

Complicações pré-operatórias associadas á retenção dos 3^{os} molares inferiores

Pre-surgery complications associated with impactions of third inferior molars

*Ariadna Vecchi

*Fabrício S. Fernandes

*Francisca A. Gonçalves

**João Batista Burzlaff

***Aluí Oliveira Barbisan

****João Antônio Neto Caminha

RESUMO

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo verificar a freqüência das complicações relacionadas à retenção do terceiro molar inferior. **Materiais e métodos:** Os dados foram obtidos nos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Tratamento Buco-Maxilo-Facial do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no período de janeiro de 1996 a julho de 1999. O instrumento de coleta de dados é composto por itens referentes ao sexo, idade, raça, presença ou não de terceiro molar inferior retido, classificação das retenções e complicações associadas à retenção. Foram selecionados os casos de retenção dos terceiros molares inferiores (38 e 48), levantadas as complicações das retenções e realizada a relação destas com as variáveis sexo, idade, raça e classificação das retenções. **Resultados:** Detectou-se 366 dentes retidos, sendo 110 dentes com e 256 sem complicação. A pericoronarite foi a complicação mais freqüente para os dentes 38 (60%) e 48 (63%), seguida por cisto, rizólise e cárie. **Conclusões:** A pericoronarite foi a complicação predominante (61,8%) e o sexo feminino, nesses casos, foi o mais freqüente (58,8%). Considera-se a extração profilática como indicada para terceiros molares inferiores retidos.

UNITERMOS

Dentes retidos, cirurgia bucal, patologia bucal

INTRODUÇÃO

A retenção dentária, principalmente dos terceiros molares, apresenta-se como um problema de freqüência relevante que atinge indivíduos de todas as camadas sociais. Tetsch e Wagner (1985) relataram que em pacientes acima dos 20 anos de idade, 17% possuíam pelo menos um dente retido e que, dentre esses, cerca de 80% eram terceiros molares.

Tendo em vista a gravidade e o desconforto das complicações locais e sistêmicas relacionadas à retenção do terceiro molar, a literatura odontológica tem indicado a extração profilática do dente retido. Isso tão logo tenham sido estabelecidos critérios durante o diagnóstico que determinem a extração, garantindo a segurança do indivíduo.

O presente estudo tem por objetivo verificar a freqüência das complicações relacionadas à retenção do terceiro molar inferior a partir de dados obtidos nos prontuários de pacientes atendidos no Centro de Tratamento Buco-Maxilo-Facial do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no período de janeiro de 1996 a julho de 1999.

REVISÃO DA LITERATURA

A retenção, segundo Tetsch e Wagner (1985), ocorre quando o dente, chegando ao crescimento completo da raiz, não alcança o plano oclusal, tendo sua maior proporção entre os terceiros molares

Muitas vezes a retenção dos terceiros molares inferiores está associada a uma série de complicações, quando é indicada a extração profilática e, para tal, são utilizadas medidas de classificação quanto à posição do dente retido no interior da porção óssea. A angulação do terceiro molar retido em relação ao longo eixo do segundo molar encontra-se entre esses critérios, tendo-se o dente retido mesioangular quando este está inclinado em direção ao segundo molar em sentido mesial. Na inclinação mesial severa, o dente retido está horizontalizado e, na retenção vertical, o longo eixo do dente retido segue o mesmo sentido do longo eixo do segundo molar. Na retenção distoangular, o longo eixo do terceiro molar está distal ou posteriormente angulado em relação ao segundo molar (Peterson, 1993).

A classificação de terceiro molar inferior retido que está baseada na quantidade de dente retido que está coberto com o osso do ramo mandibular é denominada classificação

de Pell e Gregory (tratada como classes 1, 2 e 3 de Pell e Gregory). Neste caso, se o diâmetro mesiodistal da coroa está totalmente à frente da borda anterior do ramo da mandíbula, tem-se relação de classe 1. Se o dente estiver com cerca de sua metade coberta pelo ramo mandibular, o dente está em relação de classe 2 com o ramo; e, se o dente está completamente localizado dentro do ramo mandibular, tem-se relação de classe 3 (Peterson, 1993).

O método de classificação da retenção do terceiro molar inferior que mantém relação com o plano oclusal está relacionado com a profundidade do dente retido quando comparada com a altura do segundo molar adjacente e é conhecida como a classificação A, B e C de Pell e Gregory. Na retenção de classe A, a superfície oclusal do dente retido encontra-se nivelada ou quase nivelada com o plano oclusal do segundo molar. Uma retenção de classe B mostra a superfície oclusal do dente retido entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar. Finalmente, a retenção de classe C mostra a superfície oclusal do dente retido abaixo da linha cervical do segundo molar (Peterson, 1993).

Para Peterson (1993), se um terceiro

**Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FO-UFRGS, Mestre em Patologia Bucal pela FO-UFRGS.

***Professor Titular do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da FO-UFRGS.

****Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da FO-UFRGS.

molar inferior retido for deixado no espaço alveolar, podem ocorrer complicações futuras como a doença periodontal (porção distal do segundo molar) e a cárie dentária (face distal do segundo molar ou na superfície oclusal do terceiro molar retido). Outrossim, pode ocorrer a pericoronarite que se trata de uma infecção dos tecidos moles que circundam a coroa do dente retido, podendo estar associada a traumas oriundos da ação do terceiro molar superior sobre o opérculo do terceiro molar inferior ou à retenção alimentar abaixo do opérculo a qual sofrerá ação das bactérias. Ainda, segundo Leone, Edenfield e Cohen (1986), o terceiro molar inferior retido está mais susceptível à pericoronarite quando apresenta retenção vertical e está parcialmente coberto por tecido mole ou osso. Para Peterson (1993) e Burzlaf (1999), os sinais e sintomas comuns à pericoronarite são o edema e dor local, halitose, dificuldade de deglutição, úlcera de decúbito e, em alguns casos, trismo que podem ocorrer de modo suave ou evoluir para quadros mais intensos, nos quais é necessária a internação hospitalar quando os cuidados ambulatoriais não são suficientes.

