



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Flavia Mariana Rosa

Orientador(a): **Roger William Fernandes**

Ano de Conclusão do Curso: 2008

TCC 439

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA



Flavia Mariana Rosa

Exodontia de terceiros molares na visão do ortodontista

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

Orientador: Prof. Dr. Roger William Fernandes

Piracicaba 2008

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada
.....
Vol. Ex.
Tombo BC/

201-287896

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

R71e Rosa, Flavia Mariana.
Exodontia de terceiros molares na visão do ortodontista. /
Flavia Mariana Rosa. – Piracicaba, SP: [s.n.], 2008.
24f.

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

1. Odontologia. I. Moreira, Roger William Fernandes. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico não somente esse trabalho, mas, a
finalização do curso de odontologia
primeiramente a Deus, aos meus pais e a minha
querida irmã Fran.

AGRADECIMENTOS

A trajetória do curso de odontologia é árdua, mas quando não estamos sozinhos tudo se torna mais fácil, ou pelo menos não tão difícil, e é por isso que hoje agradeço a DEUS e NOSSA SENHORA por ter concluído tão exigente curso, numa faculdade tão renomada, afinal Eles nunca nos abandonam.

Agradeço ao professor Roger William Fernandes, e aos pós graduandos Renato Sawazaki e a Eduardo Serena por terem me orientado na realização deste trabalho.

Queridos pais vocês que nunca deixaram de acreditar em mim e sempre estavam presentes em todos os momentos, sendo pra uma palavra amiga, pra uma comemoração ou para puxões de orelha; agradeço-os por tudo, vocês são meus tesouros.

Fran minha querida e amada irmã que apesar da distância nunca esteve ausente e sempre me apoiou e deu força, obrigada por tudo. Mais que uma irmã você é uma amiga, uma confidente, uma pedacinho do céu com que DEUS me presenteou.

Agradeço também aos meus queridos amigos desde o início da faculdade que sempre estarão morando dentro do meu coração, Ba, Lu, Helo, e Otaviano, amo vocês!!!

Há também aqueles amigos que fiz no fim do curso, Pitty, Cadu, Capi, e meninos da vaka-tôa vocês também têm lugar no meu coração sempre, afinal sem vocês esse último semestre não seria tão especial.

E por último, mas não menos importante agradeço pela força e pela amizade de uma pessoa que foi muito importante na minha vida; Ciro você foi um grande amigo, obrigada por tudo!!!

A caminhada foi longa e difícil, mas nem por isso não foi prazerosa e o mais importante: valeu à pena!!!!!!!!!!!!

SUMÁRIO

	p.
Lista de tabelas	2
Lista de gráficos	2
RESUMO	3
INTRODUÇÃO	3
DESENVOLVIMENTO	5
DISCUSSÃO	13
CONCLUSÕES	17
ANEXOS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1. Dados do profissional	6
Tabela 2. Duração do tratamento ortodôntico em adultos com maturidade esquelética.	7
Tabela 3. Principal motivo para exodontia de terceiros molares.	8
Tabela 4. Conduta em relação aos terceiros molares quando houve exodontia prévia dos pré-molares	9
Tabela 5. Principal motivo para exodontia dos terceiros molares	10
Tabela 6. Idade ideal para exodontia de terceiros molares	11
Tabela 7. Conduta em relação ao terceiro molar parcialmente erupcionado	12

LISTA DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1. Dados do profissional	6
Gráfico 2. Duração do tratamento ortodôntico em adultos com maturidade esquelética.	7
Gráfico 3. Resposta á pergunta: existe relação entre o apinhamento anterior-inferior, após o tratamento ortodôntico e os terceiros molares?	11
Gráfico 4. Conduta em relação aos terceiros molares quando o paciente tem os terceiros molares de um lado em oclusão e o do outro lado foram extraídos	12

Resumo

A exodontia de terceiros molares é um procedimento muito indicado pelos profissionais da área de ortodontia, e a conduta destes varia muito, sendo que alguns sempre indicam a exodontia dos terceiros molares enquanto uma outra parcela destes profissionais tentam manter este dente ao máximo na cavidade bucal; alguns fatores como falta de espaço na arcada, possível apinhamento dentário, envolvimento com patologias, mal posicionamento do terceiro molar e até mesmo casos de transplante dentário podem ser indicação para tal procedimento, no entanto também ocorrem muitas exodontias de terceiros molares assintomáticos e que poderiam ser retidos na cavidade bucal.

