



## **INDICAÇÕES PARA EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES: REVISÃO DE LITERATURA**

***Autor: Gyovanna Saraiva Vieira***

***Orientador: Brunno Pereira Silva***

***Curso: Odontologia***

***Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde***

**Resumo:** Dentre os procedimentos cirúrgicos efetuados na odontologia, a exodontia dos terceiros molares é realizada frequentemente tanto pelos cirurgiões dentistas gerais quanto por bucomaxilos faciais, tendo em vista que esta realidade é de suma importância para os pacientes, e também visando a necessidade de que haja conhecimento de suas indicações, tais como dor, cárie no elemento ou no elemento adjacente, presença de cistos e tumores, pericoronarite, reabsorção dental da raiz do antagonista, necessidades ortodônticas, necessidades de reabilitações protéticas entre outras das inúmeras indicações para a efetivação da extração, assim como o conhecimento da indicação e de como efetivar tal cirurgia. O presente trabalho tem como objetivo, através de uma revisão simples da literatura, abordar algumas das indicações para extração dos terceiros molares dentre estas indicações, avaliar bem como identificar as diferentes perspectivas de diversos autores sobre o tema observando assim se concordam ou discordam com as indicações bem como a realização da extração.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bucal, Dente do Siso, Terceiro Molar, Odontologia.

## 1. INTRODUÇÃO

O terceiro molar tem sua coroa formada por volta dos dezesseis anos, e, aproximadamente, entre os dezessete e vinte e quatro anos ocorre a erupção do dente na cavidade oral, e finalmente aos vinte e cinco anos ocorre a maturação das raízes (LOPES, 2018). Findando assim a dentição permanente, pois os terceiros molares são os últimos dentes a erupcionarem (PRADO, 2016).

Considerando que na maxila a erupção acontece moderadamente mais breve que na mandíbula, e o sexo masculino é o gênero em que tem maior probabilidade de conclusão desta erupção anteriormente ao sexo feminino (TORRES *et al.*, 2008). Porém, com a evolução humana, a mandíbula se modificou, reduzindo assim seu tamanho, e a mesma não resultou em variação em relação a quantidade, bem como o tamanho dos elementos dentários e o que resulta em uma desarmonia entre os dentes (PRADO, 2016). Além disto, os terceiros molares são dentes que habitualmente manifestam complicações como: agenesia, inclusão, má formação e polimorfismo (LOPES, 2018).

A cirurgia de maior frequência na área da odontologia, sendo ela realizada tanto por bucomaxilofaciais como por clínicos, é a extração de terceiro molar (JÚNIOR *et al.*, 2008). Estes elementos dentários nem sempre são encontrados hígidos, podendo apresentar-se com cárie, sendo ela no próprio terceiro molar ou no dente adjacente, pulpíte irreversível, acarretando periodontite no dente adjacente, reabsorção na raiz do segundo molar, traumas na mucosa bucal, pericoronarite, e podem ter relações com tumores odontogênicos, cistos, lesões periapicais, e até mesmo afetarem tratamentos ortodônticos (PRADO, 2016). Sendo assim, são indicados para extração, bem como elementos impactados que podem resultar em dor, edema, dor associada a trismo, garganta inflamada, linfadenopatia e até mesmo incômodo ao alimentar-se em consequência do impacto, e com isto, também são indicados para realização da exodontia (PRADO, 2016).

Em diversos casos cirúrgicos podemos notar a importância de um bom planejamento cirúrgico, para se fazer possível a realização de um procedimento com o mínimo de complicações possível, portanto, quando se mostra necessária a realização da extração do terceiro molar, é de suma importância o planejamento baseado nos exames, sejam eles clínicos, radiográficos e avaliação do posicionamento anatômico, conciliando esses três exames, é possível classificar a complexidade de cada procedimento individualmente, para evitar o máximo de complicações que possam surpreender o cirurgião dentista, algumas destas complicações que podem dificultar a vida do profissional, são dentre as mais comuns: edema, alveolites, dor, injúrias periodontais e a dentes adjacentes e até trismo (ANDRADE *et al.*, 2016).

Tendo em vista que a exodontia preventiva pode contribuir para que a técnica cirúrgica seja efetiva, promovendo assim uma cirurgia sem, ou com baixas complicações, bem como a diminuição de danos ao dente adjacente, resultando em pós-operatórios simples e um processo de cicatrização favorável (LOPES, 2018).

O presente trabalho tem como objetivo, através de uma revisão de literatura, abordar algumas das principais indicações dos cirurgiões-dentistas à respeito da extração dos terceiros molares.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. Referencial Teórico**

Os terceiros molares, corriqueiramente chamados de dentes siso, por vezes dente do juízo, que do latim sensu, de fato tem como significado: juízo, sensibilidade, devido suas condições é totalmente coerente a realidade do terceiro molar, tendo em vista que sua erupção ocorre na adolescência podendo estender ao prelúdio da fase adulta (CASTRO NETO, 2010).

A partir de alegações de antropologistas, há uma evolução incessante do crescimento do cérebro humano, onde acarretaram em transformações no homem moderno, tendendo a diminuir o número de dentes, pois hoje em dia a alimentação é de certa forma sofisticada e de consistência mais débil, exigindo menor força mastigatória, assim não se tem necessidade de um mecanismo mastigatório vigoroso, devido ainda a população possuir o terceiro molar, grande quantidade dos mesmos são encontrados inclusos (FARIAS *et al.*, 2003).

O procedimento mais realizado no quesito cirurgia bucal é a extração dos terceiros molares, como por exemplo: O Estados Unidos anualmente, realiza cerca de dez milhões de extrações em cinco milhões de indivíduos (NORMANDO, 2015).

