

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



**DENTES RETIDOS ASSINTOMÁTICOS DEVEM RECEBER TRATAMENTO
CIRÚRGICO? REVISÃO DA LITERATURA**

PEDRO GATTERMANN TORRES

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS EDUARDO ESPÍNDOLA BARALDI

PORTO ALEGRE, 2011

PEDRO GATTERMANN TORRES

**DENTES RETIDOS ASSINTOMÁTICOS DEVEM RECEBER TRATAMENTO
CIRÚRGICO? REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial à obtenção de título de
Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. CARLOS EDUARDO ESPÍDOLA BARALDI

Porto Alegre, junho de 2011.

PEDRO GATTERMANN TORRES

**DENTES RETIDOS ASSINTOMÁTICOS DEVEM RECEBER TRATAMENTO
CIRÚRGICO? REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso defendido e aprovado em junho de 2011, em sua
forma final pelo professor orientador e pelos membros da banca
examinadora.

PROF. DR. CARLOS EDUARDO ESPINDOLA BARALDI - Orientador

Banca Examinadora

PROF. DR. FERNANDO NEVES HUGO

PROF. DR. MARCEL FASOLO DE PARIS

RESUMO

Introdução: dente retido é aquele que não conclui seu processo de irrompimento no período esperado para tal. Quando não há sinais ou sintomas relacionados ao dente retido, como infecções recorrentes, reabsorção da raiz de um dente vizinho ou lesões proliferativas, as possíveis condutas são controversas. O objetivo dessa revisão da literatura foi revisar estudos publicados que possam auxiliar tanto o clínico quanto o especialista na indicação de tratamento ou não. **Materiais e métodos:** foram revisadas as principais bases de dados, selecionando estudos sobre incidências de complicações identificadas clínica ou radiograficamente em casos de não tratamento de dentes retidos assintomáticos, assim como registros de alteração da estratégia de não tratamento para tratamento, assim como alterações clínicas, radiográficas ou histopatológicas relacionadas aos tecidos pericoronários removidos dos pacientes tratados cirurgicamente. **Considerações:** a leitura dos artigos permitiu observar que as metodologias empregadas nos estudos não suportam a tomada de decisão clínica. Os argumentos a favor da extração de dentes retidos assintomáticos (possibilidade de desenvolvimento de patologias, morbidade cirúrgica menor em pacientes jovens e traumatismos cirúrgicos pouco frequentes) não estão plenamente compreendidos ou quantificados. Foi constatado que a incidência de lesões patológicas não é tão frequente, assim como a morbidade relacionada aos dentes retidos em pacientes mais velhos. A frequência de complicações cirúrgicas encontrada foi maior do que o esperado. Os dados disponíveis suportam tanto a alternativa de tratamento quanto a de não intervenção em dentes retidos assintomáticos, ficando a decisão a critério subjetivo do profissional e do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Impacted/unerupted teeth RCTs; Impacted/unerupted teeth case-control study; Impacted/unerupted teeth decision making; Impacted/unerupted teeth evidence based study; Asymptomatic third molar/wisdom teeth extraction.

ABSTRACT

Introduction: impacted teeth are those which did not completed eruption along the period expected for it. When there isn't any sign of pathology, such as recurrent infections, root resorption of an adjacent tooth, or proliferative pathoses, treatment or not may be controversial. The purpose of this study is to help the professional to make his choice, by reviewing the literature and finding the parameters to ease the decision to choose between intervention and nonintervention. **Materials and methods:** Studies, from major data bases, that were about the incidence of clinical and radiographic complications in cases of nonintervention of asymptomatic impacted teeth, and the clinical, radiographic and histopathological changes associated to pericoronal tissues from surgical treated patients, were selected to this review. **Final considerations:** After the review of the literature, it became possible to conclude that arguments of those in favor of prophylactic removal of impacted teeth (the possibility of development of pathology, lower surgical morbidity in younger patients, and few surgical injury), are misunderstood. The incidence of pathological changes is low, such as the morbidity of impacted teeth in older patients. The frequency of surgical injuries is bigger than expected. But either nonintervention or intervention, are valid choices. The professional, with his patient, must choose which one is the best for the case.

KEY-WORDS: Impacted/unerupted teeth RCTs; Impacted/unerupted teeth case-control study; Impacted/unerupted teeth decision making; Impacted/unerupted teeth evidence based study; Asymptomatic third molar/wisdom teeth extraction.

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	7
3 METODOLOGIA.....	8
3.1 CRITÉRIOS PARA A AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS NESTA REVISÃO...	8
3.1A TIPOS DE ESTUDO.....	8
3.1B TIPOS DE PARTICIPANTES.....	8
3.1C TIPOS DE MEDIDAS DE RESULTADOS.....	8
3.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS.....	9
3.3 BASES DE DADOS REVISADA.....	9
3.4 IDIOMA.....	9
3.5 BUSCA MANUAL.....	9
3.10 LINHA DE PESQUISA.....	10
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
5 DISCUSSÃO.....	22
6 CONSIDERAÇÕES.....	27
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Define-se dente retido como aquele que não conclui seu processo de irrompimento no período esperado para tal. As retenções mais frequentes são as dos terceiros molares - dentes de pouco valor funcional e com relevante frequência de sintomas e doenças associadas (Silvestri, Singh, 2003). Aproximadamente 65% da população têm pelo menos um terceiro molar retido aos vinte anos de idade (Sands, Pynn, Nenniger, 1993).

Na prática da odontologia é comum encontrarmos portadores de dentes retidos assintomáticos como achado radiográfico. A discussão sobre remover esses elementos dentários, indicações, riscos e prognóstico cirúrgico são tema de discussão no meio científico e sistemas de saúde.

Quando não há sinais ou sintomas relacionados ao dente retido, como infecções recorrentes, reabsorção da raiz de um dente vizinho ou lesões proliferativas, as possíveis condutas são controversas. Há que se avaliar os benefícios da cirurgia frente a seus riscos, tais como infecção pós-operatória, perda de tecido ósseo, lesão aos dentes vizinhos, parestesias pós-operatórias, além da condição sistêmica do paciente. Também há que se considerar os valores culturais e psicológicos do paciente frente à cirurgia, bem como o acesso e custeio ao tratamento. Além disso, cabe discutir a frequência e a severidade de complicações ao longo da vida do indivíduo, relacionadas ao dente retido, em caso de não tratamento. Tal discussão baseia-se em achados de pacientes adultos sem sintomatologia ou sinais indicadores de alterações relacionadas aos dentes retidos. Ainda relevante é a oportunidade de tratamento em idade adequada – final da adolescência ou início da vida adulta. Sabe-se que pacientes mais jovens apresentam menor morbidade local e sistêmica perante a cirurgia.

Pensando no paradigma atualmente proposto de basear a prática odontológica no melhor conhecimento científico disponível, há que se investigar e fomentar o acúmulo de conhecimento através da pesquisa científica (Susin, Rösing, 1999). Dentro deste paradigma, surge um problema de pesquisa: qual a conduta melhor embasada frente a dentes retidos assintomáticos?

2 OBJETIVOS

Compilar estudos sobre desfechos relacionados ao não tratamento ou ao tratamento de dentes retidos assintomáticos publicados nas principais bases de dados disponíveis.

3 METODOLOGIA

3.1. Critérios para a seleção dos estudos nesta revisão

3.1A. Tipos de Estudos

Metanálises, ensaios clínicos, estudos de caso-controle, estudos de coorte, estudos transversais, quase-experimentos, consensos entre especialistas.

3.1B. Tipos de participantes

Pacientes adolescentes e adultos portadores de dentes retidos, submetidos ou não a tratamento cirúrgico. Pacientes adolescentes e adultos que apresentaram complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico.

3.1C. Tipos de medidas de resultado.

Incidência de complicações identificadas clínica ou radiograficamente em casos de não tratamento cirúrgico. Registros de alteração da estratégia de não tratamento para tratamento. Alterações histológicas relacionadas aos tecidos pericoronários removidos dos pacientes tratados cirurgicamente. Alterações clínicas e radiográficas relacionados aos dentes retidos tratados cirurgicamente.

