

Prevalência das posições dos terceiros molares inclusos segundo a classificação de Pell & Gregory e das indicações para sua exodontia

Adriano DOBRANSZKI¹, Fernanda Penna LIMA²

Resumo

Apesar da remoção de terceiros molares ser um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em odontologia, sua remoção eletiva não é um consenso entre os profissionais. A identificação do posicionamento dentário é um fator de grande importância na tomada de decisão de manter ou extrair o elemento incluído, assim como para o planejamento da técnica cirúrgica e prognóstico da intervenção. Este estudo foi realizado com o propósito de identificar a prevalência do posicionamento dos terceiros molares inclusos e das indicações para sua exodontia. Prospectivamente foram identificados 400 dentes inclusos numa amostra de 175 pacientes, sendo 90 do sexo masculino e 85 do sexo feminino, com média de idade de 26,6 anos, usuários do sistema de saúde da Aeronáutica na região de Brasília, D.F. Na ficha de identificação de cada paciente, foram inseridas também informações sobre o motivo para exodontia e a posição de cada dente incluído, identificada por meio de radiografias panorâmicas e periapicais e classificada de acordo com a classificação de Pell & Gregory. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise estatística descritiva, que encontrou: Posição B 39,00%, seguida pela posição A (35,5%) e pela posição C (25,5%). Para os terceiros molares inferiores, a posição mais encontrada foi a de Classe I 49,23%, seguida pela de Classe II (47,18%) e pela de Classe III (3,59%). As indicações mais frequentes para exodontia dos terceiros molares foram por impação/inclusão (53%), solicitação do ortodontista (11,25%), pericoronarite (11%) e cárie (10,75%).

Palavras-chave: Terceiro molar. Dente serotino. Dente impactado. Dente não-erupcionado. Prevalência.

¹Especialista em DTM e DOF, Mestre em Ortodontia – UCCB – Campinas – SP, Doutor em Ciências da Saúde – UnB – DF, Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – ABO-DF. Professor de Ortodontia – FACIPLAC – DF.

²Cirurgiã-Dentista (UnB) e médica (FACIPLAC), especialista em implantodontia – APCD – Bauru – SP, Mestre em Ciências Médicas – UnB – DF)

Submetido: 10/04/2015 - **Aceito:** 26/05/2015

Como citar este artigo: Dobranszki A, Lima FP. Prevalência das posições dos terceiros molares inclusos segundo a classificação de Pell & Gregory e das indicações para sua exodontia. 2015 Jan-Jun; 5(1):11-6.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Adriano Dobranszki
SRTVS 701 Ed. Centro Empresarial Brasília, Bloco A, Sala 308. Brasília – DF
- Brasil. CEP 70340-907.
E-mail: dobranszki@uol.com.br

Categoria do trabalho: Pesquisa
Áreas associadas: Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial

Introdução

É considerado dente incluído o elemento dentário que, chegada a época normal de sua erupção, permanece ainda imerso no interior dos tecidos¹ e é um achado frequente. A remoção dos terceiros molares inclusos é um dos procedimentos mais

comuns em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial^{2,3,4}.

Existe muita controvérsia a respeito da terminologia correta, eis que outros termos são também empregados como: dente impactado mais utilizado pelos norte-americanos; dente retido, pelos alemães e hispânicos e dente incluído, pelos franceses⁵. Nesse trabalho, utilizaremos o termo “inclusão”, por verificar que na língua portuguesa a definição de incluído exprime a ideia exata do que é um dente retido nos tecidos.

As principais causas de inclusão dos terceiros molares relatadas são: falta de espaço na arcada devido ao menor desenvolvimento maxilar e mandibular, dentes muito volumosos, obstáculo oferecido por dente vizinho, resistência demasiada oferecida pelo tecido ósseo, obstáculo oferecido pela densidade ou inflamação da fibromucosa, presença de elementos patológicos e falta na rotação de mesioangular a vertical^{6,7,8,9}.

