

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA
ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA

GABRIELA BREMM ANTES

TERCEIRO MOLAR INFERIOR RETIDO – COMO E QUANDO
PROSERVAR? RELATO DE CASO

Porto Alegre, 2016

GABRIELA BREMM ANTES

TERCEIRO MOLAR INFERIOR RETIDO – COMO E QUANDO
PROSERVAR? RELATO DE CASO

Monografia apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a conclusão do Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Priscila Fernanda da Silveira

Porto Alegre, 2016

CIP - Catalogação na Publicação

Antes, Gabriela Bremm
Terceiro Molar Inferior Retido - Como e Quando
Proservar? Relato de Caso / Gabriela Bremm Antes. --
2016.
29 f.

Orientador: Priscila Fernanda Da Silveira.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Radiologia Odontológica e
Imaginologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Radiografia Panorâmica. 2. Tomografia
Computadorizada. 3. Dente Impactado. I. Da Silveira,
Priscila Fernanda, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Clara, minha irmã, Rafaella, e ao meu namorado, Estevan, que estiveram sempre presentes me apoiando e me dando força para que eu concluísse mais essa etapa da minha vida.

Mãe, Rafa e Estevan, obrigada pelo apoio nesses quase dois anos, onde tanta coisa mudou na nossa família, passamos por muitos obstáculos e os superamos juntos. Com o carinho de vocês tudo foi mais fácil.

Agradeço a minha orientadora Priscila Fernanda da Silveira que esteve à minha disposição, atenta a cada detalhe com uma organização ímpar, sempre me dando o suporte necessário. Devo agradecer a Professora Nádia Assein Árus por também ter gentilmente ajudado-me no decorrer deste trabalho. Admiro muito vocês, Priscila e Nádia. Com certeza vocês estarão em meus pensamentos como grandes exemplos a serem seguidos.

Aos professores deste curso de pós graduação, Heloísa Silveira, Heraldo Silveira, Mariana Vizzotto, Mathias Pante Fontana, Nádia Assein Arús e Priscila Fernanda da Silveira por me proporcionarem o conhecimento necessário para me tornar especialista nesta área que tanto amo na Odontologia. Há tempos, li um texto da Ruth Manus, e lembrei de todos vocês, um dos trechos diz: “Há uma imensa distância entre “dar aula” e ser professor. Porque dar aula é uma atividade, mas ser professor é muito mais do que isso. Ser professor é, muito antes de ser uma profissão, uma das formas mais genuínas do amor.” E por isso só tenho a agradecer a todos vocês pela compreensão que tiveram comigo, e principalmente por me fazerem uma pessoa e profissional mais madura e auto confiante. Obrigada!

Não posso deixar de agradecer às minhas colegas, Daniela Dammann, Géssica Michaliszyn e Renata Zago que se tornaram grandes amigas. Quero que nossa amizade permaneça forte pra sempre, vocês foram um presente da Radiologia. Obrigada pelos conselhos e por tornarem tudo mais fácil e divertido! Amo vocês, de todo coração!

Agradeço também a Deus e ao meu Anjo da Guarda por ter me regido, me guardado e me iluminado ao longo dessa caminhada!

Enfim, um muito obrigado a todos os colegas e as pessoas que me apoiaram direta ou indiretamente em mais esta jornada.

“É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas. Dizem que são tão belas”. (Antoine de Saint-Exupéry - O Pequeno Príncipe).

RESUMO

Um dente se torna impactado pela presença de algum obstáculo que o impede de irromper na cavidade bucal. Isso pode acontecer pela presença dos dentes adjacentes em local inadequado, recobrimento por osso denso, tecido mole em excesso, ou alguma anormalidade genética que impede a erupção. O terceiro molar inferior constitui o elemento dentário com maior prevalência de impactação. A determinação para a sua remoção se dá por meio de exames clínicos associados aos estudos radiográficos, nos quais se pode verificar o tipo e grau de impactação, e avaliar o nível de dificuldade durante o procedimento cirúrgico. Tendo em vista que a permanência de um dente impactado pode causar complicações futuras, como tumores e cistos odontogênicos, infecções, doença periodontal, má oclusão, e outros transtornos, preventivamente dita-se que todos os dentes impactados devam ser removidos, a não ser que a remoção possa gerar problemas mais sérios. O objetivo desse estudo consistiu em discutir, por meio de um relato de caso clínico, como e quando se deve fazer a preservação de um terceiro molar inferior impactado.

Palavras-chave: Radiografia Panorâmica, Tomografia Computadorizada, Dente Impactado (DeCS).

ABSTRACT

A tooth becomes impacted by the presence of an obstacle that prevents it from erupting in the mouth. This can happen by the presence of adjacent teeth in inappropriate place, covering of dense bone, excess soft tissue, or any genetic abnormality that prevents the eruption. The third molar is the tooth with a higher prevalence of impaction. The determination for their removal is through clinical exams associated with radiographic studies, where you can check the type and degree of impaction, and assess the level of difficulty during the surgical procedure. Given that the permanence of an impacted tooth can cause future complications such as odontogenic tumors and cysts, infections, periodontal disease, malocclusion, and other disorders preventively It said that all impacted teeth should be removed, unless removal can create more serious problems. The aim of this study was to discuss, through a clinical case report, how and when to make the preservation of a third molar impacted.