3.2. Estratégia de busca para identificação dos estudos

Para identificação dos estudos incluídos nesta revisão, ou considerados para a mesma, foi seguida estratégias de busca para cada base de dados consultada. Utilizamos a combinação de unitermos:

1. Impacted/unerupted teeth RCTs
2. Impacted/unerupted teeth case-control study
3. Impacted/unerupted teeth decision making
4. Impacted/unerupted teeth evidence based study
5. Asymptomatic third molar/wisdom teeth extraction

3.3. Base de dados revisada

Registro da Biblioteca Cochrane (1967 até julho de 2010).

PUBMED (1967 até fevereiro de 2011).

3.4. Idiomas

Inglês.

3.5. Busca Manual

Tendo acesso aos artigos encontrados por meio eletrônico, buscamos referências citadas em suas bibliografias que pareceram de interesse a esta revisão.

3.6. Linha de Pesquisa

Biomateriais e técnicas terapêuticas em Odontologia

4 REVISÃO DE LITERATURA

Diversos modelos de estudos foram encontrados na literatura. Para melhor entendimento os estudos tais foram separados em sub-itens. Em cada sub-item, os estudos foram preferencialmente organizados de forma cronológica.

ESTUDOS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AOS DENTES RETIDOS

Nitzan, Keren e Marmary (1981) estimaram que a frequência de reabsorção da raiz do segundo molar devido à retenção do terceiro molar é de 7,5% - no estudo com 199 retenções foram encontradas 15 reabsorções. Todos os casos ocorreram em pacientes com menos de 31 anos (entre 21 e 30 anos) – o autor concluiu que reabsorções em pacientes acima dos 30 anos são raras.

Knutsson e colaboradores (1996) analisaram 666 questionários respondidos por cirurgiões bucomaxilofaciais logo após removerem terceiros molares, junto aos questionários foram agregadas informações de possíveis patologias associadas ao dente. Pericoronarite foi encontrada em 64% dos casos; cárie no terceiro molar em 31%; periodontite em 8%; cárie no segundo molar em 5%; e reabsorção da raiz do segundo molar em 1% dos casos. A chance de desenvolvimento de algum tipo de doença foi 22-34 vezes maior em dentes parcialmente cobertos por tecido mucoso do que em dentes totalmente cobertos por tecido mucoso e/ou ósseo.

Güven, Keskin e Akal (2000) estudaram a incidência de desenvolvimento de cistos e tumores provenientes de terceiros molares retidos e sua relação com a remoção assintomática dos mesmos. Foram utilizados para pesquisa dados referentes a 9994 terceiros molares extraídos no Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Ankara entre 1986 e 1996, de 7582 pacientes com idades entre 14 a 67 (média de 28,7) anos. Cento e setenta e nove pacientes apresentaram sintomas (dor e salivação) relacionados tanto a lesões císticas quanto a lesões neoplásicas; 3782 pacientes relataram sintomas (dor e sangramento) relacionados à pericoronarite; e 3621 pacientes eram assintomáticos. Houve 231

cistos (2,31%) e 79 tumores (0,79%), sendo dois malignos (0,02%). Dos 231 pacientes que apresentaram lesões císticas associadas ao terceiro molar, 97 (42%) eram mulheres e 134 (58%) homens – com idades entre 19 a 67 (média 33,9) anos. Em relação à diferença entre a prevalência dos cistos na maxila ou na mandíbula foi de 32% contra 68%, respectivamente. Dos 231 cistos, 215 (93%) eram dentígeros e 16 (7%) ceratocistos. Entretanto atualmente pode-se considerar o ceratocisto como um tumor, ao acrescentá-lo junto com a taxa de prevalência dos tumores, elevar-se-ia a mesma para 0,95%.

Ainda neste estudo (GÜVEN, KESKIN E AKAL, 2000), nos pacientes que apresentaram tumores associados ao terceiro molar retido, a proporção se inverteu em relação ao gênero, sendo 46 (58%) para mulheres e 33 (42%) homens, com idades entre 14 a 52 (média de 30,6) anos. Seis tumores (8%) se localizavam na maxila, enquanto 73 (92%) na mandíbula, na seguinte proporção: 41 (52%) ameloblastomas, 15 (19%) mixomas odontogênicos, 11 (14%) fibromas odontogênicos, 1 carcinoma de células escamosas e 1 fibrosarcoma. No mesmo período de amostragem dos dentes retidos, estes autores descreveram o tratamento de 1080 cistos, sendo 985 odontogênicos (91,2%); 23,5% destes associados a terceiro molar retido. Também no mesmo período, 630 tumores foram tratados, sendo 212 odontogênicos (33,7%) sendo 37,3% associados a terceiros molares retidos (GÜVEN, KESKIN E AKAL, 2000).

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

Curran, Damm e Drummond (2002) realizaram um estudo retrospectivo histopatológico com 2646 lesões de dentes retidos extraídos. Reportaram 67,1% de folículos pericoronários sadios e 32,9% dos casos algum tipo de lesão – 673 cistos dentígeros (28,4%); 71 ceratocistos (2,68%); 19 odontomas (0,7%); 13 ameloblastomas (0,5%); 6 carcinomas (0,23%); 6 cistos odontogênicos calcificantes (0,23%); 4 tumores odontogênicos epiteliais calcificantes; e um mixoma odontogênico (0,04%). A relação entre doença e idade também foi encontrada, o grupo que apresentou o maior número de lesões patológicas teve média de 37,2 anos, e o grupo com menos lesões patológicas encontradas teve média de 30,5 anos.

Chu e colaboradores (2003) estudaram 7486 fichas clínicas e radiografias panorâmicas de pacientes, que foram atendidos no Prince Philip Dental Hospital, com pelo menos 17 (média de 39,6) anos para inclusão, avaliando número e tipo de retenção dentária e a presença de patologias associadas. Encontraram 2115 (28,3%) pacientes possuindo pelo menos um

dente retido, sendo terceiros molares os mais encontrados (27,8%), mais prevalentes entre 20-29 anos (55,1%). Aproximadamente 9% dos segundo molares inferiores adjacentes possuíam perda óssea na face distal maior do que cinco milímetros, sendo essa, a patologia mais comum encontrada. Já cárie na distal do segundo molar teve prevalência de 7%. Em relação ao segundo molar superior, apenas 13 dos 600 dentes tiveram cárie na superfície distal ou perda óssea maior que cinco milímetros. Patologias mais graves como ameloblastoma (4 casos), cisto dentígero (9 casos), ceratocisto (4 casos), cisto radicular (7 casos) e carcinoma (1 caso), foram raros, com somatório de prevalência de 0,8%. Vinte nove por cento dos pacientes (610 de 2081) apresentaram sintomas nos terceiros molares.

Sabe-se que dentes retidos e impactados podem causar a reabsorção do elemento adjacente, com base em relatos de casos e estudos de frequência de complicações associadas a dentes retidos. Contudo, a incidência deste fenômeno não parece respeitar fatores locais que permitam previsão de sua ocorrência. Alguns estudos mostraram que a taxa de reabsorção radicular do segundo molar pode variar entre zero e 9,5% (NITZAN, KAREN E MARMARY, 1981; KAHL, GERLACH E HILGERS, 1994; SEWERIN E VON WOWERIN, 1990; AHLQWIST E GRONDAHL, 1991). Stanley e colaboradores (1988) comentaram ser difícil saber se a área radiolúcida adjacente ao terceiro molar retido está relacionada à cárie ou reabsorção radicular. Agruparam seus achados e chegaram a uma prevalência de 3,1%, entre 3702 dentes retidos, de sinais de reabsorção radicular. Entretanto, Chu e colaboradores (2003) encontraram uma prevalência de 0,4%, e acreditam que o cemento hígido pode por si só neutralizar a “pressão” exercida pelo dente retido adjacente.

Ainda Chu e colaboradores (2003) encontraram a prevalência do aumento do espaço pericoronário em mais de 4 mm em terceiros molares retidos não maior do que 1% em sua amostra, aumentando em pacientes com mais de 50 anos para 6,7%.

