Contra-Indicada Para Terceiros Molares Superiores.....	18
Tabela 10. Faixa Etária Contra-Indicada Para Terceiros Molares Inferiores.....	18

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nível de Pós-Graduação	30
Gráfico 2. Tempo de Experiência.....	30
Gráfico 3. Faixa Etária Ideal Para Exodontia de Terceiros Molares Superiores.....	31
Gráfico 4. Faixa Etária Ideal Para Exodontia de Terceiros Molares Inferiores.....	31
Gráfico 5. Principais Motivos Para Indicação De Exodontia De Terceiros Molares.....	32
Gráfico 6. Exodontia de terceiros molares ipsilaterais em oclusão	32
Gráfico 7. Complicações Mais Freqüentes.....	33
Gráfico 8. Terceiro Molar Parcialmente Erupcionado e Com Pericoronarite.....	33
Gráfico 9. Faixa Etária Contra-Indicada Para Terceiros Molares Superiores.....	34
Gráfico 10. Faixa Etária Contra-Indicada Para Terceiros Molares Inferiores.....	34

LISTA DE PALAVRS E ABREVIATURAS EM LATIM

et al. = e outros (abreviatura de "et alii")

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a visão dos cirurgiões buco-maxilo-faciais em relação a exodontia de terceiros molares, e a justificativa para realizar ou não tal procedimento.

Numa revisão da literatura, as indicações encontradas foram: prevenção de doença periodontal, prevenção de cárie dentária, prevenção de pericoronarite, prevenção de reabsorção radicular, dentes impactados sob próteses dentárias, prevenção de cistos e tumores odontogênicos, tratamento de dor de origem desconhecida, prevenção de fratura de mandíbula, facilitação de tratamento ortodôntico, otimização de saúde periodontal.

As contra-indicações apresentadas foram: extremos de idade, pacientes com condição médica comprometida e possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes.

Ainda não está tão claro o que deve ser feito com terceiros molares antes de eles causarem problemas ou provocarem algum sintoma.

INTRODUÇÃO

Existem várias teorias que tentam explicar a evolução dos dentes. A mais comum e amplamente aceita diz que os molares surgiram nos ancestrais humanos há mais de 100 milhões de anos.²¹ Os dentes eram uma arma vital para caça, defesa e alimentação. A evolução provavelmente favoreceu o desenvolvimento de grandes terceiros molares, aumentando a superfície de mastigação quando as maxilas eram largas e havia vantagem na sobrevivência para aqueles que possuíam dentes.

A dependência dos dentes começou a decair quando esses ancestrais assumiram a postura ereta.²² Com a evolução dos braços, das mãos e posteriormente das funções neurais reduziu-se à dependência dos dentes para a sobrevivência. A descoberta do fogo também teve importância na evolução, pois permitiu que as comidas fossem cozidas, tornando-as mais macias. Como resultado dessa evolução biológica e cultural, houve uma diminuição da dependência dos dentes, principalmente dos terceiros molares, com o passar dos anos.

Hoje em dia, os terceiros molares possuem a maior frequência de polimorfismo, mau posicionamento, impaction e agenesia.^{23,24} Aproximadamente 65% da população têm pelo menos um terceiro molar impactado aos 20 anos de idade,²⁵ e os que erupcionam, frequentemente estão mal posicionados no arco, o que dificulta sua higienização.

O processo de inclusão ou até mesmo impaction dos terceiros molares, se dá, na maioria dos casos, por algum erro ou variação no processo de desenvolvimento dos mesmos, ou por falta de espaço.

O espaço insuficiente nos arcos dentários para a erupção dos terceiros molares pode ser relacionado com três fatores: crescimento da mandíbula; direção de crescimento condilar e tendência direcional de erupção dentária.⁶

Quando um dente está parcialmente impactado com grande quantidade de tecido mole recobrendo suas superfícies axial e oclusal, o paciente sofre freqüentemente um ou mais episódios de pericoronarite,⁷ que se trata de uma infecção dos tecidos moles à volta da coroa de um dente parcialmente impactado causado pela flora oral normal. A pericoronarite é a indicação mais freqüente, dentre as várias existentes, para exodontia dos terceiros molares mandibulares.^{3, 14, 15}

A presença de dentes mal posicionados e semi erupcionados pode dificultar a higienização de uma determinada área, levando ao aparecimento de cáries dentárias (responsáveis por aproximadamente 14% das indicações de exodontia de terceiros molares)¹³ ou a problemas periodontais, desde uma gengivite leve a uma periodontite grave. A pressão exercida pelo dente incluso sobre a raiz de outro dente pode provocar uma absorção patológica. Sendo em todos esses casos a extração do elemento indicada.