Keywords: Panoramic Radiography, Computed Tomography, Tooth Impacted (DeCS).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3 METODOLOGIA.....	14
4 RELATO DE CASO.....	15
5 DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A remoção cirúrgica do terceiro molar é um dos procedimentos mais realizados em cirurgia oral e para o planejamento cirúrgico a radiografia panorâmica é a técnica radiográfica mais utilizada. Esta imagem radiográfica pode servir de parâmetro inicial para averiguar o grau de dificuldade da cirurgia baseado na morfologia, posição do dente em relação às estruturas anatômicas adjacentes e riscos cirúrgicos (DUDHIA et al, 2011). Porém, esta técnica possui algumas limitações que incluem magnificação variada, distorções, sobreposição de estruturas e imagens que não aparecem ou borram, por estarem fora da zona de foco (SEZGIN et al, 2012).

O terceiro molar é o dente que está mais intimamente relacionado com o canal mandibular, principalmente quando não irrompido. Portanto, uma correta identificação anatômica da relação do canal mandibular e a posição dentária é essencial quando recomendado o procedimento de remoção cirúrgica (SANTOS et al, 2012).

O risco de complicações cirúrgicas (BUI, SELDIN, DODSON, 2003), o desconforto pós-operatório e a ausência de evidências científicas são motivos relatados pela literatura para contraindicar a remoção de dentes assintomáticos (JAMILEH, 2003). Em contrapartida, a possibilidade de desenvolvimento associado de alterações patológicas importantes e a maior dificuldade cirúrgica após a formação completa do dente, com maiores riscos a estruturas anatômicas, vêm sendo afirmadas como justificativas para a conduta cirúrgica de cunho profilático (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLA, 2001).

Os exames complementares têm fundamental importância para o diagnóstico, planejamento do tratamento clínico e preservação do paciente. As radiografias panorâmicas constituem-se em um método radiográfico prático, que fornece uma visão global do complexo maxilomandibular (CASTRO et al., 2012). Porém, com o avanço da tecnologia e o surgimento da Tomografia Computadorizada surgiram também novos conceitos e perspectivas para o planejamento cirúrgico dos pacientes. Na odontologia, o uso da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) mudou substancialmente a conduta

em procedimentos cirúrgicos bucomaxilofacial, facilitando o planejamento cirúrgico através de uma visualização tridimensional das estruturas avaliadas, que permite mais previsibilidade e precisão nos procedimentos (CAVALCANTI, 2012; GARIB et al, 2007).

O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de um paciente que apresenta um terceiro molar inferior direito em posição ectópica, e discutir sobre a decisão de conduta clínica em remover ou preservar com acompanhamento clínico e radiográfico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Quanto à etiologia, a impacção dental é quase que exclusivamente decorrente de fatores mecânicos, quando o dente encontra, em seu caminho, algum obstáculo que o impede de irromper na cavidade bucal. A retenção pode ser fisiológica ou por alteração patológica, por exemplo, aumento da espessura óssea da região, falta de espaço para o dente irromper e/ou presença de neoplasias (NEVILLE et al., 2009).

Os terceiros molares são os dentes que ficam mais frequentemente retidos. Segundo Gondim et al. (2010), os dentes com maior frequência de retenção são os terceiros molares inferiores. O estudo mostrou uma associação significativa entre a faixa etária de 15-20 anos com a presença de pelo menos um dente retido.

A remoção cirúrgica de terceiros molares impactados é um dos procedimentos mais realizados por cirurgiões bucomaxilofaciais (ANDRADE et al., 2012) e o terceiro molar inferior é o dente que está mais intimamente relacionado com o canal mandibular, especialmente quando não irrompido. Dessa forma, a correta identificação anatômica do canal mandibular é essencial, visto que a lesão nervosa decorrente de um ato cirúrgico pode causar transtornos para o profissional do ponto de vista legal (SANTOS et al., 2009).

Muitas vezes, a cirurgia para remoção de terceiros molares é praticada por cirurgiões-dentistas não especialistas, o que pode aumentar as chances de complicações trans e pós operatórias. Dentre elas, pode-se destacar as hemorragias, alveolites, dor, edema, trismo, injúria ao nervo alveolar inferior, infecções abrangendo espaços faciais, injúrias em dentes adjacentes, fratura óssea da tuberosidade maxilar e da mandíbula, comunicações buco-sinusais, problemas periodontais em dentes adjacentes, deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres. Portanto, é fundamental a realização de um planejamento cirúrgico baseado nos exames clínico e radiográfico com o intuito de prevenir possíveis complicações no trans e pós-operatório (ANDRADE et al., 2012).