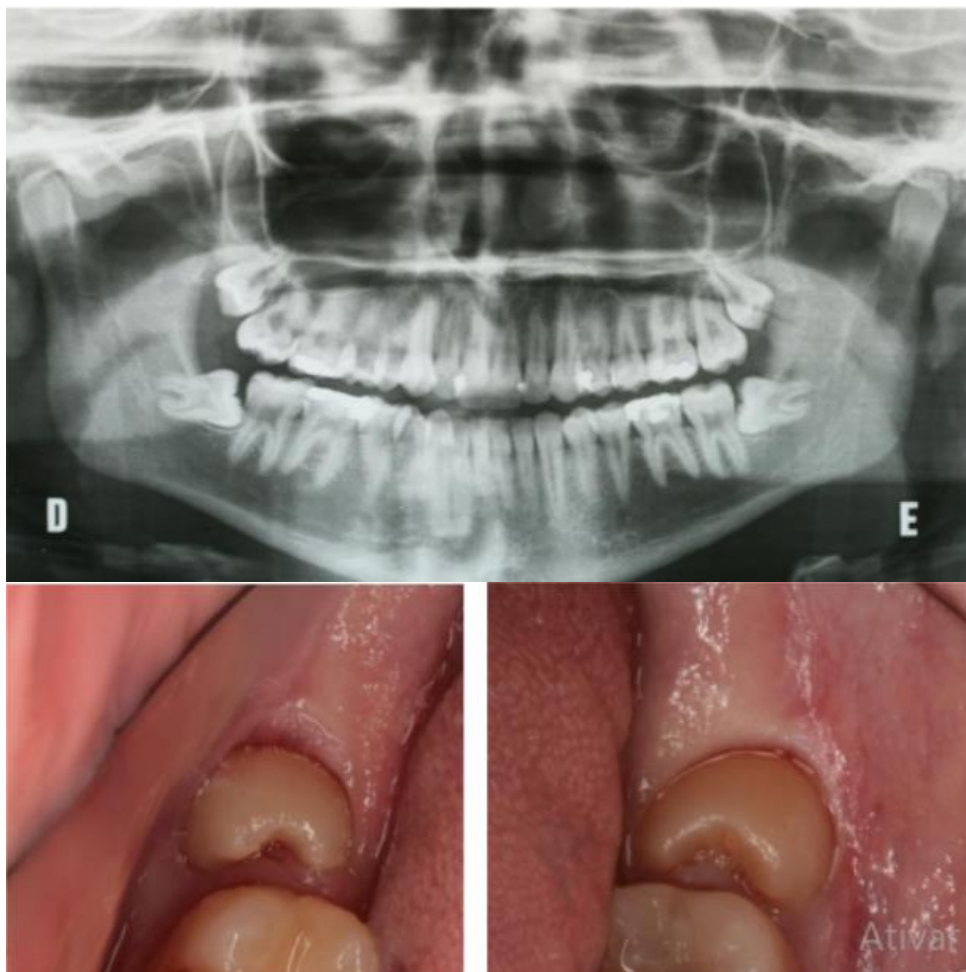
Disfunções como pericoronarite, envolvimento periodontais, apinhamento, cáries no terceiro molar podendo acometer o segundo molar e cistos odontogênicos são algumas das muitas justificativas para efetuar a remoção de terceiros molares (CARDOSO *et al.*, 2012). Além de desconfortos orofaciais, manifestações referentes à articulação têmporomandibular, indicações ortodônticas (FARIAS *et al.*, 2003).

#### **2.1.1. Incluso ou Impactado**

Pode ser definido como incluso um terceiro molar, quando há uma incapacidade do mesmo a estar em contato com a cavidade oral, por ser um acometimento em que ele não se completa não erupciona sozinho, é facilmente identificado com uma avaliação radiográfica, pois pode visualizar a posição em que o elemento se encontra (imagem 1) (CASTRO NETO, 2010).

“Como forma de identificar o grau de acessibilidade foram criadas classificações para os dentes retidos. Winter (1926) classificou os dentes retidos quanto a angulação em: vertical, horizontal, mesioangular e distoangular. Pell e Gregory (1933) classificaram os dentes retidos em relação com o plano oclusal do segundo molar em: classe A, B e C e em relação ao bordo anterior do ramo mandibular, no caso de terceiro molar inferior, em classes 1, 2 e 3” (FARIAS *et al.*, 2003).

Imagem 1 – Terceiro molar incluso, elementos 38 e 48 parcialmente recobertos por mucosa.



Fonte: CASTRO NETO, 2010

### 2.1.2. Doenças Periodontais

Condição inflamatória cingindo todo tecido mole que envolve a coroa do terceiro molar do dente que provavelmente está em erupção ou semi-incluso, tecido este que é o tecido gengival (imagem 2), também chamado de opérculo, porém devido a este acúmulo de tecido torna-se susceptível a adesão de comidas, acarretando assim uma proliferação bacteriana, que pode resultar em uma infecção, ainda há provável tendência que haja dor, trismo, sangramento, halitose e até atingir os nódulos linfáticos adjacentes (DUARTE *et. al.*, 2013).

A pericoronarite também pode ser causada por trauma leve, causado pelo atrito exercido pelo terceiro molar superior, em relação a mucosa superficial que recobre o terceiro molar inferior, parcialmente enterrado, causando seu inchaço, e promovendo ainda mais o trauma da área, este ciclo só é interrompido quando o terceiro molar superior é removido, outra causa da pericoronarite é a infecção bacteriana por restos alimentícios que consiste em uma retenção do alimento, que vem a permanecer na bolsa entre o osso e os dentes parcialmente fechados. Como a bolsa é de difícil acesso a higienização, possibilita mais facilidade para a bactéria atacá-la e causar pericoronarite (CARREGAL, 2018).

Imagem 2 - Doença periodontal associada ao elemento 47, provocada pelo 48 parcialmente recoberto por mucosa.