A região dos ângulos das mandíbulas com terceiro molar impactado é uma área de menor resistência às forças externas, o que faz com que se tomem significativamente mais susceptíveis a fratura (aproximadamente 25-33% das fraturas mandibulares)⁵ do que os ângulos sem terceiros molares impactados. Não está claro, no entanto, a razão pela qual esses dentes estão associados ao aumento de fraturas nos ângulos das mandíbulas. O argumento biomecânico é que o dente incluso ocupa espaço na mandíbula que seria preenchido por osso, reduzindo desse modo o total de massa óssea e produzindo uma mandíbula enfraquecida.²⁰

Em pacientes que necessitem de retração do segundo e do primeiro molares por meio de técnicas ortodônticas, a presença de terceiros molares impactados pode interferir no tratamento. Dessa forma, recomenda-se a extração de terceiros molares impactados antes que a terapia ortodôntica se inicie.

A contra-indicação mais comum à remoção de dentes impactados é a idade avançada.^{7, 17} À medida que o paciente vai envelhecendo, o osso torna-se cada vez mais calcificado e, portanto, menos flexível, e pouco provável que se dilate sob as forças da extração do dente. O resultado é que mais osso tem de ser removido para deslocar o dente de seu alvéolo. Da mesma forma, com a idade, os pacientes têm uma reação pós-operatória menos favorável e com mais possibilidades de seqüelas pós-operatórias.

Assim como a idade avançada, um comprometimento do estado médico do paciente contra-indica a remoção de um dente impactado. Frequentemente um estado médico comprometido e idade avançada caminham lado a lado.

Se o dente incluso repousa em uma área em que sua remoção implicaria pôr seriamente em risco nervos ou dentes adjacentes, pode ser prudente deixar o dente no seu lugar.

A falta de evidências estatísticas geralmente resulta em confusão para o clínico porque indicações específicas, sincronismo de procedimentos, e a relação risco-benefício são estimadas apenas por impressões clínicas.¹⁷ Com isso há necessidade de maiores pesquisas em relação às indicações de exodontia de terceiros molares.

O objetivo desse trabalho foi analisar a conduta dos cirurgiões buco-maxilo-faciais em relação à indicação ou contra-indicação de extração de terceiros molares.

DESENVOLVIMENTO

Para a realização do trabalho foram enviados questionários, via e-mail, para 400 cirurgiões buco-maxilo-faciais associados ao Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.

O e-mail enviado continha as explicações de como o questionário deveria ser respondido e reenviado para a análise das respostas.

O questionário continha questões sobre nível de especialização, período de experiência, idade indicada e não indicada para exodontia de terceiros molares, principal motivo para realização de tal procedimento, complicações mais freqüentes, pericoronarite e um caso clínico que envolvia um paciente com os dois terceiros molares de um lado em oclusão, mas sem os terceiros molares do lado contrário que foram extraídos.

Dos 400 e-mails enviados, 40 retornaram com resposta (10%).

O nível de pós-graduação de cada profissional está representado na Tabela 1. A maioria dos profissionais (30%) possuem especialização na área de cirurgia buco-maxilo-facial. Seguido de mestrado com 27,5% e residência com 25% e doutorado com 17,5%. Dos cirurgiões, 5 possuem 2 ou mais níveis de pós-graduação, sendo considerada a maior titulação para a análise deste quesito. A ordem seguida de hierarquia das pós-graduações foi: residência, especialização, mestrado e doutorado.

Tabela 1 – Nível de pós-graduação

	nº	%
Especialista	12	30
Mestrado	11	27,5
Doutorado	07	17,5
Residência	10	25
Total	40	100

O período de experiência em cirurgia buco-maxilo-facial está representado na Tabela 2. A mediana da experiência na área encontrada foi de 5,5 anos.