Baykul e colaboradores (2005) investigaram as alterações císticas em folículos de terceiros molares retidos inferiores radiograficamente normais em pacientes que foram referenciados à sua clínica. Noventa e quatro pacientes com espaço pericoronário menor do que 2,5 milímetros foram selecionados. Setenta raízes estavam com o ápice fechado, e 24 não. Após análise histopatológica dos tecidos retirados após a cirurgia de extração, 47 (50,0%) mostraram alterações císticas como única alteração patológica com a exceção de inflamação. Os pacientes apresentavam entre 14 e 44 (média de 22,19) anos a maioria das alterações císticas ocorreu entre de 20-25 anos. Quanto às posições dentárias dos terceiros molares inferiores retidos, 57 eram mesio-angulados, 22 horizontais e 12 verticais. Dos folículos

pericoronários obtidos, 22 dos 57 mesio-angulados (39,0%), 14 dos 22 horizontais (64,0%) e 9 dos 12 verticais (75,0%), mostraram alterações císticas. Outros três casos foram excluídos por conta de falta de material para análise.

Polat e colaboradores (2008) realizaram um estudo relacionando as patologias mais comumente achadas (cárie no segundo molar inferior, cárie no terceiro molar inferior retido, perda óssea da área distal ao segundo molar, doença periodontal), com a angulação (disto e mesioangulado, horizontal, vertical e invertido) e a profundidade de terceiros molares retidos (a, b, c de Pell e Gregory). A amostra do estudo continha 1914 radiografias panorâmicas com 3050 dentes em uma população com indicação para cirurgia de extração de terceiro molar, em um período de 8 anos (de 1997 a 2005), os pacientes tinham entre 18 e 60 (média 25,91) anos, 56,7% masculino e 43,3% feminino. Os autores observaram maior prevalência de patologias nos mesioangulados e horizontais, principalmente em retenções menos profundas, justificando desta forma sua remoção profilática.

Shetty e colaboradores (2010) avaliaram a prevalência e grau de irrompimento de terceiros molares em 3000 estudantes com idades entre 17 e 24 anos. Houve 20 tecidos foliculares advindos de extrações assintomáticas que foram analisados histopatologicamente. Na idade de 17 anos, um total de 84 participantes foi examinado, dos quais 48 (57,1%) não possuíam nenhum terceiro molar em boca; 18 (21,42%) apenas um; 12 (14,28%) dois; 6 (7,14%) três; e nenhum paciente apresentou os 4 terceiros molares em boca, totalizando 60 dentes neste 84 pacientes. Em contrapartida, na idade de 24 anos, um total de 126 pacientes foi examinado, dos quais 24 (19,4%) não possuíam nenhum terceiro molar em boca; 24 (19,04%) apenas um; 12 (9,52%) dois; 12 (9,52%) três; e 54 (42,85%) todos os quatro terceiros molares em boca, totalizando 300 dentes entre os 126 pacientes. Dos 20 folículos pericoronários analisados, provenientes de extrações de terceiros molares assintomáticos, sete (35,0%) mostraram mudanças como metaplasias ou hiperplasias do epitélio. Considerando isso uma alta porcentagem de alterações patológicas, os autores recomendaram acompanhamento radiográfico após os 21 anos de idade, para que, se e quando se observassem patologias, a intervenção cirúrgica fosse realizada.

ESTUDOS DE ACOMPANHAMENTO DE DENTES ASSINTOMÁTICOS

Kahl, Gerlach e Hilgers (1994) conduziram um estudo retrospectivo, radiológico e clínico, de terceiros molares assintomáticos em pacientes após tratamento ortodôntico. Foram reunidas 251 radiografias panorâmicas de 136 pacientes femininas e 115 masculinos. O tempo de acompanhamento variou entre 9,6 a 26,5 anos após o tratamento ortodôntico realizado na Faculdade de Odontologia Cologne, na Alemanha. O grupo de estudo (251 pacientes) teve uma variação de idade dos 22,3 aos 55,5 (média de 31,4) anos. Cinquenta e oito pacientes (23,1%; 23 mulheres (39,7%) e 35 homens (60,3%)) apresentaram 113 (11,3%) terceiros molares assintomáticos impactados, 50 (44,3%) na maxila e 63 (55,7%) na mandíbula. Dentre os 58 pacientes com terceiros molares retidos, 10 (17,2%) mostraram retenção dos dois superiores e 24 (41,4%) dos dois inferiores, e 3 pacientes (5,2%) tiveram todos terceiros molares retidos. Quarenta e quatro (88,0%) terceiros molares superiores e 56 (88,9%) mandibulares tinham contato ou com a coroa ou com a raiz do segundo molar. Nos 58 pacientes, nenhum sinal de reabsorção foi encontrado no dente retido, porém em relação ao segundo molar, 4 (8%) superiores e 6 (9,5%) inferiores mostraram reabsorção por conta do contato com o dente retido. Quarenta e quatro (88,0%) dos superiores e 43 (68,0%) dos inferiores (terceiros molares) mostraram espaço pericoronário normal. Espaços maiores que 2,5mm foram encontrados em 6 superiores e 20 inferiores. Nenhuma lesão cística foi encontrada.

Kruger, Thomson e Konthasinghe (2001) descreveram a presença e a retenção dos terceiros molares em pacientes de 18 anos e observaram as mudanças clínicas dos dentes entre as idades de 18 a 26 anos. Os dados para o estudo foram recolhidos do Estudo de Desenvolvimento e Saúde Multidisciplinar de Dunedin (estudo longitudinal que investiga a saúde, o desenvolvimento e o comportamento, desde o nascimento até a fase adulta, de indivíduos nascidos entre 1 de abril de 1972 e 31 de março de 1973 nesta localidade). A amostra foi de 1037 indivíduos. Suas radiografias panorâmicas foram utilizadas para categorizar seus terceiros molares como irrompido, ausente, impactado e retido. Aos 26 anos os indivíduos foram questionados se tiveram algum dente extraído; em caso positivo quantos e quais haviam sido removidos. Seguiu-se exame odontológico para confirmar a presença ou ausência dos terceiros molares e revelar a sua situação clínica. Aos 18 anos o número de terceiros molares presentes era de 2652, já aos 26 anos, 790 haviam sido extraídos. Em

relação aos dentes que estavam retidos aos 18 anos (398 dentes), 42,2% estavam irrompidos aos 26 anos e 29,8% foram extraídos. Dos terceiros molares superiores que foram categorizados como impactados aos 18 anos, 36,2% de fato irromperam aos 26 anos, porém os inferiores somente 25,6%, e dos dentes que continuaram retidos foram 27,4% para inferiores e 41,4% para superiores. Entretanto, não houve diferença significativa entre terceiros molares superiores e inferiores que foram extraídos entre as idades de 18 e 26 anos (29,6% e 30,3%, respectivamente). Os achados do estudo podem ser resumidos como: aqueles que se encontravam na posição horizontal de fato não irromperam, porém aqueles em qualquer outra posição irromperam entre 20-50% dos casos. Entretanto não é possível estimar quantos dentes realmente irromperiam, pois muitos foram extraídos antes dos 26 anos de idade, não havendo registros de sua condição por ocasião das extrações. Na população estudada, um número considerável de terceiros molares, mesmo retidos aos 18 anos, conseguiu completar seu processo de irrompimento.

Uma das justificativas para extrações profiláticas é a prevenção de fraturas de ângulo de mandíbula, principalmente em pacientes adolescentes e adultos jovens que praticam esportes de contato. Tal prática é baseada na teoria de que extraíndo o terceiro molar e permitindo que o alvéolo seja preenchido com osso iria resultar em aumento de resistência da mandíbula. Entretanto, Zhu e colaboradores (2005) sugeriram que ao aumentar a resistência do ângulo da mandíbula, a fratura passou a ocorrer nos côndilos, a partir de um estudo retrospectivo de incidência de fraturas em pacientes submetidos ou não à extração dos terceiros molares inferiores. Na presença do terceiro molar a incidência foi de 41,5% de fraturas no ângulo e 11,6% no côndilo. Já na ausência destes dentes a incidência foi de 11,5% no ângulo mandibular e de 37,2% no côndilo. O estudo mostrou que não houve diferença na incidência de fraturas mandibulares, tanto na presença do terceiro molar quanto na sua ausência. O que permitiu sugerir que a extração profilática de terceiros molares não diminuiu o risco de fraturas mandibulares, apenas mudou a sua localização anatômica.