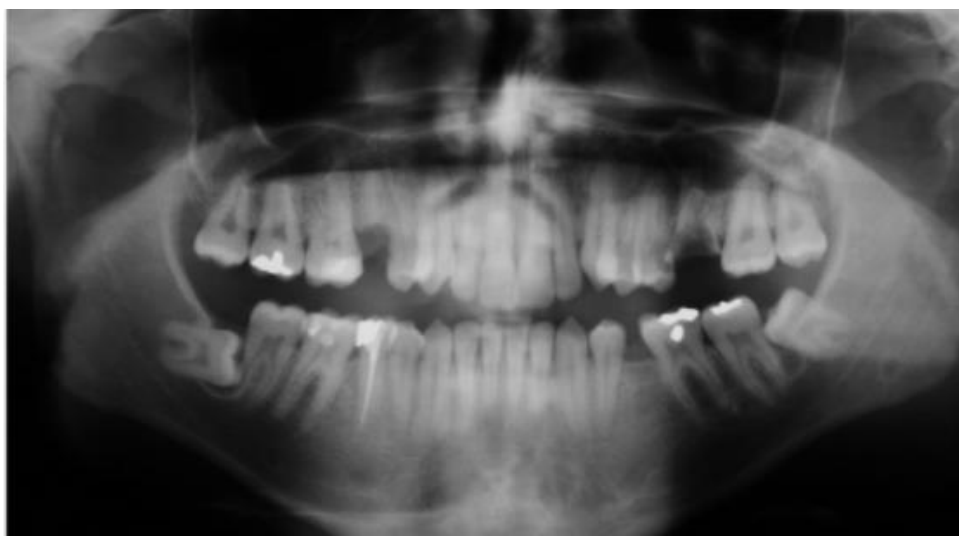


Fonte: CASTRO NETO, 2010

Região que contém perda óssea e formação de bolsas periodontais (imagem 3) (FARIAS *et al.*, 2003). Podendo também ser estabelecida como uma doença inflamatória crônica, que é acometida de forma que há perda de inserção em sítios, sendo este acometimento em dois ou mais, levando em consideração que a periodontite tem classificação por um estágio e por um grau, assim sendo classificada (STEFFENS, 2018).

Acomete a gengiva que é o suporte para os elementos dentários, mais gravemente o cemento, o ligamento periodontal e até mesmo o osso, sendo estes a sustentação dos elementos dentários, sendo assim há duas formas de manifestação, sendo como gengivite e periodontite, quando há sangramento, edema, mobilidade dentária, recessão da gengiva, são sinais muito característicos, estes devendo ser avaliados (MARIN, 2012).

Imagem 3 - Paciente de 23 anos com o dente 48 assintomático em posição horizontal; existência de bolsa periodontal com perda de aderência epitelial.



Fonte: CASTRO NETO, 2010

### 2.1.3. Reabsorção Dental

Caso haja uma pressão/força exercida pelo terceiro molar em esforço e empenho em tentar erupcionar, próximo, bem como sobre a raiz do dente adjacente, pode haver uma reabsorção dental (imagem 4) (CASTRO NETO, 2010).

Imagem 4: Paciente de 21 anos, com elemento 38 causando reabsorção dental.

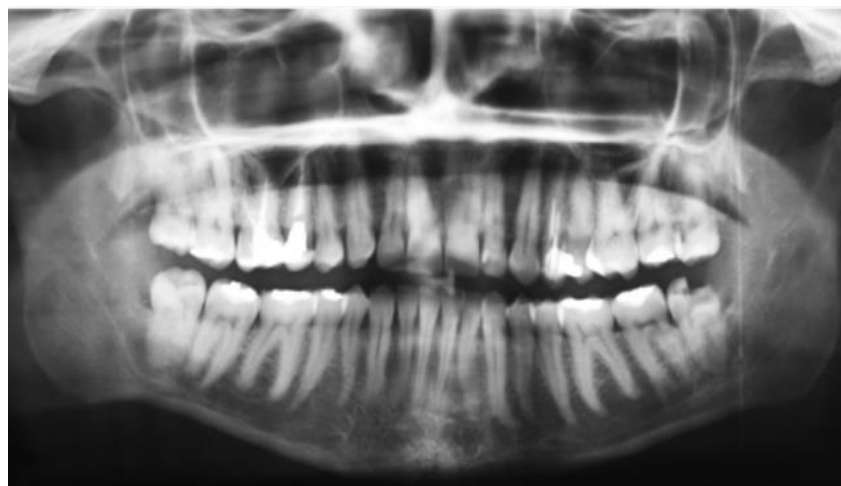


Fonte: Acervo pessoal prof. Brunno, 2021

### 2.1.4. Cárie

Esta patologia é infectocontagiosa, onde ocorre a desmineralização do dente através de bactérias (imagem 5) (LEITES *et al.*, 2005), a partir de um estudo soube-se que 95% da população mundial é acometida com cáries. Devido à sua elevada prevalência, as cáries dentárias são consideradas um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. A avaliação precoce e análise do risco de cárie já acometendo os terceiros molares, e/ou associadas aos segundos molares, é necessária para o tratamento. (TORRES *et al.*, 2008)

Imagem 5 - Dente 38 indicação de extração devido a extensa cárie no 3M.