Tabela 2 – Tempo de experiência

	nº	%
01 a 05	20	50
06 a 10	9	22,5
11 a 15	6	15
16 a 20	4	10
20 ou mais	1	2,5
Total	40	100

A faixa etária ideal encontrada para exodontia de terceiros molares tanto superiores quanto inferiores foi entre 15 e 17 anos para 55% dos cirurgiões buco-maxilo-faciais (Tabelas 3 e 4, respectivamente).

Tabela 3 – Faixa etária ideal para exodontia de terceiros molares superiores

	nº	%
Antes dos 15	1	2,5
15 - 17	22	55
18 - 20	14	35
21 - 25	3	7,5
25 ou mais	0	0
Total	40	100

Tabela 4 - Faixa etária ideal para exodontia de terceiros molares inferiores

	Nº	%
Antes dos 15	4	10
15 - 17	22	55
18 - 20	13	32,5
21 - 25	1	2,5
25 ou mais	0	0
Total	40	100

Os principais motivos para a indicação de exodontia de terceiros molares foram: prevenção de patologias e processos inflamatórios, representando 32,5%; 30% para terceiros molares inclusos com angulação não favorável; 15% por falta de espaço para tratamento ortodôntico; 12,5% para facilitar a higienização bucal; 10% por outras razões. Representados na Tabela 5.

Tabela 5 - Principais motivos para a indicação de exodontia de terceiros molares

	nº	%
Falta de espaço para tratamento ortodôntico	6	15
Angulação não favorável	12	30
Sem antagonista para oclusão	0	0
Manutenção de melhor higiene bucal	5	12,5
Prevenção de patologias e processos inflamatórios	13	32,5
Outros	4	10
Total	40	100

Na questão em que o cirurgião deveria indicar ou não a exodontia de terceiros molares superior e inferior ipsilaterais em oclusão, em um paciente que não possuía os terceiros molares contralaterais encontrou-se 77,5% de não indicação. Tabela 6.

Tabela 6 – Exodontia de terceiros molares ipsilaterais em oclusão

	nº	%
Sim	9	22,5
Não	31	77,5
Total	40	100

A complicação considerada mais freqüentes em exodontia de terceiros molares foi a alveolite (60%). A segunda complicação foi fratura alveolar (27,5%), seguida por parestesia (10%) e necrose de tecidos adjacentes (2,5%). Tabela 7.

Tabela 7 – Complicação mais freqüente

	nº	%
Parestesia	4	10
Fratura alveolar	11	27,5
Necrose dos tecidos adjacentes	1	2,5
Fratura mandibular	0	0
Alveolite	24	60
Total	40	100

Quando um terceiro molar está parcialmente erupcionado e com pericoronarite a conduta mais indicada (87,5%) foi medicação e exodontia em um posterior momento. A medicação e exodontia imediata foi indicada em 7,5%. A exodontia sem medicação prévia foi encontrada em 2,5%. O acompanhamento por algum tempo foi indicado em 2,5%. Nenhum cirurgião indicou a não exodontia dos terceiros molares.

Tabela 8.

Tabela 8 – Terceiro molar parcialmente erupcionado e com pericoronarite

	nº	%
Acompanhamento por algum tempo	1	2,5
Medicação e exodontia imediata	3	7,5
Medicação e exodontia em um posterior momento	35	87,5
Exodontia sem medicação prévia	1	2,5
Não indicar exodontia	0	0
Total	40	100

A faixa etária inicial contra-indicada para uma exodontia de terceiros molares foi entre 31-35 anos (22,5% para superiores e 25% para inferiores). Tabelas 9 e 10 respectivamente.

Tabela 9 – Faixa etária contra-indicada para terceiros molares superiores

	nº	%
11-15	0	0
16-20	2	5
21-30	5	12,5
31-35	9	2,5
36-40	6	15
41-45	6	15
46-50	5	12,5
51-55	1	2,5
56 em diante	6	15
Total	40	100

Tabela 10 - Faixa etária contra-indicada para terceiros molares inferiores

	nº	%
11-15	0	0
16-20	3	7,5
21-30	4	10
31-35	10	25
36-40	6	15
41-45	5	12,5

46-50	6	15
51-55	1	2,5
56 em diante	5	12,5
Total	40	100

A experiência dos cirurgiões buco-maxilo-faciais em relação às diferenças de indicações e complicações mais frequentes é um tema controverso.