Introdução

A média de idade para a formação da cripta do terceiro molar é em torno dos 7 anos, podendo ser vista até os 15 anos de idade; sendo que seu pico de formação ocorre entre os oito e 10 anos (Artese, F 2006¹⁸). Em geral a idade para a erupção dos terceiros molares se situa entre os 17 e 21 anos, mas a raiz continua se formando até os 25 anos (Artese, F 2006¹⁸); o período de desenvolvimento e erupção está mais relacionado com a idade de maturação óssea do que com a idade cronológica propriamente dita.

Este dente é alvo de varias discussões em odontologia, sendo freqüentemente tema de pesquisas.

Muitas vezes o mesmo não chega a erupcionar, e pode estar relacionado com processos patológicos, sendo um dente freqüentemente indicado para exodontias.

Dentre os principais motivos que levam o profissional a optar pela extração deste elemento dentário, estão: falta de espaço na arcada, que impossibilita a erupção do terceiro molar, causando a impactação do mesmo; mal posicionamento no qual podemos encontrar este dente; possível apinhamento dentário que este dente pode causar na arcada interferindo no tratamento ortodôntico (tema ainda muito discutido); envolvimento deste dente com patologias; incompleta ou má formação deste elemento dentário.

Existem ainda trabalhos que estudam a correlação entre processo carioso na distal do segundo molar com risco de cárie do terceiro molar, motivo que algumas vezes é tido como indicativo de exodontia de terceiro molar. (McArdle, W L²²)

Apesar destas indicações para extração dos terceiros molares, Lyssei e Rohlin⁷ (1988) em uma pesquisa, chegaram à conclusão que a maioria dos terceiros molares extraídos são assintomáticos e poderiam ser retidos na cavidade oral.

Terceiros molares impactados estão associados com o componente vertical do crescimento mandibular, sendo que em pacientes com terceiro molar impactado possui o tamanho da mandíbula menor do que em pacientes cujos terceiros molares não estão impactados. (Capelli, J.¹⁶)

Apesar de muitos estudos, a relação dos terceiros molares com o apinhamento dental ainda não está claramente demonstrada, não se tendo provas científicas de que isto realmente acontece.

Tratando-se de ortodontia, tema de estudo deste trabalho, a extração dos terceiros molares, é um procedimento que varia muito de ortodontista para ortodontista, sendo que alguns destes profissionais optam por sempre extrair os terceiros molares, enquanto outros preferem tentar ao máximo reter este dente na cavidade oral, extraíndo-o somente em último caso.

Em alguns casos a erupção do terceiro molar pode ser beneficiada, devido a outros fatores como a extração de algum outro elemento dentário durante o tratamento ortodôntico; os dentes mais comumente extraídos nesta ocasião são os primeiros pré - molares, e em alguns casos os segundos molares, quando temos a ausência destes dentes na arcada, muitas vezes os terceiros molares podem erupcionar e ocupar uma posição correta na arcada.

Faubion⁶ em seus estudos concluiu que com a extração dos primeiros pré - molares o espaço para a erupção dos terceiros molares aumentava, em seu estudo no grupo tratado sem extração dos primeiros - molares 38% dos pacientes apresentavam terceiro molar impactado contra apenas 28% do grupo tratado com extração dos primeiros pré - molares.

Além disso, a extração dos primeiros pré – molares pode auxiliar na melhor angulação do terceiro molar diminuindo as chances de impactação do mesmo. (Staggers, J A 1992 ⁶)

Para prevenir a impactação dos terceiros molares é necessário, primeiramente, saber quando isto está propício a acontecer, isto pode ser feito analisando-se o espaço na arcada e o ritmo de crescimento mandibular, além da angulação em que encontramos este dente.

A idade interfere na angulação do terceiro molar quanto mais novo menor é a angulação, sendo que com a idade esta angulação tende a aumentar, dificultando ainda mais o possível reposicionamento deste dente, podendo impossibilitar sua erupção e propiciando sua impactação.

O ortodontista deveria incluir na análise do espaço encontrado e no espaço requerido, os terceiros molares para que estes tenham oportunidade de erupcionar evitando assim a posterior extração deste dente. No entanto poucos são os ortodontistas que tomam este tipo e conduta.

Este estudo tem como objetivo analisar a conduta dos ortodontistas em relação ao terceiro molar verificando quais os principais motivos que os levam a indicar a exodontia deste dente. molares.

Materiais e métodos

Foi enviado via e-mail um questionário para 400 ortodontistas associados à ABOR (Associação Brasileira de Ortodontia) ou APEO (Associação Paulista de especialistas em ortodontia).

Dos 400 e-mails enviados recebemos a colaboração de 37 ortodontistas.