A reabsorção radicular (rizólise), causada pela pressão do dente retido sobre a raiz do segundo molar, é outra complicação da retenção do terceiro molar inferior (Peterson, 1993). Conforme Azaz e Taicher (1982); Howe e Poyton (1960); Howe (1983) e Shafer, Hine e Levy (1984) as retenções horizontal e mesioangular do terceiro molar inferior retido podem significar um maior risco para a rizólise do segundo molar adjacente.

Outra complicação é a formação de cisto dentífero, o qual advém da degeneração cística do fóliculo dentário, quando este se encontra dentro do processo alveolar, junto ao dente retido. Este cisto pode alcançar grandes proporções quando não é devidamente acompanhado pelo profissional. Semelhante à ocorrência dos cistos, podem surgir os tumores odontogênicos, sendo o mais comum o ameloblastoma (Peterson, 1993).

Tendo em vista a importância das complicações relacionadas à retenção dos terceiros molares inferiores, pesquisadores em odontologia têm dedicado-se ao estudo da frequência com que estas complicações têm surgido. Eliasson, Heimdahl e Nordenram (1989), descobriram em radiografias de 644 pacientes, 1211 terceiros molares retidos. Espaços pericoronais ampliados patologicamente, indicando a presença de cisto dentífero, foram observados em 5 dos 477 maxilares e 43 dos 734 mandibulares terceiros molares retidos. Ademais, foi observada a reabsorção do segundo molar em 4 segundos molares

da maxila e 7 da mandíbula (adjacentes ao terceiro molar retido).

Song, Landes e Glenn (1997) referenciam um estudo no qual foi detectada a incidência de 10% de pericoronarite em 130 terceiros molares inferiores retidos. Também relatam um estudo no qual a frequência de formação de cistos dentíferos relacionados à retenção do terceiro molar foi de 44,7%, no entanto, outros estudos mostraram uma frequência de formação de cistos que variou de 0% a 11%. A reabsorção do segundo molar variou de 0% a 7%, enquanto que a incidência de periodontite variou de 1% a 4,5% em outras pesquisas.

Berge e Boe (1993) detectaram que a pericoronarite foi a complicação mais frequente com 2,12 pacientes com este problema em um mês de atendimento em consultórios odontológicos, seguida pela dor (1,03 pacientes), cárie (0,87 pacientes), doença periodontal (0,68 pacientes), cistos e tumores (0,08 pacientes) e outros como reabsorção do segundo molar (0,11 pacientes).

No estudo realizado por Osaki, Nomura e Hirota (1995) foram investigados 41 indivíduos e encontrados 26 casos de pericoronarite, 8 infecções secundárias de cisto dentífero, 4 abscessos perimandibulares com osteomielite localizada e 1 fistula de pele causada por periodontite crônica.

Lopes, Mumenya e Zeinmann (1995) analisaram 522 pacientes e constataram que a pericoronarite, pelo risco de reinfecção, é a mais comum indicação de remoção do terceiro molar inferior, com frequência de 196 (37,5%) pacientes. Na seqüência, encontraram dor não atribuída à infecção em 121 (23,2%) pacientes. A cárie do terceiro molar e dentes assintomáticos, foram indicações para 49 (9,4%) e 48 (9,2%) pacientes respectivamente. Por fim, encontraram as razões ortodônticas para 18 (3,4%), cistos em 10 (1,9%) e doença periodontal em 2 (0,4%) pacientes.

Koerner (1994) enfatiza quatro indicações para a remoção dos terceiros molares: a patologia ou dor existente devido a pericoronarite, periodontite, abscessos periapicais, cistos ou neoplasmas, reabsorção do segundo molar, inflamações; posições aberrantes; trabalhos odontológicos precedentes como na confecção de próteses removíveis ou fixas; discrepância do tamanho da arcada em casos nos quais o terceiro molar interfere na manutenção e estabilidade de trabalhos ortodônticos.

Outra pesquisa nesta linha foi desenvolvida por Bruce, Frederickson e Small (1980) objetivando verificar a razão pela qual foram extraídos terceiros molares em função da idade dos pacientes. Em tal pesquisa 1000 pacientes foram agrupados em 3 faixas etárias: abaixo de 25 anos, entre 25 e 35 anos e acima

de 35 anos. No grupo com idade abaixo de 25 anos as causas principais encontradas para a remoção foram: infecção pericoronar (32,7%), causas ortodônticas (32,7%) e dor (30,6%). Os pacientes com idade entre 25 e 35 anos apresentaram como causas mais comuns a infecção pericoronar (46,1%), dor (28,2%), problemas periodontais (19,7%) e protéticos (17,3%). Nos pacientes com mais de 35 anos, a razão principal para a remoção foi infecção pericoronar (40,6%), seguida por dor (29,3%), causas periodontais (24,8%), cáries (23,3%), razões protéticas (10,3%) e cistos e neoplasmas (13,3%). Nitzan (1983) realizou um estudo no qual verificava a relação entre a idade e a incidência de pericoronarite e detectou que esta infecção acontece principalmente na faixa etária entre 20 e 29 anos e muito raramente na idade acima dos 40 anos.