Em um estudo realizado por Sisk AL, et al (1986)²⁹, onde a incidência de complicações associadas à remoção de terceiros molares impactados em um grupo de 500 pacientes tratados em uma faculdade foi comparada à incidência de complicações em 208 pacientes tratados durante o mesmo período por residentes em cirurgia buco-maxilo-facial. Os resultados do estudo mostraram que cirurgiões menos experientes obtiveram uma incidência de complicações significativamente maior em relação aos residentes.

Em um outro estudo, realizado por Berge & Gilhuus (1993)³⁰, um grupo de 25 pacientes teve os terceiros molares inferiores extraídos por 4 cirurgiões dentistas e um outro grupo de 25 pacientes foi operado por um cirurgião buco-maxilo-facial. No estudo foi concluído que o grupo operado pelos 4 cirurgiões dentistas teve uma taxa maior de alveolite, dor pós operatória e consumo de analgésicos.

Em estudo realizado por Handelman SI, et al (1993)²⁸, um grupo de pacientes foi submetido a exodontia de terceiros molares por residentes em cirurgia buco-maxilo-facial e um outro grupo submetido o mesmo procedimento realizado por

cirurgiões dentistas. No final do estudo nenhuma diferença significativa foi encontrada quando as complicações pós-operatórias como alveolite, infecção, trismo e parestesia foram comparadas.

Neste estudo não foi possível estabelecer nenhuma correlação entre os anos de experiência ou o nível de pós-graduação dos profissionais em relação às indicações apresentadas ou nas complicações pós-operatórias apontadas como mais freqüentes.

Segundo Peterson L, et al (2000)⁷, o período ideal para remoção de terceiros molares é após a formação do primeiro terço radicular, e antes da formação do segundo terço, entre 16 e 18 anos. Dado semelhante foi encontrado nessa pesquisa, onde 55% das indicações a faixa etária ideal de exodontia de terceiros molares foi entre 15 e 17 anos, tanto para superiores quanto inferiores.

O estudo realizado por Kunkel M; et al (2004)³², sustenta o conceito da extração de terceiros molares como intuito de prevenir sérias infecções que possam eventualmente ocorrer no futuro. Lysell & Rohlin (1988)¹³ realizaram uma pesquisa sobre indicação de extração de terceiros molares, 27% das indicações para exodontia foram classificadas como profiláticas. Ambos estudos se assemelham aos resultados encontrados nessa pesquisa, onde a prevenção de patologias e processo inflamatórios foi apontada como o principal motivo para indicação de exodontia de terceiros molares com 32,5%.

Quando se levanta a questão de indicar ou não a exodontia de terceiros molares ipsilaterais em boa oclusão, em um paciente que não possui os terceiros molares contralaterais. Nesse caso a extração não foi indicada por 77,5% dos

cirurgias buco-maxilo-faciais. Este dado a Peterson L, et al (2000)⁷ . o qual não indica este tipo de situação para exodontia.

A alveolite foi indicada como a complicação mais freqüente na exodontia de terceiros molares (60%). Assim como na pesquisa feita por R. Haug; et al (2005)³¹, onde 8333 terceiros molares foram extraídos e alveolite foi indicada como o problema pós-operatório mais freqüente (0,2% a 12,7%).

No caso de terceiros molares parcialmente erupcionados com pericoronarite a conduta mais indicada foi de medicação e exodontia em um posterior momento (87,5%). Segundo Gutierrez-Perez ²⁷(2004), o tratamento antimicrobiano está indicado nas profilaxias pré-operatórias com alto risco de infecção pós-cirúrgica e nas pericoronarites supuradas em fase aguda. Em estudo realizado por Kunkel M; et al³² (2004) 71,4% dos pacientes tiveram complicações pós-operatórias, destes, 60% das complicações puderam ser associadas a terceiros molares com pericoronarite.