O questionário constava de 8 questões de múltipla escolha, das quais poderia ser escolhida mais de uma alternativa (vide anexo 1).

As respostas dos ortodontistas não foi sob supervisionamento, já que as mesmas foram enviadas via e-mail.

Dos ortodontistas que participaram da pesquisa 19 eram especialistas; 13 possuíam doutorado e 5 mestrado.

Resultados

As maiorias dos participantes, 19, são especialistas, e a média de anos de experiência é de 7,4 anos.

Tabela 1. Dados do profissional

	N	%
Especialista	19	51,35
Mestrado	5	13,51
Doutorado	13	35,14
Residente	0	0
Outros	0	0
Total	37	100

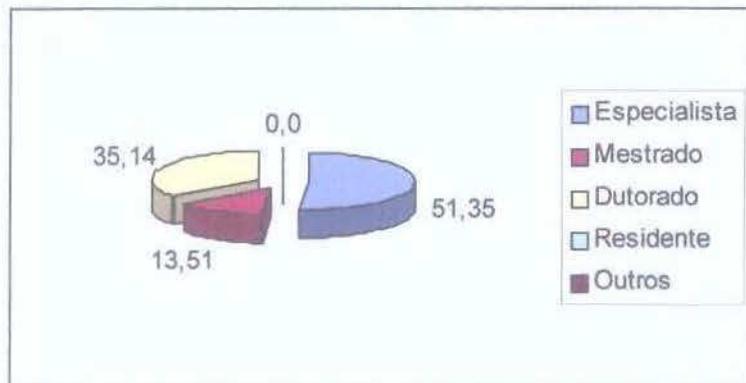


Gráfico 1. Dados do profissional

O tempo médio de tratamento ortodôntico em adultos com maturidade esquelética de acordo com 78,38% dos ortodontistas é de 2 a 4 anos, e 21,62% responderam que a média de tempo para esse tratamento é menos de 2 anos, e nenhum dos participantes relataram tempo maior do que 5 anos de tratamento.

Tabela 2. Duração do tratamento ortodôntico em adultos com maturidade esquelética.

	N	%
Menos de 2 anos	8	21,62
2 a 4 anos	29	78,38
5 a 7 anos	0	0
mais de 7 anos	0	0
Total	37	100



Gráfico 2. Duração do tratamento ortodôntico em adultos com maturidade esquelética.

Os principais motivos para a exodontia de terceiros molares de acordo com a pesquisa foi em ordem de importância, a angulação desfavorável de um terceiro molar incluso, terceiro molar sem antagonista para oclusão, falta de espaço para tratamento ortodôntico, dificuldade de higienização do terceiro molar; além destes motivos alguns ortodontistas citaram outros, que os levam a tomar tal conduta como quando este dente pode ser causador de infecções e dores recorrentes, ou articulares, quando os mesmos causam interferências oclusais e falta de função e também durante o preparo de ancoragem mandibular, pois a presença do terceiro molar dificulta e impede tal preparo, já que nesta etapa do tratamento ortodôntico o segundo molar permanente é submetido a

uma inclinação mesial de raiz e uma inclinação distal de coroa e, o terceiro molar impede tal manobra.

Tabela 3. Principal motivo para exodontia de terceiros molares.

	N	%
Falta de espaço para tratamento ortodôntico	13	18,31
Terceiro molar incluso com angulação não favorável	25	32,21
Terceiro molar sem antagonista para oclusão	18	25,35
Dificuldade de higienização do terceiro molar	8	11,27
Outros	7	9,86
Total	71	100

Quando realizada a exodontia prévia de pré-molares para a realização de tratamento ortodôntico a maioria dos ortodontistas participantes relatou procuram realizar todos os movimentos ortodônticos primeiro para que o paciente termine a etapa de crescimento para depois tomar uma decisão em relação aos terceiros molares.

Dentre os que escolheram a opção outros algumas justificativas foram:

Que a decisão de esperar para extrair vai depender de vários fatores, como o tipo de maloclusão, a estratégia de tratamento, objetivos a serem alcançados, etc.

Tabela 4. Conduta em relação aos terceiros molares quando houve exodontia prévia dos pré-molares

	N	%
Indica exodontia dos terceiros molares no início do tratamento	1	2,38
Espera algum tempo para avaliar o espaço e indicar a exodontia	10	23,81
Faz os movimentos ortodônticos primeiro e espera que termine a etapa de crescimento decidir	27	64,29
Outros	4	9,52
Total	42	100

O principal motivo relatado para a não indicação de exodontia de terceiros molares foi o espaço suficiente nas arcadas.