Apesar de um dente incluído poder permanecer assintomático, sem causar

nenhum problema ao paciente, uma série de transtornos pode estar diretamente relacionada à sua presença¹⁰. As indicações para a remoção dos terceiros molares inclusos têm sido amplamente discutidas, sendo as mais comuns: profilática, pericoronarite, lesões cariosas, pulpite, cistos, tumores, dores faciais inespecíficas, reabsorção radicular dos segundos molares, cirurgia ortognática e outras^{2, 11, 12, 13, 14}.

A exodontia de terceiros molares inclusos não é um procedimento cirúrgico simples. Requer do cirurgião bom adestramento e conhecimento das estruturas anatômicas relacionadas ao dente, por isso a importância da identificação do posicionamento dentário para o planejamento e prognóstico da cirurgia, visando intervenção menos traumática e prevenção de acidentes e complicações pós-operatórias^{2, 6, 11, 15, 16, 17}.

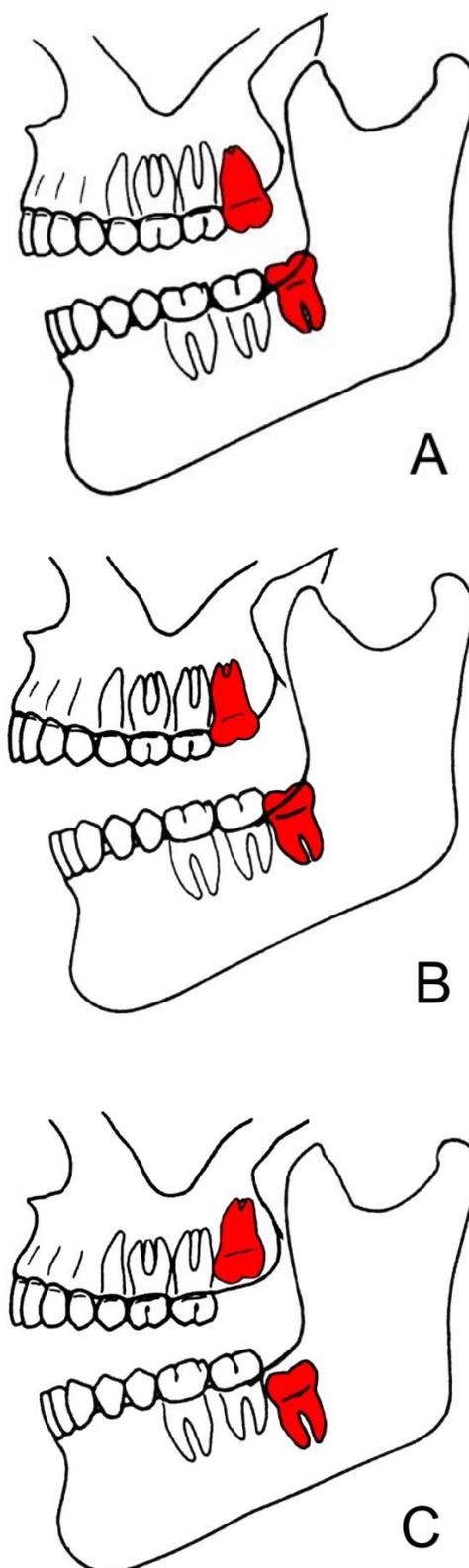
A proposição desta pesquisa foi de identificar, neste grupo amostral, qual o posicionamento prevalente dos terceiros molares não irrompidos, tendo como base a classificação de dentes inclusos proposta por Pell & Gregory em 1942¹⁸, e qual a prevalência das indicações para a sua exodontia.

Métodos

O projeto de pesquisa deste trabalho foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado. Os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando o uso das imagens radiográficas para este estudo prospectivo. Foram incluídos 400 terceiros molares avaliados de forma consecutiva, por meio de radiografias periapicais e panorâmicas, obtidas de 175 pacientes usuários do sistema de saúde da Aeronáutica na região de Brasília (D.F.) que foram encaminhados para remoção dos terceiros molares.