Hill e Walker (2006) acompanharam 228 pacientes (idades entre 16 e 20 anos), com no mínimo um terceiro molar assintomático (retido ou parcialmente erupcionado), de seis em seis meses, durante cinco anos para avaliar a situação clínica e radiológica desses dentes. Dos 228 pacientes iniciais, 150 não experimentaram nenhum sintoma e tampouco apresentaram nenhum tipo de lesões císticas associadas ao terceiro molar retido. Não houve nenhum caso de

reabsorção dentária por conta dos dentes retidos. O autor concluiu que dentes completamente cobertos por tecido ósseo não precisariam mais de acompanhamento de rotina.

CONSENSOS ENTRE ESPECIALISTAS

No estudo de Hazelkorn e Macek (1994), um paciente em boas condições de saúde com os quarto terceiros molares retidos assintomáticos, procurou atendimento em locais diferentes para analisar o plano de tratamento proposto pelos profissionais. O paciente visitou 23 cirurgiões dentistas particulares (CDP); 20 “Preferred Provider Organization” (PPO) - rede credenciada das seguradoras; 15 Independent Practice Association (IPA) - rede preferencial; e 21 cirurgiões buco-maxilo-faciais (CTBMF). Dos 23 CDP, 9 (40%) não recomendaram nenhuma extração; 3 recomendaram uma; 0 recomendou 2; 1 recomendou 3; e 10 (43%) recomendaram 4 extrações. Dos 20 dentistas de PPOs, 10 (50%) não recomendaram nenhuma extração; 1 recomendou 1; 0 recomendou 2; 0 recomendou 3; e 9 (45%) recomendaram 4. Dos 15 dentistas de IPAs, 11 (74%) não recomendaram nenhuma extração, 0 recomendou 1; 0 recomendou 2; 0 recomendou 3; e 4 (27%) recomendaram 4 extrações. Dos 21 CTBMFs, 2 (10%) não recomendaram nenhuma extração; 2 recomendaram 1; 0 recomendaram 2; 2 recomendaram 3; 16 (80%) recomendaram 4 extrações; e um recusou-se a recomendar algum tipo de tratamento. A maioria dos dentistas que trabalham em IPAs, em que as clínicas somente pagam a eles uma pequena parcela do procedimento e não recebem a mais por lançarem mão da sedação intravenosa, não recomendaram a extração para seus pacientes. Já a maioria dos CTBMFs, que são pagos de forma particular (por atendimento) e recebem um adicional ao utilizarem sedação intravenosa, recomendaram a extração dos 4 terceiros molares. Porém não se pode concluir a partir desse estudo que aspectos financeiros foram o maior incentivador para decisão do plano de tratamento (HAZELKORN E MACEK, 1994).

Singh, Lee e Ayoub (1996) estudaram o plano de tratamento proposto para 21 pacientes, com terceiros molares inferiores assintomáticos, por duas instituições (Prince Phillip Dental Hospital, Hong Kong; e Glasgow Dental Hospital, Escócia). A idade dos pacientes era de 16 a 35 anos. As amostras foram compostas por terceiros molares retidos

assintomáticos e cobertos por mucosa de aspecto saudável. As radiografias panorâmicas de cada paciente foram analisadas por 12 profissionais de cada instituição. Os casos foram classificados de acordo com a angulação do dente: mesio-angular, horizontal e vertical. Nas 21 radiografias panorâmicas foram encontrados 40 terceiros molares retidos (em dois casos a retenção era unilateral). Em um caso foi encontrado um cisto dentígero pelos clínicos. Os profissionais responderam questionários, onde declaravam se extrairiam ou manteriam em observação. A média (entre clínicos e cirurgiões bucomaxilofaciais), de indicações por profissional, para extração em Hong Kong foi de 22,75 dentes e para Escócia foi de 8,58 dentes. Já na média de indicações entre cirurgiões bucomaxilofaciais de Hong Kong, foi de extração para 71,25% dos terceiros mandibulares retidos assintomáticos; em contrapartida, os escoceses recomendaram apenas 11,67%.

Liedholm, Kutsson e Lysell (1999), aparentemente usando a mesma amostra de Kntusson e colaboradores (1996), analisaram 666 questionários respondidos por cirurgiões bucomaxilofaciais logo após removerem terceiros molares. Os questionários continham informações sobre o dente, tais como sua posição (vertical, mesioangulado, horizontal e distoangulado) e o grau de erupção (total, parcial, coberto por tecido mole ou coberto por tecido ósseo). Os cirurgiões responderam se havia ou não algum tipo de doença associada ao dente (pericoronarite, periodontite, cárie, reabsorção radicular, cisto, ou tumor). Após o questionário respondido, se necessário eram anexadas informações adicionais sobre o caso, como por exemplo, exame histopatológico. A última pergunta do questionário era a grau certeza do cirurgião quanto a indicação de extração do dente, analisada através de uma escala subjetiva de 0 a 100, da mais fraca a mais contundente, respectivamente. A idade dos pacientes era 15-80 (média de 29) anos, sendo 471 (71%) entre 15-29 anos. Cento e dezoito molares (18%) não apresentaram nenhum tipo de doença, já 548 (82%) apresentaram. Em 465 dentes um tipo de doença associada foi encontrado, em 77 dois e em seis, três tipos foram encontrados. Em pacientes com 50 anos ou mais, todos terceiros molares estavam associados a algum tipo de doença. Quanto à tabela de certeza na indicação da cirurgia, dentes assintomáticos tiveram diferença significativa quando comparado com dentes com uma, duas ou três doenças associadas (entre estes, não houve diferença significativa), com médias de 44 contra 76, respectivamente. Entre os dentes removidos profilaticamente não houve diferença entre o grau de inclinação nem entre o grau de erupção, quanto à contundência de decisão dos cirurgiões. O único quesito em que não houve diferença entre dentes considerados saudáveis ou doentes, no grau de certeza da indicação para cirurgia, foi quanto à idade do paciente. Em

pacientes acima de 40 anos (dois casos) os cirurgiões tiveram a mesma certeza que nos dentes extraídos por conta de patologias associadas.

No estudo de Almendros-Marque's (2008), 40 terceiros molares inferiores retidos assintomáticos foram analisados por quatro profissionais; em 95% dos casos os dentes tiveram indicação de extração profilática. Os profissionais responderam a um questionário, prevendo ou não, algum tipo de doença associada ao dente retido. Em 84% foram esperadas futuras complicações, sendo que 47% para formações císticas, 71% para pericoronarite, 61% para lesões periodontais na distal do segundo molar e 26% para reabsorção da raiz do segundo molar. Ainda nesse, a taxa esperada pelos cirurgiões de reabsorção da raiz do segundo molar foi superestimada em 25%, enquanto a literatura mostra taxas menores do que 1% (AL-KHATEEB, BATAINEH, 2006; ALMENDROS-MARQUE'S, BERINI-AYTE'S, GAY-ESCODA, 2006)

ESTUDOS DE ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO

Quando às potenciais complicações advindas da cirurgia temos dor, sangramento, salivação, trismo, infecções, osteíte alveolar, dano ao nervo e dano ao dente adjacente, dentre as mais descritas. Envolvimento dos seios maxilares com raízes fraturadas, fraturas da tuberosidade e de mandíbula também ocorrem, porém com menos frequência (SANDS, PYNN, NENNIGER, 1993). Neste mesmo artigo, o autor mostra que a incidência de complicações durante a cirurgia é de 18% e que após a cirurgia é de 20%.

Lopes e colaboradores (1995) relacionaram as indicações para cirurgia com a morbidade pós-operatória e a satisfação do paciente após o tratamento. No estudo foram incluídos 522 pacientes em um intervalo de um ano, onde ambos, cirurgião e paciente responderam um questionário para arrecadar dados tanto pré quanto pós-operatórios. Um terceiro questionário foi enviado um ano após a cirurgia para os pacientes, e um quarto para aqueles que reclamaram de parestesia relacionada à cirurgia no intervalo de 12 meses após o término do estudo.