A idade do paciente, a possibilidade de complicações pós ou trans cirúrgicas e a ausência de molares foram pouco assinaladas como motivo para não indicação da exodontia.

As justificativas para aqueles que assinalaram a opção outros são:

- Análise das DTMs
- Sua perfeita oclusão em relação ao término do tratamento - o período de contenção ortodôntica só termina com a total definição dos terceiros molares
- Terceiros molares em condições normais de erupção

Tabela 5. Principal motivo para exodontia dos terceiros molares

	N	%
Espaço suficiente nas arcadas	31	55,36
Idade do paciente	7	12,50
Possibilidade de complicações trans ou pós-cirúrgicas	1	1,79
Quando ocorre ausência de molares, em que há possibilidade de fechamento do espaço protético	13	23,21
Outros	4	7,14
Total	56	100

Em relação ao apinhamento anterior-inferior, após o tratamento ortodôntico, e os terceiros molares inclusos dos 37 ortodontistas que participaram da pesquisa 29 responderam não acreditar nesta relação e apenas 8 responderam q sim acreditam nesta possibilidade.

Dentre aqueles que discordam que os terceiros molares possam causar apinhamento anterior-inferior as principais justificativas foram baseadas na literatura e em experiência clínica, Como pacientes com agenesia de terceiros molares que também apresentaram apinhamento anterior-inferior.

Além disso outros responderam que apenas o terceiro molar não seria capaz de mover à arcada, e que este fator pode estar relacionado com outros motivos como componente anterior de força, desgaste dos pontos de contato, perda óssea da região, etc.

Para aqueles que responderam acreditar nesta relação às justificativas mais usadas foram o avanço postural da mandíbula quando este dentes estão irrupcionando, colocando os incisivos inferiores sob pressão.

Outros se baseiam em experiência clínica e literatura, observando que tanto o crescimento tardio da mandíbua como a posição de inclinação para mesial dos terceiros molares tem influenciado no apinhamento ântero-inferior.

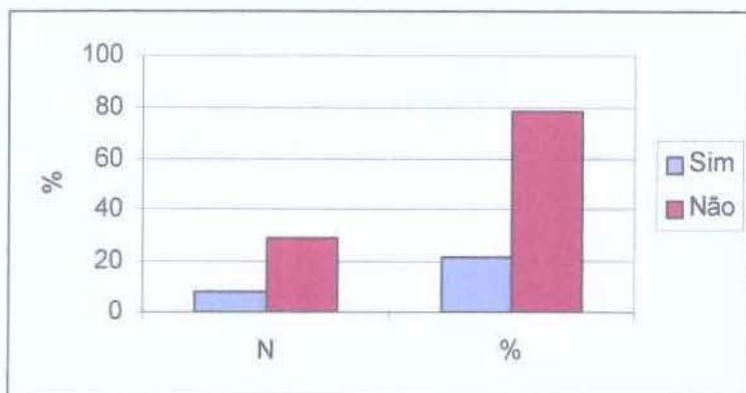


Gráfico 3. Resposta á pergunta: existe relação entre o apinhamento anterior-inferior, após o tratamento ortodôntico e os terceiros molares?

A idade considerada a mais adequada para a exodontia dos terceiros molares, para a maioria dos ortodontistas, foi 15 a 17 para o sexo feminino e 18 a 20 para masculino, sendo que nenhum profissional assinalou a opção 25 anos ou mais.

Tabela 6. Idade ideal para exodontia de terceiros molares

idade	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Antes dos 15 anos	3	8,33	3	8,33
15 a 17	10	27,78	16	44,45
18 a 20	13	36,11	13	36,11
21 a 25	10	27,78	4	11,11
25 ou mais	0	0	0	0
Total	36	100	36	100

A conduta da maioria dos ortodontistas em relação ao terceiro molar parcialmente erupcionado foi o acompanhamento por alguns meses.

Sendo que foram relatados a observação em relação à idade do paciente o espaço para erupção e o posicionamento deste dente na arcada.

Tabela 7. Conduta em relação ao terceiro molar parcialmente erupcionado.

	N	%
Acompanhamento por alguns meses	23	53,49
Exodontia	1	2,33
encaminhar para avaliação do cirurgião buco-maxilo-facial	7	16,28
Outros	12	27,91
Total	43	100

A maioria dos ortodontistas responderam não indicar a exodontia de terceiros molares quando o paciente tem os terceiros molares de um lado em oclusão e os do lado oposto foram extraídos. Isto se os mesmos estiverem em boa oclusão.

Dentre aqueles que optariam pela exodontia a principal justificativa foi o equilíbrio oclusal.