A presença de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas é um achado frequente (MARINHO et al., 2005). Por ser um exame de fácil execução, de baixo custo para o paciente e por proporcionar uma ampla visão das arcadas dentárias e estruturas adjacentes, a radiografia panorâmica é um dos exames radiográficos mais utilizados no mundo. Essa imagem radiográfica pode servir de parâmetro inicial para averiguar o grau de dificuldade da cirurgia de remoção de terceiros molares, baseado na morfologia e posição do dente em relação às estruturas anatômicas adjacentes (DUDHIA et al., 2011).

Chandler e Laskin (1988) avaliaram a precisão da radiografia panorâmica na classificação dos terceiros molares inferiores. Em uma amostra com 20 terceiros molares, encontraram 50% de acerto na classificação e no tipo de cirurgia a ser empregada no tratamento destes dentes. Os autores concluem afirmando que a radiografia panorâmica não é um meio confiável para o planejamento das exodontias de terceiros molares impactados que tenham uma relação muito próxima do canal mandibular. Contudo, após a data da publicação deste estudo, novas evidências surgiram e devem orientar conclusões atualizadas dos profissionais.

Já Delamare et al. (2012) avaliaram a proximidade e relação de terceiros molares inferiores impactados com o canal mandibular em radiografias panorâmicas. O estudo avaliou a proximidade dessas estruturas utilizando as classificações de Pell & Gregory e Winter, onde 76 terceiros molares inferiores impactados foram analisados e comparados com a TCFC. A classificação de Pell & Gregory e Winter, é uma opção aceitável para estimar o risco e a dificuldade cirúrgica na remoção de terceiros molares inferiores retidos. A classificação de Pell & Gregory classifica os terceiros molares impactados em três categorias de acordo com seu posicionamento vertical (relacionando o plano oclusal e cervical dos molares adjacentes) e outras três categorias horizontais (relacionado ao ramo ascendente da mandíbula). Já, a classificação de Winter é dividida em quatro categorias baseada na inclinação do terceiro molar retido em relação ao seu eixo longitudinal. Os autores concluem que o

conhecimento sobre a relação entre os sinais radiográficos e a classificação de Pell & Gregory e Winter podem ajudar no diagnóstico radiográfico panorâmico, contribuindo para a decisão clínica de remoção cirúrgica desses dentes.

Porém, esta técnica possui algumas limitações que incluem magnificação variada, distorções, sobreposição de estruturas e imagens que não aparecem ou borram, por estarem fora da zona de foco (SEZGIN et al., 2012).

A utilização da TCFC permite, nos casos de dentes mal posicionados e impactados, um planejamento mais detalhado, através da visualização tridimensional, permitindo uma cirurgia sem surpresas, eliminando as sobreposições e distorções que são inerentes aos exames de duas dimensões (VIDOR, 2013).

Garib et al. (2007) relata que a TCFC apresenta grandes vantagens diagnósticas, porém, ela somente não é mais utilizada na rotina odontológica por dois principais motivos: dose de radiação e alto custo. E é difícil estabelecer a comparação de dose de radiação deste exame em relação às radiografias intrabucais e extrabucais de rotina, porque a dose de radiação da TCFC varia de acordo com a área escaneada, com a espessura do corte, com os ajustes e o tipo de aparelho.

A proximidade das raízes dos terceiros molares inferiores com o canal mandibular é considerada o principal fator de risco para lesão do nervo alveolar inferior, e deve ser avaliada radiograficamente com o auxílio de radiografias panorâmicas e TCFC. A lesão permanente do nervo ocorre em 0,5% das cirurgias para remoção de terceiros molares inferiores. A posição anatômica do canal mandibular é um ponto fundamental nas lesões iatrogênicas (Chossegros et al., 2002).

Tantanapornkul et al. (2007), realizaram um estudo prospectivo para verificar a confiabilidade da TCFC na avaliação da relação topográfica entre o canal mandibular e terceiros molares impactados, e o comparou com imagens

panorâmicas convencionais, para avaliar qual método seria mais seguro para verificar a real relação entre o canal mandibular e o terceiro molar retido durante a cirurgia de terceiros molares inferiores. A amostra do trabalho consistiu de 142 terceiros molares impactados, avaliados pelas duas modalidades de imagem. A sensibilidade e a especificidade em prever a exposição do nervo alveolar foi de 93% e 77% respectivamente para a TCFC e de 70% e 63% respectivamente para a panorâmica. O estudo concluiu que a TCFC foi significativamente superior em relação as radiografias panorâmicas, no quesito de prever a relação do canal mandibular com o terceiro molar inferior retido, antes de sua remoção cirúrgica. Os autores afirmam a importância clínica da TCFC para avaliação pré-operatória de terceiros molares inferiores retidos.

Sedentex CT Project (2011), publicou em seu guideline de proteção em radiologia odontológica as recomendações do uso da TCFC, onde descreve que esse exame não é recomendado para avaliação pré-cirúrgica de dentes erupcionados. Porém, descreve que em terceiros molares inferiores a TCFC pode oferecer vantagens para o cirurgião-dentista, nos casos onde há uma inter-relação entre a porção radicular do terceiro molar e o canal mandibular e quando as radiografias convencionais não fornecerem informações claras e suficientes.