A extração profilática de terceiros molares retidos tem sido ponto de reflexão no que diz respeito aos seus benefícios e desvantagens. De modo geral, para Peterson (1993); Tetsch e Wagner (1985); Lopes, Mumenya e Zeinmann (1995); Osaki, Nimura e Hirota (1995); Neto, Luz e Santiago (1997), este procedimento é benéfico e deve ser realizado tão logo tenha sido feito o diagnóstico da retenção. Estes autores ainda ressaltam que, quanto mais jovem for o paciente no momento da cirurgia, menores serão os riscos de complicações pós-operatórias. Neto, Luz e Santiago (1997), concluem que a remoção dos terceiros molares retidos com pericoronarite, altera a microflora salivar, diminuindo sua patogenicidade. Quanto aos procedimentos ortodônticos, para Neto, Luz e Santiago (1997) e Richardson (1999), a remoção do terceiro molar não consiste da única solução para os problemas de apinhamento de dentes anteriores. A remoção de outros dentes como os pré-molares e segundo molar, podem também evitar a retenção do terceiro molar.

Por outro lado, Berge e Boe (1993); Eliasson, Heimdahl e Norderam (1989) e Song, Landes e Glenn (1997) abordam com cautela a extração profilática do terceiro molar retido. Segundo estes autores, deve-se fazer uma avaliação prévia aprofundada ao se decidir pela extração do dente retido, tendo em vista as complicações cirúrgicas e a possibilidade de erupção do dente.

MATERIAIS E MÉTODOS

O objeto de estudo da pesquisa são os prontuários dos pacientes encaminhados e submetidos à cirurgia no Centro de Tratamento Buco-Maxilo-Facial do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atendidos no período de janeiro de 1996 a julho de 1999. Esses prontuários são compostos por

um formulário principal e alguns documentos complementares, tais como radiografias, exames de laboratório e relatório do aluno. Tendo como base as informações contidas no prontuário dos pacientes e o objetivo da pesquisa, foi elaborado um instrumento de coleta de dados. Este instrumento contém os seguintes itens relativos aos pacientes: sexo, idade, raça, presença ou não de dentes 38 e 48 retidos, classificação dos dentes retidos e complicação associada à retenção.

Para a obtenção dos dados, primeiramente foram selecionados todos os casos de terceiros molares inferiores retidos existentes nos prontuários. Após a seleção dos casos a serem analisados, foram levantadas as complicações, os dados referentes ao sexo, à idade e à classificação das retenções dos dentes 38 e 48 retidos presentes nas radiografias e anotações do prontuário. A classificação dos dentes retidos foi realizada de acordo com a sua angulação (horizontal, vertical, mesioangular e distoangular), seu plano oclusal em relação ao segundo molar inferior (posição A, B ou C) e sua posição em relação ao bordo anterior do ramo mandibular (classe 1, 2 ou 3), todas essas classificações são denominadas de classificações de Pell e Gregory. Os dados concernentes à idade foram separados por faixas etárias, sendo elas: abaixo dos 25 anos de idade, entre 25 e 35 anos e acima de 35 anos. Por fim, a variável complicação foi analisada em função das variáveis classificação, idade, sexo e raça para os dentes 38 e 48 retidos separadamente.

RESULTADOS

Nos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no período de 1996 a 1999, foram detectados, conforme a Tabela 1, 366 dentes retidos, sendo 179 terceiros molares inferiores esquerdos (38) e 187 terceiros molares inferiores direitos (48). Dos terceiros molares inferiores retidos, 110 dentes apresentaram e 256 dentes não apresentaram complicação. Dentre os dentes 38 e 48 retidos foram encontrados, respectivamente, 52 (29%) e 58 (31%) dentes com complicação.

De acordo com a Tabela 2 verifica-se que a pericoronarite é, em ambos os dentes, a complicação mais freqüente, seguida pelo cisto, rizólise e cárie.

Considerando os dentes 38 retidos com complicação encontrou-se uma predominância de pericoronarite (60%) em relação às outras complicações (Figura 1).

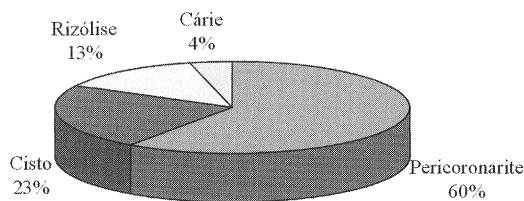


Figura 1 - Distribuição percentual das complicações do dente 38 retido, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

Relacionando-se as complicações encontradas no dente 38 retido com a sua classificação pela angulação (Figura 2) verificou-se que a retenção vertical predominou nos casos de pericoronarite (58%) e de cisto (58,3%). Nos casos de rizólise a retenção horizontal apareceu com maior freqüência (71,4%). A retenção mesioangular apareceu isolada nos casos de

cárie (100%).

Em relação a posição do dente 38 retido no ramo da mandíbula a classe 2 foi a mais freqüente nos casos de pericoronarite (76,6%), cisto (83,3%) e rizólise (57,1%). Nos casos de cárie somente a classe 1 foi detectada (100%), conforme a Figura 3. A classe 3 não apareceu associada a nenhuma complicação.