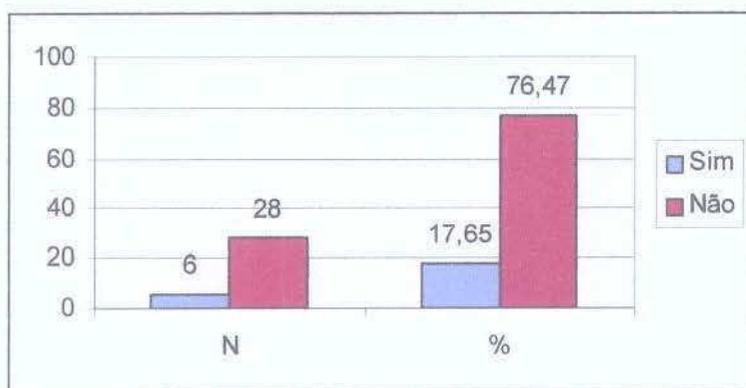


Gráfico 4. Conduta em relação aos terceiros molares quando o paciente tem os terceiros molares de um lado em oclusão e o do outro lado foram extraídos.

Discussão

Na história da odontologia os terceiros molares sempre foram alvo de grande discussão.

Eles são os últimos dentes à erupcionarem na cavidade oral, e muitas vezes não há espaço para que isso ocorra, tornando esses dentes inclusos ou impactados.

Quando se trata de ortodontia muitas vezes esses dentes são indicados para exodontia, antes mesmo de avaliar a possibilidade do mesmo erupcionar, e raros são os profissionais que incluem o terceiro molar no estudo para o planejamento ortodôntico.

Neste estudo obtivemos colaboração de especialistas (19), mestrandos (5) e doutorandos (13), sendo que a média dos anos de experiências desses profissionais é de 7,4 anos.

A maioria dos ortodontistas 78,38%, afirmaram que o tempo de tratamento ortodôntico em pacientes adultos com maturidade esquelética costuma durar em média de 2 a 4 anos, já os 21,62% restantes afirmaram que o tempo médio para esse tratamento não ultrapassa os 2 anos de duração.

A maturidade esquelética de acordo com Azevedo, J. R. e Azevedo, B.²⁵(2001), tem influência decisiva no diagnóstico, planejamento, prognóstico e resultado final do tratamento ortodôntico, de acordo com os autores em adultos o osso alveolar é mais denso e menos vascularizado, característica esta que influencia no tempo de tratamento.

Terceiro molar incluso com angulação não favorável foi apontado como a principal indicação de exodontia de terceiros molares entre 36% dos profissionais.

O espaço existente posteriormente ao segundo molar, influencia a posição em que o terceiro molar pode erupcionar, muitas vezes esse espaço é insuficiente o que acarreta em terceiros molares com angulação desfavorável, que podem em alguns casos ficarem parcialmente erupcionados, o que pode acarretar numa periocoronarite, ou podem até mesmo não chegarem a erupcionar, tornando-se dentes inclusos, de acordo com Mustafa Yigiyt e colaboradores²³.

A angulação do terceiro molar em relação ao segundo molar de acordo com Altonen M. et.³⁴ al esta relacionada também a idade do paciente já que o tamanho do ângulo gônio diminui mais rapidamente após a puberdade.

Artun J. e colaboradores (2005)²⁷. afirmam que uma angulação mesial maior que 30° da angulação distal dos terceiros molares em relação ao plano oclusal juntamente com o espaço retro molar diminuído são bom preditores de uma possível impactação do terceiro molar.

Em tratamentos nos quais se faz necessário a exodontia dos pré-molares 64% dos ortodontistas responderam que primeiramente fazem os movimentos ortodônticos e aguardam que o paciente termine a etapa de crescimento para tomar a decisão de exodontia dos terceiros molares.

O risco de impactação de terceiros molares, quando extraídos os pré-molares diminui em relação aos pacientes que não extraíram os mesmos, portanto a possibilidade de erupção de terceiros molares em caso de exodontia de pré-molares aumenta, de acordo com Kim, T., Artun, J. e Artese, F.¹⁷(2006).

Além disso Sysel, Y., Meral, D., Kokaderelli, I. e Tasar, F.²³(2005)., afirmam que a extração dos primeiros pré – molares pode auxiliar na melhor angulação do terceiro molar

A erupção dos terceiros molares é influenciada por outros fatores além da exodontia prévia dos pré molares, Margareth Richardson²⁸ em seu trabalho mostra que o espaço obtido para os terceiros molares após a extração de pré molares esta interligada às características do espaço anteriores a extração. mustafa e colaboradores²³ alertam que os ortodontistas devem advertir ao paciente que a exodontia dos pré molares não exclui a possibilidade de extração dos terceiros molares, já que o espaço para a erupção desses dentes não esta relacionado somente à presença ou não dos pré molares.