Gomes et al. (2004) relataram que baseando-se no potencial de complicações decorridas da permanência desses dentes como, a possibilidade de desenvolvimento de alterações patológicas e a maior dificuldade cirúrgica após a formação completa do dente, a melhor conduta seria realizar a remoção cirúrgica profilática .

Güven, Keskin e Akal (2000), descreveram taxas de incidência de cistos associados a terceiros molares retidos variando de 11% a 0,001%, e de ameloblastoma associado ao terceiro molar retido de 0,14-2%.

Curran, Damm e Drummond (2002) realizaram um estudo retrospectivo histopatológico com 2646 lesões envolvendo dentes retidos extraídos. Reportaram 67,1% de folículos pericoronários saudáveis e 32,9% de casos com

algum tipo de lesão. Destes, 637 cistos dentígeros (28,4%), 71 ceratocistos (2,68%), 19 odontomas (0,7%), 13 ameloblastomas (0,5%), 6 carcinomas (0,35%), 4 tumores odontogênicos epiteliais calcificantes (0,23%) e um mixoma odontogênico (0,04). A relação entre doença e idade também foi encontrada. O grupo que apresentou maior número de lesões patológicas teve média de 37,2 anos, e o grupo sem alterações patológicas encontradas teve média de 30,5 anos.

Os riscos de transformações císticas e tumorais, embora existam, são baixos; dessa forma, tal fato não justifica a remoção profilática de terceiros molares inferiores retidos, a não ser em casos em que as imagens radiográficas forneçam dados que comprovem a presença de tais alterações. Além disso, as fraturas mandibulares apresentam íntima relação com a presença dos terceiros molares inferiores retidos, sendo a presença destes responsável por um enfraquecimento ósseo, aumentando as chances de fraturas na região de ângulo de mandíbula. Portanto, a indicação para remoção profilática dos terceiros molares inferiores deve ser feita após avaliação dos riscos e benefícios da cirurgia (Duarte et al., 2011).

Quando não se optar pela remoção profilática do terceiro molar, Shetty et al (2010) recomendam acompanhamento radiográfico e clínico após os 21 anos do paciente, para que, possíveis patologias sejam detectadas precocemente.

3. METODOLOGIA

A presente monografia foi realizada durante o Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de março de 2015 à outubro de 2016.

O objetivo desta monografia foi relatar um caso de terceiro molar inferior direito retido em ramo mandibular, discutindo diferentes condutas, a fim de discutir quando é necessário intervir cirurgicamente ou realizar o acompanhamento clínico e radiográfico.

Este trabalho foi embasado em revisão de literatura obtida através de artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, pesquisados na internet através da base de dados do periódicos CAPES, disponibilizados pela Faculdade de Odontologia da UFRGS, Google Acadêmico e PubMed (publicados no período de 1988 a 2013). Foram usadas as palavras: terceiros molares retidos, terceiros molares impactados, acompanhamento de terceiros molares retidos, acompanhamento de terceiros molares impactados, tomografia computadorizada de feixe cônico e radiografia panorâmica.

4. RELATO DE CASO

Paciente G.B.A., sexo feminino, 18 anos, leucoderma, começou a cursar Odontologia no Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS em Agosto de 2010. Cerca de um ano depois, após conhecer a cronologia da erupção, sentiu a necessidade de realizar uma radiografia panorâmica, pois apresentava uma dúvida clínica sobre a ausência do seu dente 47, o qual nunca veio a erupcionar.

A primeira tomada radiográfica panorâmica analógica foi realizada no dia 14 de abril de 2011, no Centro de Radiologia Odontológica do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS (Figura 1). Pode-se observar que a paciente apresenta ausência do dente 47, discreta extrusão do 17 e germes dos dentes 18 e 28 em fase de formação coronária. Além disso, foi identificada a presença do dente 48 impactado na região de ramo mandibular, mesioangulado, com a porção radicular próxima do canal mandibular, com rizogênese incompleta e com provável ruptura da cortical óssea. A paciente foi orientada sobre a importância da colocação de implante na região do dente 47. E em relação ao dente 48, a paciente não quis realizar a remoção cirúrgica, pois não havia sintomatologia. Porém foi orientada sobre a importância de fazer radiografias de rotina para preservação.

No dia 26 de setembro de 2012 a paciente realizou a segunda tomada radiográfica panorâmica analógica, no mesmo Centro de Radiologia (Figura 2), na qual se percebeu impactação do dente 48 no ramo mandibular e uma maior verticalização do dente em relação a radiografia de 2011. Ápices em estágio final de formação radicular, com proximidade e gerando um desvio do trajeto do canal mandibular. O fóliculo pericoronário apresentava um leve espessamento quando comparado com o exame anterior. Não havia sintomatologia, a paciente decidiu continuar preservando o caso por meio de radiografias panorâmicas.

Em setembro de 2013 a paciente realizou a terceira tomada radiográfica panorâmica analógica, no mesmo Centro de Radiologia (Figura 3), onde se pôde perceber a impactação do dente 48 no ramo mandibular e verticalização

do mesmo, fechamento dos ápices com proximidade e desvio do trajeto do canal mandibular. A imagem do folículo pericoronário permanece similar à anterior. Como o quadro clínico continuava assintomático ao longo de três anos foi decidido, juntamente com um profissional da área da Radiologia Odontológica e Imaginologia realizar o acompanhamento por meio de radiografias panorâmicas a cada três anos. A paciente foi orientada à realizar o exame de imagem e avaliação clínica, antes deste período, caso apresentasse alguma sintomatologia dolorosa.