A faixa etária inicial para a contra-indicação de terceiros molares foi entre 31 e 35 anos (22,5% para os superiores e 25% para os inferiores). Conseqüências desfavoráveis na remoção de terceiros molares são consideradas mais freqüentes em pacientes acima de 30 anos segundo Nordenram, A; et al (1987).¹⁴

CONCLUSÃO

- Nesta metodologia não foi encontrada correlação entre nível de pós-graduação e tempo de experiência com as indicações e complicações de exodontia de terceiros molares.
- Prevenção de processos patológicos e processos inflamatórios são os principais motivos para indicação exodontia de terceiros molares.
- Alveolite, fratura alveolar e parestesia são, respectivamente, as três complicações mais freqüentes na extração de terceiros molares.
- A grande maioria dos cirurgiões que participaram da pesquisa possuem conhecimento e conduta compatíveis com a literatura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fayad, J.B., Levy, J.C., Yazbeck, C., Cavezian, R., Cabains, E.A. Eruption of third molars: relationship to inclination of adjacent molars. ***American Journal of orthodontics and Dentofacial Orthopedics***. February 2004, vol 125, 200-202
2. Venta, I., Turtola, L., Ylipaavalniemi, P. Radiographic follow-up of impacted third molars from age 20 to 32 years. ***International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery***. February 2001, vol 30, 54-57
3. Townend J.V. Third Molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. ***British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery***. August 1995, vol 33, 33-35
4. Winstanley, R.P. Third molar surgery. ***British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery***. October 2000, vol 38, issue 5, 573
5. Meisami, T., Sojat, A., Sándor, G.K.B., Lawrence, H.P., Clokie, C.M.L. Impacted third molars and risk of angle fracture. ***International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery***. April 2002, vol 32, issue 2, 140-144
6. Prado, R., Salina, M. ***Cirurgia bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento***
7. Peterson, L.J., Ellis III, E., Hupp, J.R., Tucker, M.R. ***Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea***. 3ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000
8. Lee, J.T., Dodson, T.B. The effect of mandibular third molar presence and position on the risk of angle fracture. ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery***. 2002, vol 58, 394-398

9. Maita, J., Alwrikat, A. Is the mandibular molar a risk factor for mandibular angle fracture? **Oral Surgery**. 2000, vol 89, 143-146
10. Tevepaugh, D.B., Dodson, T.B. Are third mandibular molars a risk factor for angle fracture? **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. 1995, vol 53, 646-649
11. Richardson, M.E. Lower third molar space. **Angle Orthodontist**. 1987, vol 57, 155-161
12. Carmichael, F.A., McGowan, D.A. Incidence of nerve damage following third molar surgery. **British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**. 1992, vol 30, 78-82
13. Lysell, F., Rohlin, M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. **International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**. 1988, vol 17, 161-164
14. Nordenram, A., Hultin, M., Kjellman, O., Ramstrom, G. Indications for surgical removal of the mandibular third molar. **Swedish Dental Journal**. 1987, vol 11, 23-29
15. Leone, S.A., Edenfield, M.J., Cohen, M.E. Correlation of acute pericoronaritis and the position of the mandibular third molar. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral pathology**. 1986, vol, 245-250
16. Richardson, M.E. The role of the third molar in the cause of late over arch crowding: A review. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**. 1989, vol 65, 79-83
17. Bruce, R.A., Frederickson, G.C., Small, G.S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. **Journal of American Dental Association**. 1980, vol 101, 240-245

18. *Kimmel,M., Reinert,S.* Mandibular fracture after third molar removal. ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*** 2000, vol 58, 1110-1112
19. *Stanley,H.R., Alattar,M., Collet,W.R., Stringfellow,H.R.Jr.,Spielg,E.H.* Pathological sequele of "neglected" impacted third molar. ***Journal of Oral pathology.*** 1988, vol 17, 113-117
20. *Fusellier,J.C., Ellis III,E.E., Dodson,B.* Do mandibular third molars alter the risk of angle fracture? ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*** 2002, vol 60, 514-518
21. *Kraus,B.S.* The basis of human evolution. New York: Harper & Row, 1964, 208-215
22. *Kraus,H.B., Jordan,R.E., Abrams,L.* A study of the mastigatory system: Dental anatomy and occlusion. Baltimore: Williams & Wilkins. 1969 , 278-293
23. *Andersom,B.L., Thompson,G.W., Popovich,F.* Evolutionary dental changes. ***American Journal of Physical Anthropology.*** 1975, vol 43, issue 1, 95-102
24. *Nanda,R.S.* Agenesis of third molar in man. ***American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.*** 1954, vol 40, 698-706
25. *Sands,T., Pynn,B.R., Nenniger,S.* Third molar surgery: current concepts ans controversies, part 2. ***Oral Health.*** 1993, vol 83, issue 5, 22-22, 27-30
26. *Richardson,J.E.* The effect of mandibular first molar extraction on third molar space. ***Angle Orthodontist.*** 1986, vol 59, 291
27. *Gutierrez-Perez,J.L.* Third molar infections. ***Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.*** 2004, vol 54, suppl:122-125, 120-122