O principal motivo apontado pelos ortodontistas (55% dos profissionais) para a não indicação de exodontia de terceiros molares foi espaço suficiente nas arcadas, de acordo com Capelli, J.¹⁶(1991) quando há espaço para o terceiro molar erupcionar deve deixar que isso ocorra já que há um menor desenvolvimento da dimensão facial em pacientes que tivéramos terceiros molares extraídos.

O resultado desta questão mostra que houve uma mudança na conduta dos ortodontistas, já que em 1988, Lyssel e Rohlin⁷, chegaram à conclusão que a maioria dos terceiros molares extraídos são assintomáticos e poderiam ser retidos na cavidade oral.

Em relação ao apinhamento anterior inferior dos 37 ortodontistas 29 não acreditam haver relação como terceiro molar,.

Laskin²⁹ em 1971 realizou uma pesquisa com 600 ortodontistas e 700 cirurgiões-oraís, cerca de 65% eram da opinião que o 3º molar, às vezes, produzia apinhamento dos dentes anteriores inferiores isso mostra que a visão dos profissionais em relação ao apinhamento anterior inferior e o terceiro molar mudou nesses 36 anos, isso pode estar relacionado, de acordo com Artese F.¹⁸(2006) ao fato de que há um maior número de trabalhos que comprovam que não há relação entre o apinhamento anterior inferior e os terceiros molares.

O apinhamento tardio é definido na literatura como a alteração dos incisivos inferiores que verticalizam a medida que o crescimento da maxila cessa e, em particular, o da mandíbula continua, com acontecimento entre adolescência e pós-adolescência dos 15 aos 20 anos. Este fenômeno tem sido apontado com veemência como fator etiológico do apinhamento inferior tardio (VAN DER LINDEN, 1974)³⁰.

PEREIRA (1987)³¹ associou a ocorrência de apinhamento com o período de crescimento rotacional da mandíbula. Esse apinhamento seria devido à pró-inclinação dos incisivos inferiores, dentro da sínfise, que é associada à esse crescimento rotacional. HOWE et al. (1983)³² relataram que três condições podem predispor o apinhamento:

- A- arco dental com dentes excessivamente largos
- B- base óssea excessivamente pequena
- C- a combinação desses fatores

A idade ideal para a exodontia de terceiros molares em homens e mulheres de acordo com a maioria dos ortodontistas entrevistados está entre 18 e 20 anos e 15 e 17 anos respectivamente. Esta seria a faixa etária de provável erupção do terceiro molar apesar da raiz do mesmo continuar se formando até os 25 anos, nesta faixa etária já é possível prever a possibilidade deste dente

erupcionar ou não, e verificar a angulação em que ele se apresenta Artese, F.(2006) ¹⁸. Segundo Richardson et al, ³³, a cripta do 3º molar em desenvolvimento pode ser vista aos 7,5 anos de idade e a superfície oclusal pode ser identificada aos 8 anos de idade. Os 3ºs molares inferiores normalmente são formados no ramo mandibular, com a cúspide distal localizada acima do plano oclusal e aparentemente verticalizam-se entre 14 e 16 anos de idade. Esses autores sugerem que a previsão precoce de impacção do 3º molar e a enucleação destes dentes assintomáticos e em desenvolvimento não é justificada sendo que a decisão de sua extração nunca deve ser tomada antes dos 16 anos de idade.

Quando o terceiro molar esta parcialmente erupcionado 54% dos ortodontistas optaram acompanhar por alguns meses.

De acordo com Capelli J. (1991) a incompleta erupção dos terceiros molares tem alta incidência e possui conseqüências clinicas, esses terceiros molares podem estar impactados, e podem futuramente estarem associados a processos patológicos desde uma pericoronarite e pequenas cáries até à lesões císticas e neoplásicas.

De acordo com o mesmo autor a remoção profilática deste dente, sem a determinação da freqüência das complicações deve ser questionada. De acordo com Capelli a decisão de extração destes dentes deve ser tomada de acordo com critérios bem definidos.

O resultado encontrado nesta pesquisa esta de acordo com o estudo de Capelli, pois para selecionar os critérios para exodontia ou não é necessário um acompanhamento do dente em questão.

Quando o paciente possui os terceiros molares de um lado em oclusão, mas os do lado oposto foram extraídos, 82% dos ortodontistas optaram por não realizar a exodontia, isto estaria de acordo com Lyssel e Rohlin⁷ (1988) que afirmaram que muitos dos molares podem ser mantido na cavidade oral.