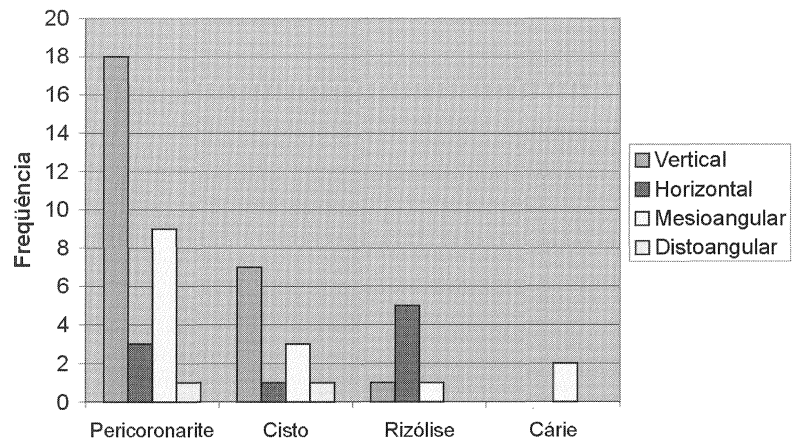


Figura 2 - Distribuição das complicações segundo a angulação do dente 38 retido, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

Dente Retido	Com Complicação		Sem Complicação		Nº de Dentes Retidos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
38	52	47	127	50	179	49
48	58	53	129	50	187	51
Total	110	100	256	100	366	100

Tabela 1 - Distribuição dos dentes 38 e 48 retidos segundo a presença ou não de complicação, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

Segundo a relação do dente 38 retido com a face oclusal do dente 37 a posição A sobressaiu-se nos casos de pericoronarite (67,7%) e rizólise (57,1%) e manteve a mesma frequência (41,6%) em relação à posição B nos casos de cisto, como mostrado na Figura 4. Nos casos de cárie, somente a posição A foi encontrada (100%).

A Figura 5 mostra a relação das complicações da retenção do dente 38 em função do sexo. O sexo feminino foi o mais frequente nos casos de pericoronarite (64,5%), cisto (75%) e rizólise (57,1%). Nos casos de cárie, os dois gêneros apresentaram a mesma frequência (50%).

A relação entre as complicações do dente 38 retido e a raça está apresentada na Figura 6, a qual indica o destaque da raça branca em todas as complicações (74,1% em pericoronarite, 83,3% em cisto).

Figura 4 - Distribuição das complicações segundo a posição do dente 38 retido em relação à face oclusal do dente 37, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

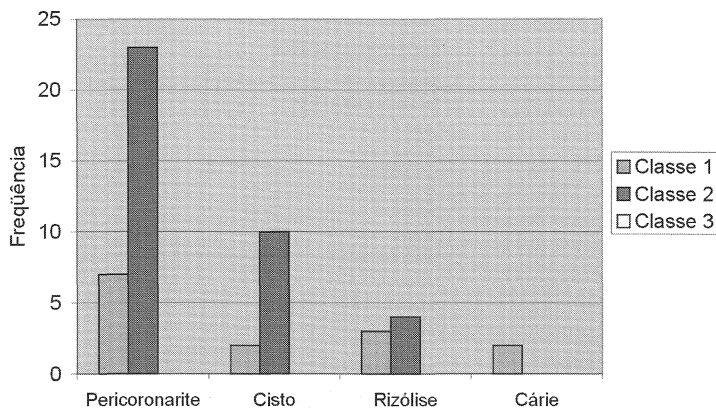


Figura 3 - Distribuição das complicações segundo a posição do dente 3 retido em relação ao ramo da mandíbula, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

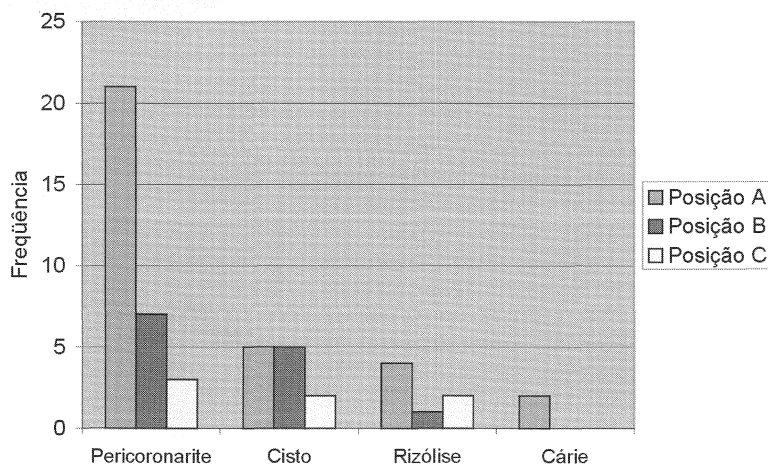


Figura 5 - Distribuição das complicações do dente 38 retido segundo o sexo, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