Pericoronarite foi a patologia mais comum encontrada, com uma prevalência de 37,5% (196 pacientes), depois dor não atribuída às infecções com 23,2% (121 pacientes). Já a prevalência de cáries foi de 9,4% (49 pacientes); e dentes assintomáticos foi de 9,2% (48

pacientes). Outras indicações como cistos associados, doenças periodontais e indicações ortodônticas, tiveram prevalência de 1,9%, 0,4% e 3,4%, respectivamente. Num total de 552 pacientes, 1105 terceiros molares foram extraídos, sendo 721 inferiores e 384 superiores. Destes pacientes, 275 (52,7%) foram operados sob anestesia geral, 229 (44%) sob anestesia local e 18 (3,5%) com sedação intravenosa complementar. Complicações pós-operatórias foram relatadas em 121 (23,2%) pacientes, sendo a mais comum disestesia do nervo alveolar inferior, afetando 44 (8,4%), seguido de disestesia do nervo lingual, afetando 30 (5,7%) pacientes. Reabertura de ferimentos cirúrgicos e alveolite ocorreram em 29(5,5%) e 14 (2,7%) pacientes, respectivamente. Tais sintomas com dor (257 pacientes; 49,2%), salivação (228 pacientes; 43,7%), trismo (92 pacientes; 17,6%) e dormência no lábio ou língua (70 pacientes; 13,4%) também foram encontrados. Quinhentos e dois pacientes responderam o questionário pós-operatório de 12 meses, 114 (22,7%) achavam que tinham sintomas persistentes. Entretanto, 95 dos 114 sabiam dizer o que realmente lhes incomodava. Quarenta e sete (9,4%) consideravam seu problema pré-operatório muito sério, 222 (44,4%) moderado, 132 (26,4%) suave e 99 (19,8%) não relataram problemas. Em contrapartida, dos pacientes que responderam o questionário pós-operatório 381 (76,2%) achavam que seu problema havia sido resolvido com a cirurgia, 24(4,8%) achavam que o problema persistia e 95 (19%) não souberam decidir. Oitenta e um por cento dos pacientes tiveram que faltar o emprego por conta da cirurgia. O total de dias de trabalho perdido ficou na média de três dias (variando de 0-10); 19,0% não perderam nenhum dia de trabalho. Embora 99,4% dos pacientes se mostraram satisfeitos com a cirurgia, alguns resultados deste estudo levantam dúvidas. Para metade dos pacientes a indicação para cirurgia não era clara e esse grupo sofreu o mesmo grau de morbidade pós-operatória, tanto transitória quanto permanente, do que aqueles que apresentaram indicações concisas para cirurgia. Para os autores, isso representou um montante desnecessário gasto em serviços de saúde, assim como para o próprio empregado e seu empregador, considerando os dias de ausência ao trabalho.

OUTROS TIPOS DE ESTUDO

Daley (1996) realizou uma revisão da literatura compilando os dados de vários estudos mostrando o risco de desenvolvimento de patologias associadas ao terceiro molar retido. Em

uma amostra de 42786 terceiros molares retidos, foram encontrados apenas 1293 cistos dentígeros (3,02%), sendo que, em alguns estudos, o diagnóstico era radiográfico apenas, criando o viés de que eventualmente um aumento na área radiolúcida do folículo pericoronário poderia não significar o desenvolvimento de cisto dentígero, e sim apenas hipertrofia do próprio folículo.

Ceratocistos podem desenvolver-se a partir do folículo pericoronário, e serem confundidos no exame radiográfico com um cisto dentígero. Daley, Wysocki e Pringle (1994) relataram que a chance de desenvolvimento do cisto dentígero é seis vezes maior do que do ceratocisto, tornando o risco muito baixo para justificar a extração profilática do terceiro molar. Neoplasias benignas, de acordo com Daley (1993), em uma revisão sistemática das publicações até 1993, têm incidência de 0,2%. Ainda na revisão de Daley neoplasias malignas associadas ao folículo dentário foram encontradas - 6 casos de carcinoma de células escamosas e 7 casos de carcinoma mucoepidermóide. Concluiu que a prevalência de tumores malignos associados a terceiros molares retidos é negligenciável e não deve ser considerada uma indicação para extração profilática. Quanto ao risco de fraturas de mandíbula associadas ao terceiro molar inferior retido, o mesmo autor encontrou que também não deveria considerada uma indicação para extração profilática, a não ser que o pacientes pratique esportes de impacto, como por exemplo, boxe. Após analisar as taxas de incidência de doença periodontal associadas ao terceiro molar retido. Concluiu que a doença periodontal em terceiro molares retidos próximos à raiz do segundo molar pode ser uma indicação de extração do dente. Porém, a extração do terceiro molar para prevenir a doença periodontal não parece ser mais lógica do que se fossem extraídos o segundo ou primeiro molar para preveni-la.

Daley (1996), com base na sua revisão, encontrou uma incidência de reabsorção da raiz do segundo molar por conta de um terceiro molar impactado, entre >1%-4,7%. Compilou também dados em relação às complicações advindas da cirurgia de extração, chegando à conclusão de que extrações profiláticas de terceiros molares em adolescentes reduzem a incidência de morbidade cirúrgica em cerca de 10% quando comparados com a morbidade associada à extração em pacientes mais velhos. Entretanto, se somente 12% desses pacientes mais velhos, com terceiros molares, requerem a extração do dente, permite-se supor que somente 10% dos 12% (ou seja, 1,2% dessa população) seriam poupados do aumento do risco de morbidade associada com a extração profilática de seus terceiros molares em sua juventude.

Song e colaboradores (1997) realizaram uma revisão de literatura sobre a remoção profilática de terceiros molares retidos. Doze estudos se encaixaram na sua metodologia. Os autores concluíram que existe uma deficiência na evidência para suportar a remoção profilática de terceiros molares retidos, e também que o bem estar do paciente, a longo prazo, é maximizado se a extração só é realizada naqueles dentes que desenvolveram algum tipo de patologia.

Kinard e Dodson (2010) estudaram a frequência de terceiros molares assintomáticos e identificaram os fatores associados à decisão do paciente frente à indicação de tratamento. Para isso foram escolhidos pacientes com no mínimo um molar a ser avaliado que se encaixasse nas características do estudo. A amostra continha 249 pacientes com 882 terceiros molares. A idade dos pacientes variava entre 16,9-37,7 (média de 25) anos. Após avaliação clínica, 319 (37,3%) encontravam-se assintomáticos e livres de doença, 5 (0,6%) sintomáticos e livres de doença, 437 (51,1%) assintomáticos com presença de doença e 94 (11,0%) sintomáticos com presença de doença. Apenas 29 (11,6%) tiveram os quatro molares assintomáticos e livres de doença. As recomendações para tratamento de terceiros molares foram proervação 56 (6,5%), extração 476 (55,7%) e a escolha do paciente para 323 (37,8%). Quando oferecida a opção de extração ou proervação como tratamento, 72,1% dos pacientes escolheram ter a extração como opção preferida de tratamento. Terceiros molares sintomáticos e com doença foram recomendados pelos profissionais para extração em 94,7% dos casos, já os dentes sintomáticos e livres de doença foram 20,0%, dentes assintomáticos com doença presente 85,6% e 3,8% para dentes assintomáticos e livres de doenças. A incidência de escolha para extração por conta dos pacientes foi de 98,9% para dentes sintomáticos com doença presente, 100% para dentes sintomáticos livres de doença, 94,7% para assintomáticos com doença presente e de 59,6% para dentes assintomáticos livres de doença.

5 DISCUSSÃO

A remoção de terceiros molares retidos (não irrompidos ou parcialmente), em sua maioria na mandíbula, é um dos procedimentos mais comuns na odontologia. Tais dentes impactados são conhecidos pelo risco de causarem certas complicações. Apesar da conferência de 1979 sobre remoção de terceiros molares promovida pelo National Institutes of

Health, ter decidido que terceiros molar com lesões de cárie sem possibilidade de restauração, com infecções recorrentes, espaço pericoronário com mais de cinco milímetros, cistos e tumores, e também que estariam contribuindo para a reabsorção do dente adjacente, seriam candidatos a cirurgia de extração, não houve nenhum acordo unânime pelos profissionais, quanto à decisão de extrair ou não dentes assintomáticos.