Fonte: CASTRO NETO, 2010

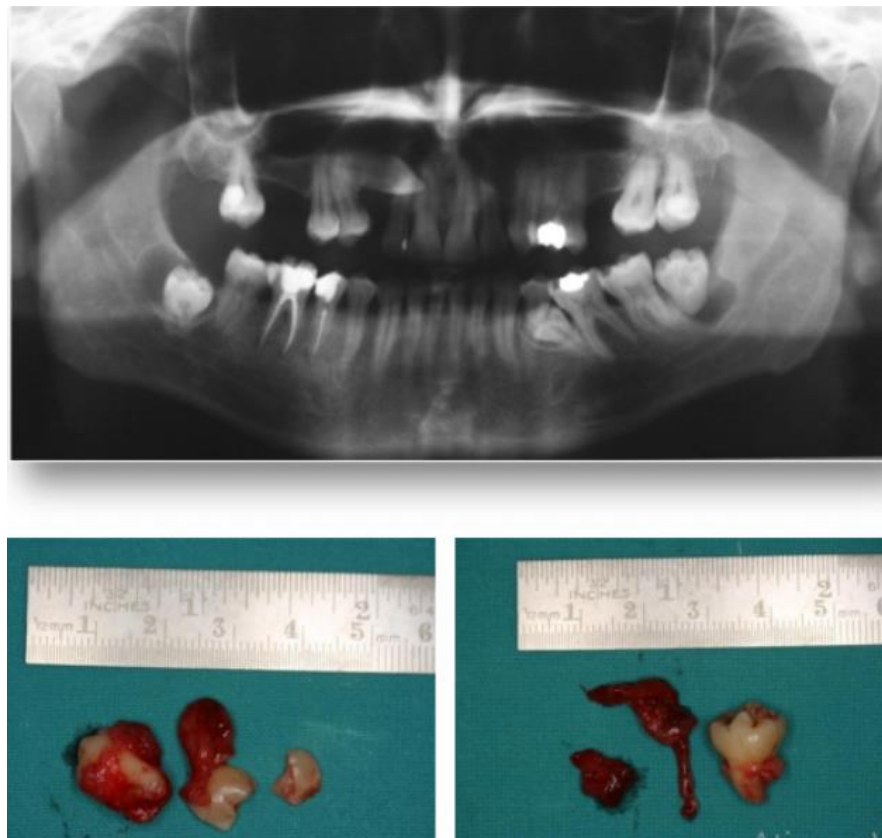
### 2.1.5. Profilática

São extrações realizadas, mesmo quando não há sintoma algum, nem qualquer tipo de patologia relacionada com o dente em questão, porém é uma das cirurgias mais realizadas dentre as cirurgias orais e maxilofaciais. (CASTRO NETO, 2019).

### 2.1.6. Cistos e Tumores Odontogênicos

Caso o terceiro molar esteja retido interiormente ao processo alveolar também estará ao folículo dentário, este possuindo o mesmo tamanho originário corre o risco de acometer-se com uma degeneração cística modificando-se a um ceratocisto odontogênico, ou um cisto dentífero (imagem 6), caso o folículo em torno for superior a 3mm. O ameloblastoma é o tumor mais habitual nessa região (PONTES, 2012).

Imagem 6 – Paciente de 40 anos com inclusões múltiplas e cisto dentífero associados aos dentes 38 e 48

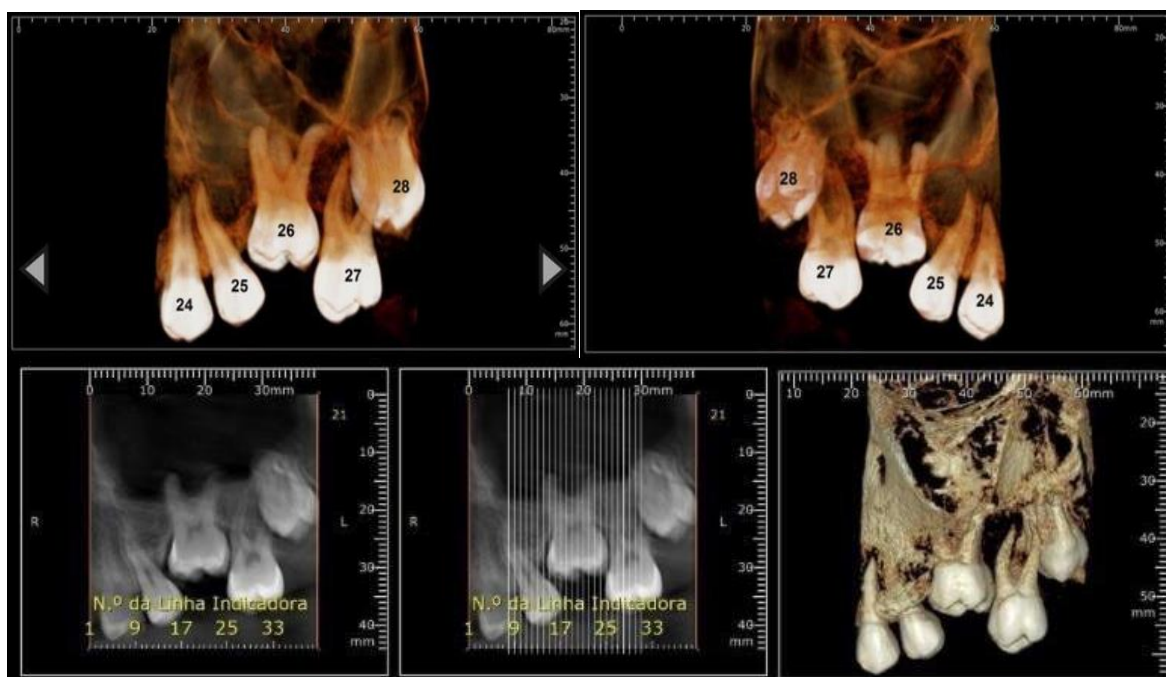


Fonte: CASTRO NETO, 2010

### 2.1.7. Necessidades Ortodônticas

Considera-se que quando há um simples apinhamento que haja necessidade de uma verticalização bem como uma fiscalização dos segundos molares, recomenda-se a extração do terceiro (molar imagem 7) (CASTRO NETO, 2010).

Imagem 7 – Paciente 15 anos, indicação de extração do elemento 28 para distalização do 27, permitindo erupção do 26



Fonte: Acervo pessoal prof. Victor, 2021

### 2.1.8. Reabilitações Protéticas

Considera-se que em casos de reabilitação oral com prótese fixa ou removível os terceiros molares que impeçam para que esta seja efetivada com excelência, seja realizada a exodontia (imagem 8), pois caso a prótese seja instalada com o dente na cavidade oral, pode comprometer toda a funcionalidade, bem como sua estética (CASTRO NETO, 2010).

Entre os cirurgiões-dentistas há incertezas na hora de decisão de avaliação em questão de remover o dente profilaticamente ou realizar uma avaliação frequente para fazer acompanhamento da situação do dente, analisando periodicamente a necessidade ou não de remoção. (TORRES *et al.*, 2008)

A recomendação para exodontia do terceiro molar é um grande desacordo entre os cirurgiões dentistas (ANDRADE *et. al.*, 2016). Sendo que assintomático não é sinônimo de falta de doença, pois a partir de coleta de dados soube-se disso, que mesmo que um terceiro molar não apresente sintoma algum, não quer dizer que o mesmo não tenha nenhuma patologia (MUSSI, 2019). Entretanto, há probabilidade destes elementos dentários desenvolverem possíveis acometimentos patológicos, tornando assim as cirurgias de maior risco e dificuldade, e isso tem feito com que afirmem como correta a realização de cirurgias em caráter profilática (ANDRADE *et al.*, 2016).