Nesta tomada radiográfica, também podemos observar que a paciente não foi informada sobre a importância da remoção dos brinços, pois os mesmos acabaram gerando artefato que se projetou na região superior de seio maxilar.

No dia 14 de Janeiro de 2016, a paciente realizou a quarta tomada radiográfica panorâmica digital no Centro de Radiologia Odontológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, (Figura 4), onde estava cursando Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia. Pode-se perceber que o dente 48 continuava impactado no ramo mandibular, verticalizado, com ápices fechados próximos do canal mandibular, causando o desvio do seu trajeto normal. Não havia espessamento do folículo pericoronário. Porém a paciente, neste período, relata sentir raramente uma dor em “apertamento” na região de ramo mandibular esquerdo. Portanto, foi decidido realizar uma TCFC para avaliar a posição do dente, a relação com o canal mandibular e as corticais ósseas.

A TCFC, foi realizada no dia 25 de Fevereiro de 2016, no Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) em Porto Alegre/RS. Avaliando o volume total adquirido, pode-se observar a presença do dente 48 retido em região anterior do ramo mandibular do lado direito, centralizado entre as corticais vestibular e lingual (cortes axiais – figura 6), sem abaulamentos. Observa-se ruptura parcial da cortical óssea que recobriria a porção lingual da coroa (cortes coronais – figura 5). O dente apresenta rizogênese completa das três raízes. Observa-se discreta curvatura do terço apical da raiz mesial para vestibular (cortes sagitais

– figura 7). O canal mandibular está situado entre as raízes do dente 48, em seu terço médio e centralizado entre as corticais ósseas (cortes coronais – figura 5).

Dada a situação, e por orientação profissional a paciente irá continuar preservando o caso por meio de radiografias panorâmicas de 3 em 3 anos.

Devemos destacar, também, que nas radiografias 1 e 3 a paciente não foi informada sobre a importância da remoção dos brincos, pois os mesmos geraram artefatos que se projetaram na região superior dos seios maxilares, onde podemos observar uma área radiopaca. Essas imagens, contudo, não interferiram na avaliação do dente em questão.

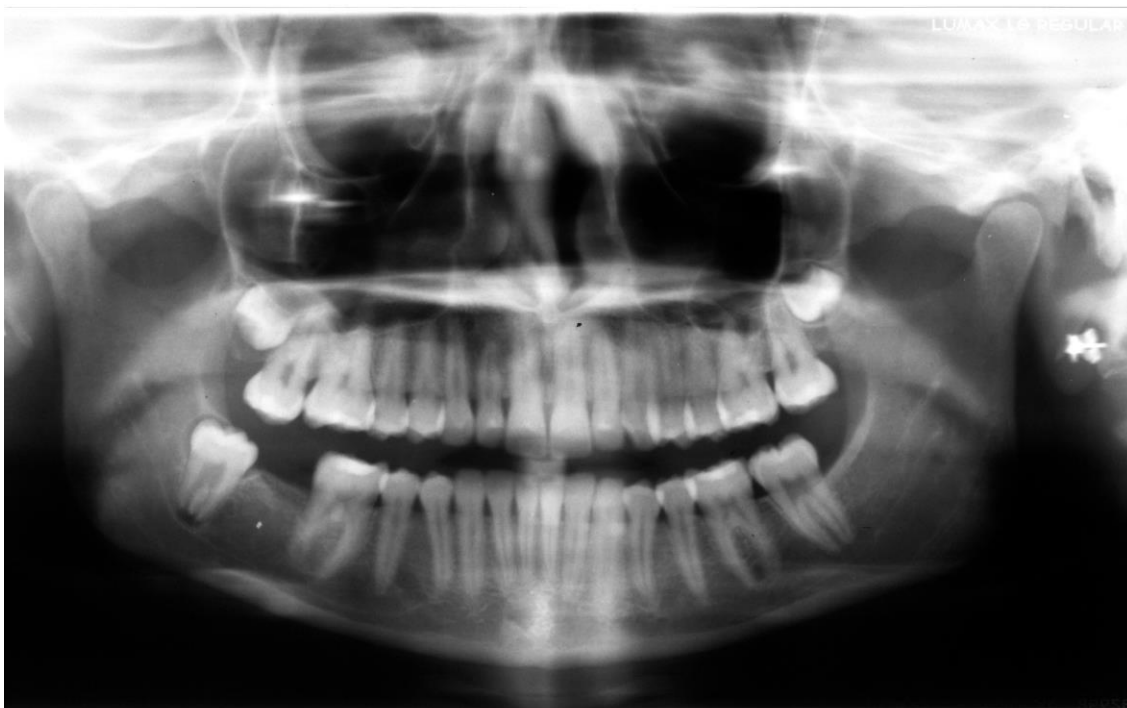


Figura 1: Radiografia panorâmica analógica (14/04/2011)