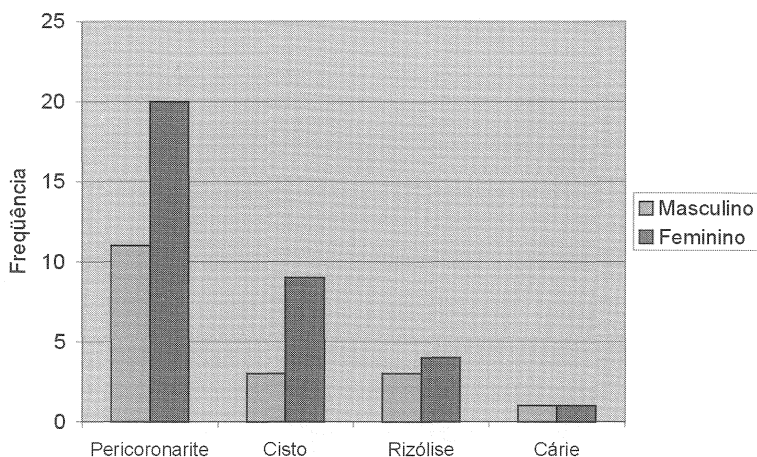
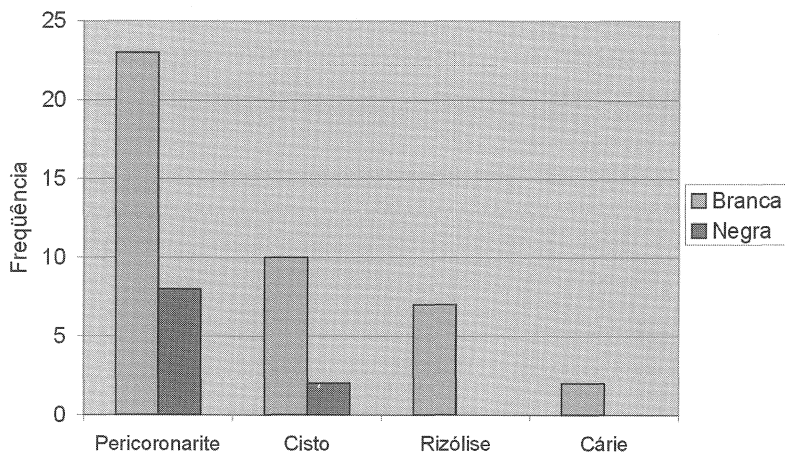


Figura 6 - Distribuição das complicações do dente 38 retido segundo a raça, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.



A Tabela 3 mostra a relação entre as complicações do dente 38 retido e a idade dos indivíduos distribuída em faixas etárias.

Constatou-se que as complicações ocorreram em maior frequência nos indivíduos com idade abaixo de 25 anos. Nos indivíduos com idade abaixo de 25 anos e entre 25 e 35 anos, a pericoronarite foi a complicação mais freqüente com 65% para a primeira e 50% para a segunda faixa etária. Entre os indivíduos com mais de 35 anos, os casos de cisto apresentaram frequência significativamente superior (67%). Para os dentes 48 retidos, conforme a Figura 7, ocorreu predominância dos casos de pericoronarite (63%) do total das complicações encontradas neste dente.

Assim como apresentado na Figura 8, observa-se o predomínio das retenções vertical (45,9%) e mesioangular (32,4%) nos casos de pericoronarite. Nos casos de cisto, a retenção mesioangular (66,6%) foi predominante. As retenções mesioangular e horizontal possuem a mesma frequência em casos de rizólise e cárie (50%).

A Figura 9 exibe a distribuição das complicações do dente 48 retido segundo sua posição em relação ao ramo da mandíbula. Ocorreu preponderância da classe 2 nos casos de pericoronarite (86,4%) e cisto (66,6%). Em rizólise, verifica-se igualdade de frequência nas classes 1 (50%) e 2 (50%).

A distribuição das complicações do dente 48 retido em função de sua posição em relação à face oclusal do dente 47 é apresentada na Figura 10. A posição A predominou nos casos de pericoronarite (56,7%) e rizólise (75%) e foi a única em casos de cárie (100%). A posição C apareceu com maior frequência nos casos de cisto (55,5%).

A relação entre as complicações do dente 48 retido e o sexo (Figura 11) mostra predomínio do sexo feminino nos casos de pericoronarite (54%) e rizólise (75%) e do sexo masculino em cisto (66,6%) e cárie (100%).

Complicação	<25		25-35		>35	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pericoronarite	24	65	6	50	1	33
Cisto	8	22	2	17	2	67
Rizólise	4	11	3	25	0	0
Cárie	1	3	1	8	0	0
Total	37	100	12	100	3	100

Tabela 3 - Distribuição da faixa etária segundo as complicações do dente 38 retido, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

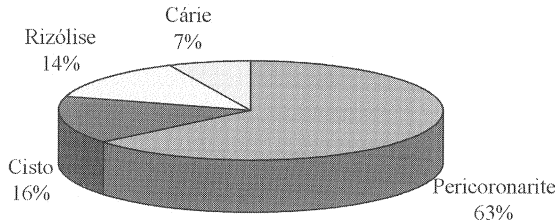


Figura 7 - Distribuição percentual das complicações do dente 48 retido, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

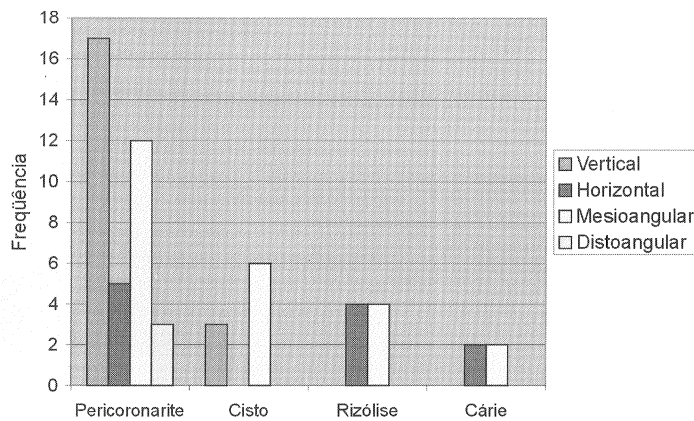


Figura 8 - Distribuição das complicações segundo a angulação do dente 48 retido, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