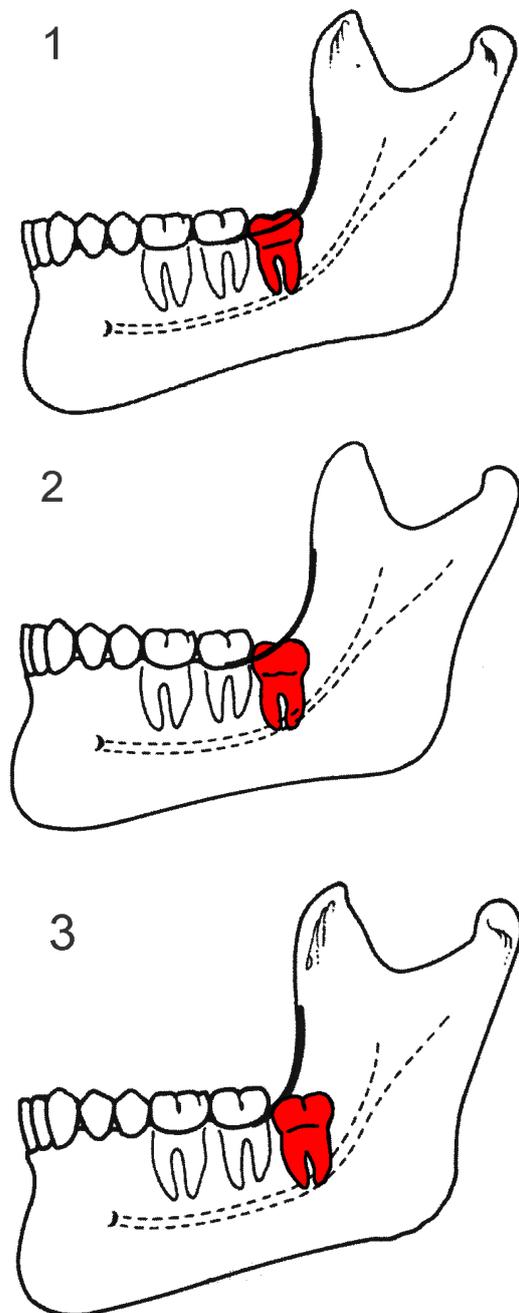
Os achados radiográficos foram registrados em fichas previamente confeccionadas que continham os dados necessários para identificação de cada paciente, com: nome, sexo, idade, dente, indicação da extração e ainda os achados radiográficos quanto às características radiográficas de cada dente, cuja inclusão era classificada segundo Pell & Gregory (1942)¹⁸, que relaciona a posição do terceiro molar inferior com a borda anterior do ramo da

mandíbula e a profundidade no arco dentário, tanto dos molares inferiores quanto dos superiores, como ilustrado nas figuras a seguir (FIGURAS 1 a 6)⁹.



Figuras 1 a 3 – Classificação para o posicionamento do terceiro molar inferior em relação ao plano oclusal do segundo molar, referida como Classe A

(mesmo nível), B (entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar) e C (abaixo da linha cervical do segundo molar) de Pell & Gregory¹⁸.



Figuras 4 a 6 – Classificação para o posicionamento do terceiro molar inferior em relação ao ramo ascendente da mandíbula, referida como Classe 1 (anterior à borda do ramo), 2 (cerca de metade do dente coberta pela porção anterior do ramo) e 3 (completamente imerso no osso do ramo da mandíbula) de Pell & Gregory¹⁸.

Os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva.

Resultados

Para que se atingisse o número de 400 terceiros molares inclusos removidos, foram incluídos 175 pacientes, sendo 90 do sexo masculino (51,43% e média e idade de 25,41 anos) e 85 do sexo feminino (48,57% e média de idade de 25,95 anos), com média de idade de 25,68 anos (D.P.= 9,22 anos) e média de 2,28 dentes extraídos por paciente (D.P.= 1,22 dentes). As tabelas 1 a 4 apresentam a análise descritiva dos dados.

TABELA 1 – Distribuição dos terceiros molares na amostra.

Dente	Quantidade	%
18	93	23,25
28	112	28
Superiores	205	51,25
38	104	26
48	91	22,75
Inferiores	195	48,75

TABELA 2 – Relação entre a posição dos terceiros molares inferiores e ramo ascendente da mandíbula, referida como Classe 1 (anterior à borda do ramo), 2 (cerca de metade do dente coberta pela porção anterior do ramo) e 3 (completamente imerso no osso do ramo da mandíbula), de acordo com Pell & Gregory (18).