28. *Handelman, S.L., Black, P.M., Desjardins, P., Gatlin, L., Simmons, L.* Removal of impacted third molars by oral/maxillofacial surgery and general dentistry residents. ***Spec Care Dentist***. 1993, vol 13, 122-126

29. *Sisk, A.L., Hammer, W.B., Shelton, D.W., Joy, E.D. Jr.* Complications following removal of impacted third molars: the role of the experience of the surgeon. ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery***. 1986, vol 44, 855-859

30. *Berge, T.I., Gilhuus-Moe, O.T.* Per- and post-operative variables of mandibular third-molar surgery by four general practitioners and one oral surgeon. ***Acta Odontologica Scandinavica***. 1993, vol51, 389-397

31. *Haug, R., Perrot, D., Gonzalez, M., Talwar, R.* The American Association of oral and Maxillofacial Surgeons age related third molar study. ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery***. 2005, vol 63, issue 8, 1106-1114

32. *Kunkel, M., Morbach, T., Wagner, W.* Wisdom teeth-complications requiring in-patient treatment. A 1-year prospective study. ***Mund Kiefer Gesichtschir***. 2004, vol 8, issue 6, 344-349.

ANEXO

DADOS DO PROFISSIONAL

() Especialista () Mestrado () Doutorado () Residência

Anos de experiência _____

1. Qual é a idade ideal para a exodontia dos terceiros molares?

Superiores

Inferiores

() Antes dos 15 anos

() Antes dos 15 anos

() 15 – 17

() 15 – 17

() 18 – 20

() 18 - 20

() 21 – 25

() 21 - 25

() 25 ou mais

() 25 ou mais

2. Qual o principal motivo que o leva a decidir à extração dos terceiros molares?

() Falta de espaço para tratamento ortodôntico

() Terceiro molar incluso com angulação não favorável

() Terceiro molar sem antagonista para oclusão

() Manutenção de melhor higiene bucal do paciente já que os terceiros molares são de difícil acesso para higienização.

() Prevenção de patologias e processos inflamatórios

() Outros

6. A partir de qual idade não indicaria exodontia dos terceiros molares estando assintomáticos?

Superiores	Inferiores
() 11 - 15	() 11 - 15
() 16 - 20	() 16 - 20
() 21 - 30	() 21 - 30
() 31 - 35	() 31 - 35
() 35 - 40	() 35 - 40
() 41 - 45	() 41 - 45
() 46 - 50	() 46 - 50
() 51 - 55	() 51 - 55
() 56 em diante	() 56 em diante

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Nível de pós-graduação

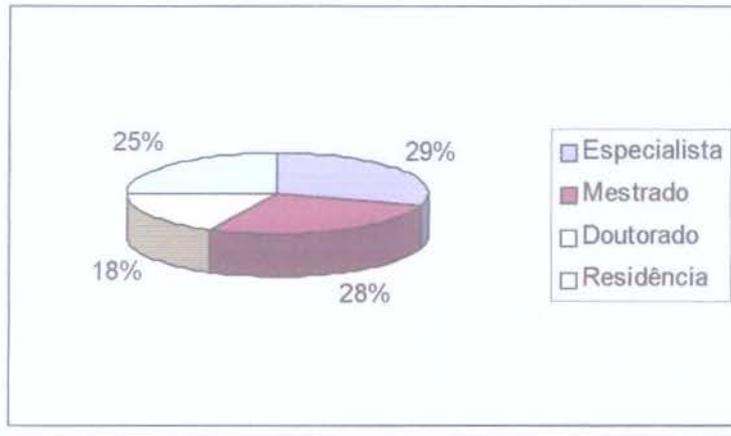
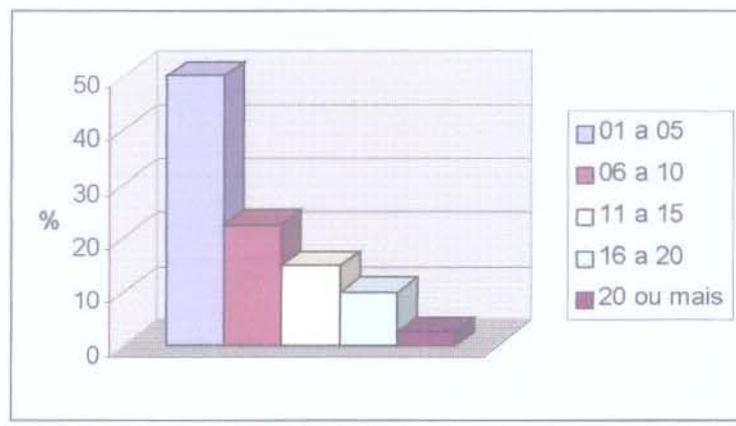