Imagem 8 – Paciente com elementos 18 e 28 inclusos, necessitando de protese.



Fonte: Acervo pessoal prof. Victor, 2021.

## 2.2. Metodologia

Foi realizada uma revisão de literatura, que teve como fonte de pesquisa os sites de busca *Google Scholar* e *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)*, onde foi pesquisado sobre as indicações para extração do terceiro molar. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa dos artigos científicos foram: terceiro molar, exodontia, cárie, cistos odontogênico, tumores, pericoronarite, impactado, extração de siso, siso, indicações de extração, cirurgia, odontologia, tendo ainda como critérios de inclusão, publicações no período de 1971 a 2019, referentes às palavras-chave. Ao final da pesquisa bibliográfica, consistiram em 28 referências empregadas, nos idiomas inglês e português, eleitas de acordo com a peculiaridade de suas propriedades, coerência e qualidade a partir do assunto apresentado.

## 2.3. Discussão de Resultados

Comumente ao menos um dos adultos ou jovens, tem ao mínimo um terceiro molar. (TORRES et. al., 2008). Ainda assim, baseado em estudos diversos em média 20% das pessoas são afetadas com agenesia, sendo, agenesia a ausência de um ou mais dentes permanentes, e a mesma acomete mais frequentemente o terceiro molar (CASTRO NETO, 2010).

A realização de extração de terceiros molares inclusos previne futuras patologias, dentre elas, cárie, reabsorção radicular, periodontias, cistos e tumores odontogênicos, e a não retirada, ou seja a permanência de um terceiro molar incluso, até mesmo relativamente erupcionado, estando este adjacente a dentes erupcionados induz o agrupamento de bactérias assim formando um nicho bacteriano onde se torna um meio adequado para que provavelmente haja formação de bolsas periodontais, e a mesma quando se estabelece é capaz de danificar ou até mesmo comprometer os terceiros molares podendo ainda acometer o segundo molar (CARDOSO et al., 2012).

Mussi (2019) afirma que a presença de dentes inclusos no interior do osso alveolar representa um risco maior para o desenvolvimento de cistos e tumores

odontogênicos, entretanto não parece existir correlação entre a prevalência dessas lesões e os dentes inclusos. Dessa forma, não é correto indicar a remoção de tais dentes como forma de prevenção de cistos e tumores odontogênicos.

Segundo Castro Neto (2010), é necessário a realização de exames radiográficos para que se efetive a remoção de terceiros molares inclusos, sendo necessário radiografias oclusais, periapicais, e até panorâmicas, pois assim possibilita ter conhecimento de como se encontra o elemento, podendo diagnosticar quanto a impatção, e caso haja alguma patologia associada, e qual melhor forma da realização desta cirurgia, pois assim é possível visualizar todas as estruturas adjacente, bem como a posição exata do terceiro molar e como as raízes se encontram.

Pelos estudos de Bean e King (1971), em que avaliaram cerca de 137 pacientes com pericoronarite, nesse estudo tiveram por base como conduta geral para essa condição, a extração imediata do dente acometido naqueles pacientes que possuíam um envolvimento brando e moderado, já em pacientes que apresentavam complicações mais graves, era realizado o tratamento paliativo que consistia em realização de bochecho com solução de sal quente e antibioticoterapia, em casos mais específicos era possível realizar o desgaste das cúspides do dente antagonista, evitando oclusão que ocasionaria em piora do quadro, só a partir de uma melhora do quadro esse paciente seria direcionado para realizar a extração deste dente.

De acordo com o estudo realizado por Adeyemo (2006) no primeiro episódio de pericoronarite, ela não deve ser considerada como indicação de extração, pois, não é razoável realiza-la sem mais condições específicas. No entanto, de acordo com este estudo de Torres *et al.* (2012) concorda que os terceiros molares com indicativos de episódio de pericoronarite devem se realizar extração pois em sua maioria agravará.

Diante de um estudo realizado por Nance *et al.* (2006) onde 237 pessoas com erupção completa dos terceiros molares manifestavam constantemente uma bolsa na qual a profundidade era de igual ou superior a 4mm, sendo assim pode-se perceber que mesmo com o elemento dentário todo erupcionado na cavidade oral, ainda assim não é o bastante, pois o suporte periodontal não se encontra sadio, assim acarretando problemas na saúde bucal.

É comum, em 3% dos terceiros molares, ao erupcionar acomete o dente adjacente, sendo ele o segundo molar, causando no mesmo reabsorção de sua raiz, com o exame radiográfico é facilmente detectado precocemente este acometimento, podendo evita-lo, realizando a extração com maior urgência, para que assim não acometa o dente adjacente, na maioria dos casos se for realizada a extração o dente acometido é recuperável dependendo de quanto o mesmo foi acometido, devido a deposição de cimento, que é reabsorvido na formação da dentina secundária, porém caso haja uma reabsorção efetiva no dente adjacente deve considerar tratamento endodôntico podendo até mesmo ter de extrai-lo (FARIAS *et al.*, 2003).

Castro Neto (2010) afirma que é necessário bem como de suma importância a extração e quanto mais precocemente, para que o dente adjacente não seja tão afetado, tendo em vista podendo ser recuperado, e frisa que a reabsorção radicular, comumente é acometida principalmente, aos 21 até os 30 anos de idade.

Segundo Leites (2006) os terceiros molares cariados afetando os segundos molares que se encontram adjacentes representam cerca de 40,3% o que torna está uma patologia de grande prevalência, e a mesma além de ser comum de acometimento, se encontra em um local de difícil acesso para higienização bem como restauração, sendo assim complicado uma prevenção e a única forma resolutiva se

torna a extração do terceiro molar e tratamento do segundo molar adjacente, tornando a carie uma forte indicação para extração do terceiro molar.

Tendo em vista que a cárie pode afetar o terceiro molar e o dente adjacente, sendo o segundo molar, podendo chegar a um estágio que o mesmo não seja possível de restauração nem endodontia. Deve-se realizar a extração do terceiro molar tendo em vista a dificuldade de higienizar toda a região (CASTRO NETO, 2010).