Figura 2: Radiografia panorâmica analógica (26/09/2012)



Figura 3: Radiografia panorâmica analógica (Setembro/ 2013)



Figura 4: Radiografia Panorâmica Digital (14/01/2016)

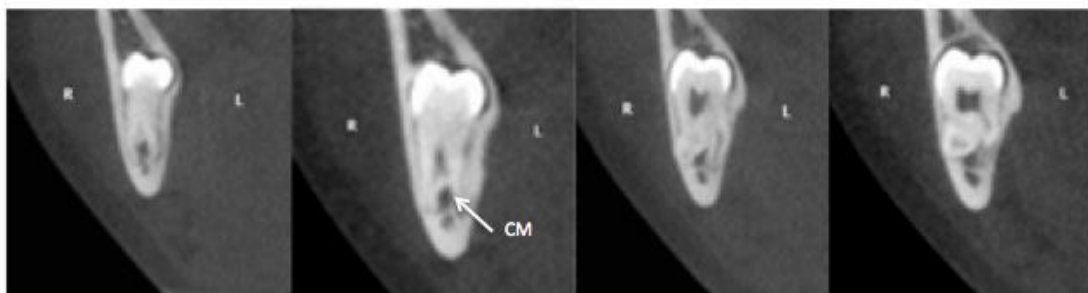


Figura 5: Cortes coronais da TCFC (25/02/2016)

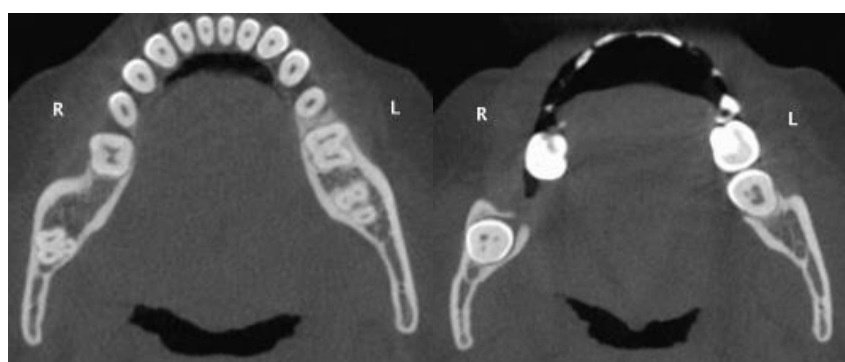


Figura 6: Cortes axiais da TCFC

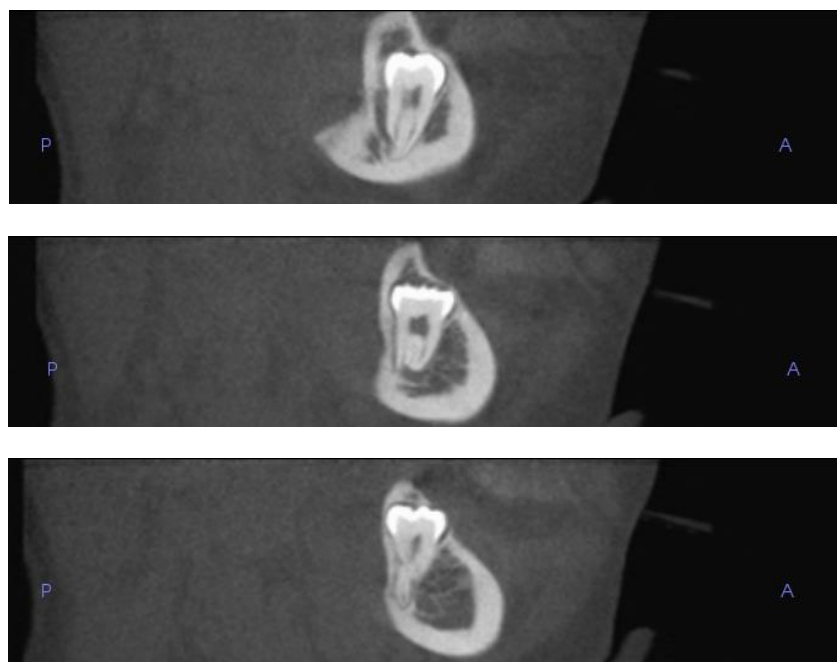


Figura 7: Cortes sagitais da TCFC



Figura 8: Reconstrução 3D

5 DISCUSSÃO

A paciente G.B.A. do caso apresentado tinha 18 anos quando foi diagnosticado o seu terceiro molar retido. Isto corrobora com outros estudos que relataram a prevalência maior nas faixas etárias dos 15-25 anos (GARCIA et al., 2000) (MARZOLA et al., 2006).

Em relação ao gênero, Dias-Ribeiro et al. (2008) concluíram em seu estudo que há uma maior prevalência de terceiros molares impactados em pacientes do sexo feminino (54%). No mesmo estudo, eles concluíram que a posição dentária mais encontrada nos terceiros molares impactados é a mesioangular (43,6%), características que podemos observar no relato de caso descrito anteriormente.