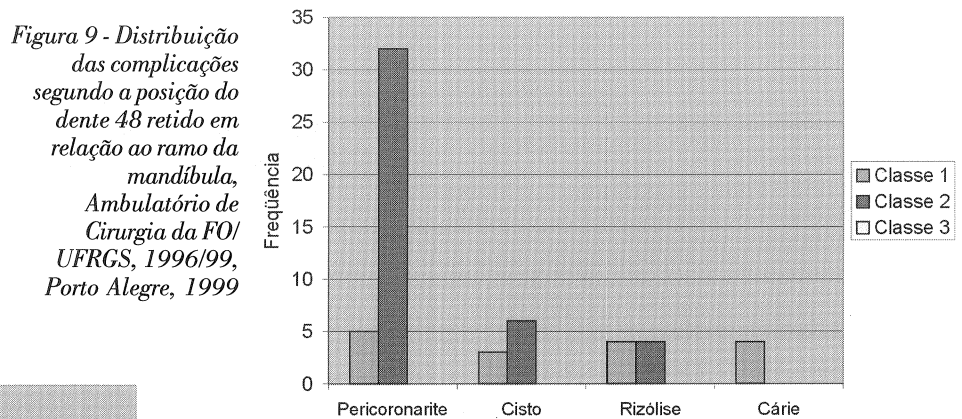


Figura 9 - Distribuição das complicações segundo a posição do dente 48 retido em relação ao ramo da mandíbula, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999

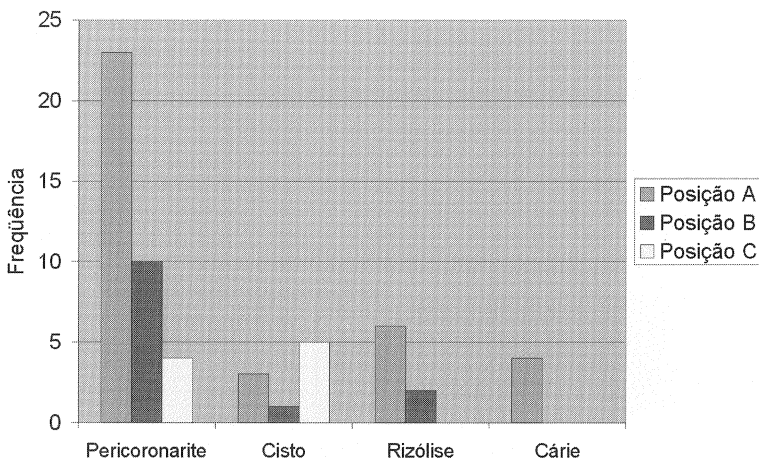


Figura 10 - Distribuição das complicações segundo a posição do dente 48 retido em relação à face oclusal do dente 47, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

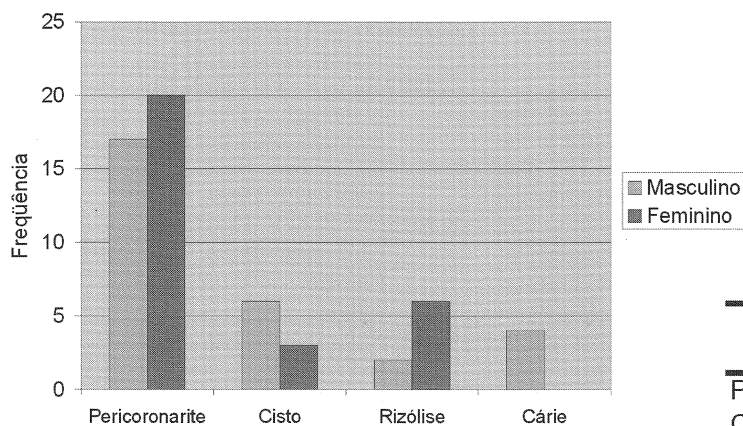


Figura 11 - Distribuição das complicações do dente 48 retido segundo o sexo, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

A Figura 12 apresenta a relação das complicações da retenção do dente 48 em função da raça. A raça branca prevaleceu nos casos de pericoronarite (83,7%), cisto (88,8%) e rizólise (100%). Houve preponderância da raça negra nos casos de cárie (75%).

A relação das complicações do dente 48 retido em função da idade, apresentada em faixas etárias, encontra-se na Tabela 4. Os indivíduos abaixo de 25 foram os que apresentaram o maior número de complicações. A pericoronarite foi a complicação mais freqüente em todas as faixas etárias (69% para <25 anos, 53% para entre 25 e 35 anos e 60% para >35 anos).

DISCUSSÃO

Peterson (1993) afirma que a retenção mesioangular é a mais comumente encontrada, seguida pela vertical. Contudo, na presente pesquisa constatou-se a inversão deste fato, quando se tem a retenção vertical em maior freqüência dentre os dentes retidos e com complicação (41%), seguida pela retenção pela mesioangular (35,4%). A retenção horizontal neste estudo ocorre em menor número (18,2%), mas não chega a ser rara como o colocado por esse autor. A retenção distoangular, como afirmado por este mesmo autor, também demonstrou ser rara neste estudo (5,4%). Confirmando o exposto por Azaz e Taicher (1982); Howe e Poyton (1960) e Shafer, Hine e Levy (1984) este estudo constatou uma maior freqüência de retenção horizontal e mesioangular (93,3%) nos casos de rizólise. Em pericoronarite foi verificado, assim como por Leone, Edenfield e Cohen (1986) maior freqüência da retenção vertical (51%).