Gráfico 2 - Tempo de experiência



UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

Gráfico 3 - Faixa etária ideal para exodontia de terceiros molares superiores

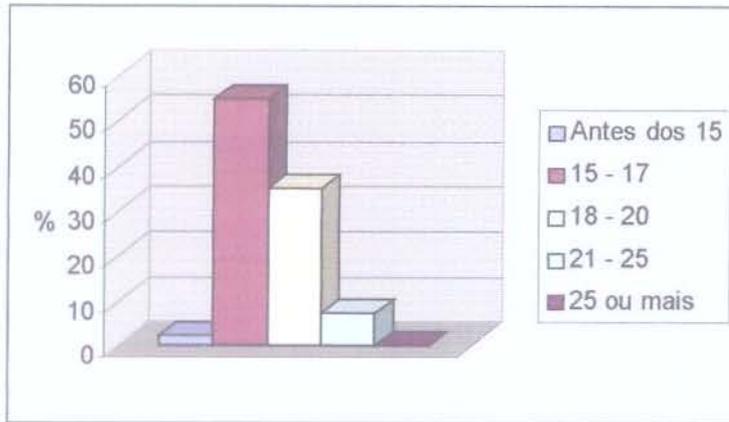


Gráfico 4 - Faixa etária ideal para exodontia de terceiros molares inferiores

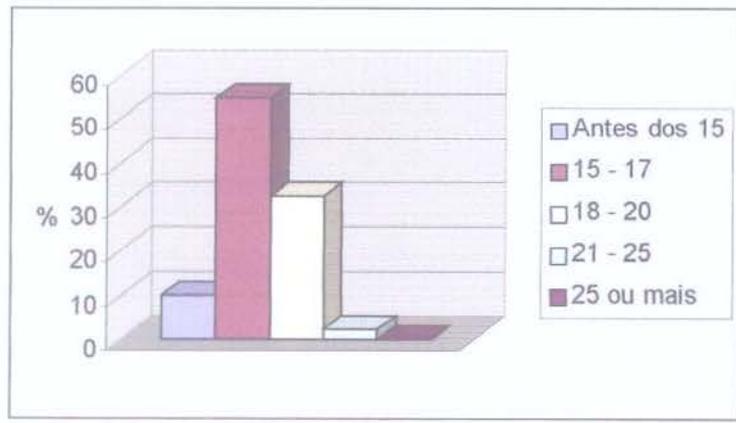


Gráfico 5 - Principais motivos para a indicação de exodontia de terceiros molares