No entanto, a prática de remoção profilática de dentes assintomáticos é muito comum. Atualmente essa prática é baseada na justificativa de que os terceiros molares não teriam função na boca, e também se poderia diminuir o risco de desenvolvimento de cistos e tumores (BAYKUL E COLABORADORES, 2005; GÜVEN, KESKIN, AKAL, 2000), assim como o risco de fraturas (HANSON E COLABORADORES, 2004; UGBOKO, OGinni, OWOTADE, 2000). O aumento da dificuldade cirúrgica com o avanço da idade também seria diminuído (BAYKUL E COLABORADORES, 2005; SEWARD, 1994).

A proporção de terceiros molares que são extraídos sem nenhuma evidência de alteração clínica fica entre 18-50,7% (LOPES, E COLABORADORES, 1995; KNUTSSON, E COLABORADORES, 1996). Segundo o estudo de Lopes e colaboradores (1995), metade dos pacientes que tiveram seus terceiros molares extraídos não apresentara qualquer sintoma clínico.

Define-se sintoma como uma indicação de doença ou distúrbio percebido pelo paciente, enquanto que sinal é uma indicação de doença percebido pelo profissional. Sinais ou sintomas referem-se à doença, e não há dúvidas quando se deve extrair um dente doente. Porém, é a remoção profilática de dentes assintomáticos que causa controvérsia.

Intervenção profilática, por definição, se presta a prevenir a doença. Deve-se acordar que a extração do dente que ainda não irrompeu ou está parcialmente irrompido preveniria possíveis distúrbios. Porém, qualquer intervenção tem um custo associado, por isso deve ser escolhida com cuidado. O custo não somente financeiro, mas também se deve considerar a morbidade: dor, dano aos ossos maxilares, danos aos tecidos nervosos e dentes adjacentes, tempo perdido de estudo e trabalho, etc, sem falar na própria experiência da cirurgia. Deve-se enfatizar que há custos e potenciais morbidades nos dois tipos de tratamentos, se o dente é deixado na posição em que está é possível que resulte em problemas como, por exemplo, subseqüentes pericoronarites, acarretando perda de tempo de trabalho. Assim como a remoção cirúrgica também deixa seqüelas, eventualmente permanentes e perceptíveis (LOPES E COLABORADORES, 1995).

Enquanto os adeptos da técnica de remoção profilática de dentes retidos devido o risco de desenvolvimento de doenças associadas, outros afirmam que os riscos envolvidos na cirurgia são maiores do que a incidência das doenças relacionadas aos mesmos (SILVESTRI, SINGH, 2003).

Se a decisão é de extrair o dente retido mesmo antes de algum sinal de doença o paciente irá lidar certamente com o trauma tanto físico quanto com a experiência psicológica da cirurgia ainda jovem. Porém se a decisão é de não extrair prematuramente o dente retido, o paciente lidará com a incerteza física e psicológica de aparecimento da doença, seja qual for e ao longo de toda a sua vida. Ainda se a extração tornar-se necessária imporá grau de dificuldade maior, com o aumento da possibilidade de morbidade pós-cirúrgica. Nenhuma das escolhas dá ao paciente uma certeza de um desfecho favorável (SILVESTRI, SINGH, 2003).

A probabilidade de desenvolvimento de algum tipo de problema associado a um dente retido deveria ser muito maior do que o que é visto clinicamente para que remoções profiláticas se tornassem indubitavelmente benéficas (TULLOCH, ANTCZAC-BOUCKOMS, WILKES, 1987; TULLOCH, ANTCZAC-BOUCKOMS, 1987).

O risco de lesão aos nervos lingual e alveolar inferior tem sido considerado uma das razões para a diminuição de extrações de terceiros molares. A incidência de distúrbio neurológico varia entre 0,2-23%, segundo (ABSI, SHEPHERD, 1993; HILL, E COLABORADORES, 2001; LOPES, E COLABORADORES, 1995). A taxa de distúrbio temporário ao nervo dentário inferior fica entre 1,3-7,8%, e permanente menos que 1%, de acordo com (CARMICHAEL, MCGOWAN, 1992; GULICHER, GERLACH, 2001; SCHULTZE-MOSGAU, REICH, 1993). Já a taxa de dano temporário ao nervo lingual varia entre 2,1-15%, e de dano permanente 1% (BLACKBURN, BRAMLEY, 1989; CARMICHAEL, MCGOWAN, 1992; LOPES, E COLABORADORES, 1995; SCHULTZE-MOSGAU, REICH, 1993).

Liedholm, Knutsson e Lysell (1999) mostraram que a idade do paciente por si só já é um fator que pode decidir qual tratamento escolher. Koerner (1994) discutiu que a decisão de remoção profilática de dentes assintomáticos deve continuar de acordo com os riscos percebidos clinicamente, derivados a partir da inclinação dentária, idade do paciente e posição dentária. Contudo, sob um paradigma baseado em evidências, há pouco suporte para esta afirmação.

O fato de que os profissionais dão grande importância a reabsorções da raiz do segundo molar e para a formação de cistos deve-se mais por sua relevância clínica do que sua

real prevalência, que é baixa em ambos os casos, >1% e 2-4% respectivamente (GÜVEN, KESKIN, AKAL, 2000; LYSELL, ROHLIN, 1988; SAMSUDIN, MASON, 1994).

Quanto à incidência de cistos dentígeros, Baykul e colaboradores (2005), mostraram em seu estudo que 50% (47 de 94 dentes) dos terceiros molares extraídos analisados histopatologicamente tiveram modificações císticas encontradas. Keith (1973) reporta que é de 1,6%, já outros autores (ALATTAR, BAUGHMAN, COLLETT, 1980 E MOURSHED, 1964) mostram que a incidência foi de 1% e 1,4% respectivamente. Assim como Shear e Shigh (1978) relataram em um estudo epidemiológico, de uma população Sul Africana, a incidência de 0,001% para negros e de 0,0002% para brancos. Güven, Keskin e Akal (2000), mostraram uma incidência de 2,31% de formações císticas associada a terceiros molares retidos.

Outro estudo mostrou a correlação da idade com a formação de cistos (BAYKUL, E COLABORADORES, 2005; RAKPRASITKUL, 2001), mostrando que a idade em que mais se observaram mudanças císticas foi de 20 a 25 anos. Assim os autores concluíram que a idade pode ser um critério de indicação para remoção cirúrgica de terceiros molares retidos. Entretanto, pesquisas radiográficas mostram que 20% das pessoas com 30 anos têm pelo menos um terceiro molar não erupcionado, e que estes podem permanecer longo da vida sem o desenvolvimento de patologias (HUGOSON, KUGELBERG, 1988).

Além do cisto dentígero, ameloblastoma, carcinoma epidermóide e carcinoma odontogênico, também são patologias potenciais relacionadas a dentes retidos, cujo potencial aparecimento é usado para justificar a remoção profilática (RAKPRASITKUL, 2001; SHIMOYAMA, E COLABORADORES, 2001). A prevalência de ameloblastoma relacionado a terceiros molares retidos encontrada nesta revisão variou de 0,14% a 2,0% (GÜVEN, KESKIN, AKAL, 2000; SHEAR, SHIGH, 1978; RAKPRASITKUL, 2001; REGEZI, KERR, COURTNEAX, 1978). Em relação aos demais tumores odontogênicos, a incidência é de 0,79% (0,77% para tumores benignos e 0,025 para tumores malignos), sendo que a maioria encontrada na mandíbula (GÜVEN, KESKIN, AKAL, 2000).

Adeyemo (2006) concluiu que a porcentagem de tumores relacionados a terceiros molares retidos é relativamente pequena, o que não justificaria a prática da remoção profilática desses dentes.

Em relação às complicações advindas da cirurgia de extração do terceiro molar uma recente pesquisa (ROBBERT, BACCHETTI, POGREL, 2005) mostrou que entre os cirurgiões bucomaxilofaciais da Califórnia, 80% têm pacientes que já experimentaram dano

permanente ao nervo alveolar inferior, e quase 50% atenderam pacientes que já experimentaram dano permanente ao lingual. Lopes e colaboradores (1995) encontraram uma incidência de 13,4% de dano a alguma estrutura nervosa, e também mostraram que pacientes que não tinham indicações claras para a cirurgia sofreram uma incidência de danos similar àqueles com indicações concisas.