Mais uma vez podemos notar que houve uma mudança na conduta em relação a extração profilática dos terceiros molares, já que em sua pesquisa Lyssel e Rohlin⁷ (1988), apontaram que a maioria dos terceiros molares eram removidos profilaticamente e poderiam ser mantidos na cavidade oral.

Conclusão

Ainda há muito o que se estudar em relação ao terceiro molar, sendo que,

- na maioria das exodontias de terceiros molares são profiláticas
- são raros os ortodontistas que incluem o terceiro molar no estudo do espaço presente e espaço requerido
- ainda há uma grande discussão sobre o terceiro molar causar apinhamento dentário anterior inferior

ANEXOS

Anexo 1.1:

Pesquisa sobre indicações de exodontia de terceiros molares na visão do ortodontista.

DADOS DO PROFISSIONAL

- () Especialista () Doutorado
() Mestrado () Residente
() Outros _____
-

Anos de experiência _____

QUESTIONÁRIO

1. Quanto tempo costuma durar o tratamento ortodôntico em adultos com maturidade esquelética? (média)

- () menos de dois anos.
() 2 a 4 anos.
() 5 a 7 anos.
() mais de 7 anos.

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.
() Dificuldade de higienização do terceiro molar.
() Outros.

3. Em tratamentos nos quais se faz necessário a exodontia dos pré-molares, qual a conduta tomada em relação à permanência dos terceiros molares?

- () Indica exodontia dos terceiros molares ao início do tratamento.
() Espera algum tempo para avaliar o espaço e indicar a exodontia dos terceiros molares.
() Procura fazer os movimentos ortodônticos primeiro e espera que o paciente termine a etapa de crescimento para tomar a decisão de exodontia dos terceiros molares.
() Outros _____
-

4. Qual o principal motivo que o leva a decidir à **não** extração dos terceiros molares?

- () Espaço suficiente nas arcadas.

() Idade do paciente

() Possibilidade de complicações trans-cirúrgicas ou pós-cirúrgicas.

() Quando ocorre ausência de molares, em que há possibilidade de fechamento do espaço protético no tratamento ortodôntico.

() Outros _____

5. Acredita que existe relação entre o apinhamento anterior-inferior, após o tratamento ortodôntico, e os terceiros molares inclusos?

() Sim

() Não

Por

quê?

6. Qual a idade que considera ser a mais adequada para extração dos terceiros molares?

() antes dos 15 anos ()

() 15 – 17 ()

() 18 – 20 ()

() 21 – 25 ()

() 25 ou mais ()

7. Quando o terceiro molar está parcialmente erupcionado qual a sua conduta?

() Acompanhamento por alguns meses

() Exodontia

() Encaminhar para avaliação ao cirurgião buco maxilo facial

() Outros _____

8. Se o paciente tem os dois terceiros molares de um lado em oclusão, mas não tem os terceiros molares do lado contrario que foram extraídos, indicaria a exodontia dos terceiros molares presentes?

() Sim

() Não

Por quê? _____

Referencias Bibliográficas

1. **Elsley, M J; Rock, W P. Influences of orthodontic treatment on development of third molars. *British journal of oral and maxillofacial surgery* vol 38, 2000, 350-353;**
2. **Waters, D; Harris, E F. Cephalometric comparison of maxillary second molar extraction and nonextraction treatments in patients with class II malocclusion. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, vol 120; issue 6, December 2001, 608-613.;**
3. **Gianelly, A A. Arch width after extraction and nonextraction treatment. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, vol 123, issue 1, January 2003, 25-28;**
4. **Yavari, J; Shrout, M ; Russell, C D M; Hass A J; Hamilton, E H. Relapse in angle class II, division 1 malocclusion treated by tandem mechanics without extraction and nonextraciton. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, vol 118, issue 1, July 2000, 34-42;**
5. **Kokadereli, I. Changes in soft tissue profile after orthodontic treatment with extraction and nonextraction. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, vol 122, issue 1, July 2002, 67-72;**
6. **Staggers, J A; Germane, N; Fortson, W M. A comparison of the effects of first premolar extraction on third molar angulation. *The Angle orthodontist*, vol 62, issue 2, 1992, summer, 135-138;**
7. **Bishara, S E. Third molars: A dilemma! Or is it?^ *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, vol115, issue 6, 1999 July,628-633;**