Assim como em Berge e Boe (1993) (43,3%), Lopes, Mumenya e Zeinmann (1995) (37,5%) e Osaki, Nomura e Hirota (1995) (63,4%), bem como neste estudo (61,8%), a pericoronarite foi a complicação mais freqüente na retenção de terceiros molares. O cisto, encontrado na presente

Complicação	<25		25-35		>35	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pericoronarite	25	69	9	53	3	60
Cisto	6	17	2	12	1	20
Rizólise	4	11	4	24	0	0
Cárie	1	3	2	12	1	20
Total	36	100	17	100	5	100

Tabela 4 - Distribuição da faixa etária segundo as complicações do dente 48 retido, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

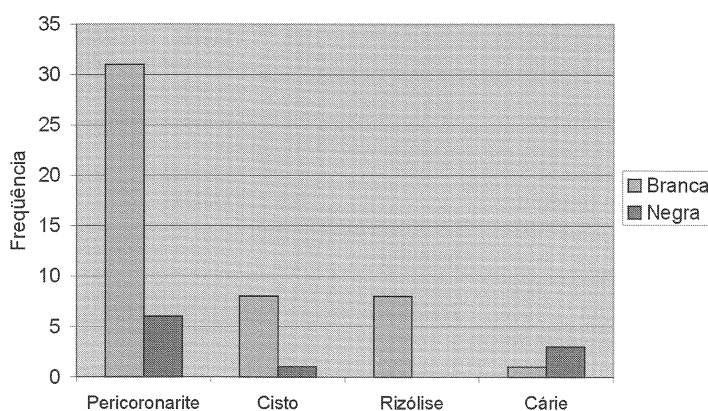


Figura 12 - Distribuição das complicações do dente 48 retido segundo a raça, Ambulatório de Cirurgia da FO/UFRGS, 1996/99, Porto Alegre, 1999.

pesquisa como o segundo em freqüência das complicações (19,1%), foi encontrado em primeiro por Eliasson, Heimdahl e Nordenram (1989) (5%), em quinto por Berge e Boe (1993) (1,6%), em sexto por Lopes, Mumenya e Zeinmann (1995) (1,9%) e em quarto por Koerner (1994). A rizólise, terceira em freqüência neste estudo (13,7%), é citada por Eliasson, Heimdahl e Nordenram (1989) como a segunda em freqüência (0,9%), como a sexta juntamente com outras complicações por Berge e Boe (1993) (2,24%) e em quarto por Koerner (1994). A cárie que aparece em quarto em freqüência neste estudo (5,4%) foi citada em terceiro por Berge e Boe (1993) (17,7%) e por Lopes, Edenfield e Cohen (1986) (9,4%). A dor, nesta pesquisa e no trabalho de Koerner (1994), manifestou-se associada aos casos de pericoronarite, enquanto que nos estudos de Berge e Boe (1993) e Lopes, Edenfield e Cohen (1986) apareceu isolada entre as complicações encontradas.

Considerando a pericoronarite nos

dentes 38 e 48, foi detectado neste estudo, que esta foi a complicação mais comum em todas as faixas etárias, o que também pôde ser verificado no estudo realizado por Bruce, Frederickson e Small (1980). Semelhante ao estudo de Nitzan (1983), foi encontrado nesta pesquisa, dentre as três faixas etárias, que a pericoronarite ocorreu principalmente nos indivíduos abaixo de 25 anos (65% em dentes 38 e 69% em dentes 48), exceto na faixa etária acima de 35 anos onde prevaleceu os casos de cisto (67%) para o dente 38.

A extração profilática recomendada por Peterson (1993); Lopes, Mumenya e Zeinmann (1995); Osaki, Nomura e Hirota (1995); Neto, Luz e Santiago (1997) e tratada com cautela por Berge e Boe (1993); Eliasson, Heimdahl e Nordenram (1989) e Song, Landes e Glenney (1997) pode ser considerada, a partir deste estudo, como benéfica ao prevenir as complicações pré-operatórias, tendo em vista que, se os 110 dentes com complicação tivessem sido extraídos profilaticamente, as complicações

não teriam acontecido. Além disso, como na maioria dos casos os pacientes eram jovens, o risco de complicação pós-operatória estava reduzido, não somente pela ausência de quadros patológicos, mas também pelo fato do tratamento cirúrgico ser realizado antes da formação do terço apical da raiz, favorecendo o trans-operatório. No entanto, anterior à extração profilática, é recomendável que se defina a necessidade ou não do tratamento cirúrgico, considerando a possibilidade da erupção e funcionalidade do dente retido.

CONCLUSÕES

A partir dos achados deste estudo pode-se concluir, para os terceiros molares inferiores retidos, que:

-A pericoronarite foi a complicação mais freqüente (61,8%), sendo que nos dentes com esta complicação, a retenção vertical predominou com 51,4%, estando presente em 58% dos dentes 38 e 45,9% dos dentes 48 retidos. Nos casos de cisto houve uma predominância de retenção vertical (47,6%) e mesioangular (42,8%) sobre as demais retenções.

-Com relação à posição do dente retido no ramo da mandíbula, a classe 2 predominou entre os dentes com complicação (71,8%), sendo mais freqüente nos casos de pericoronarite (80,8%) e rizólise (66,6%).