Shepherd e Brickley (1994) relataram que geralmente os pacientes consideram as desvantagens e complicações da cirurgia mais sérias do que se fosse optada a não-intervenção. Outro autor conclui que só o fato de se ter uma taxa de morbidade menor em pacientes jovens não é justificativa para se realizar extrações profiláticas. E ainda que em termos éticos, submeter um paciente a anestesia geral sem ter uma boa razão é inaceitável (STEPHENS, KOGON, REID, 1989). Entretanto o trabalho de Kinard e Dodson (2010) mostrou claramente a escolha da maioria dos pacientes para realização da cirurgia de remoção, quando confrontados à decisão de escolha de seu tratamento. Ainda Kinard e Dodson (2010) relataram auto percepção de resolução de sintomas em pacientes submetidos à cirurgia, em dentes classificados como sintomáticos e livres de doença.

Outra prática normalmente realizada quando se lança mão da anestesia geral, é de remoção dos quatro terceiros molares, mesmo que só um tenha uma indicação bem definida. O argumento para essa prática é de que se evitariam riscos desnecessários com anestésias futuras se os outros dentes apresentassem patologias (STEPHENS, KOGON, REID, 1989). Trata-se da oportunidade da cirurgia, que embora racional, tem poucos estudos que sistematizem sua indicação baseada em evidências.

Hicks (1999) e outros Shepherd e Brickley (1994), e Song e colaboradores (1997) defenderam a não remoção profilática de dentes aparentemente assintomáticos, porque a decisão da extração é baseada em uma taxa de morbidade que não parece ser correta. Além da dificuldade de analisar a taxa de morbidade existe também a dificuldade de acessar a prevalência de doença ao longo da vida, visto que muitos terceiros molares assintomáticos são extraídos profilaticamente (FLICK, 1999). Alguns autores mostram que há riscos maiores associados a extrações em tempo de vida já avançado, como defeitos periodontais na distal dos segundos molares (KUGELBERG, 1990; KUGELBERG, E COLABORADORES 1985) complicações da cirurgia (CHIAPASCO, CRESCENTINI, ROMANONI, 1995) e lesão neurológica iatrogênica (VALMASEDA-CASTELLAN, BERINI-AYTES, GAY-ESCODA, 2001).

Eisemberg (1979) citou fatores sociais que poderiam influenciar na decisão da extração, incluindo nível socioeconômico da população, higiene oral do paciente, gastos públicos com saúde bucal, tendências conservadoras ou não da escola em que o profissional foi treinado, dentre outros.

6 CONSIDERAÇÕES

Mesmo havendo um aumento da quantidade de estudos relacionados a dentes retidos assintomáticos disponíveis na literatura, a controvérsia sobre qual conduta tomar frente a esses dentes não está solucionada, sob o paradigma da prática baseada em evidências. Deve-se concordar que aqueles que defendem a extração profilática de tais dentes, têm argumentos sólidos, porém pouco embasados cientificamente; assim como aqueles que defendem a preservação também possuem argumentos contundentes a serem considerados.

Após revisar a literatura relacionada ao assunto, foi possível chegar à conclusão de que argumentos pró-extração de dentes retidos assintomáticos (possibilidade de desenvolvimento de patologias, morbidade cirúrgica menor em pacientes jovens e traumatismos cirúrgicos pouco frequentes) são mal compreendidos. Foi constatado que a incidência de lesões patológicas não é tão freqüente, assim como a morbidade relacionada aos dentes retidos em pacientes mais velhos. A freqüência de complicações cirúrgicas encontrada foi maior do que o esperado.

Tanto a alternativa de tratamento cirúrgico quanto a de não intervenção do dente retido assintomático, são válidas contemporaneamente. Cabe ao profissional escolher junto com seu paciente, qual a melhor conduta para cada pessoa, respeitando seus valores e crenças, bem como possibilidade de acesso ao tratamento.

Não parece haver dúvida relacionada ao tratamento cirúrgico de dentes sintomáticos ou com lesão associada. Porém, estes parecem ser os únicos parâmetros decisórios claramente estudados para a indicação de tratamento cirúrgico. Relativo aos dentes assintomáticos, estudos futuros devem ter delineamento direcionado para suporte de tomada de decisão clínica, com base em um paradigma baseado em evidências.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSI, E.G.; SHEPHERD, J.P. A comparison of morbidity following the removal of lower third molars by lingual split and surgical bur methods. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 22, p. 149-153, 1993.

ADEYEMO, W.L. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. **Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.**, v. 102, p. 448-452, 2006.

ALATTAR, M.M.; BAUGHMAN, R.A.; COLLETT, W.K. A survey of panoramic radiographs for evaluation of normal and pathologic findings. **Oral Surg.**, v. 50, p. 472-478, 1980.

AL-KHATEEB, T.H.; BATAINEH, A.B. Pathology associated with impacted mandibular third molars in a group of Jordanians. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 64, p. 1598-1602, 2006.

ALMENDROS-MARQUE'S, N.; ALAEJOS-ALGARRA, E.; QUINTEROS-BORGARELLO, M.; BERINI-AYTE'S, L.; GAY-ESCODA, C. Factors influencing the prophylactic removal of asymptomatic impacted lower third molars. **Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 37, p. 29-35, 2008.

ALMENDROS-MARQUE'S, N.; BERINI-AYTE'S, L.; GAY-ESCODA, C. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 102, p. 725-732, 2006.

AHLQWIST, M.; GRONDAHL, H.G. Prevalence of impacted teeth and associated pathology in middle-aged and older Swedish women. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 19, p. 116-119, 1991.

AMERICAN ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS. Impacted teeth. **Oral Health**, v. 88, p. 31-32, 1998.

BAYKUL, T.; SAGLAM, A.; AYDIN, U.; BASAK, K. Incidence of cystic changes in radiographically normal impacted lower third molar follicles. **Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.**, v. 542-545, p. 99, 2005.

BEEMAN, C.S. Third molar management: a case for routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 57, p. 824-830, 1999.

BLACKBURN, C.W.; BRAMLEY, P.A. Lingual nerve damage associated with removal of lower third molars. **Br. Dent. J.**, v. 167, p. 103-107, 1989.

BRICKLEY, M.; SHEPHERD, J.; MANCINI, G. Comparison of clinical treatment decisions with US National Institutes of Health consensus indications for lower third molar removal. **Br. Dent. J.**, v. 175, no. 5, p. 102-105, 1993.

BRUCE, R.A.; FREDERICKSON, G.C.; SMALL, G.S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 101, p. 240, 1980.

CARMICHAEL, F.A.; MCGOWAN, D.A. Incidence of nerve damage following third molar removal: A West of Scotland Oral Surgery Research Group study. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 30, p. 78-82, 1992.

CHIAPASCO, M.; CRESCENTINI, M.; ROMANONI, G. Gernectomy or delayed removal of mandibular impacted third molars: the relationship between age and incidence of complications. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 53, p. 418-422, 1995.

CHU, F.C.S. et al. Prevalence of impacted teeth and associated pathologies – a radiographic study of the hong Kong Chinese population. **Hong. Kong. Med. J.**, v. 9, p. 158-63, 2003.

CLARKE, M.; OXMAN, A. D.; editors. Cochrane Reviewers' Handbook 4.0 [updated July 1999]. In: Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 4.0. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 1999. Disponível em URL: [HTTP://www.ohg.cochrane.org](http://www.ohg.cochrane.org)

CURRAN, A.E.; DAMM, D.D.; DRUMMOND, J.F., Pathologically Significant Pericoronal Lesions in Adults: Histopathologic Evaluation. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 60, p. 613-617, 2002.

DALEY, T.D. Third molar prophylactic extraction: a review and analysis of the literature. **Gen. Dent.**, v. 44, p. 310-320, 1996.

EISEMBERG, J.M. Sociologic influences on decision-making by clinicians. **Ann. Intern. Med.**, v. 1979, p. 957-964, 1979.

EKLUND, S. A.; PITTMAN, J. L. Third-molar removal patterns in an insured population. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 132, p. 469-475, 2001.

FLICK, W.G. The third molar controversy: framing the controversy as a public health issue. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.57, p. 438-444, 1999.

GIROD, S.C.; GURLACH, K.L.; KRUEGER, G. Cysts associated with long-standing impacted third molars. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 22, p. 110-112, 1993.