A partir de uma conferência em 1979, onde o objetivo era chegar em um consenso quanto a realização de extração profilática de terceiros molares, visando assim ter uma opinião de modo geral, foi então verificado que é baixa a incidência de patologias não há como comprovar que há necessidade de extrai-los sem alguma comprovação patológica, sendo assim foi definido que só seriam extraídos os terceiros molares que tivessem patologias associadas (GOMES et al., 2004).

Para Torres *et al.* (2008) na decisão de uma exodontia de um terceiro molar assintomático deve-se levar em consideração três fatores: o profissional deve analisar qual o grau de impactação em que o dente se encontra, analisar qual a indicação de exodontia profilática e por fim quais os riscos são que o paciente será submetido, observando a sua individualidade, visando o custo benefício para o paciente, bem como prós e contras, e mesmo que os terceiros molares erupcionem de forma correta e sem quaisquer patologia associada, ainda sim pode ser um risco pois continua sendo arriscado o manter na cavidade pois podem haver patologias futuras.

Alguns dos principais motivos, que são as contraindicações de realização da exérese de dentes assintomáticos, podem ser, potencial de complicações cirúrgicas, a questão financeira, desconforto pós-operatório, além da ausência de evidência científicas que justifiquem a extração de dentes assintomáticos (GOMES *et al.*, 2004).

A Associação Americana de Cirurgiões Bucomaxilofacial, apresenta que a cirurgia de extração dos terceiros molares deve ser efetuada nos quatro elementos e que sejam realizadas prioritariamente na adolescência, pois assim as raízes ainda não irão estar totalmente formadas, porém não existe quaisquer estudo qualificado e controlado de prazo estendido onde se possa avaliar esta relação entre remoção precoce ou optar para que os terceiros molares não sejam extraídos e como irá se comportar na cavidade oral, bem como no quesito de patologias (PRADO, 2016).

Para Adeymo (2006) exodontia dos terceiros molares deve ser realizada precocemente antecipando assim as questões chamadas de morbidade operatória, pois pacientes adolescentes são mais susceptíveis a recuperação bem como mais resistentes as dores, tornando assim uma cicatrização mais veloz.

Na opinião de Torres *et al.* (2008) deve-se decidir entre remoção e preservação a partir de efetivas avaliações dos terceiros molares, pois apesar de serem tendenciosos e passíveis a despertar uma patologia no decorrer dos anos, afirma a necessidade de tomar as decisões só partir de avaliação se possui alguma patologia relacionada a este terceiro molar.

A partir de um estudo realizado por Guven *et al.* (2003) com 7582 pessoas, foi obtido a seguinte realidade quando a esta patologia, sendo assim necessária a extração dos terceiros molares devido a mesma. Entre esses 7582 pacientes foram extraídos 9994 terceiros molares e foram encontrados: Os cistos foram um total de 231, sendo 16 queratocistos e 215 dentígeros, e 79 tumores, onde foram encontrados, 1 carcinoma de células escamosas e 1 fibrosarcoma, 10 odontomas, 11 fibromas odontogénicos, 15 mixomas odontogénicos e 41 ameloblastomas. Já no histopatológico realizado com 2646 terceiros molares, se obteve uma frequência de 32,9% de lesões patológicas: 1 mixoma odontogénico, 4 tumores odontogénicos epiteliais calcificantes, 6 carcinomas, 6 cistos odontogénicos calcificantes, 13

ameloblastomas, 19 odontomas, 71 queratocistos odontogênicos, 79 cistos dentígeros com prosoplasia de células escamosas, 673 cistos dentígeros.

Estudos retrospectivos comprovam que pelo menos 2% dos pacientes que passam por extrações de terceiro molar, são associadas a tipos de patologias referentes a cistos e tumores ontogênicos, e devem ser extraídos (CASTRO NETO, 2010).

Por mais de 150 anos, os terceiros molares tem sido dogma como causadores de apinhamento dentário, e sempre confirmado pela maioria dos cirurgiões-dentistas e até mesmo os ortodontistas, porém ultimamente tem ocorrido uma controvérsia, pois até hoje, não existe nenhum estudo que comprove de maneira isolada que os terceiros molares são causas de apinhamento dentário, ou até mesmo que eles sejam influenciadores de tal acometimento, sendo que o apinhamento dental na verdade é uma causa multifatorial, contudo acredita-se que os terceiros molares podem sim ter algum efeito, porém não podem ser julgados clinicamente como relevantes bem como causadores (CASTRO NETO, 2010).

Mettes *et al.* (2005) concluíram um estudo no ano de 2005, onde resultou em que não existe quaisquer indicativos seguros o suficiente em que a extração dos terceiros molares em jovens e adolescentes irão conter, bem como precaver o apinhamento a longo prazo.

Em casos de pacientes que são sujeitos a tratamento ortodôntico, e assim é necessário realizar a cirurgia por questões de necessidades de distalização, o terceiro molar pode interferir e assim é de suma importância a realização de sua extração, assim como caso haja uma má oclusão dos posteriores (MUSSI, 2019).

Ao realizar uma prótese tanto fixa quanto removível, deve-se avaliar e realizar exame radiográficos para analisar se não se encontra nenhum terceiro molar incluso, de forma que pode apresentar riscos no futuro para o paciente, caso haja um terceiro molar, o caso deve ser bem avaliado, e assim analisar para que possa efetuar uma intervenção, que seria uma cirurgia pré-protética, sem colocar em risco a saúde do paciente pois dependendo da idade em que se encontra, o mesmo pode estar com a saúde debilitada. (CASTRO NETO, 2010)

Abdulai *et al.* (2014) concluíram um estudo com a finalidade de esclarecer alguns dos fatores que levam os cirurgiões dentistas a indicar a realização da extração dos terceiros molares no período de 2007 a 2009. Foram colhidas fichas e radiografias de pacientes de lugares distintos, com quatro estabelecimentos, compostos por um Hospital Universitário, dois postos e uma clínica privada, todos situados na cidade de Gana. Este estudo resultou em 402 prontuários coletados, dentre estes pode-se extrair as seguintes indicações para a realização da exodontia dos terceiros molares: Pericoronarite recorrente 49,25% - 198 pacientes; cárie no terceiro molar 26,12% - 105 pacientes; profilática e cárie no segundo molar: 6,72% - 27 pacientes em ambos; cisto ou tumor: 3,72% - 15 pacientes; patologias periapicais: 2,99% - 12 pacientes; dor sem uma determinação: 2,24% - 9 pacientes em ambos.