De acordo com Gomes et al. (2004), há uma dicotomia existente na literatura quanto à remoção profilática dos terceiros molares retidos. Porém, baseando-se na evidência da avaliação do potencial de complicações possíveis decorridas da permanência destes dentes, da indicação tardia da sua remoção e da atual praticidade do ato cirúrgico, pode-se concluir que a melhor conduta ainda é a remoção destes dentes em idade jovem. Isto vai ao encontro das informações obtidas neste trabalho, pois ao observar a primeira tomada radiográfica em 2011, o dente retido apresentava rizogênese incompleta e conseqüentemente não havia relação com o canal mandibular, o que poderia diminuir os riscos trans e pós-cirúrgicos que observamos atualmente.

Em relação aos sinais radiográficos que indicam a proximidade entre os terceiros molares inferiores impactados e o canal mandibular, em radiografias panorâmicas, a presença de uma faixa radiolúcida acima das raízes é a imagem mais associada com o contato direto entre as estruturas em questão (DELAMARE et al., 2012). Este achado foi observado nas radiografias panorâmicas do caso e após confirmado com a TCFC.

Na TCFC realizada no caso clínico supracitado podemos observar o íntimo contato entre as raízes do dente 48 e o canal mandibular. Chossegros et

al. (2002) destacaram as complicações em relação a proximidade das raízes com o canal mandibular. Esta característica foi primordial para que a decisão terapêutica de realizar somente o acompanhamento clínico e radiográfico do ñlokcaso fosse tomada.

Tantanapornkul et al. (2007), indica que a tomografia é significativamente superior às imagens radiográficas panorâmicas. Ou seja, esse estudo afirma a importância da realização da TCFC para que haja uma avaliação segura em relação ao dente e suas estruturas adjacentes. Foi solicitada a TCFC para a paciente do caso para uma avaliação mais detalhada da relação do terceiro molar retido com o canal mandibular e as corticais ósseas.

Define-se sintoma como uma indicação de doença ou distúrbio percebido pelo paciente, enquanto que sinal é uma indicação de doença percebida pelo profissional. Sinais ou sintomas referem-se a doença, e não há dúvidas quando se deve extrair um dente doente. Porém a remoção profilática dentes assintomáticos causa controvérsia. Ela, por definição, preveniria a doença. Mas, qualquer intervenção tem um custo associado, por isso deve ser escolhida com cuidado. O custo não somente financeiro, mas também deve-se considerar a morbidade: dor, dano aos ossos maxilares, danos aos tecidos nervosos e dentes adjacentes. Deve-se enfatizar que há custos e potenciais morbidades nos dois tipos de conduta, se o dente é deixado na posição em que está é possível que resulte em problemas como, por exemplo, subsequentes pericoronarites (LOPES, MUMENYA, FEINMANN, HARRIS, 1995). Assim como a remoção cirúrgica também pode deixar sequelas, eventualmente permanentes. Apesar de a paciente relatar sensação de “apertamento” na região de ângulo mandibular, este sintoma ocasional não interferiu na decisão de preservação do caso.

A indicação ou não da remoção dos terceiros molares inferiores retidos deve ser baseada na formação de cada profissional, além de avaliarem-se os riscos e benefícios de tal procedimento (CHUANG, PERROT, SUSSARLA, DODSON, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo havendo um aumento da quantidade de estudos relacionados a dentes retidos assintomáticos, ainda há controvérsias sobre qual conduta o cirurgião dentista deve tomar frente a esses dentes.

Após revisar a literatura e relatar o caso descrito anteriormente, foi possível chegar a conclusão de que tanto a alternativa de tratamento cirúrgico quanto a de não intervenção, são válidas. Cabe ao profissional escolher junto com seu paciente, qual a melhor conduta para cada caso, sempre levando em conta os riscos e os benefícios.

Em relação aos exames radiográficos, podemos concluir que a radiografia panorâmica é o exame mais realizado para cirurgia de terceiros molares. Porém a utilização da TCFC permite, nestes casos, um planejamento mais detalhado, através da visualização tridimensional, permitindo uma cirurgia com maior previsibilidade.

A escolha do exame radiográfico indicado deve sempre ser baseada no princípio ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*), onde o benefício da imagem para o planejamento do caso seja maior que o risco provocado pela exposição a radiação ionizante.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. C., et al. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molars – Revisão de Literatura. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, v.2, n.1, p. 27 - 44, jan/jun. 2012.

BUI, C.H.; SELDIN, E.B.; DODSON, T.B. Complications after third molar extraction. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 61, p. 1379-1389, 2003.

CASTRO, E.V.F.L.; CASTRO, A.L.; SALZEDAS, L.M.P.; JARDIM, P.T.C.; JARDIM, A.T.B. Agenesia e inclusão dental patológica: estudo clínico e radiográfico em pacientes. **Rev Fac Odontol Lins**, v. 18, n.1, p. 41-46, 2006.

CAVALCANTI, M. Cone beam computed tomographic imaging: Perspective, Challenges, and the impact of near-trend future applications. **J Craniofac Surg**, v. 23, p. 279-282, 2012.