Classe	Quantidade	%
1	96	49,23
2	92	47,18
3	07	3,59
Total	195	100

TABELA 3 – Relação entre a posição dos terceiros molares superiores e inferiores e o plano oclusal do segundo molar inferior, referida como Classe A (mesmo nível), B (entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar) e C (abaixo da linha cervical do segundo molar), de acordo com Pell & Gregory (18).

Posição	Superior	%	Inferior	%	Quantidade (%)
A	89	43,41	53	27,18	142 (35,50)
B	55	26,83	101	26,83	156 (39,00)
C	61	29,76	41	29,76	102 (25,50)
Total	205		105		

TABELA 4 – Motivos apontados como indicação para exodontia dos terceiros molares inclusos.

Indicação	Quantidade	Porcentagem
Inclusão/Impacção	210	53,00%
Solicitação do ortodontista	45	11,25%
Pericoronarite	44	11,00%
Cárie	43	10,75%
Fora de função	21	5,25%
Trauma na bochecha	12	3,00%
Comprometimento periodontal	9	2,25%
Cisto/tumor	5	1,25%
Extrusão	5	1,25%
Reabsorção do segundo molar	2	0,50%
Perfuração por pino	2	0,50%
Interferência oclusal	2	0,50%

Discussão

Apesar da remoção de terceiros molares ser um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em odontologia, sua remoção eletiva não é um consenso entre os profissionais. A ideia da exodontia profilática é prevenir o surgimento de um problema, inerente ao risco de se manter o dente, mas ao considerar o custo/benefício biológico do procedimento, vários profissionais têm preferência pela abordagem mais conservadora¹⁹.

Do ponto de vista conservador, os riscos associados ao procedimento cirúrgico são altos e a maior parte destes dentes inclusos não criará problemas que necessitem de intervenção, o que nos traz aos pontos principais da discussão: que como medida profilática, é difícil prever se os benefícios da exodontia serão maiores do que os riscos do procedimento cirúrgico, e que as diferenças na indicação da extração dos terceiros molares inclusos recaem sobre o pouco conhecimento acerca da história natural de terceiros molares¹⁹.

Existem poucos estudos longitudinais sobre este tema, mas pesquisas recentes mostraram que menos de 10 a 15% dos terceiros molares irão desenvolver alguma alteração patológica¹⁹. O consenso é que eles devem ser extraídos somente se sua impação causar problemas locais como pericoronarite, formação de cisto, cáries, doença periodontal e/ou reabsorção do segundo molar adjacente²⁰. Quando se cogitar intervenção cirúrgica, deve-se levar em consideração as ocorrências mais comuns pós-operatórias, como dor, sangramento, inchaço e hematoma, além das menos comuns e com piores consequências, como parestesia do nervo alveolar inferior (1,3% temporária e 0,5% permanente), do nervo lingual, infecção pós-operatória, comunicação oroantral ou fratura mandibular (0,00049%)^{21, 22}.

Os terceiros molares geralmente erupcionam entre os 17 e 24 anos²³ e nesta idade, se impactados por tecidos moles, têm a chance de completar o irrompimento nos 4 anos seguintes, o que também pode ocorrer para a impação óssea parcial e completa, com chances razoáveis e pequenas, respectivamente²⁴. Nesta faixa etária é incomum encontrar alguma lesão patológica

grave em casos de impação, o que sugere a preservação dos terceiros molares inclusos até a idade média de 24 anos. Entretanto, deve ser enfatizado que os pacientes em preservação devem manter uma ótima higiene bucal e participar de consultas de retorno periódicas, principalmente nos casos de impação óssea completa, pelo risco da ocorrência de pericoronarite²⁴.