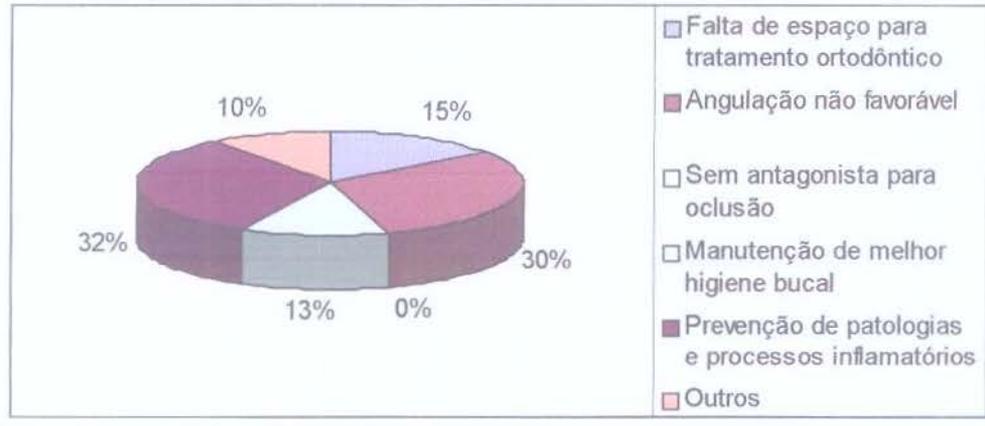


Gráfico 6 - Exodontia de terceiros molares ipsilaterais em oclusão



Gráfico 7 - Complicação mais freqüente

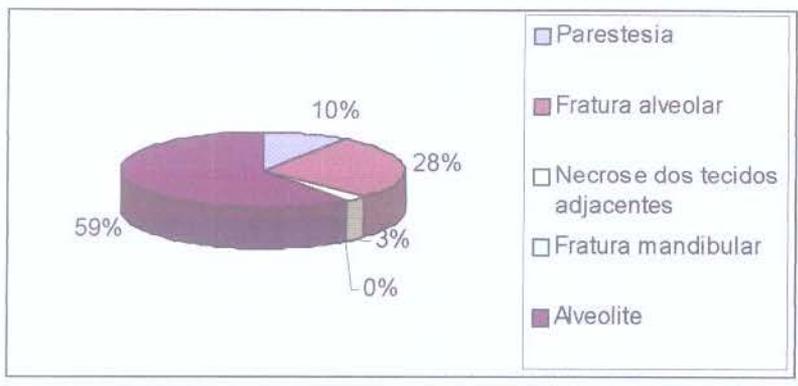


Gráfico 8 - Terceiro molar parcialmente erupcionado e com pericoronarite

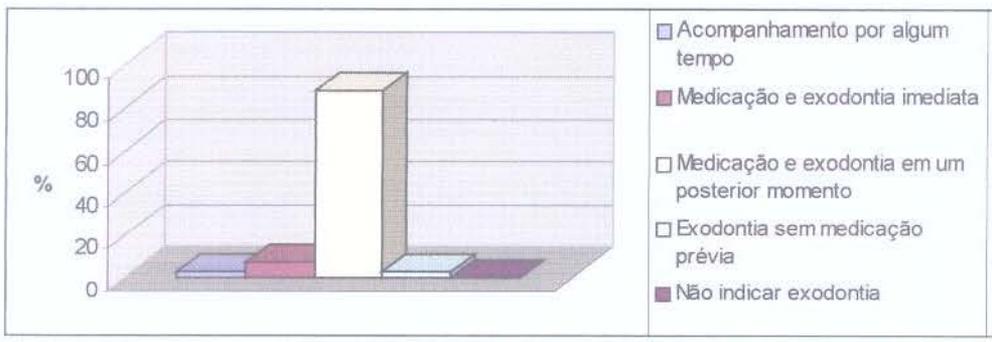


Gráfico 9 - Faixa etária contra-indicada para terceiros molares superiores

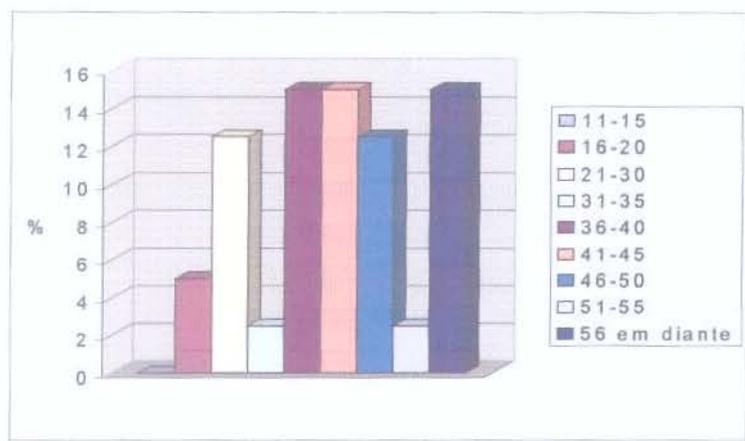


Gráfico 10 - Faixa etária contra-indicada para terceiros molares inferiores