8. **Akiyama, a; Fukuda, H; Hashimoto, K. A clinical and radiographic study of 25 autotransplanted third molars, *Journal of Rehabilitation* vol 25, issue 8, 1998, 640-644;**
9. **Peterson, L, J; Ellis III, e; Hupp, j r; Tucker, M R. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*, 3ª edição, editora: Guanabara koogan;**
10. **Moyers, R E. *Ortodontia*, 4ª edição, editora: guanabara koogan;**
11. **Orton-Gibbs, S; Crow, V; Orton, R. Eruption of third permanent molars after the extraction of second permanent molars. Part 1: Assessment of third molar position size, *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. Vol 119, issue 3, March 2001, 226-238;**
12. **Orton-Gibbs, S; Crow, V; Orton, R. Eruption of third permanent molars after the extraction of second permanent molars. Part 2: Functional occlusion and periodontal status, *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. Vol 119, issue 3, March 2001, 239-244;**
13. **Slodov, I; Behrents, R G; Dobrowski, D P. Clinical experience with third molar orthodontics, *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. Vol 96, issue 6, December 1989, 453-461;**
14. **Bishara, S E ; Hoppens, B J; Jakobsen, J R; Kohout, F J .Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions: A longitudinal study, *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, vol 93, issue 1, January 1988, 19-28;**
15. **<http://www.cleber.com.br/extracoes.html>, extração de terceiros molares;**

16. Capelli, J. Mandibular growth and third molar impaction in extraction cases, *The Angle Orthodontist*, vol 61, issue 3, 1991, 223-228;
17. Kim, T W; Artun, J; Behbehani; Artese, F. Prevalence of third molar impaction in orthodontics patients treated with nonextraction and with extraction of 4 premolars *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. Vol 123, issue 2 138-144;
18. Artese, F. Flavia Artese responde, *R clin ortodon press*, Maringá, vol 5, num 1, fev-mar 2006, 14-23;
19. Giancotto, A; Arcuri, A; Barlatani, A. Treatment of ectopic mandibular second molar with titanium miniscrew. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. July 2004, 113-117;
20. Peck, S; Pck, L; Kataja, M. Concomitant occurrence of canine malposition and tooth agenesis: Evidence of orofacial genetic fields. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. December 2002, 657-700;
21. Schater, R I; Schater, W, Treatment of an adult patient with severely crowded bimaxillary protrusive class II malocclusion with atypical extractions. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. September 2002, 317-322;
22. McArdle, W L; Renton, F T. distal cervical caries in the mandibular second molar: An indication for the prophylactic removal of third molar? *British journal of oraland maxillofacial surgery*, issue 44, 2005, 42-45;

23. Saysel, Y M; Meral, D G; Kocaderelli, I; Tsar, F. The effects of first premolar extraction on tirad molar angulation. *The angle orthodontist*, vol 75, issue 5, 2005, 719-722
24. Engstron, C; Engstron, H; Sagne, S. Lower third molar development in relation to the skeletal maturity and chronological age. *The angle orthodontist*, vol 53, issue 2, april 1983
25. Azevedo, J R; Bruno, C A. Determinação da maturidade esquelética através de radiografias carpais e sua importância na ortodontia *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*.
26. Yang EY, Kiyak, H A. Orthodontic treatment timing: a survey of orthodontists. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, Vol 113, Jan 1998, 96-103
27. Artun, J; Behbehani, F; Thalib, L. Prediction of maxillary third molar impaction in adolescent orthodontic patient, *The angle orthodontist*, vol 75, issue 6, 2005, 904-911
28. Richardson, M E. some aspects of lower third molar eruption, *The angle orthodontist*, vol 44,
29. Laskin, D.M. Evaluation of the third molar problem. *J Am Dent Assoc*, vol 82, issue 4, p. 824, Apr 1971;
30. Vanderlinden, FPJM. Theoretical and practical aspects of crowding in the human dentition. *J. Amer. Dent. Ass.* V. 89, N.1, P.139-153, July 1974;

31. **Pereira. PSG. Rotational Growth and Incisor Compensation.***The Angle Orthod*, 1987; (1); 39-49, 1987;
32. **Howe, R P; McNamara, JA; O'Connor, K A. An Examination of dental crowding and its relationship to tooth size and arch dimension.** *Am J orthod*, 1983; 83 (5) :363-73;
33. **Richardson, E R, ET AL. longitudinal study of three views of mandibular third molar eruption in males.** *Am J Orthod*, vol 33, issue 1, Feb. 1984, 119-129;
34. **Altonen, M; Haavikko, K; Mttila, K. Development position of lower tirad molar in relation of gonial angle and lower second molar.** *The angle orthodontist*. vol 17, issue 4, October 1977, 249-256.