Segundo Negreiros *et al.* (2012) afirma, o grau de dificuldade deve ser avaliado a partir da posição do terceiro molar, pois este é um fator determinante para planejar a cirurgia e poder identificar quais possíveis dificuldades que o cirurgião irá encontrar no procedimento.

A prevenção de complicações neurológicas deve ser o principal objetivo de um cirurgião-dentista, principalmente no manejo cirúrgico de terceiros molares muito próximos ao canal mandibular, com esta finalidade é essencial que seja realizado um estudo detalhado do caso e um planejamento operatório adequado, levando em consideração as morbidades que uma lesão pode gerar, mostrou indispensável a

utilização de exames de imagem, dentre eles a radiografia e a tomografia computadorizada de feixe cônico, estas vão permitir uma visualização completa e precisa das estruturas anatômicas, tornando possível que o procedimento seja concluído sem complicações durante e após o processo operatório (SILVA, *et al.*, 2018).

Mesmo que haja certa resistência devido a alguns fatores após a cirurgia e que podem afetar o paciente no período pós-operatório, podendo causar edemas, dor, e por vezes sangramentos é necessário visualizar de forma positiva a longo prazo, pois este desconforto não pode ser levado em consideração de forma negativa, frente ao grande benefício que haverá a longo prazo pois é apenas uma etapa do procedimento (GOMES *et al.*, 2004).

O controle da dor, edema e trismo é parte essencial para o sucesso da cirurgia oral, uma vez que esses sintomas são esperados após a remoção de terceiros molares de forma cirúrgica, e apesar de aparecerem de forma transitória são fontes também de ansiedade para o paciente (JÚNIOR *et al.*, 2008).

Fatores como a ocorrência de edema, trismo e hipoestesia têm sido utilizados como argumentos contra a extração preventiva dos dentes retidos, pois a operação causará desconforto pós-operatório de um dente que não possuía complicação alguma, ou seja, assintomático. Em um estudo que avaliou o tipo, frequência e fatores de risco associados à extração de terceiros molares retidos (FARIAS *et al.*, 2003)

BUI *et al.* (2003) chegaram a conclusão de que 4,6% dos dentes que passaram por procedimento cirúrgico estavam relacionados a complicações, de diversas origens, desde operatórias, como sangramento e danos nos nervos ou inflamação, como alveolite, cura retardada, infecção, dor e edema.

Para evitar esse problema é essencial a realização de exames clínicos e radiográficos para a partir deles concluir um planejamento cirúrgico. Com a ideia de tornar o planejamento mais fácil, foram criados diversos sistemas para classificar os terceiros molares não irrompidos, idealizados a partir do estudo radiográfico, permitindo a visualização de possíveis complicações futuras no transoperatório, apresentando melhores escolhas na técnica cirúrgica a ser utilizada, o que contribui para um pós-operatório de melhor qualidade e tranquilo ao paciente (ANDRADE *et al.*, 2016).

### **3.CONCLUSÃO**

Perante a dicotomia no quesito extração de terceiro molar, sendo esta de realiza-la, ou não realiza-la, conclui-se que ainda há uma enorme controvérsia entre os cirurgiões dentistas.

Diante das indicações expostas no presente trabalho, sendo: incluso ou impactado, doenças periodontais, reabsorção dental, cárie, remoção profilática, cistos e tumores odontogênicos, necessidades ortodônticas e necessidades prostodônticas, em sua grande maioria foi positiva para a extração do terceiro molar, consequentemente, afirmando que quando há quaisquer patologia associada tem confirmada a necessidade de remoção são do terceiro molar, além de ser de suma importância para o bem estar do paciente.

Porém os quesitos exérese profilática dos terceiros molares e necessidades ortodônticas, não foi de modo geral positivo para a realização da extração, sendo assim, havendo ainda muitas controvérsias entre os profissionais que as realizam, e reafirmando o quesito de realizar as extrações dos terceiros molares quando houver alguma patologia associada.

Contudo conclui-se que quando há patologias é de suma importância a extração do terceiro molar, e que deve-se avaliar cada caso isoladamente para efetivação da remoção do elemento, bem como deve ser consentido por todos os profissionais que em qualquer caso que o paciente seja exposto a realização da cirurgia de remoção de terceiros molares, os mesmos devem ser instruídos a todos os riscos submetidos bem como quaisquer complicações que podem vir a ocorrer, e sempre serem sanados de todas suas possíveis dúvidas, para a efetivação do procedimento com excelência.

#### 4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, V.; *et al.* Complicações E Acidentes Em Cirurgias De Terceiros Molares – Revisão De Literatura. **Revista Saber Científico**, v. 2, n.1, p. 27-44, 2016. Disponível em: <<http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/660>> Acesso em: 11/03/2021

ABDULAI, A. E.; *et al.* Indications for surgical extraction of third molars: a hospitalbase study in Accra, Ghana. **International Journal of Medicine and Biomedical Research**, v. 3, n. 3, p. 155-160, 2014. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/ijmbr/article/view/111601>> Acesso em: 25/04/2021

ADEYEMO, W. L. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 102, n. 4, p. 448–452, 2006. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1079210405007043>> Acesso em: 25/04/2021

BEAN, L. R.; KING, D. R. Pericoronitis: its nature and etiology. **Journal of American Dental Association**, v.83, n.5 p.1074-1077, 1971. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002817771350275>> Acesso em: 22/04/2021

CARDOSO, R. M.; *et al.* The Dentist's Quandary in the decision of the Third Molar's extraction, **Odontol. Clín.-Cient.**, v. 11, n. 2, p. 103-108, 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n2/a03v11n2.pdf>> Acesso em: 25/04/2021