-No que concerne a posição do terceiro molar inferior retido em relação à face oclusal do segundo molar, a posição A foi predominante entre os dentes com complicação (61,8%), ocorrendo com maior freqüência nos casos de pericoronarite (64,7%) e rizólise (66,6%).

-No que diz respeito ao sexo, o sexo feminino ocorreu com maior freqüência nos casos de pericoronarite (58,8%) e cisto (57,1%), sendo discretamente predominante nos casos de rizólise (66,6%). Por outro lado, nos casos de cárie, houve predominância do sexo masculino (83,3%).

-As complicações foram predominantes nos indivíduos com idade abaixo dos 25 anos (66,3%), sendo que nesta faixa etária, a complicação mais freqüente foi a pericoronarite (67,12%). Os casos de cisto foram significantes (37,5%) para os indivíduos acima de 35 anos.

-Tendo em vista os achados desta pesquisa, pode-se considerar a extração profilática como indicada para terceiros molares inferiores retidos uma vez que o diagnóstico precoce da retenção pode evitar o estabelecimento de complicações (30% do total de dentes pesquisados), tais como pericoronarite (66,3% na faixa etária < que 25 anos), cisto dentífero (37,5% na faixa etária > 35 anos) e rizólise (24% na faixa

etária entre 25 e 35 anos).

SUMMARY

The objective of this study is to verify the frequency of the complications related to the retention of third inferior molars. The data were obtained on the patient records from the the Oral and Maxillofacial Treatment Center of the Surgery and Orthopedics Department of the Dentistry College of the Federal University of Rio Grande do Sul. The items examined were sex, age, race, presence or absence of retained third inferior molars, retention classification and complications associated with the retention. The cases of the third inferior molar retention were selected, and the complications related to the retention were collected and related with sex, age, race and retention's classification. 366 teeth were detected. There were 110 cases with complications and 256 without. Pericoronaritis was the most frequent complication found, related to tooth 38 (60%) and tooth 48 (63%), followed by cyst, root resorption and caries. Pericoronaritis was the predominant complication (61.8%) being more frequent in females (58.8%). The prophylactic extraction of third inferior molars is considered the recommended treatment.

KEYWORDS

Unerrupted teeth, oral surgery, oral pathology

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZAZ, B.; TAICHER, S. Indications for the removal of the mandibular impacted third molar. *JCDA*, n.48, p.731-734, 1982.
2. BERGE, T. I.; BØE, O. E. symptoms and lesions associated with retained or partially erupted third molars: some variables of third-molar surgery in Norwegian General Practice. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v.51, n.2, p.115-121, 1993.
3. BRUCE, R. A.; FREDERICKSON, G. C.; SMALL, G. S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J. Amer. Dent. Assoc.*, Chicago, v.101, p.240-243, 1980.
4. BURZLAFF, J. B. **Complicações das retenções dentárias**. Porto Alegre: UFRGS, Faculdade de Odontologia, 19.09.1999. Aula proferida no Curso de Odontologia da UFRGS.
5. ELIASSON, A.; HEIMDAHL, A.; NORDENRAM, A. Pathological changes related to long-term impaction of third molars. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, Copenhagen, v.18, n.4, Aug. 1989.

6. HOWE, G. L. **Minor oral surgery**. 3.ed. Bristol: Wright, 1983.
7. HOWE, G. L.; POYTON, H. G. Prevention of damage to the inferior dental nerve during the extraction of mandibular third molars. *Brit. Dent. J.*, London, n.109, p.355-417, 1960.
8. KOERNER, K. R. The Removal of impacted third molar. *Dent. Clin. North Am.*, Chicago, v.38, n.2, p.255-278, Apr. 1994.
9. LEONE, S. A.; EDENFIELD, M. J.; COHEN, M. E. Correlation of acute pericoronaritis and the position of the mandibular third molar. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, n.62, p.245-294, 1986.
10. LOPES, V.; MUMENYA, R.; ZEINMANN, C. et al. Third molar Surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, London, v.33, n.1, p.33-35, Feb. 1995.
11. NETO, J. S.; LUZ, J. G. C.; SANTIAGO, J. L. Terceiro molar retido: indicações e benefícios da sua remoção. *Rev. Bras. Cir. Implant.*, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.27-43, Out. 1997.
12. NITZAN, D. W. On the genesis of dry socket. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, London, n.42, p.706-715, 1983.
13. OSAKI, T.; NOMURA, Y.; HIROTA, J. et al. Infections in elderly patients associated with impacted third molars. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endo.*, St. Louis, v.79, n.2, p.137-141, Feb. 1995.
14. PETERSON, L. J. Normas de conduta em dentes impactados. In: PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R. et al. (Eds.). **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. Cap.9, p.201-223.
15. RICHARDSON, M. E. Prophylactic extraction of lower third molars: setting the record Straight. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.*, St. Louis, v.115, n.1, p.17-18, Jan. 1999.
16. SHAFER, W. G.; HINE, M. R.; LEVY, B. M. **A textbook of oral pathology**. 4.ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1984.
17. SONG, F.; LANDES, D.; GLENNY, A. et al. Prophylactic removal of impacted third molars an assessment of published reviews. *Br. Dent. J.*, London, v.182, n.9, p.339-346, May. 1997.
18. TETSCH, P.; WAGNER, W. **Operative extraction of Wisdom Teeth**. Londres: Wolfe Medical Publications, 1985. 155p.