Duas revisões sistemáticas recentes^{23, 25} fizeram uma extensa investigação em busca de evidência científica para justificar a extração profilática dos terceiros molares. Ambas concluíram que os dados encontrados não foram suficientes para demonstrar para apoiar ou refutar a remoção profilática de terceiros molares assintomáticos impactados em adultos. Dos trabalhos incluídos nestes estudos, um único estudo (ensaio randomizado controlado) não encontrou evidência de diferença no apinhamento tardio de incisivos, em pacientes que tiveram os terceiros molares extraídos por motivos profiláticos ou no grupo controle, que não tiveram estes dentes extraídos. Em ambos os estudos os autores concordam que o clínico geral deve deixar claro ao paciente adulto, com terceiros molares assintomáticos, que não existe evidência suficiente sobre os benefícios em se manter ou remover estes molares. A mesma estratégia de comunicação deve ser aplicada para adolescente e seus pais, com respeito ao impacto da remoção cirúrgica no apinhamento tardio dos incisivos inferiores.

A evidência científica parece contradizer a crença popular que "os sisos entortam os dentes da frente quando nascem". Estudos indicam outros fatores envolvidos na etiologia do apinhamento tardio^{26, 27}. Fatores que agem individualmente ou em conjunto, ou em estágios diferentes do desenvolvimento, que coincidem com a idade na qual os terceiros molares erupcionam e que tornam difícil o desenho de estudos prospectivos capazes de isolar os fatores etiológicos. Os fatores citados são: movimento mesial fisiológico, o componente anterior da força de oclusão sobre os dentes inclinados mesialmente, vetores mesiais de contração muscular, a quantidade e direção do crescimento mandibular tardio, estrutura esquelética, padrões de crescimento complexos, maturação do tecido mole, fatores

oclusais, morfologia dentária, forças periodontais e alterações teciduais degenerativas.

É importante a identificação do posicionamento dentário para o planejamento e prognóstico da cirurgia: previsão de ostectomias e avaliação da necessidade ou não de odontoseções, visando intervenção menos traumática e prevenção de acidentes e complicações pós-operatórias como hemorragias, traumas, comprometimento de estruturas nervosas, fraturas radiculares, danos aos dentes vizinhos, fraturas ósseas, dor, edema, infecção, trismo, comunicação buco-sinusal e alveolite^{2, 3, 6, 15, 16, 17}.

No presente estudo, quando se utilizou a classificação de Pell & Gregory (1942)¹⁸, as posições de inclusão mais prevalentes foram as de classe 1 e posição B, com 49,23% e 39,00%, respectivamente. No estudo de Marzola⁵ foram obtidos os seguintes resultados: a prevalência pela classe 2 e posição B, com 63,2% e 61,5%,

respectivamente. Dados semelhantes foram referidos por Leite et al.²⁸, com 94% e 76%, respectivamente. Norderam³ também verificou essa tendência de classe II, porém a posição mais encontrada por ele foi a posição A.

Conclusão

A prevalência das posições dos terceiros molares inclusos em relação à classificação de Pell & Gregory, em uma amostra de 400 dentes foi: Posição B 39,00%, seguida pela posição A (35,5%) e pela posição C (25,5%). Para os terceiros molares inferiores, a posição mais encontrada foi a de Classe I 49,23%, seguida pela de Classe II (47,18%) e pela de Classe III (3,59%). As indicações mais frequentes para exodontia dos terceiros molares foram por impação/inclusão (53%), solicitação do ortodontista (11,25%), pericoronarite (11%) e cárie (10,75%).

Title: Prevalence of the positions of included third molars to the according to Pell & Gregory's classification and the indications for its extraction

Abstract

Despite the removal of third molars is one of the most common surgical procedures in dentistry, its elective removal is not a consensus among professionals. The identification of the tooth position is a factor of great importance in making the decision to maintain or extract the included element, as well as for planning the surgical technique and for the outcome of the intervention. This study was conducted with the purpose to identify the prevalence of positioning of included third molars and the indications for its extraction. Prospectively, four hundred included teeth were identified in a sample of 175 patients, 90 male and 85 female, with a mean age of 26.6 years, users of the Air Force health system in the region of Brasília, DF. In each patient's identification form were also inserted information about the reason for extraction and the position of each impacted tooth, by the means of panoramic and periapical radiographs and classified according to the Pell & Gregory's classification. The data were submitted to a descriptive statistical analysis, which found: Position B 39.0%, followed by the position A (35,5%) and position C (25.5%). For the inferior third molars, the most found position was Class I (49,23%), followed by Class II (47,28%) and by Class III (3,59%). The most frequent indications for the third molars extraction was impaction/inclusion (53%), orthodontist's request (11.25%), pericoronaritis (11%) and cavity (10.75%).