CARREGAL, M. C., Pericoronarite: Etiologia, Epidemiologia, Microbiota, Tratamento E Complicações, Monografia de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo-Facial com Práticas Hospitalares Avançadas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 47f, 2018. Disponível em: <[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ODON-B8EMN3/1/monografia\\_\\_\\_mateus\\_corradi\\_carregal.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ODON-B8EMN3/1/monografia___mateus_corradi_carregal.pdf)> Acesso em: 25/04/2021

CASTRO NETO, F. E. P. Avaliação Da Indicação De Extracção Dos Terceiros Molares Numa População Portuguesa. Dissertação de candidatura ao grau de mestre apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal. 159f, 2010. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/143388537.pdf>> Acesso em: 25/04/2021

DUARTE, H. N.; SATO, F. R L.; MORAES, M. Pericoronarite E Infecções Das Vias Aéreas Superiores: Revisão, **Archives of Oral Research**, v.9, n.3, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/oralresearch/article/view/23100/22183>> Acesso em: 26/03/2021

FARIAS, J. G.; SANTOS, F. A. P.; CAMPOS, P. S. F.; SARMENTO, V. A.; BARRETO, S., RIOS, V. **Prevalência de Dentes Inclusos em Pacientes Atendidos na Disciplina de Cirurgia do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. João Pessoa**, v.3, n.2, p.15-19, 2003. Disponível: <<http://www.odontologiasobral.ufc.br/wordpress/wp-content/uploads/2010/02/artigo006.pdf>> Acesso em: 25/04/2021

GOMES, A. C. A.; *et al.* Third Molars: What To Do? **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial** v.4, n.3, p. 137-143, 2004. Disponível em: <<http://www.revistacirurgiabmf.com/2004/v4n3/pdf/v4n3.ar1.pdf>> Acesso em: 19/04/2021

GÜVEN O.; KESKIN A.; AKAL UK.; The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. **Int J Oral Maxillofac Surg**. V. 29, n. 2, p. 131-35, 2000. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10833151/> > Acesso em: 23/04/2021

JUNIOR, W. P.; *et al.* Complicações Associadas À Cirurgia De Terceiros Molares: Revisão De Literatura, **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 20 n. 2 p. 181-185, 2008. Disponível em: <[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/maio\\_agosto\\_2008/Unicid\\_20\(2\\_11\)\\_2008.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_11)_2008.pdf)> Acesso em: 11/03/2021

LEITES, A. C. B. R.; PINTO, M. B.; SOUSA, E. R. S. Aspectos microbiológicos da cárie dental. **Salusvita**, v.25, n.2, p.239-252, 2006. Disponível: <[https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v25\\_n2\\_2006\\_art\\_09.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v25_n2_2006_art_09.pdf)> Acesso em: 26/03/2021

LOPES, F. I. C. Influência Da Posição Angular Do Terceiro Molar Mandibular Incluso Na Ocorrência De Cárie Distal Do Segundo Molar Adjacente, Monografia De Investigação Artigo De Investigação Médico Dentário Mestrado Integrado Em Medicina Dentária, Portugal. 41f, 2018. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113700/2/276604.pdf>> Acesso em: 11/03/2021

MARIN, C., Nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento em uma clínica universitária de periodontia. **Salusvita**, v. 31, n. 1, p.19-28, 2012. Disponível em: <[https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v31\\_n1\\_2012\\_art\\_02.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v31_n1_2012_art_02.pdf)> Acesso em: 26/03/2021

METTES, D. T.; *et al.* Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2005. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003879.pub2/full>> Acesso em: 19/04/2021

MUSSI, F. P. C. Riscos Associados A Extração De Terceiros Molares Por Indicação Ortodôntica. **Mestrado Integrado Em Medicina Dentária, Instituto Universitário Egas Moniz**. Portugal. 25f, 2019. Disponível em: <[http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29743/1/Mussi\\_Fernanda\\_Pereira\\_de\\_Carvalho.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29743/1/Mussi_Fernanda_Pereira_de_Carvalho.pdf)> Acesso em: 26/03/2021

NANCE, P. E.; *et al.* Change in third molar angulation and position in young adults and follow-up periodontal pathology. **J Oral Maxillofac Surg**. v.64 n.3 p.424-428. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278239105018252> > Acesso em: 19/04/2021

NEGREIROS, M. R.; *et al.* Relationship between oral health-related quality of life and the position of the lower third molar: postoperative follow-up. **Journal Oral Maxillofacial Surgeons**, v. 70, n. 4, p. 779- 786, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278239111015783>> Acesso em: 19/04/2021

NORMANDO, D. Third molars: To extract or not to extract? **Dental Press Journal of Orthodontics**, v.20, n.4, p. 1-2, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-94512015000400017&lng=en&tling=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512015000400017&lng=en&tling=en)> Acesso em: 25/03/2021

PONTES, C. G. C., NETO, A. I. T., RIBEIRO, I. L. H., SARMENTO, V. A., SANTOS, J. N., AZEVEDO, R. A. Epidemiologia dos cistos e tumores odontogênicos tratados sob anestesia geral, em um hospital filantrópico de Salvador – Bahia, **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.12 n.1, 2012. Disponível em: <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-52102012000100013](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102012000100013)> Acesso em: 26/03/2021

PRADO, R. A. Exodontia De Terceiros Molares Inclusos Assintomáticos: O Que A Literatura Nos Diz? Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã–Dentista. 35f, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2016/RAISSA%20ARA%20C3%9AJO%20PRADO.pdf>> Acesso em: 11/03/2021

SILVA, D. F. B.; *et al.* Tomografia computadorizada de feixe cônico como exame complementar norteador em exodontia de terceiro molar semi-incluso e impactado próximo ao canal mandibular: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, v.7. n.6. p.217-219, 2018. Disponível em: <<https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3005/pdf>> Acesso em: 19/04/2021

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v.47, n.4, p.189-197, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772018000400189&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772018000400189&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26/03/2021

TORRES, F. A.; *et al.* Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**. v. 13, n. 8, p. 499-504, 2008. Disponível em: <<https://roderic.uv.es/handle/10550/61086>> Acesso em: 11/03/2021