GULICHER, D.; GERLACH, K.L. Sensory impairment of the lingual and inferior alveolar nerves following removal of impacted mandibular third molars. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 30, p. 306-312, 2001.

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.

HANSON, B.P.; CUMMINGS, P.; RIVARA, F.P.; JOHN, M.T. The association of third molars with mandibular angle fractures: a meta-analysis. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 70, p. 39-43, 2004.

HAZELKORN, H.M.; MACEK, M.D. Perception of the need of removal of impacted Third Molars by General Dentists and Oral and Maxillofacial Surgeons. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 52, p. 681-686, 1994.

HICKS, E.P. Third molar management: a case against the routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 57, p. 831-836, 1999.

HILL, C.M.; MOSTAFA, P.; THOMAS, D.W.; NEWCOMBE, R.G.; WALKER, R.V. Nerve morbidity following wisdom tooth removal under local and general anaesthesia. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 39, p. 419-422, 2001

HILL, C.M.; WALKER, R.V. Conservative, non-surgical management of patients presenting with impacted lower third molars: A 5-year study. **Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 44, p. 347-350, 2006.

HUGOSON, A.; KUGELBERG, C.F. The prevalence of third molars in a Swedish population. An epidemiological study. **Comm. Dent. Health**, v. 5, p. 121-138, 1988.

KAHL, B.; GERLACH, K.L.; HILGERS, R.D. A long-term, follow-up, radiographic evaluation of asymptomatic impacted third molars in orthodontically treated patients. **Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 23, p. 279-285, 1994.

KEITH, D.A. The detection of abnormalities in the jaws—a survey. **Br. Dent. J.**, v. 134, p. 129-135, 1973.

KINARD, B.E.; DODSON, T.B. Most Patients With Asymptomatic, Disease-Free Third molars Elect Extraction Over Retention as Their Preferred Treatment. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 68, p. 2935-2942, 2010.

KNUTSSON, K.; BREHMER, B.; LYSELL, L.; ROHLIN, M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. **Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.**, v. 82, p. 10-17, 1996.

KOERNER, K.R. The removal of impacted third molars. Principles and procedures. **Dent. Clin. North Am.**, v. 38, p. 255-278, 1994.

KRUGER, E.; THOMSON, W.M.; KONTHASINGHE, P. Third Molar outcomes from age 18 to 26: Findings from a population-based New Zealand longitudinal study. **Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.**, v. 92, p. 150-155, 2001.

KUGELBERG, C.F.; AHLSTROM, U.; ERICSON, S.; HUGOSON, A. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery: a retrospective study. **Int. J. Oral Surg.**, v. 14, no. 1, p. 29-40, 1985.

KUGELBERG, C.F. Periodontal healing two and four years after impacted lower third molar surgery: a comparative retrospective study. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 19, p. 341-345, 1990.

LIEDHOLM, R.; KNUTSSON, K.; LYSELL, L.; ROHLIN, M. Mandibular third molars: oral surgeons' assessment of the indication for removal. **Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 37, p. 440-443, 1999.

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, no. 1, p. 33-35, 1995.

LYSELL, L.; ROHLIN, M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. **Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 17, p. 161, 1988.

MOURSHED, F. A roentgenographic study of dentigerous cyst. **Oral Surg.**, v. 18, p. 47-53, 1964.

NORDENRAM, A.; HULTIN, M.; KJELLMAN, O. Indications for surgical removal of the mandibular third molar. **Swed. Dent. J.**, v. 11, p. 23-29, 1987.

NITZAN, D.; KEREN, T.; MARMARY, T.; Does an impacted tooth cause root resorption of the adjacent one? **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 51, p. 221-224, 1981.

OSBORN, W.H.; SNYDER, A.J.; TEMPEL, T.R. Attachment levels and crevicular depths at the distal aspect of mandibular second molars following removal of adjacent third molar. **J. Periodontol.** v. 53, p. 93, 1982.

POLAT, H.B.; ÖZAN, F., KARA, I., ÖZDEMİR, H.; AY, S. Prevalence of commonly found pathoses associated with mandibular impacted third molars based on panoramic radiographs in Turkish population. **Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v.105, p.41-47, 2008.

RAKPRASITKUL, S. Pathologic changes in the pericoronal tissues of unerupted third molars. **Quintessence Int.**, v.32, p. 633-638, 2001.

REGEZI, J.A.; KERR, D.A.; COURTNEX, R.M. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. **J. Oral Surg.**, v. 36, p. 771-778, 1978.

Removal Of Third Molars. **NIH Consens Statement Online**, v. 2, p. 65-68, 1979 Nov 28–30

ROBBERT, R.C.; BACCHETTI, P.; POGREL, M.A. Frequency of trigeminal nerve injuries following third molar removal. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 63, p. 732-735, 2005.

SAMSUDIN, A.R.; MASON, D.A. Symptoms from impacted wisdom teeth. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 32, p. 380-383, 1994.

SANDS, T.; PYNN, B.R.; NENNIGER, S. Third molar surgery: current concepts and controversies, part 2. **Oral Health**, v. 83, no. 5, p. 21-22; 27-30, 1993.

SCHULTZE-MOSGAU, S.; REICH, R.H. Assessment of inferior alveolar and lingual nerve disturbances after dentoalveolar surgery, and recovery of sensitivity. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 22, p. 214-217, 1993.

SEWARD, G.R. Surgical removal of third molars. Each case needs careful thought. **Br. Med. J.**, v. 309, p. 1302, 1994.

SEWERIN, I.; VON WOWERN, N. A radiographic four-year follow-up study of asymptomatic mandibular third molars in young adults. **Int. Dent. J.**, v. 40, p. 24-30, 1990.

SILVESTRI, A. JR.; SINGH, I. Would people be better off without it? The unresolved problem of the third molar. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.134, p.450-455, 2003.

SINGH, H.; LEE, K.; AYOUB, F. Management of asymptomatic impacted wisdom teeth: a multicentre comparison. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 34, p. 389-393, 1996.

SHEAR, M.; SHIGH, S. Age-standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Witwatersrand, South Africa. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 6, p. 195-199, 1978.

SHEPHERD, J. P.; BRICKLEY, M.R. Surgical removal of third molars: prophylactic surgery should be abandoned. **Br. Med. J.**, v. 309, p. 620-621, 1994.

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, no. 1, p.12-15, 2010.

SHIMOYAMA, T. et al. Primary intraosseous carcinoma associated with impacted third molars of the mandible: review of the literature and report of a new case. **J. Oral Sci.**, v. 43, p. 287-292, 2001.

SONG, F.; LANDES, D.P.; GLENNY, A.M.; SHELDON, T.A. Prophylactic removal of impacted third molars: an assessment of published reviews. **Br. Dent. J.**, v. 182, no. 9, p. 339-346, 1997.

STANLEY, H.R.; ALATTAR, M.; COLLETT, W.K.; STRINGFELLOW, H.R.; SPIEGEL, E.H. Pathological sequelae of “neglected” impacted teeth. **Dent. J.**, v. 17, p. 113-117, 1988.

STEPHENS, R.G.; KOGON, S.L.; REID, J.A. The unerupted or impacted third molar—a critical appraisal of its pathologic potential. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 55, p. 201-207, 1989.

SUSIN, C.; RÖSING, C.K. **Praticando odontologia baseada em evidências – Canoas: ULBRA**, 1999.

TULLOCH, J.F.C.; ANTCZAC-BOUCKOMS, A. Decision analysis in the evaluation of clinical strategies for the management of mandibular third molars. **J. Dent. Educ.**, v. 51, p. 652, 1987.

TULLOCH, J.F.C.; ANTCZAC-BOUCKOMS, A.; WILKES, J. The application of decision analysis to evaluate the need for extraction of asymptomatic third molars. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 45, p. 855, 1987.

UGBOKO, V.I.; OGINNI, F.O.; OWOTADE, F.J. An investigation into the relationship between mandibular third molars and angle fractures in Nigerians. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 38, p. 427-429, 2000.

VALMASEDA-CASTELLAN, E.; BERINI-AYTES, L.; GAY-ESCODA, C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1,117 surgical extractions. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 92, p. 377-383, 2001.

ZHU, S. J. et al. Relationship between the presence of unerupted mandibular third molars and fractures of the mandibular condyle. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.34, p. 382-385, 2005.