Key-words: Third molar. Impacted tooth. Unerupted tooth. Prevalence.

Referências

1. Gregori C. Cirurgia Odontológica para o clínico geral. São Paulo: Sarvier; 1988.
2. Bruce RA, Frederickson GC, Small GS. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. J Am Dent Assoc. 1980;101(2):240-5.
3. Nordenram A, Hultin M, Kjellman O, Ramström G. Indications for surgical removal of the mandibular third molar. Study of 2630 cases. Swed Dent J. 1987;11(1-2):23-9.
4. Ventä I, Murtomaa H, Turtola L, Meurman J, Ylipaavalniemi P. Clinical follow-up study of third molar eruption from ages 20 to 26 years. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991;72(2):150-3.

5. Oliveira MG, Spohr AM, Zeni EL, Becker EM. Radiografia Panorâmica na complementação diagnóstica de inclusões de terceiros molares. *Rev Odonto Cienc.* 1996;22:83-91.
6. Marzola C, Nary Filho H, Kawakami RY. Retenção de terceiros molares inferiores: etiologia, acidentes de irrupção, classificação e técnica cirúrgica. *Rev Odonto Ciência.* 1990;19:09-25.
7. Alling CC, Catone GA. A Management of impacted teeth. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51:3-6.
8. Graziani M. Cirurgia Buco-maxilo-facial. 6ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Guanabara; 1976.
9. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR. Cirurgia Oral e maxilofacial Contemporânea. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Guanabara; 1996.
10. Nogueira SN, Ponzoni D, Pasinato E, Ferrari LK, Farias RD. Principais transtornos ocasionados por dentes inclusos. *Rev APCD.* 1997; 1(3):247-49.
11. Nordenram A, Hultin M, Kjellman O, Ramstrom G. Indications for surgical removal for the mandibular third molar. *Swed Dent J.* 1987;11(1):23-9.
12. Lysell L, Rohlin M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988;17(3):161-4.
13. Al-Khateeb TL, el-Marsafi AL, Butler NP. The relationship between the indications for surgical removal of impacted third molars and the incidence of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:141-5.
14. Giglio JA, Gunsolley JC, Laskin DM, Short K. Effect of removing impacted third molars on plaque and gingival indices. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52:584-7.
15. Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy Jr ED. Complications following removal of impacted third molars: the role of the experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986;44:855-9.
16. Wofford DT, Miller RI. Prospective study of dysesthesia following odontectomy of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 1987;45:15-9.
17. Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M, Auerbach SM. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Maxillofac Surg.* 1994;52:1165-70.
18. Pell GJ, Gregory GT. Report on a term-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am J Orthod.* 1942;28:660-6.
19. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Asymptomatic mandibular third molars: oral surgeons judgment of the need for extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992;50:329-33.
20. National Institutes of Health. Consensus development conference for removal of third molars. *J Oral Surg.* 1980;38:235-6.
21. Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001 Oct;92(4):377-83.
22. Libersa P, Roze D, Cachart T, Libersa JC. Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Feb;60(2):163-5.
23. Mettes TG, Ghaemina H, Nienhuijs MEL, Perry J, van der Sanden WJM, Plasschaert A. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;6. Art.No.: CD003879.
24. Wowern NV, Nielsen HO. The fate of impacted lower third molars after the age of 20. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1989;18(5):277-80.
25. Costa MG, Pazzini CA, Pantuzo MCG, Jorge MLR, Marques LS. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Braz oral res.* 2013;27(2):183-8.
26. Richardson ME. The aetiology of late arch crowding alternative to mesially directed forces: A review. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 1994;105:592-7.
27. Richardson ME. O terceiro molar: uma perspectiva ortodôntica. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Fac.* 1998;3(3):103-17.
28. Leite MC, et al. Estudo radiográfico da incidência de terceiros molares inclusos. *R Esc Farm Odontol Alfnas.* 1986-1987;9:57-62.