CHANDLER, L.P.; LASKIN, D.M. Accuracy of radiographs in classification of impacted third molar teeth. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 46, n. 8, p. 656-660, 1988.

CHOSSEGROS, C.; GUYOT, I.; CHEYNET, F.; BELLONI, D.; BLANC J.L. Is lingual nerve protection necessary for lower third molar germectomy? A prospective study of 300 procedures. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 31, n. 6, p. 620-624, 2002.

CHUANG, S.K.; PERROT, D.H.; SUSSARLA, S.M.; DODSON, T.B. Age as a risk factor for third molar surgery complications. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 65, p. 1685-1692, 2007.

CURRAN, A.E.; DAMM, D.D.; DRUMMOND, J.F. Pathologically Significant Pericoronar Lesions in Adults: Histopatologic Evaluation. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 60, p. 613-617, 2000.

DELAMARE, E.L.; LIEDKE, G.S.; VIZZOTTO, M.B.; SILVEIRA, H.L.D.; AZAMBUJA, T.W.F; SILVEIRA, H.E.D. Topographic relationship of impacted third molars and mandibular canal: correlation of panoramic radiograph signs and CBCT images. **Braz J Oral Sci**, v. 11, n. 3, p. 411-415, 2012.

DIAS-RIBEIRO. E. et al. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n. 3, p. 203-209, 2008.

DUARTE, B.G. et al. Alterações patológicas e fraturas do ângulo mandibular justifi cam a extração profilática de terceiros molares inferiores?. **Rev Odontol UNESP**, v. 40, n. 2, p. 96-102, mar./abr., 2011.

DUDHIA, R. et al. Accuracy of angular measurements and assessment of distortion in the mandibular third molar region on panoramic radiographs. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, v.111, n. 4, p. 508-516, 2011.

GARCIA, R.R.; PAZA, A.O.; MOREIRA R.W.F.; MORAES M.; PASERI L.A. Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter. **Rev Fac Odontol Passo Fundo**, v. 5, n. 2, p. 31-36, 2000.

GARIB D. et al. Tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone beam): entendendo este novo método de diagnóstico por imagem com promissora aplicabilidade na Ortodontia. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 139-156, mar./abr. 2007

GOMES, A.C.A. et al. Terceiros Molares: o que fazer?. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.4, n.3, p. 137-143, jul./set. 2004.

GONDIM, C.R. et al. Prevalência de dentes retidos presentes em radiografias panorâmicas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.10, n.3, p. 85-90, jul./set. 2010.

GÜVEN, O.; KESKIN, A.; AKAL, Ü.K. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 29, p. 131-135, 2000.

JAMILEH, Y.; PEDLAR, J. Effect of clinical guidelines on practice for extraction of lower third molars: study of referrals in 1997 and 2000. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 41, p. 371-375, 2003.

LOPES, V.; MUMENYA, R.; FEINMANN, C.; HARRIS, M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 33, n. 1, p. 33-35, 1995.

MARINHO, S.A. et al. Avaliação da posição dos terceiros molares inferiores retidos em radiografias panorâmicas. **Robrac**, v.14, n.37, p. 65-68, 2005.

MARZOLA, C.; COMPARIN, E.; TOLEDO-FILHO, J.L. Third molars classifications prevalence in the cities of Cunha Porã, Maravilha and Palmitos in the northwest of Santa Catarina state in Brazil. **Rev Odonto Ciência**, v. 21, n. 51, p.55-66, 2006.

NEVILLE, B.W., et al. Anormalidades Dentárias In: **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 73-74.

SANTOS, C. et al. Assessment of variations of the mandibular canal through cone beam computed tomography. **Clinical Oral Investigations**, v.16, n.2, p.387-393, 2012.

SANTOS, T.S. et al. Relação topográfica entre o canal mandibular e o terceiro molar inferior em tomografias de feixe volumétrico. **Revista de Cirurgia e**

Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Camaragibe, v.9, n.3, p. 79 - 88, jul./set. 2009.

SEDEX CT PROJECT. Evidence Based Guideline. 2011.
www.sedentext.eu

SEZGIN, O. et al. Comparative dosimetry of dental cone beam computed tomography, panoramic radiography, and multislice computed tomography. **Oral Radiology**, v.28, n., p.32-37, 2012.

SHETTY, D.C.; AHUJA, P.; URS, A.B.; BABLANI, D.; PAUL, M. Epidemiological Status of Third-Molars – Their Clinical Implications. **J Oral Health Comm Dent**, v. 4, n. 1, p. 12-15, 2010.

TANTANAPORNKUL, W. et al. A comparative study of cone beam computed tomography and conventional panoramic radiography in assessing the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 103, n. 2, p. 253-259, 2007.

VENTÄ, I.; YLIPAAVALNIEMINI, P.; TURTOLA, L. Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 58, p. 288-291, 2001.

VIDOR, Márcia Machado. Importância Clínica da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico na Exodontia de Terceiros Molares Impactados. Relato de um Caso Clínico. 2013. 35 f. Monografia (Pós Graduação em Radiologia Odontológica e Imaginologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.